ТРАКИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СТАРА ЗАГОРА

МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ

КАТЕДРА „ЗДРАВНИ ГРИЖИ“

С Б О Р Н И К

ДОКЛАДИ

ОТ

НАЦИОНАЛНА НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКА (ON LINE) КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ

„МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ И АКУШЕРКИТЕ – КЛЮЧОВ РЕСУРС В СЪВРЕМЕННОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ“

ПОСВЕТЕНА НА

МЕЖДУНАРОДНАТА ГОДИНА НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА И АКУШЕРКАТА

И

25 ГОДИШНИНАТА ОТ СЪЗДАВАНЕТО НА ТРАКИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ

29 -30 ОКТОМВРИ, 2020

ИК "КОТА"

СТАРА ЗАГОРА, 2020

СБОРНИКЪТ СЕ ИЗДАВА С ФИНАНСОВАТА ПОДКРЕПА ПО НАУЧЕН ПРОЕКТ 850/13.02.2019 Г. ЗА НАУЧЕН ФОРУМ

ТЕМА НА НАУЧНИЯ ФОРУМ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКА КОНФЕРЕНЦИЯ С КРЪГЛА МАСА ЗА СТУДЕНТИ И ПРОФЕСИОНАЛИСТИ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ „МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ И АКУШЕРКИТЕ - КЛЮЧОВ РЕСУРС В СЪВРЕМЕННОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ“, 29-30 ОКТОМВРИ, 2020 Г.

СБОРНИК ДОКЛАДИ

НАУЧНИ РЕЦЕНЗЕНТИ:

ПРОФ. ХРИСТИНА ТАНЧЕВА МИЛЧЕВА, ДП

ДОЦ. АЛБЕНА НИКОЛАЕВА АНДОНОВА , ДМ

ДОЦ. КРЕМЕНА КЪНЧЕВА МИТЕВА, ДП

АВТОРИТЕ, НОСЯТ ЛИЧНА ОТГОВОРНОСТ ЗА ПУБЛИКУВАНИТЕ ОТ ТЯХ ДОКЛАДИ.

страници 448, формат А4
Издава: Издателски консорциум “КОТА” - 0898/451 377
Предпечат и графично оформление: “Кота Дизайн” - 0898/475 749
IBSN: 978-954-305-570-8

СЪДЪРЖАНИЕ:

ПЛЕНАРНИ ДОКЛАДИ

Албена Н. Андонова,
АКТУАЛНИ ПРОБЛЕМИ НА СЕСТРИНСТВОТО В БЪЛГАРИЯ 13

Daniella Kingsley-Godwin,
NOVEL CORONAVIRUS DISEASE 2019 (COVID 19): AN EMERGING GLOBAL PANDEMIC 17

I СЕКЦИЯ „СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ И ДЕЙНОСТИ“

Красимира И. Димитрова,
МУЛТИДИСЦИПЛИНАРЕН ПОДХОД ПРИ ПРОФИЛАКТИКА НА ДЕТСКОТО ОЧНО ЗДРАВЕ В СЕСТРИНСКАТА ПРАКТИКА 34

Диана Н. Гроздева, Катя Г. Егурузе,
СЪЗДАВАНЕ НА НАВИЦИ ЗА ХРАНЕНЕ – ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРЕД МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА В ДЕТСКАТА ЯСЛА..... 36

Стоянка Г. Владева,
МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА КАТО ОСНОВЕН КООРДИНАТОР НА ПОСТ-ФРАКТУРНА ПРЕВЕНЦИЯ И ГРИЖА НА ОСТЕОПОРОЗАТА 41

Стоянка Г. Владева,
СКРИНИНГ ЗА ОСТЕОСАРКОПЕНИЯ ПРИ ГРИЖАТА ЗА ВЪЗРАСТНИ ЖЕНИ 46

Теодора Ст. Радева,
ВРЪЗКАТА МЕЖДУ ЗАВИСИМОСТТА И „СИНЯТА БОЛЕСТ“..... 50

Мюжгян Исмаил Сабри,
ОТНОШЕНИЕТО НА ЖЕНИТЕ КЪМ ПРОФИЛАКТИКАТА НА РАКА НА МАТОЧНАТА ШИЙКА. „ЗА“ И „ПРОТИВ“ ВАКСИНАТА..... 57

Кристин Б. Начева, Н. Манолова,
КЛАСИФИКАЦИЯ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ ПРИ ОЧЕН ТРАВМАТИЗЪМ..... 66

Маргарита Д. Лаловска,
ГРИЖИТЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ С МОЗЪЧЕН ИСУЛТ- ПРОБЛЕМИ И ПЕРСПЕКТИВИ 73

Катя Г. Егурузе, Диана Н. Гроздева, Милена П. Нанкова,
ОСНОВНИ АСПЕКТИ НА ПЕДИАТРИЧНИТЕ ПАЛИАТИВНИ ГРИЖИ 80

Магдалена Д. Иванова,
ЗДРАВОСЛОВНО ХРАНЕНЕ И ЗДРАВЕ 88

Анушка Н. Димитрова, Цветелина С. Тодорова,
ПОДХОДИ ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА НОЗОКОМИАЛНИТЕ ИНФЕКЦИИ В СТРУКТУРИТЕ ЗА ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ..... 92

Таня С. Попова, Ася Г. Димитрова, Карина М. Устоянова,
„ЗА“ И „ПРОТИВ“ ВАКСИНИРАНЕТО СРЕЩУ COVID-19 101

II СЕКЦИЯ „СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ“

Нина Симеонова, Галя Георгиева,
ЗДРАВНА КОМПЕТЕНТНОСТ НА БОЛНИЯ НА АНТИКОАГУЛАНТНА ТЕРАПИЯ 108

Живка Г. Маргосян,
ГОТОВНОСТ НА СТУДЕНТИТЕ ЗА РАБОТА В ДЕТСКА ЯСЛА С ДЕЦА ОТ УЯЗВИМИ ГРУПИ..... 115

Мариана В. Желязкова,
МОДЕЛ ЗА ИНТЕГРИРАНА ГРИЖА ЗА ДИАБЕТНО БОЛНИ ДЕЦА И ЮНОШИ 121

Жаклина М. Илиева,
ЗАЩО БЪЛГАРСКИТЕ МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ ИЗБИРАТ ПРОФЕСИОНАЛНА РЕАЛИЗАЦИЯ В ЧУЖБИНА? 129

М. Стоичкова, Димитрина Ив. Миликина,
ЕЛЕКТРОКОНВУЛСИВНА ТЕРАПИЯ-ПОКАЗАНИЯ..... 132

Деница К. Димитрова,
АКТУАЛНО СЪСТОЯНИЕ НА СЕСТРИНСТВОТО И СЕСТРИНСКИТЕ ГРИЖИ - ГОТОВНОСТТА НА МЛАДИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ ДА УПРАЖНЯВАТ ПРОФЕСИЯТА СЛЕД ЗАВЪРШВАНЕ НА ВИСШЕТО СИ ОБРАЗОВАНИЕ..... 136

Тереза И. Борисова, Димитрина Ив. Миликина,
ГРИЖИ ЗА СТОМИРАНИ ПАЦИЕНТИ 142

Николина А. Байкова, Димитрина Ив. Миликина,
ПОРТ СИСТЕМИ. ЗНАЧЕНИЕТО ИМ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ НА ПАЦИЕНТИ, ПРИ КОИТО Е НЕВЪЗМОЖЕН ВЕНОЗЕН ДОСТЪП 146

Габриела Д. Христова,
ДЛЪЖНОСТНА ХАРАКТЕРИСТИКА НА МЕДИЦИНСКА СЕСТРА РАБОТЕЩА В ДЕТСКА ГРАДИНА..... 150

III СЕКЦИЯ „СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ“

Татяна А. Драганова, Кирил П. Панайотов,
НЕОБХОДИМОСТ ОТ ОБУЧЕНИЕ НА СЕМЕЙСТВАТА НА БОЛНИ С ПАРКИНСОН В АЛТЕРНАТИВНИ И ДОПЪЛВАЩИ СЕ МЕТОДИ НА ЛЕЧЕНИЕ 152

Дарина Б. Димитрова, Емма Е. Кьолеян , Хелия П. Тоскова,
Екатерина Т. Иванова, Галя Н. Камбурова,
ИНФЕКЦИИ С PSEUDOMONAS AERUGINOSA И РОЛЯТА НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ В ТЯХНОТО ОВЛАДЯВАНЕ..... 159

Пепа М. Джеджева,
ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО В ПРОФЕСИОНАЛНАТА ДЕЙНОСТ НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА..... 167

Пепа М. Димитрова-Чиликова,
УМЕНИЯ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ ЗА ПРИЛОЖЕНИЕ НА СКАЛАТА ГЛАЗГОУ - ЛИЕЖ..... 174

В. В. Василева, В. П. Златанова, Е. М. Мерджанова, К. Б. Начева,
ФИЗИЧЕСКАТА АКТИВНОСТ КАТО ИНСТРУМЕНТ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА ЗДРАВНОТО СЪСТОЯНИЕ 181

Мирела М. Рангелова,
ЗДРАВНИ ГРИЖИ В ДОМОВЕ ЗА ДЕЦА С УВРЕЖДАНИЯ 188

Християна Ст. Димитрова, Силвия Г. Кючукова,
ИСТОРИЯ НА СЕСТРИНСТВОТО..... 191

Аяз Ердин Мехмедали,
ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА ПРИ РАБОТАТА В КАБИНЕТ ПРИ ОБЩО-ПРАКТИКУВАЩ ЛЕКАР 196

Николета В. Чомакова,
ПРОУЧВАНЕ ИНФОРМАТИВНОСТТА НА ЖЕНИТЕ, ОТНОСНО ПРОФИЛАКТИКАТА ПРИ РАК НА МАТОЧНАТА ШИЙКА 200

Силвия Г. Кючукова,
ХИГИЕНА И ЗДРАВНО ВЪЗПИТАНИЕ НА СТУДЕНТИТЕ ОТ МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛНОСТИ..... 204

Яница П. Георгиева,
СЕСТРИНСТВОТО ПРЕЗ ВЕКОВЕТЕ 208

СЕКЦИЯ „АКУШЕРСКИ ГРИЖИ И ДЕЙНОСТИ“

Румяна Н. Лалева, Мариам Векуа, Тодорка В. Боева,
МНЕНИЕТО НА СТУДЕНТИТЕ ОТ 3 КУРС СПЕЦИАЛНОСТ „АКУШЕРКА“ НА МУ-ВАРНА ОТНОСНО ВЪВЕЖДАНЕТО НА „ПЛАН ЗА РАЖДАНЕ“ 211

Фергюл Ф. Ибрямова, Ипек С. Алиева,
КЕНГУРУ ГРИЖА - "СПАСИТЕЛНА ПРЕГРЪДКА" ЗА НЕДОНОСЕНИ БЕБЕТА 217

Цветанка Н. Джиганска,
ПРЕОДОЛЯВАНЕ НА СТРЕСА НА РАБОТНОТО МЯСТО НА АКУШЕРКАТА..... 222

Вероника Николова, Гизем Хасанбашева,
ПОДГОТОВКАТА НА ЖЕНИТЕ ЗА РАЖДАНЕ – ОЧАКВАНИЯ НА ПАЦИЕНТИТЕ И РОЛЯ НА АКУШЕРКАТА..... 228

Славена Т. Илиева, Валя И. Димитрова,
ПОЗИЦИОНИРАНЕ НА СЕМЕЙНА СТАЯ В НЕОНАТОЛОГИЧНО ОТДЕЛЕНИЕ, КАТО ВЪЗМОЖНОСТ ЗА ОБУЧЕНИЕ НА РОДИТЕЛИ В ГРИЖИТЕ ЗА ДЕТЕТО ИМ..... 235

Велина П. Илиева,
ЕМОЦИОНАЛНАТА ПОДКРЕПА ПО ВРЕМЕ НА РАЖДАНЕ. РОЛЯ И ЗНАЧЕНИЕ НА ДУЛАТА 243

Ивайла Кирякова, Нелина Димитрова, Ебру Екрем,
НОВИ ПОСТИЖЕНИЯ В БОРБАТА СЪС СТЕРИЛИТЕТА И ПРИНОСА НА АКУШЕРКАТА..... 251

Виолета М. Алексиева,
СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ ОТНОСНО ИНФОРМИРАНОСТТА ЗА СЕКСУАЛНОТО ЗДРАВЕ СРЕД АКУШЕРКИТЕ И УЧИТЕЛИТЕ..... 259

Климентина С. Георгакева, Лора И. Лазарова,
НЕПРИСЪСТВЕНОТО ОБУЧЕНИЕ ПРИ СПЕЦИАЛНОСТ „АКУШЕРКА“ 268

Лора И. Лазарова, Климентина С. Георгакева,
НАРКОТИЧНИ ВЕЩЕСТВА И БРЕМЕННОСТ 273

Мария А. Немцова, Живка Г. Маргосян,
ГОТОВНОСТ НА СТУДЕНТИТЕ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ АКУШЕРКА ЗА ОБУЧЕНИЕ И РАБОТА В ИЗВЪНРЕДНА ОБСТАНОВКА ОТ COVID-19..... 277

Велина П. Илиева,
ПОВЕДЕНЧЕСКИ РИСКОВИ ФАКТОРИ – РАБОТА И ПРОФЕСИОНАЛНИ РИСКОВЕ ПРИ БРЕМЕННАТА ЖЕНА..... 283

Здравка Д. Атанасова, Кремена К. Митева,
„ЗАЩО АКУШЕРКА?“ СТУДЕНТИТЕ ОТ СПЕЦИАЛНОСТТА ЗА ИЗБОРА СИ НА ПРОФЕСИЯ..... 290

Надежда Г. Иванова, Мариана П. Радичева, Надя В. Влаева, Ален Т. Петров, Мира Н. Христова,
ПСИХИЧНА АДАПТАЦИЯ НА СТУДЕНТИТЕ В СФЕРАТА НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ И ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ КЪМ ДИСТАНЦИОННА ФОРМА НА ОБУЧЕНИЕ 299

Надежда Г. Иванова, Надя В. Влаева, Мариана П. Радичева, Ален Т. Петров, Мира Н. Христова,
МОТИВАЦИЯ НА СТУДЕНТИТЕ В СФЕРАТА НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ И ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ ЗА ДИСТАНЦИОННА ФОРМА НА ОБУЧЕНИЕ..... 304

Надежда Г. Иванова, Надя В. Влаева, Мариана П. Радичева,
МЕДИЦИНСКА И СОЦИАЛНА РЕХАБИЛИТАЦИЯ КАТО СРЕДСТВА ЗА ОКАЗВАНЕ НА ПОДКРЕПА ЗА ХОРАТА С УВРЕЖДАНИЯ..... 309

СЕКЦИЯ „ОБРАЗОВАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ НА ПРОФЕСИОНАЛИСТИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ“

Христина Милчева,
КРЕАТИВНИЯТ СТИЛ – ФАКТОР ЗА КАЧЕСТВЕНО ОБУЧЕНИЕ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ И АКУШЕРКИТЕ..... 314

Милена П. Нанкова, Силвия Б. Димитрова, Антон Йо. Тонев,
НЕОБХОДИМОСТ ОТ ВЪВЕЖДАНЕ НА СЛЕДДИПЛОМНО ОБУЧЕНИЕ И СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ ЗА МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ В ОБЛАСТТА НА МИНИИНВАЗИВНАТА ХИРУРГИЯ 318

Петя Ст. Каснакова, Божидарка Р. Хаджиева,
МОТИВАЦИЯ И ВЪЗМОЖНОСТИ НА ДИСТАНЦИОННОТО ОБУЧЕНИЕ ПРЕЗ ПОГЛЕДА НА СТУДЕНТИТЕ ОТ МЕДИЦИНСКИ КОЛЕЖ ПО ВРЕМЕ НА ПАНДЕМИЯТА ОТ COVID-19 327

Кремена Митева, Здравка Атанасова,
ИЗВЪНАУДИТОРНАТА САМОСТОЯТЕЛНА РАБОТА В ОБУЧЕНИЕТО НА АКУШЕРКИ 334

Анушка Н. Димитрова, Санела Борисова,
ПРАКТИЧЕСКОТО ОБУЧЕНИЕ КАТО ФАКТОР ЗА ФОРМИРАНЕ НА ПРОФЕСИОНАЛНО-КЛИНИЧНО МИСЛЕНЕ НА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „ЛЕКАРСКИ АСИСТЕНТ” 340

Розалина Д. Йорданова, Милена Г. Пенчева,
ПРОДЪЛЖАВАЩОТО ОБУЧЕНИЕ НА ЗДРАВНИТЕ ПРОФЕСИОНАЛИСТИ – НЕОБХОДИМО УСЛОВИЕ ЗА КАЧЕСТВЕНИ ЗДРАВНИ ГРИЖИ..... 346

СЕКЦИЯ Вария и Мениджмънт на здравните грижи

Joshua Godwin,
THE ROLE OF REHABILITATION NURSES IN THE MANAGEMENT OF PATIENTS' ILLNESSES IN THE COMMUNITY 350

Maria Jana Kingsley-Godwin,
ISSUES IN SCOLIOSIS:
CHRONIC ORTHOPAEDIC MANIFESTATIONS IN THE COMMUNITY 359

Тодорка В. Боева, Румяна Н. Лалева, Мария Й. Атанасова,
ДЕЦА С УВРЕЖДАНЕ - ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА РАННА ИНТЕРВЕНЦИЯ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ГРАД ВАРНА..... 371

Антония Й. Атанасова,
СЕРУМНА ЕКСПРЕСИЯ НА МИКРО-РНК 142 В КОХОРТА ОТ БЪЛГАРСКИ ПАЦИЕНТИ С ВЪЗПАЛИТЕЛНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ЧЕРВАТА И КОРЕЛАЦИЯТА Ѝ СЪС СТЕПЕНТА И ТЕЖЕСТТА НА ЗАБОЛЯВАНЕТО 379

Петранка Ив. Гагова, Петя М. Върбанова, Кръстин Б. Петров, Елина Евг. Първанова,
РАДИАЦИЯТА В ЕЖЕДНЕВИЕТО НИ И МЕТОДИ ЗА НАМАЛЯВАНЕ НА ВЛИЯНИЕТО Й ВЪРХУ ОРГАНИЗМА..... 388

М. Платиканова, П. Христова, Д. Тодорова, Д. Михайлов, Х. Христов, А. Андонова
ФАКТОРИ ОБУСЛАВЯЩИ СТРЕСОВИ РЕАКЦИИ ПРИ СТУДЕНТИ ОТ МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ 396

Галина П. Мръцкова, Леман Хасан Хидает, Руска В. Паскалева,
РЕХАБИЛИТАЦИННАТА ПРОГРАМА ПРИ ПАЦИЕНТ С ПАРКИНСОНОВА БОЛЕСТ. КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ 398

Йолина Ангелова, Руска Паскалева, Нора Танева,
КОМПЛЕКСНА РЕХАБИЛИТАЦИЯ ПРИ АМПУТАЦИЯ НА ДОЛНИ КРАЙНИЦИ - ПРЕДСТАВЯНЕ НА КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ..... 405

Руска Паскалева, Валентин Петров, Ваня Павлова,
КИНЕЗИТЕРАПИЯ И ЕРГОТЕРАПИЯ ПРИ ДЕЦА С ДЕТСКА ЦЕРЕБРАЛНА ПАРАЛИЗА – ПРЕДСТАВЯНЕ НА КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ..... 410

Лиляна Н. Станчева, Цветелина Е. Колева, Христина И. Василева,
МЕНИДЖМЪНТ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ ПРИ ПАЦИЕНТ С МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА – КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ ОТ ПРАКТИКАТА НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА 416

Деяна Тодорова,
ПРОУЧВАНЕ НА ПОТРЕБНОСТИТЕ ОТ ДОПЪЛНИТЕЛНИ ЗНАНИЯ ПРИ УНИВЕРСИТЕТСКАТА ПОДГОТОВКА ПО СПЕЦИАЛНОСТТА НА МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ РАБОТЕЩИ В ЦЕНТРОВЕТЕ ЗА СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ..... 424

Тодор Цветанов, Руска Паскалева,
РАЗПРОСТРАНЕНИЕ И ОСНОВНИ ФАКТОРИ ВЛИЯЕЩИ ВЪРХУ НАДНОРМЕНОТО ТЕГЛО И ЗАТЛЪСТЯВАНЕТО 430

Руска Паскалева, Зорница Йорданова, Виолета Иванова,
КИНЕЗИТЕРАПИЯ И ЕРГОТЕРАПИЯ ПРИ ХЕМОРАГИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ – ПРЕДСТАВЯНЕ НА КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ..... 437

Ваня И. Георгиева, Катя Г. Пеева,
УНИВЕРСИТЕТСКАТА БОЛНИЦА – С ПРИНОС В РАЗВИТИЕТО НА МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ СТАРА ЗАГОРА..... 443

Научно-практическа **(on line)** конференция с международно участие

„МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ И АКУШЕРКИТЕ –

КЛЮЧОВ РЕСУРС В СЪВРЕМЕННОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ“

И

Кръгла маса

за студенти**, преподаватели** и професионалисти по здравни грижи

29-30 октомври, 2020

Посветена на

Международната година на медицинската сестра и акушерка

и

25 годишнината от създаването на Тракийски университет

ОРГАНИЗАЦИОНЕН КОМИТЕТ

ПОЧЕТЕН ПРЕДСЕДАТЕЛ:

Доц. д-р Добри Ярков, двн – Ректор на Тракийски университет

ПРЕДСЕДАТЕЛ:

Доц. д-р Юлиян Ананиев, дм – Декан на Медицински факултет

ЗАМЕСТНИК-ПРЕДСЕДАТЕЛИ;

Проф. Христина Танчева Милчева, дп

Доц. Албена Николаева Андонова , дм

Доц. Кремена Кънчева Митева, дп

Членове от Катедра „Здравни грижи“, Медицински факултет:

Доц. д-р Марияна Радичева Пенкова, дм

Гл. ас. Силвия Георгиева Кючукова, дм

Гл. ас. Мима Стефанова Николова, дм

Гл.ас. Надежда Господинова Иванова, дм

Ас. Здравка Динева Атанасова, дм

Пенка Желева Иванова – преподавател

Ваня Иванова Георгиева- преподавател, регионален координатор на БАПЗГ

Милица Славова Велева - студент, сп. Медицинска сестра

Димитрова Деница Костадинова – студент, сп. Медицинска сестра

Николета Валентинова Чомакова – студент, сп. Медицинска сестра

Велина Илиева Петкова – студент, сп. Акушерка

Лора Иванова Лазарова - студент, сп. Акушерка

Научен комитет:

Председател: Проф. Мирослав Карабалиев, дф – Зам. ректор по Научната дейност на Тракийски университет

Зам.председател: Доц. д-р Люба Митева, дм – Зам. декан на Медицински факултет

Членове:

Проф. Христина Танчева Милчева, дп

Доц. Албена Николаева Андонова, дм

Доц. Кремена Кънчева Митева, дп

Доц. д-р Марияна Радичева Пенкова, дм

ПЛЕНАРНИ ДОКЛАДИ

АКТУАЛНИ ПРОБЛЕМИ НА СЕСТРИНСТВОТО В БЪЛГАРИЯ

Албена Н. Андонова

Медицински факултет, Тракийски университет

Резюме: *Недостигът на медицински сестри в световен мащаб е проблем който тревожи СЗО и правителствата на отделните държави. В България недостатъчния брой медицински сестри достигна такива размери, че в по-малките населени места вече се затруднява функционирането на първичната медицинска и болничната помощ. Ниското заплащане и лошите условия на труд са основната причина много медицински сестри да работят в чужбина или да не практикуват професията. Това доведе до отлив на желаещи за обучение по професията медицинска сестра. Установяват се негативни тенденции за назначаване длъжност за медицинска сестра на други медицински специалисти, студенти или лица без медицински образование. Необходимостта от спешни радикални реформи в здравеопазването е задължителна за да може да се осигури качествена здравна грижа на населението.*

Кл. думи: *недостиг на медицински сестри, лоши условия на труд, ниско заплащане, реформи*

CURRENT PROBLEMS OF NURSING IN BULGARIA

Albena N. Andonova

Faculty of Medicine, Department of Health Care, Trakia University

Abstract: *The shortage of nurses worldwide is a problem of concern to the WHO and national governments. In Bulgaria, the insufficient number of nurses has reached such proportions that in the smaller settlements the functioning of primary medical and hospital care is already difficult. Low pay and poor working conditions are the main reason many nurses work abroad or do not practice the profession. This led to an outflow of applicants for training in the profession of nurse. Negative tendencies are being established for appointing a nurse to other medical specialists, students or persons without medical education. The need for urgent radical reforms in healthcare is mandatory in order to provide quality health care to the population.*

Key words*: shortage of nurses, poor working conditions, low pay, reforms*

С решение 72-та Световна здравна асамблея в Женева през 2019г.-2020 г. ще бъде Международната година на медицинската сестра и акушерка. Мотото ще бъде “Nursing Now“ „Здравните грижи сега“. СЗО е предоставила уникална възможност на държавите да покажат колко много те ценят своите медицински сестри и акушерки и да им предоставят възможност да докажат какво могат да постигнат като професионалисти, ако им се окаже подкрепа. (3)

Инвестирането в медицинските сестри и акушерки ще допринесе много за бързото, икономично и висококачествено увеличаване на универсалната здравна грижа.

Кампанията „Nursing Now“ ще продължи 3 години. С нея стартира и програмата „Nightingale Challenge 2020“, която изисква всеки работодател на медицински сестри и акушерки в световен мащаб да предостави обучение за лидерство и развитие на 20 млади медицински сестри през следващите години. Целта е да има поне 20 000 млади медицински сестри и акушерки преминали такова обучение. За първи път в съвременната историята на света ще се отпразнуват приноса на медицинските сестри и

акушерки към здравеопазването. Повод за това е отбелязването на 200-годишнината от раждането на Флоренс Найтингейл една от основателите на модерното сестринство. През октомври 1854 по време на Кримската война с 38 помощници - монахини и милосърдни сестри, тя се отправя към полевите болници в Скутари (Турция), а след това и в Крим. Там тя прилага нови санитарни принципи и грижи за ранените. В резултат, за по-малко от 6 месеца смъртността в лазаретите спада от 42% до 2,2 %.

Основните цели на Кампанията „Nursing Now“ са:

1. По-големи инвестиции за подобряване на образованието, професионалното развитие, стандартите, регулирането и условията на заетост на медицинските сестри и акушерки.

Премахване на глобалния недостиг от 9 милиона медицински сестри и акушерки до 2030 г. (в момента са 20 000 000).

2. Повишаване и подобряване на разпространението на ефективни и иновативни практики в здравните грижи.

Професионалните организации колективно да подкрепят координиран глобален портал за ефективни практики и иновации.

3. По-голямо влияние на здравните специалисти в глобалната и национална здравна политика, като част от по-широките усилия за осигуряване на по-голяма ангажираност на работещите в областта на здравеопазването при вземането на решения.

4. Повече медицински специалисти по здравни грижи на лидерски позиции и повече възможности за развитие на всички нива.

Най-малко 75% от страните да имат длъжности на специалисти по здравни грижи на ръководни позиции в министерството и държавните структури. Създаване на глобална мрежа за мениджмънт на специалистите по здравни грижи.

5. Повече доказателства за политиците за ролята и мястото на здравните грижи в здравеопазната система. Премахване на пречките пред професионалистите по здравни грижи за самостоятелно реализиране на професионалните им компетенции в полза на обществото.

Съвременната концепция за медицинската сестра и акушерка като професионалисти изисква да имат достатъчно знания и умения за планиране, изпълнение и оценка на грижите, които да отговарят на нуждите на определен пациент. Така се поставя специален акцент върху уникалния им принос при възстановяване, рехабилитация и профилактика на здравето на населението.

Модерните дефиниции определят здравните грижи като наука и изкуство, фокусирани върху поддържането на качеството на живот. Здравните грижите следват холистичния подход, като се планират и прилагат индивидуално за всеки човек, подпомагат семейството или общността в достигане и поддържане на оптимално ниво на здраве.

ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ В БЪЛГАРИЯ

По последни данни на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи (БАПЗГ) за 2018 г. медицинските специалисти по здравни грижи у нас са 46 332. В България в момента работят 23 021 медицински сестри, от които 60% са в работоспособна възраст, други 20% са в предпенсионна възраст и до 2 години биха могли да се пенсионират и още 20%, които са работещи пенсионерки. В същото време на българската здравна система са нужни още 30 000 медицински сестри. (1) Една четвърт от медицинските сестри трябва да се пенсионират през тази година, Връщането в далечната 1990 г. показва, че тогава медицинските сестри в България са били 56 000.

Съотношението лекар / медицинска сестра в момента е 1/0.9 на национално ниво. Най-ниската допустима норма е 2 медицински сестри на 1 лекар, за да се гарантира качеството на медицинските и здравните грижи.

На Световния конгрес на Международния Сестрински Съвет в Тайпе (2005г.) е прието, една ме-

дицинска сестра да се грижи за четирима болни. Всеки следващ болен за обгрижване увеличава вероятността за влошаване качеството на предоставените здравни грижи, което за съжаление в България не се изпълнява. Проучвания на Европейския форум на Националните сестрински и акушерски асоциации и Световната здравна организация сочат, че от броя и квалификацията на сестрите и акушерките зависят броят на усложненията, продължителността на лечението и смъртността в болниците.

В България е приета и действа „Националната здравна стратегия (2014 – 2020 г.). За изпълнението на Политика 4: Осигуряване на равен достъп на хората до качествени здравни дейности, адекватни на техните здравни потребности, обаче не е предвидено участие на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи (БАПЗГ). (2) БАПЗ не е страна и по договора с НЗОК. Въпреки приетите стратегии и концепции на национално ниво проблемите на медицинските сестри и акушерки остават и се задълбочават.

Основни проблеми:

- недостойно заплащане на труда;

- лоши условия на труд;

- липса на остойностяване на медицинските дейности извършвани от медицинските специалисти от направление Здравни грижи;

- недостатъчен брой медицински сестри, акушерки и други специалисти по здравни грижи;

- назначаване на студенти на позиция санитар, болногледач, здравен асистент, но изпълняващи професионалните задължения на медицинска сестра или акушерка;

- назначаване на медицински специалисти на длъжности професионална квалификация медицинска сестра;

- при акредитация на лечебните заведения критерия брой медицински сестри, акушерки и останалите медицински специалисти от направление Здравни грижи не съществува.

- липса на законова възможност специалистите по здравни грижи да сключват договор с НЗОК и много други.

След приемане на Република България в Европейския съюз се създаде възможност за безпрепятствена мобилност на медицинските специалисти в ЕС. Все повече професионалисти по здравни грижи избират да работят в чужбина, привлечени от реалното финансово оценяване на техния труд и по-добрите условия на труд.Това доведе до недостиг на медицински специалисти у нас и съответно до понижаване на качеството на здравните грижи. Недостатъчното финансиране в здравеопазването допълнително повлиява неблагоприятно върху проблема.

Всички тези дефицити пораждат влошаване на здравния статус на население и нарастваща неудовлетвореност сред хората от здравеопазването.От друга страна се установява непрекъснато увеличаване на разходите за здравеопазване, а трудовата имиграция главно на медицински сестри, но и на лекари и акушерки засилва проблемите в системата.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Анализите и проучванията на реалности в здравеопазването у нас и по света показват, че мерките, които трябва да се вземат на глобално и на национално ниво трябва да се реализират възможно най-бързо. Нуждата от радикални и незабавни реформи в организацията и методиката на финансиране на здравеопазването у нас е вече осезаема, особено в частта касаеща медицински сестри, акушерки и други специалисти от направление Здравни грижи.

ЛИТЕРАТУРА:

Здравни грижи, брой 8/2020

https://nursing-bg.com/docs/bzg/2020/Zdravni_griji_08_2020.pdf

Национална здравна стратегия 2020

https://www.mh.government.bg/bg/politiki/strategii-i-kontseptsii/strategii/nacionalna-zdravna-strategiya-2020/

https://www.nursingnow.org/

https://nursing-bg.com/docs/abapzg/memorandum2019.pdf

NOVEL CORONAVIRUS DISEASE 2019 (COVID 19): AN EMERGING GLOBAL PANDEMIC

Daniella Kingsley-Godwin

London Medical Academy, 86 - 90 Paul Street, London EC2A 4NE, England, UK

ABSTRACT

INTRODUCTION

Coronavirus disease 2019 (COVID-19) is an infectious disease caused by a newly discovered coronavirus. The virus that causes COVID-19 is mainly transmitted through droplets generated when an infected person coughs, sneezes, or exhales. These droplets are too heavy to hang in the air, and quickly fall on floors or surfaces.

PURPOSE

To evaluate the cause, clinical manifestations, treatment, prevention, prognosis and current issues in COVID 19.

MATERIAL AND METHODS

Clinical systematic review and experts' evaluations of clinical and public health issues on COVID 19 from November 2019 to September 2020.

RESULTS AND DISCUSSION

From a timeline that started from November 2019 to the present day, an epidemic of cases with unexplained low respiratory infections detected in Wuhan, China was first reported, on 31 December 2019. Published data can trace the beginning of symptomatic individuals back to the November 2019 or earlier. As causes were not identified, these first cases were classified as "pneumonia of unknown aetiology." With the advent of other cases internationally, the aetiology of this illness was attributed to a novel virus belonging to the coronavirus (CoV) family, with no specific treatment.

CONCLUSION

Since November 2019 to date, COVID 19 continues to spread globally, causing serious public health issues, with high level of infections and deaths. Hence urgent solution is needed to solve this worldwide problem.

Keywords: *Coronavirus, COVID 19, Aetiology, Treatment, Vaccine*

INTRODUCTION

A virus is a small collection of genetic code, either DNA or RNA, surrounded by a protein coat[1]. A virus cannot replicate alone. Viruses must infect cells and use components of the host cell to make copies of themselves[1,2]. Often, they kill the host cell in the process, and cause damage to the host organism. Viruses have been found everywhere on Earth. Investigators estimate that viruses outnumber bacteria by 10 to 1[1-3]. At the end of 2019, a novel coronavirus was identified as the cause of a cluster of pneumonia cases in Wuhan, China[4]. Subsequently, the infection rapidly spread throughout the world, resulting in a global pandemic[3,4]. The coronavirus is now designated severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and the illness it causes is coronavirus disease 2019 (COVID-19)[3,4]. As viruses don't have the same components as bacteria, they cannot be killed by antibiotics; only antiviral medications or vaccines can eliminate or reduce the severity of viral diseases, including AIDS, COVID-19, measles and smallpox.

The spectrum of COVID-19 in humans ranges from asymptomatic infection to mild respiratory tract symptoms to severe pneumonia with acute respiratory distress syndrome (ARDS) and multiorgan dysfunction[3-5]. Our understanding of the spectrum of the disease as well as the optimal management strategies continues to evolve.[2,6] The purpose of this paper is to evaluate the cause, clinical manifestations, treatment, prevention, prognosis and current issues in COVID 19.

SIGNS AND SYMPTOMS

After a patient is exposed to SARS-CoV-2, the incubation period typically lasts for 1-14 days (with an estimated mean of 5-6 days) before they develop symptoms. According to the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019, the most common signs and symptoms in 55,923 cases were[3-6]:

- Fever(87.9%)
- Dry cough (67.7%)
- Fatigue (38.1%)
- Sputum production (33.4%)
- Shortness of breath (18.6%)
- Sore throat (13.9%)
- Headache (13.6%)
- Myalgia or arthralgia (14.8%)
- Chills (11.4%)
- Nausea or vomiting (5.0%)
- Nasal congestion (4.8%)
- Diarrhea (3.7%)
- Hemoptysis (0.9%)
- Conjunctivitis or conjunctival congestion (0.8%)

AETIOLOGY

COVID-19 is caused by an infection with SARS-CoV-2. This β-coronavirus is an enveloped positive-sense single-stranded RNA virus of the subfamily *Orthocoronavirinae* of the *Coronaviridae* family[6,7]. Bat was thought to be the natural reservoir of this virus, as the outbreak began in a seafood market in Wuhan, China, where several wild animal species including bat were sold on a daily basis[3-6]. Of note, bat was also reported to be the culprit of Sever Acute Respiratory Syndrome (SARS) and Middle East Respiratory Syndrome (MERS) epidemics in 2002 and 2012, respectively[8-10]. Direct contact with intermediate hosts or consumption of wild animals is likely the initial route of SARS-CoV-2 transmission. Human-to-human transmission is the key factor for rapid spread of SARS-CoV-2, while nosocomial transmission was the most common route of infection for SARS and MERS[11,12].

RISK FACTORS

It has been reported that advanced age is the primary risk factor for developing COVID-19[13,14]. Older patients also have higher mortality[13,14]. Zhou et al[14], show that patients who required admission for COVID-19 at a hospital in Wuhan more likely presented with systemic co-morbidities including hypertension (30%), diabetes (19%), coronary artery disease (8%), COPD (3%)[14].

PATHOPHYSIOLOGY

As above, the first transmission is thought to take place at a seafood market in Wuhan, China. Afterward, person-to-person transmission via respiratory droplets is believed to be the primary method, similarly to other coronavirus family and other comparable viruses such as influenza[14,15].

Multiple respiratory droplets may be released when an infected person coughs sneezes or speaks. Once a respiratory droplet exits in an infected individual it can be directly inhaled by another person[15]. Droplets can also contaminate surfaces which may be touched by another person. Transmission occurs when viral particles from the respiratory droplets contact host mucus membranes[16]. Upon contact an epithelial cell, the virus particle gains entry inside using the SARS-CoV-2 spike (S) glycoprotein which binds to the cell membrane protein angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2)[15,16]. The S glycoprotein is composed of 2 subunits S1 and S2. The S2 subunit is shown to be highly conserved with a fusion peptide, a transmembrane domain and a cytoplasmic domain[16]. This could serve as a target for producing antiviral drugs[14-16].

Once inside, the virus starts to transcribe its genome and synthesise many proteins required for rapid replication. Among the protein products, the non-structural proteins (nsp) are particularly important for pathophysiology of COVID-19, as they have the ability to disable the host's innate immune response[6,15,16].

HISTOPATHOLOGY

Tian et al. [17] reported histopathological data obtained on the lungs of two patients who underwent lung lobectomies for adenocarcinoma and retrospectively found to have had the infection at the time of surgery. Apart from the tumours, the lungs of both 'accidental' cases showed oedema and important proteinaceous exudates as large protein globules[17]. The authors also reported vascular congestion combined with inflammatory clusters of fibrinoid material and multinucleated giant cells and hyperplasia of pneumocytes[17].

More recently, Zhang et al[18], performed a postmortem transthoracic needle lung biopsy in a patient who died of COVID-19. Immunostaining showed diffuse alveolar injury and an important alveolar expression of viral antigens. In autopsies on COVID-19 cases, the authors[19] offered a detailed picture of the histological patterns in lung and extrapulmonary tissues. This picture was characterised by capillary congestion, necrosis of pneumocytes, hyaline membrane, interstitial oedema, pneumocyte hyperplasia, and reactive atypia. Platelet-fibrin thrombi in small arterial vessels were the expression of intravascular coagulopathy. Moreover, in the lung they found infiltrates expressed as macrophages in alveolar lumens and lymphocytes in the interstitium. In summary, similar to SARS and MERS, severe COVID-19 lung damage was manifested in terms of Diffuse Alveolar Disease (DAD) with severe capillary congestion[19]. Again, a lot of findings were suggestive for vascular dysfunction, in lung and other tissues[18,19].

PRIMARY PREVENTION

Currently there is no vaccination approved for SARS-CoV-2. In America, a clinical trial studying an investigational vaccine (called mRNA-1273) has started at Kaiser Permanente Washington Health Research Institute (KPWHRI) in Seattle on March 16, 2020[20]. This trial is funded by National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID), a branch of the National Institute of Health (NIH). Phase 1 is currently underway with 45 healthy volunteers[20].

There are other vaccine productions in different parts of the world like in the United Kingdom, other parts of Europe and elsewhere. Some of these are under trial at present.

At the same time, it is crucial to keep hand hygiene and practice "social distancing" to stop the spread of SARS-CoV-2. It has been shown that SARS-COV-2 remained viable in aerosol for up to three hours, so airborne precautions with full personal protective equipment (PPE) is strongly recommended, particularly in case requiring aerosol generating procedure. Additionally, the researchers have shown that SARS-CoV-2

survives on stainless steel and plastic for up to 72 hours, cardboard for up to 24 hours, and copper for up to 4 hours[21].

DIAGNOSIS

History

A detailed history should include documentation of risk factors such as[22]:

Presence of fever or any respiratory symptoms, including but not limited to cough, sputum production, hemoptysis, sore throat, headache, fatigue, myalgia.

Presence of conjunctivitis symptoms including red eye, itchiness, tearing, foreign body sensation, photosensitivity, swollen eyelids.

Close contact with an individual with known or suspected COVID-19 or pneumonia of unknown cause.

Residence in—or travel to—an area with widespread ongoing transmission, including: New York, New Jersey, California, Washington, New Orleans, as well as China, Iran, South Korea, United Kingdom, and most of Europe.

History of chronic systemic diseases including hypertension, cancer, diabetes, or immunocompromised state.

Physical examination and clinical diagnosis

The clinical spectrum of COVID-19 varies from asymptomatic or paucisymptomatic forms to clinical conditions characterised by respiratory failure that necessitates mechanical ventilation and support in an ICU, to multiorgan and systemic manifestations in terms of sepsis, septic shock, and multiple organ dysfunction syndromes (MODS)[21,22]. In one of the first reports on the disease, Huang et al[22]. illustrated that patients (n. 41) suffered from fever, malaise, dry cough, and dyspnea. Chest computerized tomography (CT) scans showed pneumonia with abnormal findings in all cases. About a third of those (13, 32%) required ICU care, and there were 6 (15%) fatal cases[22].

The case studies of Li et al.[23] published in the New England Journal of Medicine (NEJM) on January 29, 2020, encapsulates the first 425 cases recorded in Wuhan[23]. Data indicate that the patients' median age was 59 years, with a range of 15 to 89 years[23]. Thus, they reported no clinical cases in children below 15 years of age[23]. There were no significant gender differences (56% male). On the contrary, in other reports, there is a lower prevalence in the female gender[23].

Clinical and epidemiological data from the Chinese CDC regarding 72,314 case records (confirmed, suspected, diagnosed, and asymptomatic cases) were shared in the Journal of the American Medical Association (JAMA), providing the first important illustration of the epidemiologic curve of the Chinese outbreak[24]. There were 62% confirmed cases, including 1% of cases that were asymptomatic, but were laboratory-positive (viral nucleic acid test). Furthermore, the overall case-fatality rate (on confirmed cases) was 2.3%. Of note, the fatal cases were primarily elderly patients, in particular those aged ≥ 80 years (about 15%), and 70 to 79 years (8.0%)[24]. Approximately half (49.0%) of the critical patients and affected by preexisting comorbidities such as cardiovascular disease, diabetes, chronic respiratory disease, and oncological diseases, died[24]. While 1% of patients were aged 9 years or younger, no fatal cases occurred in this group[24].

The authors of the Chinese CDC report divided the clinical manifestations of the disease by their severity[23,24]:

• Mild disease: non-pneumonia and mild pneumonia; this occurred in 81% of cases.

• Severe disease: dyspnoea, respiratory frequency ≥ 30/min, blood oxygen saturation (SpO2) ≤ 93%, PaO2/FiO2 ratio or P/F [the ratio between the blood pressure of the oxygen (partial pressure of oxygen, PaO2)

and the percentage of oxygen supplied (fraction of inspired oxygen, FiO2)] < 300, and/or lung infiltrates > 50% within 24 to 48 hours; this occurred in 14% of cases.

• Critical disease: respiratory failure, septic shock, and/or multiple organ dysfunction (MOD) or failure (MOF); this occurred in 5% of cases[24].

From the subsequent reports, it is estimated that in 70% of patients the disease is asymptomatic or with very mild symptoms, while in the remaining 30% there is a respiratory syndrome with high fever, cough until severe respiratory failure is reached who may require ICU admission[25]. Thus, data obtainable from reports and directives provided by health policy agencies, allow dividing the clinical manifestations of the disease according to the severity of the clinical pictures. The COVID-19 may present with mild, moderate, or severe illness[25]. Among the severe clinical manifestations, there are severe pneumonia, ARDS, as well as extrapulmonary manifestations and Systemic complications such as sepsis, and septic shock[25]. The clinical course of the disease seems to predict a favourable trend in the majority of patients. In a percentage still to be defined of cases, after about a week there is a sudden worsening of clinical conditions with rapidly worsening respiratory failure and MOD/MOF. As a reference, the criteria of the severity of respiratory insufficiency and the diagnostic criteria of sepsis and septic shock can be used[25].

Other reported illnesses are stated below[25]:

Uncomplicated (mild) Illness

These patients usually present with symptoms of an upper respiratory tract viral infection, including mild fever, cough (dry), sore throat, nasal congestion, malaise, headache, muscle pain, or malaise. New loss of taste and/or smell, diarrhoea, and vomiting are usually observed. Signs and symptoms of a more serious disease, such as dyspnoea, are not present.

Moderate Pneumonia

Respiratory symptoms such as cough and shortness of breath (or tachypnea in children) are present without signs of severe pneumonia.

Severe Pneumonia

Fever is associated with severe dyspnoea, respiratory distress, tachypnea (> 30 breaths/min), and hypoxia (SpO2 < 90% on room air). However, the fever symptom must be interpreted carefully as even in severe forms of the disease, it can be moderate or even absent. Cyanosis can occur in children. In this definition, the diagnosis is clinical, and radiologic imaging is used for excluding complications.

Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS)

The diagnosis requires clinical and ventilatory criteria. This syndrome is suggestive of a serious new-onset respiratory failure or for worsening of an already identified respiratory picture. Different forms of ARDS are distinguished based on the degree of hypoxia. The reference parameter is the PaO2/FiO2 or P/F ratio[25]:

• Mild ARDS: 200 mmHg < PaO2/FiO2 ≤ 300 mmHg. In not-ventilated patients or in those managed through non-invasive ventilation (NIV) by using positive end-expiratorypressure (PEEP) or a continuous positive airway pressure (CPAP) ≥ 5 cmH2O.

• Moderate ARDS: 100 mmHg < PaO2/FiO2 ≤ 200 mmHg.

• Severe ARDS: PaO2/FiO2 ≤ 100 mmHg.

When PaO2 is not available, a ratio SpO2/FiO2 ≤ 315 is suggestive of ARDS.

Chest imaging utilised includes chest radiograph, CT scan, or lung ultrasound demonstrating bilateral opacities (lung infiltrates > 50%), not fully explained by effusions, lobar, or lung collapse. Although in some cases, the clinical scenario and ventilator data could be suggestive for pulmonary oedema, the primary respiratory origin of the oedema is proven after the exclusion of cardiac failure or other causes such as fluid overload. Echocardiography can be helpful for this purpose.

Extra pulmonary Manifestations and Systemic complications

The involvement of other organs is an important aspect of the disease. For example, an understanding of pathophysiology and mechanisms of kidney damage and AKI is emerging in the context of critical forms of COVID-19, although further research is needed to identify patients at risk of AKI and guide management strategies. The clinical presentation ranges from mild proteinuria (>40% of patients have abnormal proteinuria at hospital admission[26] to acute progressive renal injury (AKI) which represents a marker of MOD and disease severity and often requires renal replacement therapy (RRT) with the possible use of cytokine removal approaches[27]. Up to 20% of ICU patients with COVID-19 require RRT[28].

Sepsis[29-31]

According to the International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3), sepsis represents a life-threatening organ dysfunction caused by a dysregulated host response to suspected or proven infection, with organ dysfunction[29]. The clinical pictures of patients with COVID-19 and with sepsis are particularly serious, characterised by a wide range of signs and symptoms of multiorgan involvement. These signs and symptoms include respiratory manifestations such as severe dyspnoea and hypoxemia, renal impairment with reduced urine output, tachycardia, altered mental status, and functional alterations of organs expressed as laboratory data of hyperbilirubinemia, acidosis, high lactate, coagulopathy, and thrombocytopenia. The reference for the evaluation of multiorgan damage and the related prognostic significance is the Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) score, which predicts ICU mortality based on lab results and clinical data[30]. A paediatric version of the score has also received validation[31].

Septic Shock[29-31]

In this scenario, which is associated with increased mortality, circulatory, and cellular/metabolic abnormalities such as serum lactate level greater than 2 mmol/L (18 mg/dL) are present[29]. As patients usually suffer from persisting hypotension despite volume resuscitation, the administration of vasopressors is required to maintain a mean arterial pressure (MAP) ≥ 65 mmHg[30,31].

THE PECULIAR HISTORY OF THIS NEW DISEASE

In some patients, the clinical history of this disease occurs with particular characteristics. It foresees that the patient manifests above all fever, which is not very responsive to antipyretics, and a state of malaise[31,32]. A dry cough is often associated with the disease[32]. After 5-7 days, older patients with already impaired lung function begin to experience shortness of breath and increased respiratory rate[27,31,32]. In more fragile patients, however, dyspnoea may already appear at the onset of symptoms[29,31,32].

On the other hand, in younger people and in those who do not have basic respiratory impairments or other comorbidities, dyspnea may appear later. In these patients experiencing worsening inflammatory-induced lung injury, there is a decrease in oxygen saturation (<93%)[32]. This seems to be the crucial phase of the disease, from this point onwards, there may be a rapid deterioration of respiratory functions. The scenario is truly incredible because, for patients who are paucisymptomatic and slightly hypoxic, the first therapeutic approach is oxygen therapy[30,33].

Although this strategy is effective, the worsening of respiratory failure may occur in some patients. With the drive preserved, the next step, according to logic, is the NIV[28,31]. This therapy has a rapid success

by increasing the P/F[26,31,33]. In some patients, however, there is a sudden, unexpected worsening of clinical conditions[23,29,31,33]. Patients collapse under the operator's eyes and require rapid intubation and invasive mechanical ventilation[30,31,33]. However, after 24-48 hours the patient can have a rapid improvement with an increase in P/F[27,31,33]. Operators are therefore tempted to proceed with weaning, but very often, after an initial success, there is a new worsening of respiratory conditions, such as to require a new invasive therapy[27,31,33]. Therefore, mechanical ventilation has also been suggested for 1-2 weeks[29,31,33].

Evaluation

Most countries are using some types of clinical and epidemiological information to determine who should have testing performed[23-31,34]. In the United States (US), criteria have been developed for people under investigation (PUI) for COVID-19[35].

According to the U.S. Centres for Disease Prevention and Control (CDC), most patients with confirmed COVID-19 have developed fever and/or symptoms of acute respiratory illness (e.g., cough, difficulty breathing)[35]. If a person is a PUI, it is recommended that practitioners immediately put in place infection control and prevention measures[31,35]. Initially, they recommend testing for all other sources of respiratory infection[35]. Again, they recommend using epidemiological factors to assist in decision making[35]. There are epidemiological factors that assist in the decision on who to test[31-35]. This includes anyone who has had close contact with a patient with laboratory-confirmed COVID-19 within 14 days of symptom onset or a history of travel from affected geographical areas (presently China, Italy, Iran, Japan, USA, Europe, UK, South Korea and others) within 14 days of symptom onset[35].

Diagnostic Procedures

Molecular test[35]

The WHO recommends collecting specimens from both the upper respiratory tract (naso- and oropharyngeal samples) and lower respiratory tract such as expectorated sputum, endotracheal aspirate, or bronchoalveolar lavage[35]. The collection of BAL samples should only be performed in mechanically ventilated patients as lower respiratory tract samples seem to remain positive for a more extended period. The samples require storage at four degrees celsius. In the laboratory, amplification of the genetic material extracted from the saliva or mucus sample is through a reverse polymerase chain reaction (RT-PCR), which involves the synthesis of a double-stranded DNA molecule from an RNA mold. Once the genetic material is sufficient, the search is for those portions of the genetic code of the CoV that are conserved. The probes used are based on the initial gene sequence released by the Shanghai Public Health Clinical Centre & School of Public Health, Fudan University, Shanghai, China on Virological.org, and subsequent confirmatory evaluation by additional labs. If the test result is positive, it is recommended that the test is repeated for verification. In patients with confirmed COVID-19 diagnosis, the laboratory evaluation should be repeated to evaluate for viral clearance prior to being released from observation. The availability of testing will vary based on which country a person lives in with increasing availability occurring nearly daily.

Serology[35]

Despite the numerous antibody tests designed, to date serologic diagnosis has limitations in both specificity and sensitivity. Again, results from different tests vary. A CDC research on a test developed by the US Vaccine Research Centre at the National Institutes of Health is ongoing. Of note, this test seems to have specificity higher than 99% with a sensitivity of 96%.

Research is providing us with a lot of data on the role of serology. For example, it has been shown that there is no cross-reactivity between autoantibodies collected from serum samples from patients with autoimmune disease and SARS-CoV-2 antibodies. Nevertheless, further research is needed for elucidating several aspects of the matter. In particular[35]:

• If IgG antibodies will provide immunity from future SARS-CoV-2 infection.

• On the protective titer of antibodies.

• On the duration of the protection.

Serological test, however, can have an important role in broad-based surveillance.

Laboratory Examinations

Concerning laboratory examinations[35]:

In the early stage of the disease, a normal or decreased total white blood cell count (WBC) and a decreased lymphocyte count can be demonstrated. Interestingly, lymphopenia appears to be a negative prognostic factor.

Increased values of liver enzymes, lactate dehydrogenase (LDH), muscle enzymes, and C-reactive protein can be detected.

Unless a bacterial overlap, a normal procalcitonin value is found.

The elevated neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR), derived NLR ratio (d-NLR) [neutrophil count divided by the result of WBC count minus neutrophil count], and platelet-to-lymphocyte ratio, can be the expression of the inflammatory storm[36]. The correction of these indices is an expression of a favourable trend.

Increased D-dimer

In critical patients, D-dimer value is increased, blood lymphocytes decreased persistently, and laboratory alterations of multiorgan imbalance (high amylase, coagulation disorders, etc.) are found.

Imaging[35,36]

Chest X-ray examination

Since the disease manifests itself as pneumonia, radiological imaging has a fundamental role in the diagnostic process, management, and follow-up. Standard radiographic examination (X-ray) of the chest has a low sensitivity in identifying early lung changes and in the initial stages of the disease. At this stage, it can be completely negative. In the more advanced stages of infection, the chest X-ray examination generally shows bilateral multifocal alveolar opacities, which tend to confluence up to the complete opacity of the lung. Pleural effusion can be associated.

Chest computed tomography

Given the high sensitivity of the method, chest computed tomography (CT), in particular high-resolution CT (HRCT), is the method of choice in the study of COVID-19 pneumonia, even in the initial stages. Several non-specific HRCT findings and patterns can be found. Most of these findings may also be observed in other lung infections, such as Influenza A (H1N1), CMV, SARS, MERS, streptococcus, and Chlamydia, Mycoplasma. The most common findings are multifocal bilateral “ground or ground glass” (GG) areas associated with consolidation areas with patchy distribution, mainly peripheral/subpleural and with greater involvement of the posterior regions and lower lobes. The “crazy paving” pattern can be also observed. This latter finding is characterised by the presence of GG areas with superimposed interlobular septal thickening and intralobular septal thickening. It is a non-specific finding that can be detected in different conditions. Other findings are the “reversed halo sign” which is a focal area of GG delimited by a peripheral ring with consolidation, and the finding of cavitation, calcifications, lymphadenopathies, and pleural effusion.

Lung ultrasound

Ultrasound approach can allow evaluating the evolution of the disease, from a focal interstitial pattern up to “white lung” with evidence often of subpleural consolidations.It should be performed within the first 24 hours in the suspect and every 24/48 hours and can be useful for patient follow-up, choice of the setting of mechanical ventilation, and for the indication of prone positioning. The main sonographic features are[35,36]:

• Pleural lines often thickened, irregular, and discontinuous until it almost appears discontinuous; subpleural

lesions can be seen as small patchy consolidations or nodules.

• B lines. They are often motionless, coalescent, and cascade and can flow up to the square of “White lung”.

• Thickenings. They are most evident in the posterior and bilateral fields especially in the lower fields; the dynamic air bronchogram within the consolidation is a manifestation of disease evolution.

• Perilesional pleural effusion

In essence, during the course of the disease, it is possible to identify the first phase with focal areas of fixed B lines, a phase of numerical increase of the lines B up to the white lung with small subpleural thickenings, and further progress until evidence of posterior consolidations.

The CDC is distributing real-time RT PCR (rRT-PCR) assays for the in vitro qualitative detection of SARS-CoV-2 in respiratory specimens and sera[37]. There are also at least 8 additional commercial tests based on similar technology that are available through the FDA Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Emergency Use Authorizations for Medical Devices[38].

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

The symptoms of the early stages of the COVID 19 disease are nonspecific. Differential diagnosis should include the possibility of a wide range of infectious and non-infectious (e.g., vasculitis, dermatomyositis) common respiratory disorders[35-38]:

• Adenovirus

• Influenza

• Human metapneumovirus (HmPV)

• Parainfluenza

• Respiratory syncytial virus (RSV)

• Rhinovirus (common cold)

For suspected cases, rapid antigen detection, and other investigations should be adopted for evaluating common respiratory pathogens and non-infectious conditions[36,38]. A COVID-19 self-assessment tool designed for establishing a potential candidate for a COVID-19 diagnostic test has also been proposed [35,39].

TREATMENT AND MANAGEMENT ISSUES

Medical therapy

Randomised clinical trials are being carried out for a number of COVID-19 treatments, but at present clinical decisions must be made based upon limited data. The Massachusetts General Hospital COVID-19 Treatment Guide (updated 4/5/2020) is available on line[40]. The Society of Infectious Disease Pharmacists has produced a lengthy and comprehensive YouTube video reviewing COVID-19 drug information, dated March 23, 2020[41].

There are some emerging studies suggesting benefit of treatment with hydroxychloroquine[42]. For patients with severe COID 19 disease, there are active clinical trials investigating the use of remdesivir[43,44]. In a review of published guidelines for the use of these two drugs as treatment for COVID-19, a working group[44] from the Asia-Pacific Vitreo-retina Society found that proposed doses in many of the ongoing studies worldwide exceeded the maximum daily dose considered safe for long-term therapy (generally <5mg/kg of real weight for hydroxychloroquine) for rheumatic and other chronic diseases.

In addition, performing an electroretinography (ERG) in an outpatient setting, for example, carries an

unnecessary risk of virus transmission. Until more is learned about the toxicity associated with current regimens, decisions should be made on an individual basis, taking into consideration any pre-existing medical conditions, including eye disease etc.[45].

Postexposure Prophylaxsis

Inhalational aerosol/droplet exposure

For patients and personnel exposed to COVID-19, consideration can be given to prophylaxsis with

ocular exposure to droplets or blood. For example, for patients and healthcare workers with ocular exposure (e.g. due to close proximity coughing droplets or blood splash), consider immediate irrigation (perhaps with repeat irrigation five minutes later) with 5% povidone iodine or an ophthalmic preparation containing 0.2% benzalkonium chloride (e.g. latanaprost (Xalatan))[44,45] followed by oral prophylaxsis with hydroxychloroquine.

Medical Follow Up

The management of patients with COVID-19 (presumed and confirmed) in the outpatient setting, including self-care advice, telehealth, outpatient clinic management, and emergency department (ED) referral, it is important to note that there are limited data informing outpatient management and follow up strategies, and the approach described here is based upon the London Medical Academy Health Centre clinical experience; clinicians should take into account the individual patient's clinical and social circumstances as well as available local resources.

General management strategies, including infection control measures, care for hospitalised patients, and specific COVID-19 complications, are discussed in detail elsewhere, as are considerations for special population.

Surgery and Surgical Follow Up

The Coronavirus (COVID-19) Pandemic represents a once in a century challenge to human healthcare with about 33,118,009 million cases and about 999,574 deaths as on 27 September 2020[46]. Surgical practice has been significantly impacted with all specialties writing guidelines for how to manage during this crisis. All specialties have had to triage the urgency of their daily surgical procedures and consider non-surgical management options where possible. The Pandemic has had ramifications for ways of working, surgical techniques, open versus minimally invasive, theatre workflow, patient and staff safety, training and education. With guidelines specific to each specialty being implemented and followed, surgeons should be able to continue to provide safe and effective care to their patients during the COVID-19 pandemic.

Furthermore, due to the current pandemic of COVID-19 caused by the SARS-CoV-2 virus, many patients with confirmed or suspected COVID-19 infection will require elective surgery, surgery that cannot be postponed, or emergency surgical treatment. In these situations, special measures need to be adopted in order to minimise the possibility of transmission between patients, exposure of healthcare personnel and the development of postoperative complications. Efficient surgical follow up strategy also needs to be put in place for effective management of patients and their conditions.

COMPLICATIONS

Long term complications among survivors of infection with SARS-CoV-2 having clinically significant COVID-19 disease have been reported, which are known as "long haul" implications involving tiredness (fatigue), breathlessness, headaches, mental illness (depression), sleepiness, pain, fever, and other general health problems[35,40-46].

Many cases of pulmonary embolism have also been reported, with some doctors and surgeons describing the lungs of patients being “clogged with blood cloths”. Prevalence of the disease was mainly higher amongst African Americans or Afro-Caribbean people and Hispanics and lower in the white population[35,40-46].

The mortality rates for cases globally remain between 1% to 2%[35,40-46]. Follow-up studies will clarify the extent of the sequelae on organ functions, such as respiratory, renal, cardiovascular, as well as psychological/ psychiatric, and related to chronic pain problems[47].

PROGNOSIS

Preliminary data suggests that the reported death rate ranges from 1% to 2% depending on the study and country[47]. The majority of the fatalities have occurred in patients over 50 years of age[35,47]. Young children appear to be mildly infected but may serve as a vector for additional transmission. Some deaths of young children have also been reported globally[3-5,47].

In the United States, between 12 February 2020 and 16 March 2020, over 12% of diagnosed cases required hospitalisation. Over 18% of cases requiring hospitalisation were patients 45–54 years, and over 20% were patients 20 – 44 years[35,47]. Mortality ranged from 10%–27% in patients aged ≥85 years to <1% in patients aged 20–54 years [48]. In Washington State, the first epicentre of America, between 20 February 2020, and 5 March 2020, Evergreen Hospital in Kirkland, WA treated 21 patients with COVID-19. Mechanical ventilation was initiated in 15 of the 21 patients (71%)[48]. Cardiomyopathy was observed in 7 patients (33%). As of March 17, 2020, mortality was 67% while another 24% remained critically ill, and 9.5% had been discharged from the ICU[49].

Emerging data from China suggests that most cases (around 80%) are mild and do not require hospitalisation. Individuals with severe disease have up to 28% in-hospital mortality[50]. For hospitalized patients, risk of death is increased with older age, higher Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) score, and d-dimer greater than 1 μg/mL[50]. Median duration of viral shedding was 20 days, and the longest observed duration of viral shedding in survivors was 37 days[51], which is an important observation.

PREVENTION AND PATIENT EDUCATION

The community should be educated about COVID 19 in the following ways[35,47,51]:

• Maintaining good social distance is mandatory for preventing the spread of the disease.

• Strict personal hygiene measures (hands wash) are necessary for the prevention and control of this infection.

• Avoid close contact with subjects suffering from acute respiratory infections.

• People with symptoms of acute airway infection should keep their distance, cover coughs or sneezes with disposable tissues or clothes, and wash their hands.

• Immunocompromised patients should avoid public exposure and public gatherings. If an immunocompromised individual must be in a closed space with multiple individuals present, such as a meeting in a small room; masks, gloves, and personal hygiene with antiseptic soap should be undertaken by those in close contact with the individual. In addition, prior room cleaning with antiseptic agents should be undertaken and performed before exposure. However, considering the danger involved to these individuals, exposure should be avoided unless a meeting, group event, etc. is a true emergency.

Medical Information and Other Issues

The following medical information notices have been provided by health professionals in Italy, the UK, and the U.S. and are based on anecdotal experience[35,47,50,51]:

• The disease is not a ‘typical’ adult respiratory distress syndrome (ARDS).

• Microvascular thrombosis in the pulmonary circulation can lead to an increased dead space. Early pulmonary fibrosis following the disease has been reported from Italy. This could be oxygen-related or inflammation-related. Pulmonary thrombosis has been associated with wedge-shaped infarcts in the lungs on imaging, without the evidence of deep vein thrombosis.

• In both NIV and MIV, prone positioning of the patient can be essential and should be done early. This procedure should be done more than once a day. Keep a lower threshold for proning even if the usual threshold is a PF ratio of 130. The benefit of proning lasts less than 4 hours in the early phase, but as the disease advances into ARDS, the beneficial effects become long-lasting. Prone positioning in MIV should be followed by HNFO or NIV (preferably in the prone position) if the saturation is not maintained. There should be a low threshold for intubation if NIV fails for more than an hour.

• Many centres use inhaled nitric oxide and prostacyclin with good effect. Tachyphylaxis with nitric oxide is usually seen after 4-5 days.

• Maintain euvolemia. There is a high risk of acute kidney injury with hypovolemia.

• Extubation should be delayed more than usual, especially if the inflammatory markers are remaining high. Always perform a leak test before extubation.

MULTI-PROFESSIONAL HEALTHCARE TEAM OUTCOMES

Since the first outbreak of coronavirus (COVID-19) in Wuhan, China, the disease is spreading worldwide. Individuals at the extreme of ages and those that are immunocompromised are at the most significant risk. All health care workers should understand the presentation of the disease, workup, and supportive care.

Further, health professionals should be aware of the precautions necessary to avoid the contraction and spread of the disease. The roles of nurses and midwives are very vital in there regards, which will help in promoting efficient patient care and education and above all in preventing COVID 19 and similar infections in society.

RELEVANT RESEARCH STUDIES AND ONGOING CLINICAL TRIALS

Multiple studies globally are investigating the use of remdesivir, a broad-spectrum antiviral as well as immunomodulation strategies such as the IL-6-targeting therapies tocilizumab [NCT04317092], sarilumab [NCT04315298][35-51].

More detailed information and up to date projects on COVID – 19 is being reported in a new article on COVID - 19 to be published at the end of November 2020.

COVID-19 VACCINE

A COVID-19 vaccine is any of several different vaccines intended to provide acquired immunity against coronavirus disease 2019 (COVID-19). Previous work to develop a vaccine against the coronavirus diseases SARS and MERS established knowledge about the structure and function of coronaviruses – which accelerated development during early 2020 of varied technology platforms for a COVID-19 vaccine[52]. As of October 2020, there were 321 vaccine candidates in development, a 2.5 fold increase since April. However, no candidate has completed vaccine trials to prove its safety and efficacy[53]. In October, some 44 vaccine candidates were in clinical research: namely 34 in Phase I–II trials and 10 in Phase II–III trials[52-55].

The World Health Organisation (WHO), the Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI), and the Gates Foundation (GF) are committing money and organizational resources for the prospect that several vaccines will be needed to prevent continuing COVID-19 infection[56]. The CEPI, which is organizing a US$2 billion worldwide fund for rapid investment and development of vaccine candidates[57], indicated in September that clinical data to support licensure may be available by the end of 2020[53,57]. On 4 May 2020,

the WHO organized a telethon which received US$8.1 billion in pledges from forty countries to support rapid development of vaccines to prevent COVID-19 infections[58]. At the same time, the WHO also announced the deployment of an international “Solidarity trial” for simultaneous evaluation of several vaccine candidates reaching Phase II–III clinical trials[59,60].

CONCLUSION

From the anlaysis set out above in this paper, it can be seen that the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) is an illness caused by severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2). The World Health Organisation (WHO) has declared this outbreak a global health emergency and as at 29 October 2020, it has spread to many countries, with 44,739,920 confirmed cases and 1,178,527 deaths cases, 32,718,025 have been recovered from COVID-19. In this dreadful situation our team has already published an article in the International Journal of Medicine, which elaborates the various aspects of the SARS-CoV-2 infection. In this situation, it is imperative to understand the possible outcome of COVID-19 recovered patients and determine if they have any other detrimental illnesses by longitudinal analysis to safeguard their life in future. It is necessary to follow-up these recovered patients and performs comprehensive assessments for detection and appropriate management towards their psychological, physical, and social realm. This urges us to suggest that it is highly important to provide counselling, moral support as well as a few recommended guidelines to the recovered patients and society to restore to normalcy. Epidemiological, clinical and immunological studies from COVID-19 recovered patients are particularly important to understand the disease and to prepare better for potential outbreaks in the future. Longitudinal studies on a larger cohort would help us to understand the in-depth prognosis as well as the pathogenesis of COVID-19. In addition, follow-up studies will help to enable the provision of more information for the development of vaccines and drugs for these kinds of pandemics in the future, and further studies are also required to show the possible mechanism of COVID-19 infection and the after-effects of it in order to understand the characteristics of the virus and to develop the necessary precautionary measures to prevent it.

REFERENCES

1. Kingsley - Godwin D. Medical Biology Made Simple. London IAHCP Publications, 1995.

2. Understanding Vinises and their effects on health. London IAHCP Publications, 1990.

3. Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it. World Health Organization. https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it. Accessed on 10 August 2020.

4. WHO Director-General’s opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. World Health Organization. https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020. Accessed on 10 August 2020.

5. Report of the WHO-China joint mission on coronavirus disease 2019 (COVID-19). World Health Organization. 2020.

6. Cascella M, Rajnik M, Cuomo A, et al. Features, evaluation and treatment of coronavirus (COVID-19). NCBI Bookshelf. StatPearls Publishing: Treasure Island. 2020.

7. Guo Y, Cao Q, Hong Z. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak – an update on the status. Military Medical Research. 2020;7(11).

8. Hampton T. Bats may be SARS reservoir. JAMA. 2005;294(18):2291.

9. Banerjee A, Kulcsar K, Misra V, Frieman M, Mossman K. Bats and coronaviruses. Viruses. 2019;11(1):E41.

10. Li W, Shi Z, Yu M, Ren W, Smith C, Epstein JH, et al. Bats are natural reservoirs of SARS-like coronaviruses. Science. 2005;310(5748):676–9.

11. Chowell G, Abdirizak F, Lee S, Lee J, Jung E, Nishiura H, et al. Transmission characteristics of MERS and SARS in the healthcare setting: a comparative study. BMC Med. 2015;13:210

12. Kang CK, Song KH, Choe PG, Park WB, Bang JH, Kim ES, et al. Clinical and epidemiologic characteristics of spreaders of middle east respiratory syndrome coronavirus during the 2015 outbreak in Korea. J Korean Med Sci. 2017;32(5):744–9.

13. Wu C, Chen X, Cai Y, et al. Risk factors associated with acute respiratory distress syndrome and death in patients with coronavirus disease 2019 pneumonia in Wuhan, China. JAMA Intern Med. 2020.

14. Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. The Lancet. 2020,195(10229):1054-1062.

15. Lei J, Kusov Y, Hilgenfeld R. Nsp3 of coronaviruses: Structures and functions of a large multi-domain protein. Antiviral Res. 2018 Jan;149:58-74.

16. Perlman S, Netland J. Coronaviruses post-SARS: update on replication and pathogenesis. Nat. Rev. Microbiol. 2009 Jun;7(6):439-50.

17. Tian S, Hu W, Niu L, Liu H, Xu H, Xiao SY. Pulmonary Pathology of Early-Phase 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) Pneumonia in Two Patients With Lung Cancer. J Thorac Oncol. 2020 May;15(5):700-704. [PMC free article] [PubMed]

18. Zhang H, Zhou P, Wei Y, Yue H, Wang Y, Hu M, Zhang S, Cao T, Yang C, Li M, Guo G, Chen X, Chen Y, Lei M, Liu H, Zhao J, Peng P, Wang CY, Du R. Histopathologic Changes and SARS-CoV-2 Immunostaining in the Lung of a Patient With COVID-19. Ann. Intern. Med. 2020 May 05;172(9):629-632. [PMC free article] [PubMed]

19. Menter T, Haslbauer JD, Nienhold R, Savic S, Hopfer H, Deigendesch N, Frank S, Turek D, Willi N, Pargger H, Bassetti S, Leuppi JD, Cathomas G, Tolnay M, Mertz KD, Tzankov A. Postmortem examination of COVID-19 patients reveals diffuse alveolar damage with severe capillary congestion and variegated findings in lungs and other organs suggesting vascular dysfunction. Histopathology. 2020 May 04; [PubMed].

20. NIH clinical trial of investigational vaccine for COVID-19 begins. National Institute of Health. https://www.nih.gov/news-events/news-releases/nih-clinical-trial-investigational-vaccine-covid-19-begins. Accessed on 10 August 2020`.

21. Van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. N Engl J Med. 2020.

22. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, Zhang L, Fan G, Xu J, Gu X, Cheng Z, Yu T, Xia J, Wei Y, Wu W, Xie X, Yin W, Li H, Liu M, Xiao Y, Gao H, Guo L, Xie J, Wang G, Jiang R, Gao Z, Jin Q, Wang J, Cao B. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020 Feb 15;395(10223):497-506. [PMC free article] [PubMed]

23. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, Ren R, Leung KSM, Lau EHY, Wong JY, Xing X, Xiang N, Wu Y, Li C, Chen Q, Li D, Liu T, Zhao J, Liu M, Tu W, Chen C, Jin L, Yang R, Wang Q, Zhou S, Wang R, Liu H, Luo Y, Liu Y, Shao G, Li H, Tao Z, Yang Y, Deng Z, Liu B, Ma Z, Zhang Y, Shi G, Lam TTY, Wu JT, Gao GF, Cowling BJ, Yang B, Leung GM, Feng Z. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. N. Engl. J. Med. 2020 Mar 26;382(13):1199-1207. [PMC free article] [PubMed]

24. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Centre for Disease Control and Prevention. JAMA. 2020 Feb 24; [PubMed]

25. Kogan A, Segel MJ, Ram E, Raanani E, Peled-Potashnik Y, Levin S, Sternik L. Acute Respiratory Distress Syndrome following Cardiac Surgery: Comparison of the American-European Consensus Conference Definition versus the Berlin Definition. Respiration. 2019;97(6):518-524. [PubMed]

26. Cheng Y, Luo R, Wang K, Zhang M, Wang Z, Dong L, Li J, Yao Y, Ge S, Xu G. Kidney disease is associated with in-hospital death of patients with COVID-19. Kidney Int. 2020 May;97(5):829-838. [PMC free article]

[PubMed]

27. Ronco C, Reis T, Husain-Syed F. Management of acute kidney injury in patients with COVID-19. Lancet Respir Med. 2020 Jul;8(7):738-742. [PMC free article] [PubMed]

28. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, Xiang J, Wang Y, Song B, Gu X, Guan L, Wei Y, Li H, Wu X, Xu J, Tu S, Zhang Y, Chen H, Cao B. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet. 2020 Mar 28;395(10229):1054-1062. [PMC free article] [PubMed]

29. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, Bellomo R, Bernard GR, Chiche JD, Coopersmith CM, Hotchkiss RS, Levy MM, Marshall JC, Martin GS, Opal SM, Rubenfeld GD, van der Poll T, Vincent JL, Angus DC. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016 Feb 23;315(8):801-10. [PMC free article] [PubMed]

30. Seymour CW, Kennedy JN, Wang S, Chang CH, Elliott CF, Xu Z, Berry S, Clermont G, Cooper G, Gomez H, Huang DT, Kellum JA, Mi Q, Opal SM, Talisa V, van der Poll T, Visweswaran S, Vodovotz Y, Weiss JC, Yealy DM, Yende S, Angus DC. Derivation, Validation, and Potential Treatment Implications of Novel Clinical Phenotypes for Sepsis. JAMA. 2019 May 28;321(20):2003-2017. [PMC free article] [PubMed]

31. Matics TJ, Sanchez-Pinto LN. Adaptation and Validation of a Pediatric Sequential Organ Failure Assessment Score and Evaluation of the Sepsis-3 Definitions in Critically Ill Children. JAMA Pediatr. 2017 Oct 02;171(10):e172352. [PMC free article] [PubMed]

32. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, Bellomo R, Bernard GR, Chiche JD, Coopersmith CM, Hotchkiss RS, Levy MM, Marshall JC, Martin GS, Opal SM, Rubenfeld GD, van der Poll T, Vincent JL, Angus DC. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016 Feb 23;315(8):801-10. [PMC free article] [PubMed]

33. Seymour CW, Kennedy JN, Wang S, Chang CH, Elliott CF, Xu Z, Berry S, Clermont G, Cooper G, Gomez H, Huang DT, Kellum JA, Mi Q, Opal SM, Talisa V, van der Poll T, Visweswaran S, Vodovotz Y, Weiss JC, Yealy DM, Yende S, Angus DC. Derivation, Validation, and Potential Treatment Implications of Novel Clinical Phenotypes for Sepsis. JAMA. 2019 May 28;321(20):2003-2017. [PMC free article] [PubMed]

34. Matics TJ, Sanchez-Pinto LN. Adaptation and Validation of a Pediatric Sequential Organ Failure Assessment Score and Evaluation of the Sepsis-3 Definitions in Critically Ill Children. JAMA Pediatr. 2017 Oct 02;171(10):e172352. [PMC free article] [PubMed]

35. https://www.cdc.gov/ Accessed on 5 September 2020.

36. Yang AP, Liu JP, Tao WQ, Li HM. The diagnostic and predictive role of NLR, d-NLR and PLR in COVID-19 patients. Int. Immunopharmacol. 2020 Jul;84:106504. [PMC free article] [PubMed]

37. Smith JC, Sausville EL, Girish V, Yuan ML, Vasudevan A, John KM, Sheltzer JM. Cigarette Smoke Exposure and Inflammatory Signaling Increase the Expression of the SARS-CoV-2 Receptor ACE2 in the Respiratory Tract. Dev. Cell. 2020 Jun 08;53(5):514-529.e3. [PMC free article] [PubMed]

38. Hoffmann M, Kleine-Weber H, Schroeder S, Krüger N, Herrler T, Erichsen S, Schiergens TS, Herrler G, Wu NH, Nitsche A, Müller MA, Drosten C, Pöhlmann S. SARS-CoV-2 Cell Entry Depends on ACE2 and TMPRSS2 and Is Blocked by a Clinically Proven Protease Inhibitor. Cell. 2020 Apr 16;181(2):271-280.e8. [PMC free article] [PubMed]

39. https://www.mayoclinic.org/covid-19-self-assessment-tool . Accessed on 5 September 2020.

40. https://www.massgeneral.org/assets/MGH/pdf/news/coronavirus/mass-general-COVID-19-treatment-guidance.pdf. Accessed on 5 September 2020.

41. The Society of Infectious Disease Pharmacists, https://www.youtube.com/watch ?v=bGk9uI81s _E&list=PL9P1nWBXsofsRyl96njQIQUFTEoeg7aXU. Accessed on 5 September 2020.

42. Gao J, Tian Z, Yang X. Breakthrough: Chloroquine phosphate has shown apparent efficacy in treatment of COVID-19 associated pneumonia in clinical studies. Biosci Trends. 2020 Mar 16;14(1):72-73 .

43. https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04280705 . Accessed on 5 September 2020

44. https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04292899 . Accessed on 5 September 2020

45. https://www.aao.org/headline/alert-important-coronavirus-context. Accessed on 5 September 2020.

46. https://www.worldometers.info/coronavirus/?utm_campaign=homeAdvegas1? Accessed on 27 September 2020.

47. Zhu FC, Li YH, Guan XH, Hou LH, Wang WJ, Li JX, Wu SP, Wang BS, Wang Z, Wang L, Jia SY, Jiang HD, Wang L, Jiang T, Hu Y, Gou JB, Xu SB, Xu JJ, Wang XW, Wang W, Chen W. Safety, tolerability, and immunogenicity of a recombinant adenovirus type-5 vectored COVID-19 vaccine: a dose-escalation, open-label, non-randomised, first-in-human trial. Lancet. 2020 Jun 13;395(10240):1845-1854. [PMC free article] [PubMed]

48. Severe Outcomes Among Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) — United States, February 12–March 16, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. ePub: 18 March 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6912e2

49. Arentz M, Yim E, Klaff L, et al. Characteristics and outcomes of 21 critically ill patients with COVID-19 in Washington State. JAMA. March 19, 2020.

50. Weiss P, Murdoch DR. Clinical course and mortality risk of severe COVID-19. The Lancet. March 2020. doi:10.1016/s0140-6736(20)30633-4

51. Coronavirus Preparedness and. Response Supplemental Appropriations Act. https://www.congress.gov/116/bills/hr6074/BILLS-116hr6074enr.pdf. Congress. 2020

52. Diamond MS, Pierson TC (13 May 2020). "The challenges of vaccine development against a new virus during a pandemic". Cell Host and Microbe. **27** (5): 699–703. doi:10.1016/j.chom.2020.04.021. PMC 7219397. PMID 32407708.

53. Le, Tung Thanh; Cramer, Jakob P.; Chen, Robert; Mayhew, Stephen (4 September 2020). "Evolution of the COVID-19 vaccine development landscape". Nature Reviews Drug Discovery. **19** (10): 667–68. doi:10.1038/d41573-020-00151-8. ISSN 1474-1776. PMID 32887942. S2CID 221503034.

54. "COVID-19 vaccine development pipeline (Refresh URL to update)". Vaccine Centre, London School of Hygiene and Tropical Medicine. 14 September 2020. Retrieved 17 September 2020.

55. "COVID-19 vaccine tracker (Choose vaccines tab, apply filters to view select data)". Milken Institute. 17 September 2020. Retrieved 16 September 2020. Lay summary.

56. "Draft landscape of COVID 19 candidate vaccines". World Health Organization. 17 September 2020. Retrieved 17 September 2020.

57. Gates B (30 April 2020). "The vaccine race explained: What you need to know about the COVID-19 vaccine". The Gates Notes. Archived from the original on 14 May 2020. Retrieved 2 May 2020.

58. "CEPI welcomes UK Government's funding and highlights need for $2 billion to develop a vaccine against COVID-19". Coalition for Epidemic Preparedness Innovations, Oslo, Norway. 6 March 2020. Archived from the original on 22 March 2020. Retrieved 23 March 2020.

59. Wake D (4 May 2020). "EU spearheads $8 billion virus fundraiser". Yahoo Finance. Archived from the original on 29 June 2020. Retrieved 4 May 2020.

60. "Update on WHO Solidarity Trial – Accelerating a safe and effective COVID-19 vaccine". World Health Organization. 27 April 2020. Archived from the original on 30 April 2020. Retrieved 2 May 2020. It is vital that we evaluate as many vaccines as possible as we cannot predict how many will turn out to be viable. To increase the chances of success (given the high level of attrition during vaccine development), we must test all candidate vaccines until they fail. [The] WHO is working to ensure that all of them have the chance of being tested at the initial stage of development. The results for the efficacy of each vaccine are expected within three to six months and this evidence, combined with data on safety, will inform decisions about whether it can be used on a wider scale.

CORRESPONDENCE

Professor Dr Daniella E.C.C.O.H. Kingsley-Godwin

Professor of Medicine and Medical Education

Professor of Surgical Sciences

Professor of General Practice and Primary Care

Professor of Public Health Medicine

Professor of Paediatric Gastroenterology

International Association of Health Care Professionals Publications and Education Services

Surgical Research Group

London Medical Academy, 86 - 90 Paul St, London EC2A 4NE, England, UK

Email:

dkingsley@iahcp.uk

or publications@ijmjournal.org.uk

and daniellagodwin@ymail.com

I СЕКЦИЯ „СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ И ДЕЙНОСТИ“

МУЛТИДИСЦИПЛИНАРЕН ПОДХОД ПРИ ПРОФИЛАКТИКА НА ДЕТСКОТО ОЧНО ЗДРАВЕ В СЕСТРИНСКАТА ПРАКТИКА

Красимира И. Димитрова

Катедра “Здравни грижи”, Факултет по обществено здравеопазване,

Медицински университет - Варна

Специализирана болница по очни болести за активно лечение, Варна, България

Въведение

Зрителният скрининг е от съществено значение за навременно откриване на зрителни проблеми и нормално развитие на детската зрителна система. Професията на медицинската сестра има своето развитие и нова философия, съвременен аспект на които е участие в профилактични дейности с цел повишаване приноса за здравето и качеството на живот на детето, семейството и общността.

***Цел*: да се проучат и анализират нагласите на медицинските сестри, предоставящи офталмологична грижа, за участие в мултидисциплинарен екип за профилактика на детско очно здраве в град Варна.**

***Материал и методи:** Използвани са български и чуждестранни литературни източници. Приложени са документален, социологически и статистически методи. Проведено е емпирично социологическо проучване с прилагане на пряка, индивидуална, анонимна анкета в периода януари – февруари 2019 г. Анкетирани са 56 медицински сестри, полагащи здравна грижа за пациенти с очни проблеми град Варна.*

***Резултати и обсъждане*: Според мнението на 48,2% от респондентите, при профилактиката на детското очно здраве трябва да се прилага мултидисциплинарен подход. Повече от половината от анкетираните (64,3%) имат желание за участие в мултидисциплинарен екип. Като бариери за участие в профилактични дейности са посочени недостиг на време, поради работа на две и повече работни места, дефицит на знания и умения за профилактика, липса на възможности и мотивация.**

***Заключение*: В проучените български литературни източници за профилактика на детското очно здраве има единични данни за участие на медицинска сестра в екипните дейности. Мнението на респондентите за необходимостта от мултидисциплинарен подход и участието им в екипа отговаря на тенденциите в модерното сестринство за профилактика на здравето.**

***Ключови думи**: мултидисциплинарен подход, медицинска сестра, профилактика, детско очно здраве*

MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO PREVENTION OF CHILDREN`S EYE HEALTH IN NURSING PRACTICE

Krassimira Dimitrova

Department of Nursing Care, Faculty of Public Health, Medical University-Varna

Specialized Eye Hospital – Varna

Introduction

Visual screening is essential for detection of visual problems and for the proper development for the child's visual system. The profession of the nurse has its development and a new philosophy, a modern aspect of which is partisipation in preventive activities in order to increase the contribution to the health and quality of life of the child, family and community.

The purpose *of the work is to study and analyze the readiness of ophthalmological nurses to conduct the prevention activities in a multidisciplinary team at regional level.*

Methods *include: documentary, sociological and statistical. An empirical sociological study was conducted using a direct, individual, anonymous questionnaire for the period January - February 2019 in the region of Varna, Bulgaria. During the study 56 ophthalmological nurses were approached.*

Results and discussion

According to 48.2% of the respondents, a multidisciplinary approach should be applied for prevention of children's eye health. More than half of the nurses (63.3%) are willing to participate in a multidisciplinaty team. As barriers to participation in preventive activities, nurses point to lack of time due to work in two or more jobs, lack of knowledge and skills for prevention, lack of opportunities and motivation.

Conclusion

In contemporary Bulgarian literature sources for prevention of children's eye health there are single data for participation of a nurse in team activities. Nurse's opinion about the multidisciplinary approach and their participation in the team corresponds to the trends in modern nursing for health prevention.

Key words: *multidisciplinary approach, nurse, prevention, children's eye health*

СЪЗДАВАНЕ НА НАВИЦИ ЗА ХРАНЕНЕ – ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРЕД МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА В ДЕТСКАТА ЯСЛА

Диана Н. Гроздева, Катя Г. Егурузе

ESTABLISHING EATING HABITS – CHALLENGES FACED BY NURSES IN NURSERIES

Diana N. Grozdeva, Katya G. Eguruze

Изграждането на навици, свързани с храненето, в това число и хигиенни навици, е възможно в ранна детска възраст. При формиране на навици по време на хранене основна роля има медицинската сестра в детската ясла. Целта на настоящото изследване е да се направи оценка на навиците за хранене при деца до 3 годишна възраст, посещаващи детска ясла и да се очертае ролята на медицинската сестра. Проведена е пряка анонимна анкета сред медицинските сестри, относно навиците, свързани с храненето при деца до 3 годишна възраст. Проучването обхваща 51.5 % от децата, посещавали детските ясли в гр. Варна през месец юли, 2020 г. Оценката, която дават медицинските сестра за навиците, свързани с храненето, които притежават децата в детската ясла показва, че 11.1 % от тях не притежават или имат слабо изградени навици. Само 35 % от децата се опитват да се хранят самостоятелно, като 24.7 % не ползват прибори за хранене, от които 10 % не си мият ръцете преди хранене, а 20 % - след хранене.

Ключови думи: *навици за хранене, деца, медицинска сестра, детска ясла*

Creating eating habits, including hygiene habits, is possible at an early age. The nurse plays a vital role in the formation of those habits. The aim of this study is to evaluate the eating habits of children up to three years of age attending nurseries and to outline the role of the nurse. A direct anonymous survey was conducted among nurses regarding eating habits of children up to three years of age. The study covers 51.5% of children who attended nurseries in Varna in July, 2020. The nurses' assessment of eating habits of children in nurseries show that 11.1% of the children do not possess or possess very poorly developed habits. Only 35% of children attempt to eat independently, with 24.7% not using cutlery, of which 10% do not wash their hands before eating and 20% do not do so after eating.

Key words: *eating habits, children, nurse, nursery*

Въведение: Малките деца се нуждаят от много време и търпение за усвояване на важни житейски умения. Правилното хранене изисква специално отношение към децата и настояване за спазване на определени правила. През ранното детство те наблюдават своите родители по време на хранене и постепенно възприемат семейните правила и традиции, свързани с храненето. Тези първоначални преживявания по време на хранене в семейството, играят съществена роля при формиране на хранителните навици на децата, включително самостоятелно хранене, предпочитани храни, режим на хранене, хигиенни хранителни навици и др., което оказва влияние по нататък върху тяхната култура на хранене (3, 5). Медицинските сестри, полагащи грижи за децата в детската ясла подпомагат

родителите със съвети за видовете и количеството на храните, подходящи за малките деца, как да се хранят, какви правила да спазват, с което заедно полагат основите за създаване на здравословни хранителни навици през целия живот.

Комплексният подход, използван при хранене на малките деца и благоприятната среда, в която се осъществява храненето, съществено влияят на развитието на техните хранителни навици. Доказано е, че възприемането на такъв подход може да предпази от негативни хранителни навици и да насърчи здравословното хранене (6, 7). Акцентът се поставя върху разпознаване и реагиране по подходящ начин на сигналите на детето за глад, прецизиране на времето за хранене, като се използва периода на хранене за обучение с внимание и търпение.

Освен техниките, които родителите и медицинските сестри използват при хранене на детето, важно е създаването на здравословна домашна среда за насърчаване развитието на добри хранителни навици в детето.

Проблеми, свързани с храненето, се срещат при 25 % до 45 % от всички деца, особено когато те придобиват нови умения и са изправени пред предизвикателството на нови храни или навици за хранене (9). Например, прохождането се характеризира със самостоятелност и независимост, тъй като децата се стремят да правят нещата сами. Когато тези характеристики се прилагат към хранителното поведение, децата могат да не откликнат и да настояват да бъдат подпомагани (4), като това ги определя, като придирчиви.

Създаването на един навик отнема различно дълго време, като отначало се е смятало, че са необходими 21 дни (2). Последните проучвания сочат, че навик може да се създаде за значително по-дълъг период – около 66 дни, като времето може да варира от 18 до 254 дни и това зависи от различни фактори (8).

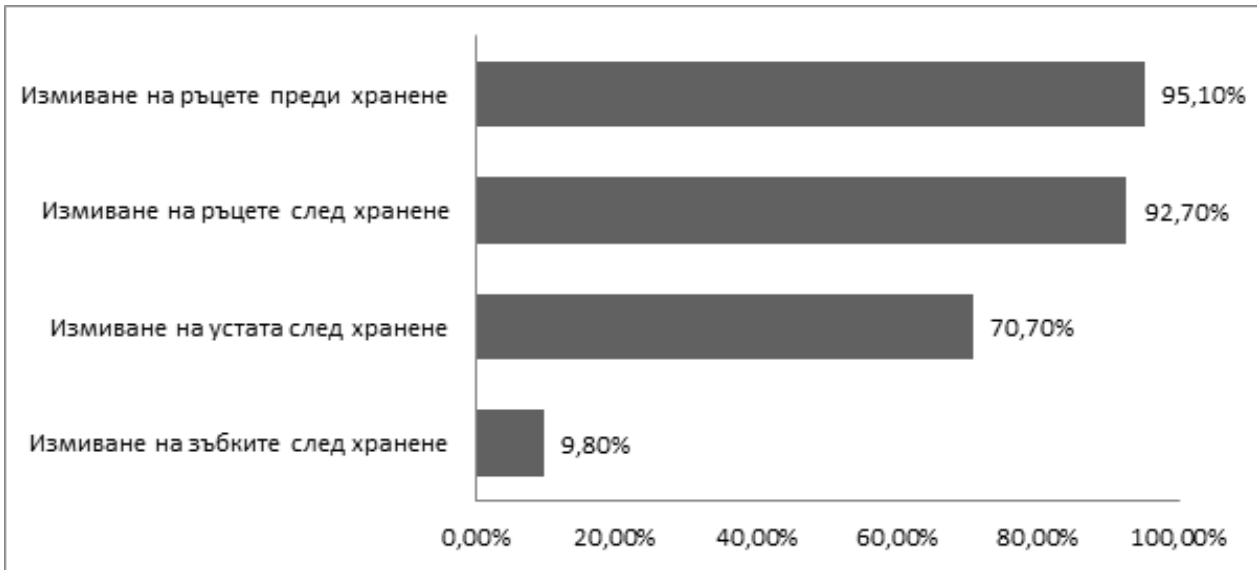
Цел: Целта на настоящото изследване е да се направи оценка на навиците за хранене при деца до 3 годишна възраст, посещаващи детска ясла и да се очертае ролята на медицинската сестра

Материал и методи: Проведена е пряка анонимна анкета сред медицинските сестри, относно навиците, свързани с храненето при деца до 3 годишна възраст. Проучването обхваща 774 (51.5 %) от децата, посещавали детските ясли в гр. Варна през месец юли, 2020 г. Проведена е пряка анонимна анкета сред 43 медицински сестри, относно навиците, свързани с храненето при деца до 3 годишна възраст. Данните са обработени статистически, като са използвани вариационен, сравнителен и корелационен анализи.

Резултати и обсъждане: По данни на проведеното изследване се установи, че средната възраст на изследваните деца е 2.9 г. ± 0.6 г. Проучихме мнението на медицинските сестри, които полагат грижи за възпитанието и отглеждането на децата в детските ясли за навиците, свързани с храненето. Според тях 11.1 % от децата не притежават или имат слабо изградени навици, свързани с храненето. Това е сравнително нисък процент. Наблюденията на медицинските сестри установяват, че само 35 % от децата правят опит да се хранят самостоятелно, като 2.4 % продължават да се хранят с помощ от медицинската сестра. Беше установена съществена разлика във възрастта на децата, които се хранят с помощ от страна на медицинските сестри и тези, които се хранят самостоятелно ($p = 0.006$). Децата, които се хранят с помощ са на средна възраст 2 години, докато тези, които се хранят самостоятелно са 3 годишни. Приблизително ¼ (24.7 %) от изследваните деца не си служат с прибори за хранене, а по-малко от половината (43.7 %) не използват салфетка, като няма съществена разлика по отношение на възрастта на детето. Със затворена уста се хранят половината от децата (54.5 %). В най-голяма степен – 97.6 % децата са усвоили навика да пият самостоятелно от чаша.

Сред хигиенните навици, които децата притежават, медицинските сестри посочват измиването на ръцете преди и след хранене, и измиването на устата след хранене (Фиг. 1). Измиването на ръцете преди и след хранене корелира правопропорционално с възрастта на детето ($r = 0.374$; $p = 0.05$).

Прави впечатление, че много малък дял от децата – само 9.8 %, са придобили навик да си измиват зъбите след хранене. Информацията за този резултат е получена от родителите. Навикът обикновено е свързан със сутрешно измиване на зъбите и вечер преди сън. В много малка част от населението, като цяло, се наблюдава навика да се измиват зъбите след всяко хранене. В ежедневните си контакти с родителите медицинските сестри в детските ясли обменят информация с тях за детето, включително и за това, как се справя то с дейностите, свързани с хигиенните навици. В утвърждаване на навиците, свързани с храненето са необходими съвместните усилия на родителите, медицинската сестра и детето. За да се разчита на успех, изискванията към детето по отношение на навиците, свързани с храненето трябва да бъдат еднакви в дома и в детската ясла. В процеса на формиране на навиците, медицинската сестра в детската ясла е консултант на родителите и техен помощник.



Фиг. 1. Хигиенни навици, свързани с храненето, които притежават изследваните деца, посещаващи детска ясла

На табл. 1 са представени навиците свързани с храненето, които детето трябва да изгради на определена възраст (1).

Табл. 1. Навици, свързани с храненето, които детето развива в определената възраст

Възраст	**Изградени навици за хранене**
9 месеца	Поставя ръце около бутилка или чаша, когато пие
12 месеца	Държи лъжица в ръка, но не може да я използва самостоятелно
15 месеца	Опитва да се храни самостоятелно с лъжица Пие от чаша с помощ
18 месеца	Храни се самостоятелно с лъжица Пие самостоятелно от чаша, но има затруднения при поставяне чашата на масата
2 години	Има изградени навици за самостоятелно хранене и пиене от чаша
2,5 години	Храни се с лъжица и се опитва да използва вилица
3 години	Храни се самостоятелно с вилица и лъжица

Навиците за хранене са едни от първите, които се изграждат в ранното детство. Поведението на малките деца се повлиява от примера, който получават в семейната среда и в детската ясла. Това обуславя определящата роля на родителите и медицинските сестри във формирането на хигиенни навици, свързани с храненето. В ранна възраст децата започват да подражават на възрастните около тях, което превръща родителите и медицинските сестри в детските ясли в модели за подражание.

Децата са повлияни от важните хора в живота си и затова родителите и медицинските сестри трябва да се опитват да дават добър пример и да се хранят по начин, по който искат да се храни и детето. Важно е да се стремят винаги да демонстрират положително отношение към здравословното хранене и към правилните навици, свързани с него (3, 10).

Когато се заговори за създаването на навици за хранене много от родителите свеждат този въпрос до здравословното хранене и предлагането на разнообразни и полезни храни на детето (3, 10). В редки случаи се обръща внимание на начина, по който се хранят децата. Често те се хранят пред телевизора, таблета, телефона или по време на игра. Това създава редица затруднения за медицинските сестри, когато децата започнат да посещават детската ясла. Налага се да коригират вече създаден отрицателен навик, свързан с храненето, което изисква много усилия, постоянство и упоритост. Създаването на правила под формата на „ритуали“, свързани с процеса на хранене, благоприятства оформянето на трайни навици в детето с минимална съпротива от негова страна. Тези правила трябва да се спазват в детската ясла и в дома на детето, за да се разчита на успех. Ето защо от съществено значение е при възпитанието на децата и създаването на навиците да има колаборация между родителите и медицинските сестри.

Първата стъпка при изграждане на навици за хранене е детето да се научи да седи на столче до масата. То трябва да се чувства стабилно и сигурно, затова е необходимо стола и масата да са ергономични, за да му осигуряват добро позициониране. Отстраняването на дразнители, които да отнемат вниманието на детето по време на храненето е от съществено значение. Това означава родителите да спазват правилата, които медицинските сестри създават в детската ясла.

Следващата стъпка при изграждане на навиците за самостоятелно хранене е медицинската сестра в детската ясла и родителя у дома да седне до детето и да му помага да използва приборите за хранене, като внимателно го насочва. Този процес често е много бавен. Важно е детето да научи последователността на движенията, които са необходими, за да започне да използва само прибори за хранене. Самостоятелното хранене е трудно за овладяване умение и изисква постоянен контрол, развитие на фината моторика и координация на ръцете и очите. За тази цел могат да спомогнат някои игри, които изискват повишена концентрация, наблюдателност и работа с ръцете.

Изводи: От проведеното проучване може да се направи извода, че по-голяма част от децата имат изградени навици за миене на ръцете преди и след хранене, но не и за миене на зъбите след хранене. Около ¼ от децата нямат изградени навици за самостоятелно ползване на прибори за хранене. Преобладава броят на децата, които пият самостоятелно от чаша.

Заключение: Възпитанието на **з**дравословни навици е от огромно значение в живота детето. В този процес активно участват родителите и медицинската сестра в детската ясла, като всяка от двете страни трябва да поеме своята отговорност. Важно е да се постигне добра колаборация в изискванията към детето, за да се разчита на успех. Получените резултати показват, че ролята на медицинската сестра в детската ясла е от съществено значение в подкрепа на децата и техните родители за формиране на навици, свързани с храненето. Медицинските сестри приемат предизвикателството чрез създаването на положителни хигиенни навици в детската ясла да подготвят детето за здравословен начин на живот.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Костадинова К., Пръвчев В. Грижи за личната хигиена на малкото дете (от раждането до седмата година). МЗ. Национална програма за действие по околна среда и здраве, 2014

2. Малц М. Психокибернетика. Техники за обладяване силата на подсъзнанието. Кибеа, 1999

3. Anzman-Frasca S, Ventura A, Ehrenberg S, Myers K. Promoting healthy food preferences from the start: a narrative review of food preference learning from the prenatal period through early childhood. Obesity Reviews 2018; 19(4): 576-604

4. Birch LL, McPhee L, Shoba BC, Pirok E, Steinberg L. What kind of exposure reduces children›s food neophobia? Looking vs tasting. Appetite 1987; 9(3): 171-178

5. Birch L., Doub A. Learning to eat: birth to age 2 years. American Journal of Clinical Nutrition 2014; 99(3): 723S–728S

6. Daniels L, Mallan K, Battistutta D, Nicholson J, Meedeniya J, Bayer J, Magarey A. Child eating behavior outcomes of an early feeding intervention to reduce risk indicators for child obesity: the NOURISH RCT. Obesity 2014; 22(5): E104-11

7. Hurley K, Cross B, Hughes S. A Systematic Review of Responsive Feeding and Child Obesity in High-Income Countries. Journal of Nutrition 2011; 141(3): 495–501

8. Lally, P., van Jaarsveld, C. H. M., Potts, H. W. W., & Wardle, J. (2010). How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. European Journal of Social Psychology, 40(6), 998–1009. https://doi.org/10.1002/ejsp.674

9. Linscheid TR, Budd KS, Rasnake LK. Pediatric feeding disorders. In: Roberts MC, ed. Handbook of pediatric psychology. New York, NY: Guilford Press; 2003: 481-498

10. Yee A, Lwin M, Ho S. The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 2017; 14(1): 47

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

Ас. Диана Нейчева Гроздева – Фотева

Катедра „Здравни грижи“

Медицински университет – Варна

e-mail: dgrozdeva69@abv.bg

МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА КАТО ОСНОВЕН КООРДИНАТОР НА ПОСТ-ФРАКТУРНА ПРЕВЕНЦИЯ И ГРИЖА НА ОСТЕОПОРОЗАТА

Стоянка Г. Владева

Тракийски Университет, Медицински факултет, Катедра Здравни грижи

***РЕЗЮМЕ**:*

Международната фондация по остеопороза*(МФО)* **инициира и ръководи световното движение за превенция на повторни фрактури чрез организиране на „** *Служба за координация на грижи при остеопорозна фрактура”(СФГ). Тези служби, организирани от координатори, улесняват изследването на костната минерална плътност, образованието и грижите за остеопороза при пациенти след остеопорозни фрактури. Представя се стандарта за грижа на мъже и жени на възраст над 50 години с остеопорозни фрактури за оценка на извършване на диагностични процедури с изготвяне на специфични препоръки за лечение за вторична профилактика. Ортопедите и личните лекари са тези, които поемат първоначално случаите на костни фрактури. В заключение МФО цели създаване на мрежа от СФГ и намаляване на последващи фрактури при пациенти с остеопорозен риск.*

Ключови думи: *остеопороза,фрактури, превенция, медицинска сестра, координатор*

THE NURSE AS THE MAIN COORDINATOR OF POST-FRACTURE CARE FOR OSTEOPOROSIS

Stoyanka G. Vladeva

Thrakia University, Faculty of Medicine, Department of Health Care

SUMMARY:

The International Osteoporosis Foundation (IFI) initiates and leads the global movement for the prevention of recurrent fractures by organizing the Osteoporosis Fracture Care Coordination Service (SFC). These services, organized by coordinators, facilitate the examination of bone mineral density, education and care for osteoporosis in patients after osteoporotic fractures. The standard of care for men and women over the age of 50 with osteoporotic fractures is presented to assess the performance of diagnostic procedures with the preparation of specific recommendations for treatment for secondary prevention. Orthopedists and GPs are the ones who initially handle cases of bone fractures. In conclusion, the IFI aims to create a network of SFC and reduce subsequent fractures in patients at risk of osteoporosis.

Key words: *osteoporosis, fractures, prevention, nurse, coordinator*

Остеопорозата в световен мащаб засяга най-вече жени над 50 години. Основното усложнение на остеопорозата са фрактури на крехкост, които намаляват качеството на живот и причиняват заболеваемост и смъртност (2,10,11) Повечето пациенти, които имат фрактури на крехкост, се лекуват при възникване на фрактурата. Придържането на пациентите към последващите планове за лечение и превенцията на следващи фрактури обаче е лошо (1). Ето защо са необходими съобразени

образователни интервенции за подобряване на придържането към лекарствата и здравословния начин на живот(20). В този контекст ролята на медицинските сестри за грижа за костите е важна, тъй като те могат да действат на различни нива на услуги за превенция на остеопороза и за връзка с фрактури, които са вторични програми за превенция на фрактури, прилагани от здравните системи за лечение на пациенти с остеопороза (4).

Цел на настоящия обзор е представяне на ролята медицинската сестра като основен **координатор на пост-фрактурна превенция и грижа** на остеопорозата

В развитите страни, медицинските сестри, обучени в грижи за костите (МСГК) имат солидни познания за метаболитни костни заболявания и специфични клинични умения за планиране, управление и оценка на грижите за пациенти с остеопороза. Тези медицински сестри могат да действат на различни нива на превенция и в различни условия на грижа (3,20).

При първичната превенция мерките са приложими за общото население, независимо от конкретния индивидуален риск. В случай на остеопороза, тези интервенции имат за цел да предотвратят появата на патологията, като действат върху начина на живот и по-специално върху храненето, упражненията, излагането на слънчева светлина и намаляването или премахването на тютюнопушенето(19).

При вторичната профилактика фокусът е върху ранното откриване на заболяването, идентифицирането и контрола на отделните рискови фактори за предотвратяване на фрактури на нестабилност. Програмите за намаляване на падането са от особено значение, за да се избегнат травми и фрактури. В тази фаза лекарствените терапии са ефективни, ако с течение на времето се спазва предписаното лечение. Приблизително 50% от пациентите спират да приемат лекарствата си през първата година от предписването, което прави терапевтичните им планове неефективни и губят икономически ресурси . Следователно, този феномен трябва да се преодолее чрез информация и образование, които МСГК могат да предложат, за да се подобри значително дългосрочното спазване на терапевтичните предписания (16,18).

Третичната профилактика е фокусирана върху пациенти, които са претърпели фрактури на крехкост, за да се избегне рискът от рефрактури. Дори в тези ситуации функцията на МСГК е да обучава хората за здравословен начин на живот, като обръща внимание на храната, навиците на тютюнопушенето, приема и алкохола, както и да се стреми да подобри придържането към лечението с медикаменти и допълнителни добавки като калций и витамин D (15).

МСГК практикуват грижи в областта на превенцията, първичната помощ и рехабилитацията, както в болнични условия, така и извън нея. Тяхната роля е интегрирана с мултидисциплинарни екипи, планиращи и управляващи пътища за грижи, предназначени да наблюдават пациенти в риск от остеопороза и фрактури на крехкост (8). По време на изписването след остеопорозни фрактури, образователните интервенции за хоспитализация са особено важни. Измерват се остатъчните възможности на пациентите, насърчава се здравословният начин на живот и намаляват рисковите фактори, например намалявайки риска от падания (5). Тези усъвършенствани сестрински умения са интегрирани в структурирани пътища за грижи чрез организационни модели, които насърчават многопрофесионална координация и приемственост на грижите(19)

СФГ могат да оценят пациентите за костни фрактури по време на хоспитализация или след изписване от болница. Целта на СФГ е третично предотвратяване на рефрактури и лечение на остеопороза като системно заболяване.

В много страни, организационните модели с участието на опитни медицински сестри често са връзката между пациенти, семейства, ортопедични хирурзи, лекари от първичната медицинска помощ и други здравни специалисти. Опитните медицински сестри намаляват разходите, поддържат мрежи за грижи и обучават пациенти и семейства. Значението на тази координационна роля е потвърдено от систематичен преглед, при който е установено, че 66% от тези организационни модели се управляват от ортопедичен персонал и лекари, които създават връзки между пациентите и здравните системи.

Този модел е ефективен за намаляване на честотата на вторични фрактури, тъй като своевременно идентифицира пациентите след фрактури на крехкост, за да предостави оценки и подходящо лечение - следвайки актуални насоки и намалявайки риска от рефрактури и лоши резултати от пациентите. Пациентите, които са претърпели фрактури на крехкост, са изложени на висок риск от нови фрактури, ако не са адекватно лекувани. Описаните по-горе организационни модели са от съществено значение за лечението на тези пациенти и намаляване на здравните и социални разходи (5).

Международната фондация по остеопороза (IOF) стартира кампания, която за да насърчи прилагането на координирани мултидисциплинарни модели за вторична профилактика на фрактури на крехкост. IOF вярва, че това е важно за подобряване на грижите за пациентите и намаляване на разходите за здраве в световен мащаб, свързани с фрактури на костите. Проучванията на тези структурирани пътища за грижи показват, че СФГ могат да увеличат до 135% броя на пациентите, лекувани за остеопороза и че 95% от пациентите с остеопороза са диагностицирани и лекувани в рамките на пътищата за грижа (8).

Услугите от СФГ са програми за вторична профилактика на фрактури, базирани на координатори на грижи, които систематично идентифицират пациентите с фрактура на нестабилност, след което оценяват, разследват и ги лекуват за подлежаща остеопороза според случая. Те са рентабилна стратегия за намаляване на разликата в грижите за остеопорозата, степента на пречупване и смъртността(13,17). Координатор на медицинска сестра или друг професионалист действа като връзка между пациента, болничния екип и лекаря, за да осигури приемственост на грижите . Ако се установи ефективна комуникация между СФГ и координатора, лекарите са в добра позиция и са готови да управляват грижите за остеопорозата в дългосрочен план (6).

СФГ е малък екип от здравни специалисти, който идентифицира, разследва, препоръчва лечение и наблюдава с течение на времето пациентите на възраст 50 и повече години с фрактура на крехкост. Системните прегледи на СФГ демонстрират потенциалната им клинична и финансова ефективност на разходите (12,13).

Фиг 1. Роля на Медицинската сестра в СФГ.

СФГ е съществен компонент на цялостния и интегриран подход за предотвратяване на падания и фрактури сред възрастните хора (Фиг.1). Те често работят в сложни местни здравни системи, разчитайки на ефективното взаимодействие между хората, оборудването, процесите и институциите, както и на конкуриращите се приоритети, ресурси и възстановяване на разходите (9). Повечето сложни услуги изискват активно подобряване на услугата, за да стане ефективна и устойчива въз основа на местните характеристики на здравеопазването. Ключов компонент на подобряването на услугата е наличието на индикатори, които отразяват ефективността и впоследствие могат да бъдат използвани за подчертаване на областите, изискващи подобрение, както и за измерване на въздействието от промените в предоставянето на услугата. Добрата клинична практика (ДКП) оценява СФГ на организационно ниво (7,16).

През първа седмица след фрактура се провежда стандарт 1 с диагностициране на остеопорозната фрактура. До дванайстата седмица най-късно се провежда стандарт 2 за определяне на индивидуалния фрактурен риск, до 16 седмица се провежда стандарт 3 с информация за начина на живот и до 52 седмица - стандарт 4, включващ превенция на падане и интервенция за лечение и грижа. Стандарт 5: Интегриране за дългосрочното управление и цялостните грижи за пациентите стартира още от идентификация на фрактурата. Стандарт 6: Следи за качество чрез лидерство и управление на развитието. За обобщение на ключова информация в подходящ формат за това как хората ще бъдат намерени да получат допълнителна информация след техните назначени процедури. Това може да включва полезни уебсайтове, като и възможност да се свържат с персонала на Службата за фрактурна грижа или чрез информационна линия за помощ, ръководена от медицинска сестра, респективно Помощна линия, управлявана от умни електронни устройства (14).

Заключение: СФГ е насочена към много от проблемите в съществуващото управление на болестта остеопороза. Доказано е, че подобрява диагностиката, дългосрочното лечение и намалява заболеваемостта на пациентите. Също така премахва неяснотата по отношение на това коя медицинска специалност управлява болестта и дава възможност за ефективна комуникация между множество специалности и намалява шанса пациентът да се загуби, докато се ориентира в здравна система чрез координация от МСГК. Обучението на специализирани медицински сестри-координатори на постфрактурния модел за превенция на остеопорозни фрактури е важна бъдеща цел на медицинското образование.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА:

1. Akesson K, Marsh D, Mitchell PJ, McLellan A, Stenmark J, Pierroz DD, Kyer C, Cooper C, IOF Fracture Working Group Capture the Fracture: a Best Practice Framework and global campaign to break the fragility fracture cycle. Osteoporos Int 24(8):2135–2152, 2013

2. Andrade SE, Majumdar SR, Chan KA, et al. Low frequency of treatment of osteoporosis among postmenopausal women following a fracture. *Arch Intern Med*. Sep 22;163(17):2052–2057, 2003

3. Brandi ML, Guglielmi G, Masala S, Minisola S, Oleari F, Ortolani S, et al. Appropriatezza diagnostica e terapeutica nella prevenzione delle fratture da fragilità da osteoporosi. Quaderni della Salute. 2010

4. Casentini C, Chiaramonti G, Amedei A, Cioppi F, Falchetti A, Masi L, et al. The bone care nurse project. Clinical cases in mineral and bone metabolism. Jan;8(1):63–65, 2011

5. Cherkezov, T., E.Kirilova, D.Cherkezov, Screening study on the public health risks in a regional aspect, Health politics and management, 2020, 20, 2, p.39-44

6. de Bruin IJA, Wyers CE, van den Bergh J, Geusens PPMM Fracture liaison services: do they reduce fracture rates? Ther Adv Musculoskelet Dis 9(7):157–164, 2017

7. Dell R, Greene D, Schelkun SR, Williams K. Osteoporosis disease management: The role of the orthopaedic surgeon. *J Bone Joint Surg*. Nov;90(Suppl 4):188–194., 2008

8. Dunn P, Webb D, Olenginski TP Geisinger high-risk osteoporosis clinic (HiROC): 2013-2015 FLS

performance analysis. Osteoporos Int () 29(2):451–457, 2018

9. Javaid MK et al Fracture Liaison Service Database (FLS-DB) annual report: leading FLS improvement: secondary fracture prevention in the NHS, F.a.F.F.A. Programme, Editor. Healthcare Quality Improvement Partnership, London(2017)

10. Kirilov N, Kirilova E. Computer vision for assessment of scoliosis from dual energy X-ray (DXA) image, Втора научна сесия „Биомедицина и качество на живот“ за млади учени, докторанти и постдоктор анти в чест на 150 Бългрска академия на науките Институт по биофизика и биомедицинско инжен ерство – БАН 4 – 5 ноември 2019 Сборник доклади, стр. 18.

11. Kirilova E, Kirilov N. Osteoporotic fracture risk prediction tools Revmatologiia Vol 27 No 3 (2019): Volume 27 Issue 3 , 55-65, 2019.

12. Kirilova E, Kirilov N., Bischoff F. Predictive ability of the osteoporosis self-assessment tool for assessing the risk of osteoporosis Revmatologiia/Rheumatology Vol 27 No 3: 3-9, 2019.

13. Newman ED. Perspectives on pre-fracture intervention strategies: The Geisinger Health System Osteoporosis Program. *Osteoporos Int*. Aug;22(Suppl 3):451–455. 2011

14. Nikolov, M., D.Cherkezov, M.Tagavova, G.Stoianov, A.Sheikova, M.Kratkov, Assesment of the physical activity according to the WHO recommendations in elderly patients aged 65 or above, *National scientific conference with foreign participation “Science and society, 2019”, USB-Kardzhali, 2-3 october 2019, Scientific researches, vol.7, p.106-109*

15. Petrov I, Govedarski V, Kashukeeva P, Abedinov F, Marinova R, Krastev P. Short-term results for revascularization of the femoropopliteal segment using interwoven one-wire stent. comptes rendus de l academie bulgare des sciences. 1;73(2):266-270, 2020

16. Sanli I, van Helden S, ten Broeke R, Geusens P, van den Bergh J, Brink PRG, Poeze M The role of the fracture liaison service (FLS) in subsequent fracture prevention in the extreme elderly. Aging Clin Exp Res 31(8):1105–1111, 2019

17. Solomon DH, Johnston SS, Boytsov NN, et al. Osteoporosis medication use after hip fracture in US patients between 2002 and 2011. *J Bone Miner Res*. Sep;29(9):1929–1937, 2014

18. Tarantino U, Resmini G. La gestione delle fratture da fragilità ossea -Raccomandazioni per chirurghi ortopedici. Springer. 2011 [Google Scholar]

19. Trippe KA. Clinical updates: Closing the gap—Preventing recurrent fractures. National Osteoporosis Foundation. Mar 27. 2018

20. Yu M, Suh J, Nedley A, et al. Fracture Liaison Service at Loma Linda University: Why there is a real need. Osteoporosis Symposium: Innovations in Bone Health Care. Loma Linda, Calif. May. 2018

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

Стоянка Георгиева Владева

Тракийски университет, Медицински факултет

E-mail: stoyanka.vladeva@traki- uni.bg

Авторско право:

Отговорността за точността и достоверността на публикуваните данни, заявени мнения и позиции във всички публикации принадлежат на автора.

СКРИНИНГ ЗА ОСТЕОСАРКОПЕНИЯ ПРИ ГРИЖАТА ЗА ВЪЗРАСТНИ ЖЕНИ

Стоянка Г. Владева

Тракийски Университет, Медицински факултет, Катедра Здравни грижи

РЕЗЮМЕ:

Застаряването на населението поставя много здравни гериатрични проблеми. Скринингът на остеосаркопенията от медицинските специалисти в областта на гериатричните грижи е важна стратегия за ранно откриване и за вземане на решение за лечение. Целта на настоящото проучване е скрининг-оценка на остеосаркопенията при възрастните жени над 65 години. Изследвани са 44 жени на средна възраст 74,6 години. Използвана бе анкета, проведена от студентите, обучаващи се в специалност Медицинска сестра към Катедра здравни грижи на Медицински факултет, Тракийски Университет, гр.Стара Загора. 40,9 % от жените имат резултат за риск от саркопения. Най-честият признак е липса на мускулна сила. SARC-F е ценен метод за скрининг на саркопенията при възрастни жени, а чрез OST калкулатора може да се оцени риска от остеопороза.

Ключови думи: *остеосаркопения, скрининг, SARC-F, OST, жени*

SCREENING FOR OSTEOSARCOPENIA IN THE CARE OF ELDERLY WOMEN

Stoyanka G. Vladeva

Thrakia University, Faculty of Medicine, Department of Health Care

SUMMARY:

The aging of the population poses many health geriatric problems. Screening for osteosarcopenia by medical professionals in the field of geriatric care is an important strategy for early detection and treatment decision. The aim of the present study was to screen osteosarcopenia in older women over 65 years of age. 44 women with a mean age of 74.6 years were studied. A survey was used, conducted by students studying in the specialty Nurse at the Department of Health Care of the Medical faculty, Trakia University, Stara Zagora. 40.9% of women are at risk for sarcopenia. The most common sign is a lack of muscle strength. In conclusion, SARC-F is a valuable method for screening for sarcopenia in older women, and the risk of osteoporosis can be assessed using the OST calculator.

Key words: *osteosarcopenia, screening, SARC-F, OST*

ВЪВЕДЕНИЕ:

Дълголетието, увеличаването на застаряващото население и начинът на живот с минимална физическа активност струват на обществото голяма финансова тежест (2,3). Две заболявания все повече се превръщат в грижа за благосъстоянието на пациентите и здравната индустрия: остеопороза и саркопения. Тези състояния обикновено са взаимосвързани чрез няколко механизма и метаболитни пътища и включват синдром, наречен остеосаркопения. Остеопорозата и саркопенията са хронично влошаващи се състояния, на фона и на други коморбидности (2,4,5,12).

Редовното проследяване и обучението на пациентите са от първостепенно значение за успешното

управление на проблема (6). Клиниките за фрактури и костен метаболизъм, които се ръководят съответно от гериатри и ендокринолози, имат ограниченията да бъдат фрагментирани модели на грижи, които оценяват и лекуват здравето на костите и саркопенията поотделно (1,7). Важна част от проследяването на остеосаркопенията включва насочване на високорискови пациенти - тези с множество рискови фактори за остеопороза и саркопения или пациенти, които са претърпели падания и фрактури - към специализирани мултидисциплинарни клиники, като клиники за падания и фрактури, които обикновено се управляват от гериатри заедно с мултидисциплинарен екип (8,9,10).

ЦЕЛ:

Целта на настоящото проучване е скрининг-оценка на остеосаркопенията при възрастните жени над 65 години.

МЕТОДИ НА ПРОУЧВАНЕТО:

Изследвани са 44 жени на средна възраст 74,6 години. Използвана бе анкета, проведена от студентите, обучаващи се в специалност Медицинска сестра към Катедра здравни грижи на МФ, ТрУ гр.Стара Загора в курса на обучение по гериатрия. Тя включваше въпросника за саркопения SARC-F и Osteoporosis Self-AssessmentTool (OST) - способ за самооценка за риска от остеопороза на постменопаузални жени, фиг. 1.

Component	Question	Scoring
Strength	How much difficulty do you have in lifting and carrying 10 pounds?	None = 0 Some = 1 A lot or unable = 2
Assistance in walking	How much difficulty do you have walking across a room?	None = 0 Some = 1 A lot, use aids, or unable = 2
Rise from a chair	How much difficulty do you have transferring from a chair or bed?	None = 0 Some = 1 A lot or unable without help = 2
Climb stairs	How much difficulty do you have climbing a flight of 10 stairs?	None = 0 Some = 1 A lot or unable = 2
Falls	How many times have you fallen in the past year?	None = 0 1–3 falls = 1 4 or more falls = 2

Фиг. 1. Въпросник SARC-F

Пет-компонентният въпросник на SARC-F се използва за оценка на мускулната сила, нуждата от помощ при ходене, способността да се изправим от стол, да се изкачим по стълби и честотата на паданията.

Тестът за самооценка на остеопороза (Osteoporosis Self- AssessmentTool (OST)) е сред първите методи, създадени за прогнозиране на риска от остеопороза при жени след менопауза. Формулата за изчисляване на скора е следната: OST = 0.2 x (тегло - възраст). Резултатите се определят като висок риск между -20 до -4; умерен риск между -3 до -1 и нисък ръст между 1 и 20 точки [Subramaniam, 2018]. Резултатите за OST зависят от възрастта, пола, етническата принадлежност на пациента и

мястото на измерване на КМП.

Резултати и обсъждане:

40,9 % от жените имат резултат за риск от саркопения. Най-честият признак е липса на мускулна сила, фиг. 2.

Според OST скора 47,7% от жените са в категорията с нисък риск от остеопороза. 34,1% от жените са в категорията със среден риск от остеопороза и 18,2% от жените, които да се самооценят с висок риск от остеопороза, фиг. 3.

Фиг. 3. Разпределение на жените според OST скора

Няма скрининг или инструменти за изчисляване на риска, валидирани за единното заболяване-остеосаркопения. Многобройни инструменти са на разположение на клинициста както за остеопороза, така и за саркопения. SARC-F е въпросник за саркопения, препоръчан в най-новите международни насоки за консенсус. Поради умерената си чувствителност и висока специфичност, SARC-F е най-точен при откриване на тези с тежка саркопения. SARC-F е валидиран в международни и мултиетнически популации(9).

Проучване на Wang, Y.J и колектив установява разпространението на остеосаркопения в Китай като 16,8% сред всички пациенти и увеличаване до 48,1%, когато е ограничен за тези с нестабилност (медиана, 76 години), докато това е само 4,8% сред тези без слабост (медиана, 67 години)(10). Друго базирано в общността гериатрично проучване в Китай се съобщава за разпространението на 33,3% от остеосаркопенията сред възрастните на 83–84 години и 1,7% сред възрастните на 72–74 години(4).

Заключение: Остеосаркопенията, наскоро установен синдром, се определя от съжителството

на саркопения и остеопороза. Сега това се превърна в глобален проблем за здравето, като се има предвид, че и двете състояния на заболяването са рискови фактори за падания, инвалидност, хоспитализация и смъртност. Ресурса на студентите от Катедра здравни грижи може да се мобилизира в профилактиката и грижите на възрастните хора.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА:

1. Желева З., Кирилова Е., Попов И. Самооценка на риска от остеопороза при постменопаузални жени, science & technologies, number 1: medical biology studies, clinical studies, social medicine and health care, Volume IX, 111-115, 2019.

2. Царянски Г, Димитрова-Карамфилова А, Абединов Ф, Чолаков В, Тенев Б, Баев Б, Петков Д, Бонев М, Марковски Ал, Панайотова Ст, Димитрова В, Нацев И и Г. Начев – Циклоспориново ниво и хранителен режим след сърдечна трансплантация – Клинично хранене 3, кн1: 8-11, София. 2012

3. Abedinov F, Bakalova N, Krastev P, Petrov I, Marinova R, Tsaryanski G. Survival and Quality of Life of Patients with a Prolonged Stay in the Intensive Care Unit after Cardiac Surgeries–Remote Results. Copt. Rend. Acad. Bulg. Sci. Jan 1;72:1130-1136, 2019

4. Chan S.P., Teo C.C., Ng S.A., Goh N., Tan C., Deurenberg-Yap M. Validation of various osteoporosis risk indices in elderly chinese females in singapore. Osteoporos. Int.;17:1182–1188. 2006.

5. Cherkezov, T., E.Kirilova, D.Cherkezov, Screening study on the public health risks in a regional aspect, Health politics and management, 2020, 20, 2, p.39-44

6. Feehan J, Al Saedi A, Duque Targeting fundamental aging mechanisms to treat osteoporosis. G.Expert Opin Ther Targets. Dec; 23(12):1031-1039, 2019

7. Hirschfeld HP, Kinsella R, Duque Osteosarcopenia: where bone, muscle, and fat collide. G.Osteoporos Int. Oct;28(10):2781-2790, 2017

8. Kirilov N, Kirilova E. Computer vision for assessment of scoliosis from dual energy X-ray (DXA) image, Втора научна сесия „Биомедицина и качество на живот“ за млади учени, докторанти и постдоктор анти в чест на 150-та годишнина на Българска академия на науките Институт по биофизика и биоме дицинско инженерство – БАН 4 – 5 ноември 2019 Сборник доклади, стр. 18. 2019

9. Kirilova E, N. Kirilov, F. Bischoff Predictive ability of the osteoporosis self-assessment tool for assessing the risk of osteoporosis Revmatologiia/Rheumatology Vol 27 No 3: 3-9, 2019

10. Kirilova E, Kirilov N. Osteoporotic fracture risk prediction tools Revmatologiia Vol 27 No 3 (2019): Volume 27 Issue 3 , 55-65, 2019.

11. Wang, Y.J.; Wang, Y.; Zhan, J.K.; Tang, Z.Y.; He, J.Y.; Tan, P.; Deng, H.-Q.; Huang, W.; Liu, Y.-S. Sarco-Osteoporosis: Prevalence and Association with Frailty in Chinese Community-Dwelling Older Adults. Int. J. Endocrinol. 2015, 2015, 482940. [CrossRef] 2019

12. Zanker J, Duque G Osteoporosis in Older Persons: Old and New Players.J Am Geriatr Soc. Apr;67(4):831-840, 2019

Адрес за кореспонденция:

Стоянка Георгиева Владева

Тракийски университет, Медицински факултет

E-mail: stoyanka.vladeva@traki- uni.bg

Авторско право:

Отговорността за точността и достоверността на публикуваните данни, заявени мнения и позиции във всички публикации принадлежат на автора.

ВРЪЗКАТА МЕЖДУ ЗАВИСИМОСТТА И „СИНЯТА БОЛЕСТ“

Теодора Ст. Радева

Катедра „Здравни грижи“, МУ-Варна, Филиал-Сливен, България

РЕЗЮМЕ:

Въведение

Съвременната роля на психиатричната медицинска сестра е свързана с лечението и обгрижването на психично болни и зависими пациенти. Предоставената й възможност за самостоятелни интервенции и активно участие в решаване, както на здравни, така и на психо-социални потребности на болния човек са крайно необходими за подобряване качеството на живот на психично болния човек.

Цел

Целта на научното съобщение е да представи връзката между: татуировките и зависимото и рисково поведение на пациенти лекувани в психиатрична клиника.

Материал и методи

Задачите на изследването са: да се проучи връзката между зависимостта и „синята болест“.

В процеса на изследването се използваха методите: анкетно проучване; целенасочено включено наблюдение; документален метод.

Обект на изследването са пациенти със зависимост, лекувани във втора психиатрична клиник „Дейност Наркология“ и „Дейност лечение мъже“ към УМБАЛ „Света Марина“-ЕАД гр. Варна с данни за татуаж.

Предмет на изследването е корелацията между наличието на зависимост и противообществени прояви и анамнеза и нагласи за татуаж.

Резултати и обсъждане

Анализът на резултатите позволи да се направи извода , че е висок процентът на зависимите пациенти с татуировки;като се наблюдава съответствие в периода между началото на зависимото поведение и първата татуировка,както и склонността да се извършват под въздействие на психоактивни вещества. Отчита се преобладаващо положителна нагласа към последващи телесни модификации от този характер, като болезнеността се отъждествява с удоволствено преживяване. Около 65% от анкетираните са били обект на съдебно производство.

Заключение

Използваните методи са бързи, лесно приложими и достъпни, като предоставят пълноценни данни за пациентския профил на пациентите със зависимост.

Ключови думи: *татуировки, психиатрична медицинска сестра, влошено психично здраве, рисково поведение, “синя болест“.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Независимо какви са причините за татуировките те са доказателство за социално положение на човека, разкрасяване,спомен,предпазване от зло,принадлежност към дадена група ,култ или други.

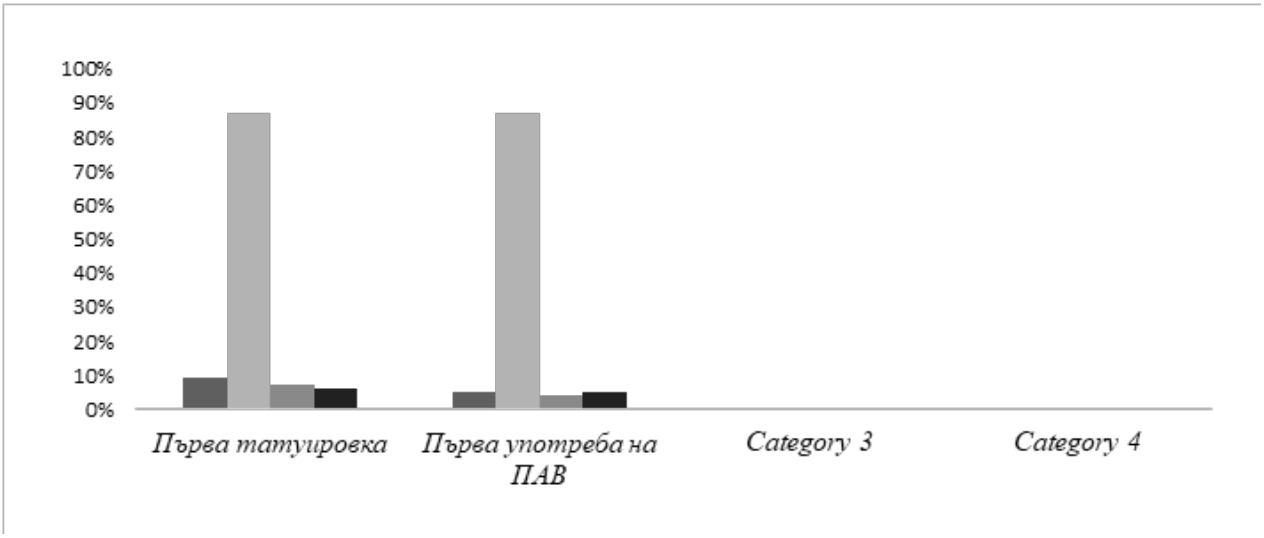
Представители на човешката раса са се татуирали от хилядолетия. Древните гърци са използвали татуировките още през V в.пр.н.е за санкциониране на роби, престъпници или военнопленници.

През Средновековието рисунките по тялото имало за цел да защитава своя носител от тъмни сили. Индийските монаси са си ги правили в знак на уважение към устава.(19)

В наши дни татуировките са се превърнали в начин за само изразяване, признак на неповторим стил и оригинален елемент,който позволява да се отделим от тълпата. Също така изпълнява и втора функция „да носи определен смисъл “косвено указвайки характера на своя собственик това, с което се занимава (най-често професия),може да се направи за късмет и защита, за изразяване на отношение към друг човек,(раждане на дете,или загуба на близък).Следователно самата татуировка и нейното значение отразяват вътрешния свят на индивида и неговата връзка с външния. Често татуировките са направени във в резултат на чувства и емоции,като се изобразяват лица и имена на близки, мото във живота им, символи запечатващи важни моменти.

Татуирането е съзнателно нараняване на кожата от специален инструмент,или използването на импровизирани инструменти като (струна от китара,прожинка от химикал, дори и нокти – използвани в затвора), който инжектира цвят в кожата с цел получаване на незаличими изображения. (3)

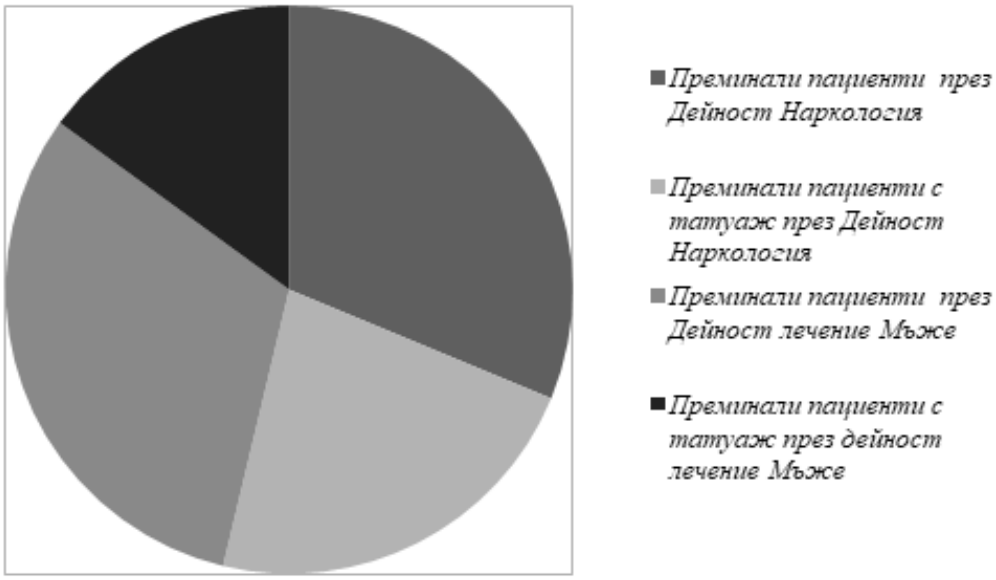
Изследването е проведено в периода юли-септември 2020 , като са анкетирани пациенти с татуаж преминали през Втора психиатрична клиника, а именно Дейност Наркология и Дейност лечение мъже.



Фиг. 1 Дейност Наркология

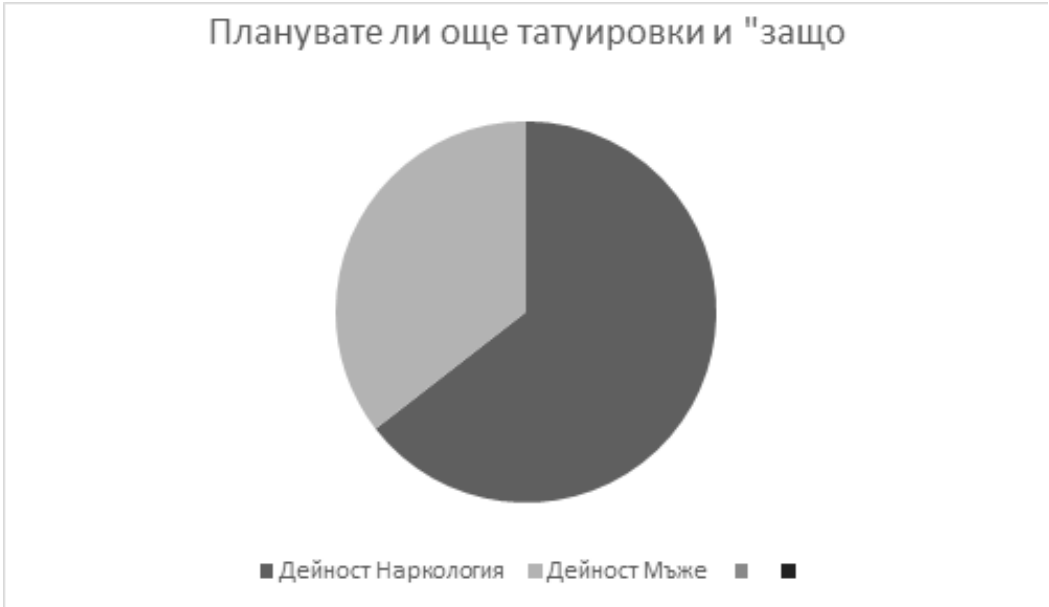
Както е показано на фиг. 1 най-уязвимата възраст за употреба за пръв път на ПАВ е между 15-20г, това и възрастта и на първата татуировка.87% от пациентите,първата употреба на ПАВ съвпада с годината на първата им татуировка. Голяма част от пациентите споделят,че татуажа е направен под въздействие на ПАВ, или след употреба на ПАВ/психоактивни вещества/.

Следва възрастта 11-15г. или 9% от анкетираните на тази възраст за пръв път са употребили ПАВ най-често ТНС/марихуана/ и 5% са направили първата татуировка през този период. По-малък е съответно 7% на възраст 20-25г на първата татуировка и 4% за първа употреба на ПАВ. Над 25г. 6% от пациентите са направили на тази възраст първата си татуировка и 5% от тях са употребили за пръв път ПАВ.



Фиг. 2 Преминали през Втора психиатрична клиника с татуаж

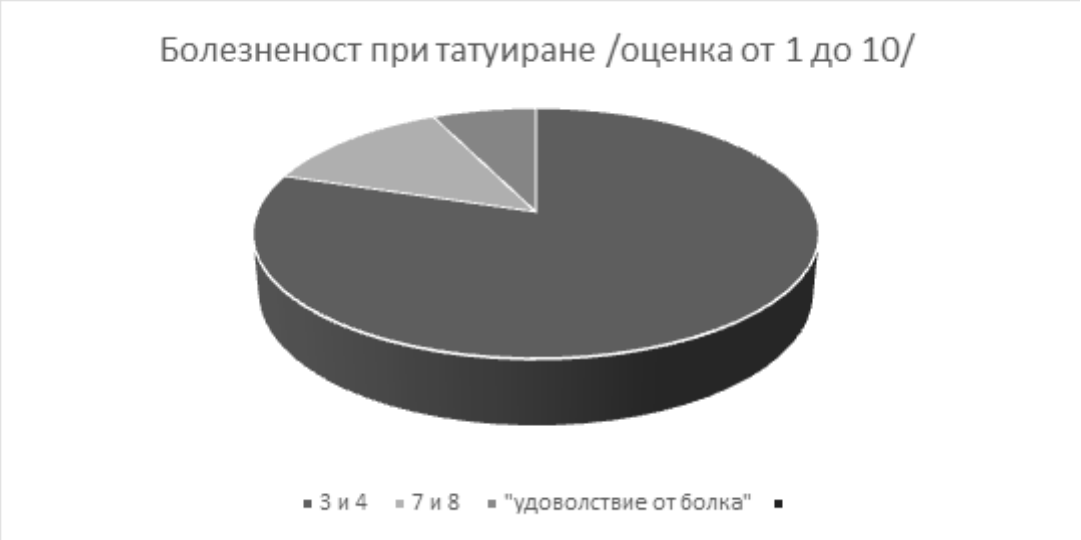
На фиг.2 е показано преминалите пациенти през дейност Наркология и Дейност лечение на мъже с татуажи. Където 72% от преминалите пациенти през Дейност Наркология са с татуаж ,в сравнение с пациентите от Дейност лечение Мъже където 46% от тях имат татуаж ,т.е татуирането при зависимата личност е по-често в сравнение с останалите психични заболявания.



Фиг. 3 Планиране на татуировки

На въпроса „Планувате ли още татуировки и защо“? 100% от приетите пациенти през Дейност Наркология и 55% от дейност лечение мъже планират още татуировки. Като целта е да довършват част от татус, или идея за нов татус свързан с модна тенденция, принадлежност към дадена група,култ,подражание на родител или други./фиг.3/ Единствена причина за отказ от татуиране е липсата на финансови средства. На въпроса „защо се татуирате“-отговарят“Чувствам се празен/а без тях“ или“Искам да съм различен/а“ и др.

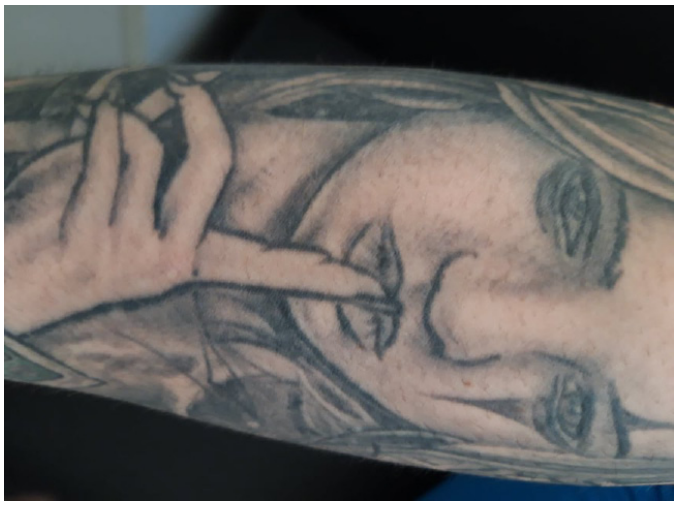
Това ме накара да попитам и за „Болезнеността на татуировките. Тя не е еднаква в различните части на тялото. Можете ли да опишете болката от 1 до 10.Като 1 се счита за най-малко болезнено, а 10 най-болезнено.“? фиг./4/



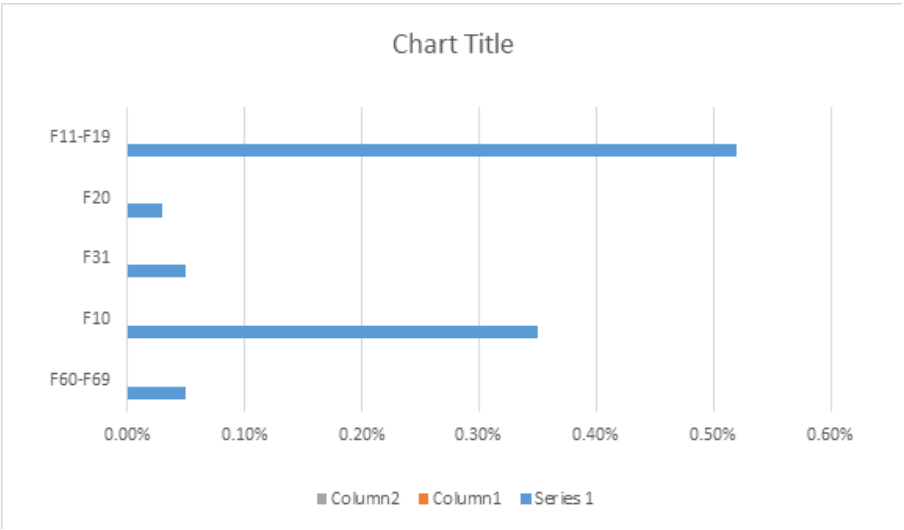
Фиг. 4 Болезненост при татуиране

80% от пациентите описват болезненост между 3-4,13%определят болезненост между 7-8,и 7% определят „удоволствие „от болката.

Фиг. 4а Снимки на пациенти с татуси приминали през Втора психиатрична клиника



Участниците в анкетите пациенти от Дейност Наркология и Дейност лечение мъже имат и друг вид зависимост или друго психично заболяване- по МКБ10-F10,F11,F12,F15,F19,F20,F31,F60,F63



Фиг. 5 Татуаж при коморбидни пациенти преминали през Втора психиатрична клиника

и 65% са били обект на съдебно производство-а именно за притежание на наркотици,условна или ефективна присъда, пробация подписка,обида на длъжностно лице,кражби,разпространение на наркотици и др.

Фиг. 6. Пациенти с досъдебно производство

ИЗВОДИ

1. Актуалността на изследвания проблем определя и високият процент коморбидност и наличие на друга зависимост или психично заболяване.

2. Най-рисковата популация на употреба на ПАВ и татуси са подрастващите и млади хора.

3. Висок е процента на зависимите пациенти с татуировки; като се наблюдава съотвествие в периода между началото на зависимото поведение и първата татуировка, както и склонността да се извършва под въздействие на психоактивни вещества.

4. 100% от пациентите с татуировки планууват още татуировки.

5. Болезнеността при татуиране в различните части на тялото е различна-80% от тях описват ката слабата болезнена и 7% от болезнеността се отъждествява с удоволствено преживяване.

6. 65% от анкетираните пациенти са били обект на съдебно производство

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1.Anderson RB.Tattooing should be regulated.N Engl J Med 1992;326:207.

2.Borokhov A,Gubin V.Express-diagnostic methods of behavioral deviations for men of call-up age. Leningrad: OLLVO,1990 (in Russian).

3.Boronkhov A, Bastiaans R, Lerner V,-Tattoo Desingus Among. Drug Abusers

4.Bitensky V, Khersonsky B,Kiev:Zdorov`ya,1989(in Russian)

.Borokhov A,Popov T,Tumasov S,Gofman V,Vostrikov V. The significance of tattoos as a marker of self-destructive behaviour in adolescence and youths. In Popov Y,Lichko E,editors. Self-destructive behaviour in adolescence. Leningrad:The Bekhterev Institute,1991:pp.107-112(in Russian).

5.Bronnikov A.Tattos in prisoners. Moscow:Yuridicheskaya Literatura,1980 (in Russian).

6.Baldayev DS. Prisoners` tattoos. St. Peterburg:Limbus,2001 (in Russian).

7.Borokhov A, Isaev D. The role of socio-psychological factors in forminal of addiction to alcohol to

alcohol and drugs in male adolescents. In:Guzikov B,Erishev O,Zobnev V,editors.

8.Braithwaite R, Robillard A, Woodring T,Stephens T,Arriola KJ.Tattooing and body piercing among adoles-cent detainees :Relationship to alcohol and otder drug use. J Substance Abuse 2001;13:5-16.

9.Bennahum DA.Tattoos of heroin addicts in New Mexico . Rocky Mt Med J1971;68:63-66

10.Bleiher V, Kruk I.The Defining Dictionary of Psychiatric Terms.Voronezh:NPO Modek,1995 9in Russian).

11Jacobson JL,Jocobson AM.Psychiatric secrets. Philadelphia,Penn.:Haley and Belfus,1996.

alcohol to alcohol and drugs in male adolescents. In:Guzikov B,Erishev O,Zobnev V,editors. Psychological Studies and Psychotherapy in Narcology. Leningrad: The Bekhterev Institite,1989: pp 88-93 (in Rassian).

12.Lifson AR,Halcon LL.Substance abuse and high-risk needle-related behaviors among homeless youth in Minneapolis:Implications for prevention. J Urban Health :Bulletin of the New York Academy of Medicine 2001;78:690-698.

13.Montgomery DF,Parks D.Tattoos: Counseling the adolescet. J Pediatric Health Care 2001;15:14-19.

6.Onder M,Atahan CA, Oztas P,Oztas M. Temporary henna tattoo reactions I children. Int J Dermatolody 2001;40-577-579.

14.Sperry K. Tattoos and tattooing. Part 1.Histiry and methodolody. Am J Forensic Med Pathol 1991, 12:313-319.

15. Samuel MC,Doherty PM, Bulterys M,Jenison SA. Association between heroin use,needle sharing and tattoos received in prison with hepatis B and C positivity among street-recruited

16.Schiffmacher H,Reimschneider B.1000 Tattos. Koln: Tascher.GMBN,(in German)

17.Hofler DZ, Banninger R. Tattooing in drug addicts. Symbiotic barriers or a handicap to rehablitation. Hautarzt 1990;41:645-647(in Russian)

18.Pallas J, Farinas-Alvarez C, Prieto D,Llorca J,Degado-Rodriguez M. Risk factors for monoinfections and coinfections with HIV, hepatitis B and hepatitis C viruses in northern Spanish prisoners.Epidemiol Infect 1999;123:95-102.

19.Wikipedia. History of Tattoing.

20.Yegorov RI.Dao of tattoo. Moscow :Grand;2001(in Russian).

ОТНОШЕНИЕТО НА ЖЕНИТЕ КЪМ ПРОФИЛАКТИКАТА НА РАКА НА МАТОЧНАТА ШИЙКА. „ЗА“ И „ПРОТИВ“ ВАКСИНАТА.

Мюжгян Исмаил Сабри

Докторант

Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна, Филиал Сливен,

Катедра по здравни грижи

РЕЗЮМЕ

Тенденциите, свързани със заболеваемостта и смъртността от рак на маточната шийка /РМШ/ за България са тревожни. *1 200 нови случая се откриват годишно у нас, а за последните 30 години смъртността се е увеличила три пъти.*

Цел*:*

Да се изследва отношението на жените към профилактиката на РМШ.

Във връзка с това са поставени две задачи: да се установи информираността на жените относно превенцията, и да се анализират техните аргументи „за“ и „против“ ваксината.

Материал и методи:

Анкетирани са 120 жени, като 60 от тях са пациенти на КОЦ-Шумен и 60 – здрави жени, подбрани на случаен принцип.

Използван е анкетен метод (пряка, групова, анонимна анкета), анализ на литературни източници, документален метод. Данните са обработени чрез статистически и графичен анализ.

Резултати и обсъждане:

Данните сочат положително отношение към прилагането на ваксина против РМШ*. 66% от респондентите са посочили, че биха ваксинирали дъщеря си срещу РМШ, а 34% все още се колебаят.*

Заключение:

Жените са информирани относно наличието на ваксина, но все още доверието им към нея не е напълно изградено. Това поставя въпроса за ролята на здравните специалисти в борбата с рака на маточната шийка.

Ключови думи: *Рак на маточната шийка, профилактика, ваксина*

THE ATTITUDE OF WOMEN TOWARDS CERVICAL CANCER PREVENTION. «FOR» AND «AGAINST» VACCINATION.

Myuzhgyan Ismail Sabri

Ph.D. student

Medical University "Prof. Dr. Paraskev Stoyanov – Varna, Sliven Branch, Health Care Department

SUMMARY

The trends, related to the morbidity and mortality from cervical cancer in Bulgaria are alarming. 1,200 new cases are detected annually in Bulgaria, and over the last 30 years, the mortality rate has tripled.

Purpose*:*

To examine the attitude of women to the prevention of cervical cancer.

In this context, two goals are set: to establish women's awareness of prevention and to analyse their arguments for and against the vaccine.

Materials and methods:

120 women were interviewed, 60 of them were patients of "Complex oncology centre - Shumen" and the other 60 were healthy women, selected randomly.

A survey method (direct, group, anonymous survey), analysis of literature sources, and documentary method was used. The data was processed by statistical and graphical analysis.

Results and discussion:

The data shows a positive attitude towards the administration of the cervical cancer vaccine. 66% of the respondents indicated that they would vaccinate their daughter against cervical cancer, and 34% are hesitating.

Conclusion:

Women are informed about the availability of a vaccine, but their confidence in the vaccine is not yet fully established. This raises the question of the role of health professionals in the fight against cervical cancer.

Keywords**:** *Cervical cancer, prophylaxis, vaccine*

I. ВЪВЕДЕНИЕ.

Ракът на маточната шийка (РМШ) е значим проблем на общественото здраве, който изисква приоритетно внимание.

Високата честота и неблагоприятната прогноза на цервикалния карцином създават редица трудности пред съвременното обществено здравеопазване.

В редица страни от Европа и света са утвърдени традиции за навременна превенция на РМШ.

Пред медицинските специалисти на всички нива се разкриват нови възможности за повишаване качеството на провежданата профилактика.

През последните години честотата на заболяването в развитите страни намалява поради съществуващите програми за скрининг и въвеждането в клиничната практика на човешки папилома вирусни /ЧПВ/ ваксини. Въпреки това, цервикалният карцином е отговорен за 1,3% от смъртността, причинена от онкологични заболявания и 6,5% от смъртността поради гинекологични онкологични заболявания в световен мащаб.

Обществено-политическите промени и трансформирането на здравната система в България оказват влияние върху цялостната организация на здравеопазването и достъпа до здравни грижи. До края на 80-те години скринингът на РМШ е бил организиран централизирано от здравните институции и се е провеждал масово, по-често по работните места. Понастоящем скринингът е опортюнистичен, т. е. без спазване на организирана и централно регламентирана програма.

Факторите за провеждане на профилактиката на РМШ сега са социално-икономически фактори, информираността и собствената инициатива на жената. Това е следствие от съществена промяна по отношение на отговорността за собственото здраве и преминаване от колективна към предимно индивидуална отговорност. Здравната политика, като част от общата политика на държавата, се обуславя от определени обществени потребности и интереси, с най-висша цел – здравето и здравното благополучие на населението.

Усилията на нашата здравна система трябва да са насочени към намаляване и навременно откриване на РМШ.

В България действа Национална програма за първична профилактика на РМШ, но тя не е ефективна.

Причината е, че е делегирана на общопрактикуващите лекари и на специалистите от доболничната помощ.

Националната скринингова програма трябва да се преструктурира така, че правомощията да се възложат на хората, които са пряко ангажирани с майчиното здравеопазване – акушерки и акушер-гинеколози от доболнична и болнична помощ.

Необходими са законодателни промени, задълбочено познаване на системата и консенсус между всички страни, ангажирани със здравната политика – законодателни органи, експерти по здравни грижи и образователните институции, където се обучават здравни специалисти.

Методите и средствата за профилактика и ранно откриване на РМШ, с които разполага медицината в наши дни дават на съвременните жени несравнимо по-големи възможности за предпазване от коварното заболяване в сравнение с тези, които са имали техните предшественички.

Първичната профилактика има за цел да предотврати появата на заболяване и се случва благодарение на ваксинацията.

Изследователи в Канада обобщавайки 65 проучвания от 14 държави, въвели ваксинация срещу ЧПВ, сравняват степента на инфекция преди и след въвеждането на ваксината. Данните сочат, че 5 до 8 години след въвеждането на ваксината срещу HPV, инфекциите причинени от щамове 16 и 18 са спаднали с 83% при момичетата-тийнейджъри и с 66% при младите жени. (https://prakticheska-pediatria.net/2020/02/25/uspehut-na-hpv-vacsinata/). Изследователите установяват, че най-големите ползи от ваксинацията са наблюдавани в страни, в които над 50% от целевата група е ваксинирана.

В последните 30 години у нас смъртността от РМШ се е увеличила тройно, алармира д-р Валери Цеков от Българското сдружение по иновативна медицина по време на откриването на 13-тото издание на Седмицата за превенция на РМШ, на което партньор е Националното сдружение за профилактика на РМШ.

Събитието се провежда в Народното събрание и е под патронажа на парламентарната здравна комисия.

По думите на д-р Цеков, въпреки националната програма за имунизация срещу ЧПВ, ваксинационният обхват у нас е около 10%, докато заложените в програмата параметри са 70% от момичетата между 9 и 14-годишна възраст да бъдат ваксинирани безплатно.

„Има страни, като Австралия, където обхватът надхвърля 75% и вече се говори за изкореняване на заболяването, подобен е и обхватът в Англия и Шотландия“, уточнява той.

II. ЦЕЛ.

Целта на настоящото проучване е да се изследва отношението на жените към профилактиката на РМШ.

Във връзка с това са поставени две задачи: да се установи информираността на жените относно превенцията, и да се анализират техните аргументи „за“ и „против“ ваксината.

III. МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ.

За постигане на целта са използвани документален метод и социологическа анкета. Данните са обработени и представени графично чрез продукта Excel 2010.

Разработена е авторска анкета с 33 въпроса, от които 32 закрити и 1 открит. Анкетирани са 120 жени, като 60 от тях са пациенти на КОЦ-Шумен и 60 – здрави жени, подбрани на случаен принцип.

IV. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ.

За нас беше интересно да разберем колко често анкетираните жени посещават лекар с цел профилактика и до каква степен реално са запознати със съвременните изисквания и норми за добра гинекологична онкопрофилактика, и до колко реалното поведение на жените съвпада с познанията им.

По-голяма част от анкетираните имат нагласата, че трябва да провеждат профилактичен гинекологичен преглед един път годишно (N=59; 49%), следвани от групата на жените, които са на мнение, че би трябвало да ходят на гинеколог с профилактична цел два пъти годишно (N=31; 25%). Много малък брой анкетирани не са наясно и имат дефицит на познания за честотата на профилактични прегледи (N=10; 9%).

В тази насока, експертите в областта на онкопрофилактиката препоръчват (XII Национална конференция по онкогинекология): годишни гинекологични прегледи се препоръчват независимо от честотата на цервикален скрининг. (фиг.1).

Фигура 1.

За преодоляването на възможностите от развитие на раково заболяване доказано ефективни са различните методи на профилактика.

Профилактичните прегледи с извършване на цитонамазка служат за навременно откриване на вече изменени клетки, вследствие продължителна инфекция с онкогенен тип HPV. Освен това, те са важни за диагностициране и лечение на състояния, различни от свързаните с РМШ, каквито са например други полово предавани заболявания.

Цитонамазката е тест, който открива клетки от маточната шийка, които са променени неблагоприятно, най-често в резултат на инфектиране с HPV. Ако тези клетки се открият достатъчно рано, вероятността от развитие на злокачествено заболяване намалява съществено. Заедно с цитонамазката е възможно да се направи и друго изследване, което да определи дали има активна инфекция с HPV.

Ваксините са неотменна част от профилактиката на РМШ, тъй като заедно с ефикасна програма за редовни гинекологични прегледи /скрининг/ те могат да осигурят още по-добра защита от РМШ. Респондентите ги познават и оценяват по следния начин, представен на фигура 2.

На въпроса „Според Вас кои са ефективните мерки за профилактика на РМШ?“, най-висок е относителният дял (N=42; 35%), от анкетираните, които смятат, че най-ефективни са редовните профилактични гинекологични прегледи. Значителна част, но по-малка от респондентите (N=30; 25%), смятат, че най-ефективно е вземането на цитонамазка. Следващата група (N=23; 19%), са тези с мнението, че най-ефективна е профилактиката на РМШ чрез ваксинация. 11% – отговарят, че това са профилактичните гинекологични прегледи с цитонамазка. Според 10% от респондентите за да бъде ефективна профилактиката на РМШ трябва да включва всички изброени мерки. Важно е да се отбележи, че никое от изследваните лица не отговарят, че не са запознати със значимостта на профилактичните меропиятия при РМШ.

Фигура 2.

Профилактичните ваксини срещу РМШ са най-новото постижение на съвременната медицина в контрола на раковите заболявания чрез средствата на ваксинопрофилактиката. Този забележителен прогрес стана възможен след доказване на вирусната етиология на заболяването (откритие, отбелязано неотдавна с Нобелова награда), последвано от разработване и въвеждане в практиката на безопасни и високо ефективни папиломавирусни ваксини. HPV ваксините са профилактични ваксини, те нямат терапевтичен ефект върху вече настъпила инфекция или заболяване – по тази причина и поради по-ниската имуногенност при жените в по-горна възраст (сексуално активни) се очаква по-ниска ефикасност на HPV ваксините. Тази възрастова група остава на втори план при въвеждане на имунизацията, но в много страни се предлага т. н. изчерпваща имунизация (catch-up) при младите

жени до 25-годишна възраст. При тях имунизацията е оправдана, поради факта, че персистиращата инфекция и преканцерозите много рядко са свързани с повече от един тип HPV, докато ваксините осигуряват защита срещу най-разпространените онкогенни типове

На въпрос *„Според Вас как действа ваксината срещу човешки папиломен вирус HPV?"* малко повече от половината посочват, че „предпазва от инфекция" **(N=62; 52%).** 30% – „лекува РМШ", 11% „нормализира ПАП-теста"/ и само 7% са посочили, че незнаят (фиг. 3).

Фигура 3.

Висока е здравната, социална и икономическа цена, която обществото в страната заплаща поради тежестта и интензивното разпространение на РМШ. Налице е уникална възможност за първична профилактика, предоставена от наличието на високо ефективни и добре поносими HPV ваксини, която е основание за въвеждане на имунизацията като основен елемент на съвременните програми за контрол и превенция на заболяването.

Приоритетната група, при която се очаква най-голям профилактичен ефект са момичетата на 12 години, преди сексуалния дебют.

На второ място са поставени девойките и младите жени в полово активна възраст, при които имунизацията има характер на изчерпваща (catch-up). Проучванията показват, че мнозинството от родителите знаят за наличието на ваксини, но имат нужда от допълнителна информация, преди да се съгласят за ваксиниране на децата им. Основна пречка в този случай е липсата на препоръки от страна на лекарите и предоставяне на информация за ефикасността и безопасността на HPV ваксините. Повечето от родителите са съобщили, че съветът от страна на лекуващия лекар е ключов фактор за взимането на решение от тяхна страна.

Данните сочат положително отношение към ваксината, в предвид това, че по-голяма част от анкетираните жени (N=79; 66%) са посочили, че биха ваксинирали дъщеря си срещу РМШ. Също така, не малка част от тях (N=41; 34%), не са решили все още, върху които трябва да се работи. От изключително значение е нулевият резултат на тези, които категорично отказват ваксиниране. (фиг. 4).

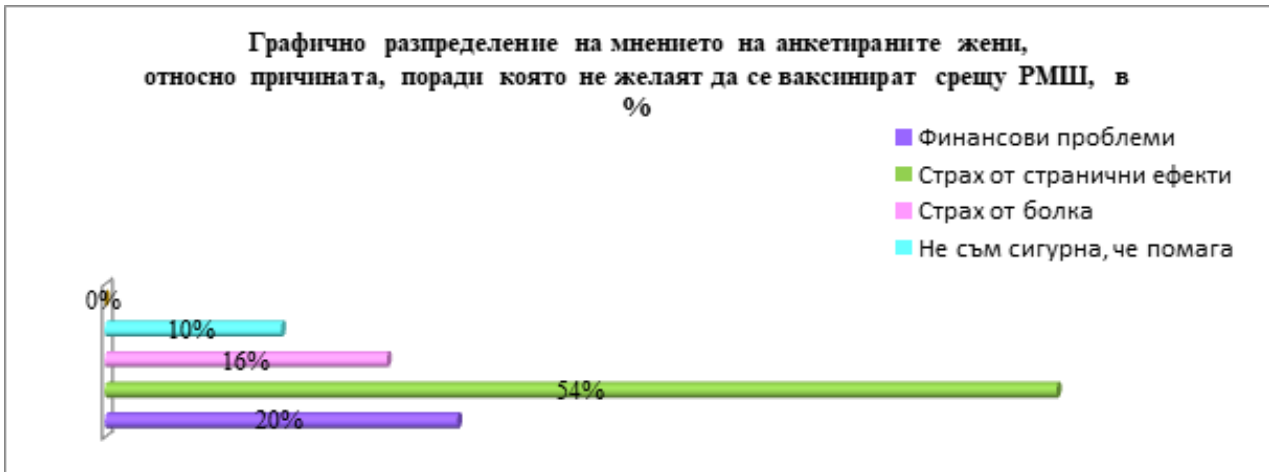
Фигура 4.

Липсата на информация от наблюдаващия лекар, финансови причини и мнението на родителите са най-важните пречки за увеличаването на процента имунизирани с HPV ваксини подрастващи, са изводите от обзор, публикуван в списание JAMA Pediatrics. Авторите са извършили системен обзор на 55 статии, публикувани след 2019 година, които са фокусирани върху бариерите за приложение на HPV ваксините при подрастващи на възраст 11-17 години в САЩ.

Според експертите, с най-голяма тежест при вземането на решение са съветите на лекарите. От друга страна, като най-значими бариери за приложението на HPV ваксини лекарите считат отношението на родителите и финансовия проблем. Други фактори, които играят роля във вземането на решение са расовата и етническа принадлежност, липсата на информация за риска от инфекциите с HPV и за превантивната роля на ваксините. Други фактори от страна на родителите са били загриженост относно нежелани странични ефекти и цена на ваксините.

Подобна е ситуацията и в нашето изследване, на въпроса: „Бихте ли посочили причина, поради която не желаете да се ваксинирате срещу РМШ?“ 54% (N=65) посочват, „страх от странични ефекти“, 20% (N=24) – „финансови проблеми“; 16% (N=19) – „страх от болка“ и 10% (N=12) – не са сигурни, че помага. (фиг. 5).

Това е тревожен резултат, който показва, че анкетираните жени не са запознати с ефектите и ползите от ваксинацията срещу РМШ.



Фигура 5.

V. ИЗВОДИ:

При проведеното проучване, анализа и оценката на получените резултатите, могат да се формулират следните по-значими изводи:

По-голяма част от анкетираните имат нагласата, че трябва да провеждат профилактичен гинекологичен преглед един път годишно. Това демонстрира положително отношение към превенцията.

Най-висок е относителният дял от анкетираните, които смятат, че най-ефективни са редовните профилактични гинекологични прегледи като мярка за профилактика. Важно е да се отбележи, че никое от изследваните лица не отговарят, че не са запознати със значимостта на профилактичните меропиятия при РМШ, което сочи висока степен на информираност.

Относно запознатостта на респондентите с действието на ваксината срещу човешки папиломен вирус HPV, малко повече от половината посочват, че „предпазва от инфекция". Но има и немалка част такива, които посочват „лекува РМШ", „нормализира ПАП-теста", както и такива, които не знаят. Това сигнализира, че усилията относно информираността трябва да бъдат насочени в тази специфична част, относно ваксинирането и неговото влияние.

66% от респондентите имат положително отношение към ваксината. Това доказва, че жените осъзнават високата значимост на имунизацията. От изключително значение е нулевият резултат на тези, които категорично отказват ваксиниране.

Във връзка с изясняването на причините, поради които анкетираните жени отказват ваксинирането, 54% от тях посочват, „страх от странични ефекти", което по своему потвърждава нуждата от експертното им запознаване с ползите от действието на ваксините. Десетки клинични изпитвания на съществуващите ваксини показват минимални реакции, типични за всяка друга ваксинация (подуване, сърбеж, зачервяване и по-рядко треска, гадене и замайване).

VI. ПРЕПОРЪКИ

Предвид данните от настоящото проучване могат да бъдат предложени следните препоръки:

1. Жените са информирани относно наличието на ваксина, но все още доверието им към нея не е напълно изградено, нужна е една мащабна кампания, в която да се изчистят съмненията и опасенията им.

2. За постигане на оптимален ефект от приложението на ваксините е необходимо да се поддържа висок имунизационен обхват. Това поставя въпроса за ролята на здравните специалисти в борбата с РМШ.

VII. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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.

Задължение на здравните специалисти е да участват ефективно в изпълнението на програмата и в огрмотяването на родителите за значението на ваксинопрофилактиката, за да се увеличи обхвата на приложение и вярата в безопасността, тъй като ваксинацията в комбинация с цитонамазка и колпоскопия е напълно достатъчна за реалното елиминиране на заболяването.

VIII. ЛИТЕРАТУРНИ ИЗТОЧНИЦИ:

1. Генчева Хр., „Акушерска здравна грижа при профилактика на РМШ – Автореферат“ , Варна, 2019г.;

2. Бариери пред приложението на HPV ваксините. – Медицински дайджест, 2014, №5, с. 7. nf., 1, 10;

3. National and state vaccination coverage among adolescents aged 13-17 years - United States, 2011 Morb Mortal Wkly Rep 2012; 61: 661-686;

4. https://prakticheska-pediatria.net/2020/02/25/uspehut-na-hpv-vacsinata/;

5. https://hpv-bg.com/.

КЛАСИФИКАЦИЯ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ ПРИ ОЧЕН ТРАВМАТИЗЪМ

К. Начева[1], Н. Манолова[2]

Медицински университет- София, Факултет по Обществено здраве,

[1]Студент 2 курс специалност „Медицинска сестра“, [2] Катедра „Здравни грижи”

Травмите на очите са спешни състояния и водеща причина за слепота с последваща причина за намалено зрение. Последиците от тях имат тежко влияние върху психосоциалното състояние на човека, семейството му и обществото като цяло. Не са за подценяване и икономическите загуби вследствие на лечението и рехабилитацията, която понякога продължава с години.

От очна травма се засягат всички възрастови групи с най-голяма честота в млада възраст между 20 и 40 години. По- висока е честотата при мъжете. У нас от очна травма средно годишно се засягат между 60 000 до 80 000 души.

Според вида на раната, която се получава, травмите на очите най-общо се класифицират като закрити и открити.

Прегледът и приемът при пациенти в следствие на очен травматизъм се организира приоритетно и с предимство. Изискват професионална компетентност от страна на медицинската сестра при осъществяване на здравни грижи, практически умения за спешно извършване на специализирани манипулации и отлични комуникативни умения за разговор с пациентите.

Ключови думи: *очен травматизъм, сестринска дейност, здравни грижи*

CLASSIFICATION OF HEALTH CARE FOR EYE INJURY

K. Nacheva[1], N. Manolova[2]

Medical University - Sofia, Faculty of Public Health,

[1]Student 2 year specialty „Nurse“, [2] Department of“ Health Care „

Eye injuries are an emergency and a leading cause of blindness with a consequent cause of reduced vision. The consequences of them have a severe impact on the psychosocial state of man, his family and society as a whole. Not to be underestimated are the economic losses due to treatment and rehabilitation, which sometimes last for years.

Eye trauma affects all age groups with the highest frequency at a young age between 20 and 40 years. The frequency is higher in men. In our country, on average, between 60,000 and 80,000 people are affected by eye trauma every year.

According to the type of wound that occurs, eye injuries are generally classified as closed and open.

The examination and admission of patients as a result of ocular trauma is organized as a priority and with priority. They require professional competence on the part of the nurse in providing health care, practical skills for urgent performance of specialized manipulations and excellent communication skills for talking to patients.

Key words: *eye trauma, nursing, health care*

Увод: Окото представлява само 0.1% от повърхността на човешкото тяло, но травмите, свързани с него, водят до висока инвалидност и слепота. Очната травма е комплекс от различно съчетани очни симптоми, които са провокирани от увреждащия агент [4]. В терминологията на Световната здравна организация се използва определението „социално значими заболявания“, които водят до висока смъртност и нанасят големи социални загуби. Като говорим за очите ни, това са заболяванията, които водят до частична или пълна загуба на зрението (слепота) [2]. По своята същност, очната травма е социално значимо заболяване. Икономическите загуби са огромни. Те биват директни (медицински разходи) и индиректни (обезщетения, загуба на производствено време, социални помощи в случаите на инвалидизация, загуби, свързани и с придружаващите лица)[4].

Според вида си увреждащите агенти са: механичен, химичен, термичен, радиационен, светлинен, биологичен или друг физичен фактор. По- често засегнати са мъжете в активна възраст при битови, селскостопански, промишлени, спортни, криминални, пътнотранспортни произшествия и други обстоятелства [3].

През 1996 г. Американската академия по офталмология, Международната асоциация по очни травми, Световния регистър по очни травми и Витреоретинални асоциации приемат терминология на очните травми, позната като Birmingham Eye Trauma Terminology и стандартизирана класификация на очните травми [1].

Съгласно тази класификация очната травма има 2 рамена.

1. Закрита очна травма (ЗОТ), при която няма нарушение на цялата дебелина на „стената на очната ябълка”. ЗОТ има 2 подразделения:

• Контузия – няма нарушение на цялостта на стената, но в резултат на силата на удара и деформацията на предно-заден диаметър се формират различни симптомо-комплекси като хифема, иридодиализа, мидриаза, луксация на леща и др.

• Ламеларна лацерация – има разкъсване на стената, най-често ламеларно, без да има цялостно нарушение на дебелината.

2. Второто рамо от класификацията е открита очна травма (ООТ).Тя има 2 подразделения, както следва:

• Руптура – това е разкъсване на стената, (корнеосклера) в цяла дебелина, което се предизвиква от тъп предмет, което по-рано се наричаше „тъпа травма”. Като пример може да се посочи лимбалната интеркаларна руптура на типично място, много характерно за този вид травматизъм. Но може да бъде и чисто склерална или чисто корнеална руптура. При тези случаи нараняващият агент няма режеща повърхност, нито остър връх, а раната е предизвикана от силен удар от заоблен предмет, но, предизвикал деформация на очната ябълка и последваща руптура. Механизмът е „отвътре – навън”.

• Лацерация – разкъсване на стената в цяла дебелина.

◊ Пенетрираща травма – има входно отвърстие от остър или режещ предмет, нарушена е цялостта на корнеосклерата. В тези случаи в зависимост от дълбочината на проникване може да бъдат засегнати 1, 2, 3 или повече очни тъкани. ”Механизмът е отвън на вътре”

◊ Очна травма с вътреочно чуждо тяло. На практика това е частен случай на пенетриращата очна травма със задържано чуждо тяло. Но тя се групира отделно поради особености в клиничната характеристика и методи на диагностика и лечение.

◊ Перфорираща травма. Налице е входно и изходно отвърстие. И двете рани са предизвикани от един и същ нараняващ агент [1].

В зависимост дали е засегнато едното или двете очи, травмата се определя за едноочна или двуочна, а според тежестта биват: леки, към които спадат роговичните и конюктивните чужди тела, лека степен на термично изгаряне и ерозии, към средно тежки- разкъсвания на клепачите, слъзната система или конюктивата, изгаряния II степен и тежки увреждания като пенетриращи наранявания, фрактури на орбитата, химически изгаряния, по- тежки от II степен и други. При закритите травми

няма нарушаване на целостта на външната обвивка на окото, докато при откритите тя е нарушена [2].

Целта на доклада е да се представи ролята на медицинската сестра в здравните грижи при очните травми и техните спецификации.

Методът, който е използван за създаването на доклада е документален, като са проучени и анализирани литературни източници за качеството и дейността на медицинската сестра.

Здравни грижи при попадане на чуждо тяло в окото. Роля и дейност на медицинската сестра.

Една от най- честите причини за търсене на офталмологична помощ е попадането на чуждо тяло в окото, като то може да бъде както метално, така и неметално (пясък, стъкло и други). Ако метално магнитно чуждо тяло престои по- дълго време, в стромата на роговицата прониква ръжда и предизвиква реакция, докато неметалните като стъкло обикновено не водят до силна реакция. Пациентът усеща:

- болка при мигане,
- дразнене в окото,
- сълзене,
- блефароспазъм,
- гложденe.

Лечение се предприема след снемане на анамнеза относно състоянието, симптомите и действията преди и след попадането на чуждо тяло. Медицинската сестра организира планирането и придружаването на пациента до рентгенологично отделение и съответно своевременно получаване на резултата, с цел да се локализират частиците от него. Информира го, че не трябва да търка очите си, за да се предотврати по- дълбоко забиване на тялото или допълнително надраскване на роговицата. Извършва капкова анестезия на очите с цел да се намали болката и дискомфортът у пациента. За локализиране на чуждото тяло може да се наложи обръщане на клепачите. За откриване на повърхностни дефекти и чуждото тяло в конюнктивалния сак се накапва капка флуоресцеин. Чуждите тела, когато са повърхностно разположени, могат да бъдат отстранени с помощта на стегнато навит на пръчица памучен тампон, напоен с физиологичен разтвор.Медицинската сестра подготвя стерилни марлени тампони, стерилни марли, ампула физиологичен разтвор, стерилна игла за вадене на чуждо тяло, стерилна пинсета.При забито чуждо тяло, отново се накапва упойка, след което със специална копиевидна или жлебовидна игла, се екстрахира забитото тяло.По назназначение на лекар се поставят антибиотични капки и мехлеми в продължение на 5-7 дни. По преценка и при данни за възпалителен процес се прилагат и противовъзпалителни медикаменти[2].

Здравни грижи при проникващи наранявания на очите. Роля и дейност на медицинската сестра.

При проникващите наранявания на окото е нарушена целостта на очната ябълка. Те могат да бъдат със наличие на чуждо тяло- увреждащият агент най-често е метал, камъче, стъкълце, или без-игли, моливи, ножове.

Повечето от нараняванията при възрастните са възникнали по време на кълцане или рязане на дърво, дърворезба, забиване на пирони и камък. Те са свързани с професии като земеделие, работа в гараж, строителство и дърводелство. При децата, от друга страна, най-чести наранявания са от гумени ленти, игли, моливи, пръчки, по време на игра.

Основни симптоми на проникваща рана в очната ябълка без чуждо тяло:

- зачервяване на окото;
- хеморагия;

- конгестия;
- лакримация;
- фотофобия;
- невъзможност за отваряне на очите;
- сълзене на очите;
- замъгляване или загуба на зрението;
- промяна във формата на папилата;
- изтичане на кръвта или течност от очите [1].

Първата помощ включва промивка със стерилен физиологичен серум, поставяне на антибиотични капки, извършване на стерилна превръзка на окото и незабавното транспортиране на пациента при специалист офталмолог. Пациентът се транспортира в легнало положение, а транспортиращия се предупреждава да неспира и потегля рязко по време на шофирането. Информира се от медицинската сестра да не докосва окото и да не го търка, да не кашля, да не издухва носа си. Преди извършване на прегледа, в конюнктивалният сак сестрата поставя анестетични капки, с цел намаляване на болковия синдром и облекчаване състоянието на пациента. Измерва артериално налягане и сърдечна честота, поради риск от колапс. Задължително прилага противотетаничен анатоксин (ТАП).

Поради големият риск от инфекция, в следствие на която да настъпи загуба на зрението, се прилагат локално антибиотични капки. По назначение от лекар се прилагат антибиотици, кортикостероиди и нестероидни противовъзпалителни средства интра венозно. При съмнение за чуждо тяло, пациентите се планууват и придружават от медицинската сестра за рентгенологично изследване. Чуждите тела се отстраняват оперативно във възможно най-кратки срокове, което налага информиране на пациента да не приема храна и течности и обща подготовка за оперативно лечение[2].

Здравни грижи при непроникващи наранявания на очите. Роля и дейност на медицинската сестра.

Причините най-често са удър с юмрук, топка за игра, снежна топка, тапи от шампанско, рога или опашки на добитък.

Симптоми при непроникващи наранявания:

- Болки в очите, които понякога могат да бъдат много силни;
- Кръвонасядане (черни очи);
- Разкъсване на клепачите;
- Зачервяване на окото;
- Подуване;
- Кървене между роговицата и ириса, известен като травматична хифема;
- Отлепване на ретината [1; 2].

Хифема (hyphema) - кръвоизлив в предната камера, който не е спешно състояние, но може да доведе до усложнения като повишаване на вътреочното налягане. В тези случай пациентите се хоспитализират по спешност, осигурява се покой, главата на пациента се поставя на високо, което позволява кръвта да се утаи. По лекарско предписание, медицинската сестра прилага капиляротонично лечение с Витамин С или рутаскорбин. Предупреждава пациента да приема повече течности.

При хифема не се прилагат мидриатици за разширяване на зеницата, за да може да се успокои резорбцията на кръвта. Локално, предписаните медикаменти се прилагат много внимателно, тъй като при раздвижване на ириса може да се предизвика кървене от недобре тромбозирал съд на ириса,

разкъсан по време на травмата.

Тъпата травма на окото може да предизвика контузионни увреждания на лещата. Лещата помътнява и се появявя травматична, контузионна катаракта. Може да се наблюдават и луксации и сублуксации. Леките измествания на лещата могат да не предизвикат оплаквания, но по-големите влошават зрението. Здравните грижи са свързани с подготовка на пациента от медицинската сестра за оперативно отстраняване на лещата.

При фрактура на орбитата се наблюдава кръвонасядане по клепачите и орбитата. Когато е засегнат долният прав мускул, пациентите се оплакват от двойно виждане, особено при поглед нагоре. Може де е ангажиран инфраорбиталния нерв, което да доведе до смущения в сетивността в този участък.

Здравните грижи при тези пациенти включват подготовка от медицинската сестра за планиране за извършване на рентгенологично изследване и компютърна томография, придружаване по време на извършването на изследванията и организиране своевременното получаване на резултатите. Пациентите се предупреждават да ограничат и избягват надуването и духането на носа, за да не проникнат въздух и патогенни микроорганизми в орбитата [2].

Здравни грижи при изгаряния на очите. Роля и дейност на медицинската сестра.

Здравни грижи при химчни изгаряния на очите.

Химичните увреждания на очите могат да се случат при най-различни обстоятелства и на различни места, като например дома или работното място. Такива инциденти са често срещани в промишлени химични лаборатории, в машинни фабрики, в селското стопанство, както и между работници, занимаващи се с почистване и химическо чистене. Химическите изгаряния на очите се проявяват най-често сред възрастовата група 20-40 години, като младите мъже са изложени на най-голям риск [5].

Тези изгаряния са неотложно състояние в офталмологията и изискват неотложна намеса веднага след инцидента. Най-често са причинени от киселини, основи, разтворители, бои, детергенти, лепила. Най-опасни са изгарянията с основи, тъй като действат като разтварят тъканите и проникват в дълбочина. Слабите киселините предизвикват коагулационна некроза, която ограничава пораженията, но при изгаряне със сярна, азотна или флуороводородна киселина, пораженията за зрението са тежки.

Клинична картина:

- силна болка,
- сълзене от очите,
- замъгляване на зрението,
- зачервявяна на окото,
- оток на клепача и конюнктивата,
- помътняване нарогоговицата,
- зрителни нарушения.

Първата помощ трябва да започне незабавно след инцидента. От изключително голямо значение е незабавното промиване с вода. Така се ограничава увреждането върху очните структури, тъй-като относителното ниво на pH се променя бързо с течение на времето.

Медицинската сестра в доболничната или спешна медицинска помощ трябва да отрази часа на подаване на сигнал от пациента, часа на пристигане на медицински екип или пациента в кабинета. Отразява се и часа на пристигане на пациента в специализирания офталмологичен кабинет. В доболничната помощ се прави промивка с физиологичен разтвор. Може да се наложи да се придържат клепачите на пациента от медицинската сестра, докато лекарят извършва промивката. За промивка се използва струя от голяма спринцовка (например 50 милилитра) и физиологичен разтвор. Преди извършване на прегледа от офталмолог, медицинската сестра накапва в конюнктивалния сак

анестетични капки (Alkaine 0.5%), с цел да се облекчи болката и да се преодолее блефароспазъма, характеризиращ се с често мигане и неволно затваряне на клепачите. Лекарят обръща клепачите на пациента с клепачодържателя на Демар. С помощта на стерилна пинсета, медицинската сестра подава стерилен памучен тупфер, напоен с физиологичен разтвор, чрез който лекарят отстранява твърдите частици. Може отново да се направи промивка. При химични изгаряния не се прави превръзка на окото, за да могат сълзите да отмиват химичния агент. Медицинската сестра прилага по лекарско назначение антибиотични капки, медикаменти за повлияване на болковата симптоматика, локални кортикостероиди, системни нестероидни противовъзпалителни средства или кортикостероиди, витамин С, капки хиалуронова киселина за епитализацията на конюнктивата и роговицата [2].

Здравни грижи при термични изгаряния на очите.

Термично увреждане на очите обикновено възниква в резултат на излагане на гореща течност, открит пламък, пара или горещи предмети като цигари и маша. Термично очно изгаряне възниква рядко, но при такива случаи често се увреждат от изгаряне и околните структури - вежди, клепачи, мигли [3; 1].

Симптомите са подобни на химичните изгаряния:

• силна болка,

• оток,

• сълзене,

• блефароспазъм.

Здравните грижи при пациенти с термични изгаряния включват премахване на пациента от източника на термично изгаряне, незабавно охлаждане на тъканите със студена вода, а в болнично заведение физиологичен серум в продължение на около 20 минути, След това медицинската сестра прилага студени компреси или прави охлаждаща превръзка на засегнатите области с цел намаляване на термичното увреждане и облекчаване на дискомфорта. Поради голямата болезненост при термичните изгаряния е необходимо сестрата да обезболи пациента, поради което по лекарски предписание прилага орални и парентерални нестероидни средства, наркотични аналгетици, локални анестетици. Лекарят отстранява некротичните участъци и частици от роговицата; Пациентът се подготвя от медицинската сестра за изследване на зрителната острота с цел установяване на всички зрителни дефицити. По лекарско предписание прилага локални или системни антибиотици за предотвратяване на инфекция, мидриатици, локално приложение на кортикостероиди, витамин А, витамин С, епителизиращи средства.

Здравни грижи при лъчеви изгаряния на очите.

Предизвикват се от предозиране на различни лъчения (ултравиолетови, инфрачервени, йонизиращи), в следствие на което някои от тъканите на окото се увреждат.

Ултравиолетовите увреждания се наблюдават при алпинисти по време на преходи в заснежени райони през слънчеви дни без защитни очила и при електроженисти и оксиженисти, работещи без защитни очила. При ултравиолетовите увреждания симптоматиката се проявявя 8-10 часа след осветяването. Пациентите се оплакват от дразнене, сълзене, блефароспазъм **Здравните грижи при тези изгаряния** включват неколкократно накапване на анестетични капки в конюнктивалния сак, направа на студени кампреси на очите. По лекарско предписание, от сестрата се прилагат очни мехлеми и аналгетици.

Инфрачервените увреждания на очите се наблюдават при наблюдение на слънчево затъмнение без защитни средства – напр. опушени стъкла. При инфрачервените увреждания, поради изгаряне в областта на макулата от мощната слънчева светлина, веднага след осветяването настъпва заслепяване.

Здравните грижи включват извършване на бинокулярна превръзка на очите, студени компреси, анестетични капки, витаминотерапия, очни мехлеми и капки и перорално приложение на аналгетици[2].

Заключение: Ролята на медицинската сестра е изключително важна за благоприятния изход от състоянието. Дейността ѝ е отговорна и изисква професионална компетентност, практически похвати за спешни манипулации и отлични комуникативни умения.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА:

1. Димитров, Ц. Очни болести. Учебник за студенти от медицинските колежи

2. Иванова-Бикова П., Попова Т. Сестрински грижи в очната практика 2019.

3. Маждракова-Чалманова, И, Б. Чилова-Атанасова, Ч. Балабанов, Д.

Пенчева, Т. Митов, Е. Филипов. Учебник по очни болести (ред. Проф. д-р

И. Маждракова-Чалманова). Пловдив, 1999.

и факултетите по обществено здраве на медицинските университети.

София. „Военно издателство" ЕООД, 2014.

4. Хрисова Р. Очните травми носят огромни икономически загуби, GPnews Брой 11/2010

5. https://medpedia.framar.bg/

ГРИЖИТЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ С МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ - ПРОБЛЕМИ И ПЕРСПЕКТИВИ

Маргарита Д. Лаловска

Резюме: *В хода на здравната реформа все по-малко медицински сестри обгрижват пациентите. Ето защо оказването на качествени здравни грижи за пациентите с мозъчен инсулт е основна задача не само на медицинските специалисти, но и на цялото общество. Грижите за пациенти с мозъчен инсулт изискват вниманието на медицинската сестра да е съсредоточено върху различните аспекти на състоянието на пациента. Съществени фактори, определящи спецификата в сестринските грижи при тези пациенти са промените в съзнанието и степента на зависимост. За тяхната адекватна ресоциализация е необходимо да се извърши оценка на нуждите им и се очертае тяхното развитие в зависимост от здравните потребности.*

Ключови думи: *здравни грижи, мозъчен инсулт, медицински сестри, пациенти*

CARE FOR STROKE PATIENTS - PROBLEMS AND PROSPECTS

Margarita D. Lalovska

Summary: *In the course of health care reform, fewer and fewer nurses are caring for patients. That is why providing quality health care for stroke patients is a major task not only for medical professionals but also for society as a whol. Caring for stroke patients requires the nurse‘s attention to be focused on various aspects of the patient‘s condition. Significant factors determining the specifics of nursing care in these patients are changes in consciousness and the degree of dependence. For their adequate resocialization it is necessary to assess their needs and outline their development depending on health needs.*

Key words: *health care, stroke, nurses, patients*

ВЪВЕДЕНИЕ: През последните десетилетия с промяната в тенденциите на заболеваемостта се повишава и собствената отговорност за здравето, справянето със заболяването и процеса на рехабилитацията и ресоциализацията. Един от резултатите на този процес е разширяването ролята на медицинската сестра, която излиза извън традиционните й функции на грижа за болния, включвайки психологически и социални измерения на здравната култура. Пълното и качествено изпълнение на функциите от медицинската сестра може да стане, ако тя има необходимата професионална компетентност. Като социално значимо заболяване мозъчният инсулт изисква постоянни специализирани грижи и продължителен възстановителен процес.

За подобряване качеството на здравните грижи при работа с пациенти с мозъчен инсулт в обучението на медицинската сестра се очертава нова роля и поемане на по – високи отговорности, изискващи специфични знания, които тя трябва да придобие чрез непрекъснато обучение и специализации. Основната цел е медицинските сестри да овладеят знания и умения за подпомагане както на отделната личност, така и на семейството и обществото за справяне с различни преходни или хронични болестни състояния, преодоляване на стрес. Функцията и грижите на медицинската сестрата се базират на нова философия, предимно социално ориентирана. Именно чрез придобитите здравно-научни и социално-научни знания е възможно тя да открива и анализира социално икономическите фактори, които въздействат върху здравето на дадено семейство и то да бъде подпомогнато в решаването на здравните им проблеми.

Медицинската сестра е онзи здравен специалист, който стой най-близо до пациента с мозъчен инсулт и неговото семейство и познава най-добре неговите лични и социални проблеми. Наблюденията и информацията, с които разполага медицинската сестра, както и непрекъснатите здравни грижи са изключително ценни за цялостния лечебен процес на болния.

ЦЕЛТА на настоящето проучване е да се анализира мнението на медицинските сестри за проблемите, организацията и качеството на здравните грижи при пациенти с мозъчен инсулт**.**

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ: Използвани са социологически и статистически методи. Проведено е анонимно анкетно проучване на 180 медицински сестри, работещи в лечебните заведения в Северозападна България. Статистическата обработка на данните е извършена с SPSS v.19.0. Данните са анализирани с помощта на дескриптивен анализ при ниво на значимост $p<0,05$. Таблиците и графиките са изработени, чрез програмите WORD и EXEL.

РЕЗУЛТАТИ: Сестринството е важна част от системата на здравеопазването. Реализирането в съвременните условия на политика и мероприятия по отношение качеството на здравните грижи изисква персоналът да е обучен и подготвен за всички дейности свързани с обгрижване на пациенти с мозъчен инсулт. Обучението е необходимо за медицинските сестри за предоставяне на повече информация относно правилната оценка на резултатите, оказване на помощ и подкрепа на пациентите, за въвеждане на новостите в практиката, в съответствие с етичните и професионални стандарти.

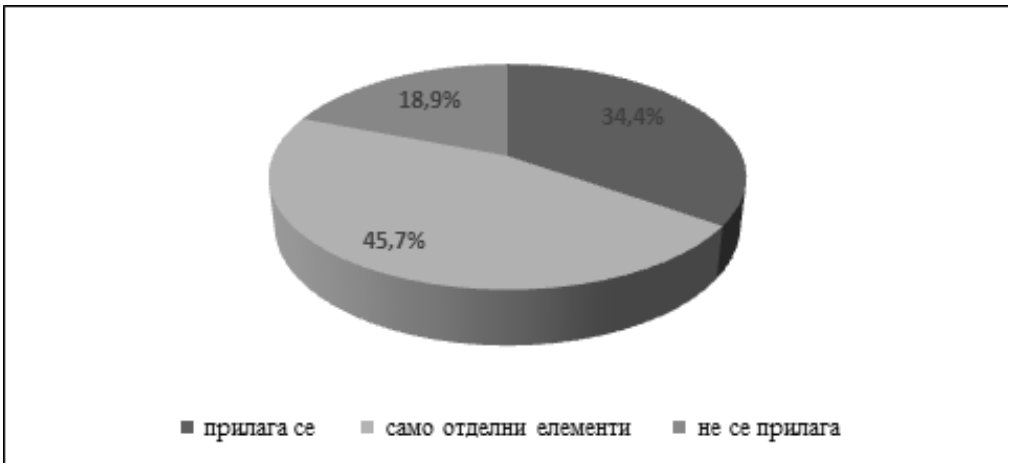
За подобряване качеството на здравните грижи в лечебните заведения медицинските сестри се нуждаят не само от съответна подготовка, адекватна на потребностите на обществото, но и от промяна в тяхната професионална кариера.

Значителна част от сестринския персонал (75,6%) смята, че е необходима специализирана подготовка на медицинската сестра за работа с пациенти с мозъчен инсулт, като за 41,5% тя е много необходима, за 34,1% е необходима, а според 12,8% е необходима, но отчасти. Специализирана подготовка на медицинските сестри не е необходима според 11,6%, а липсват отговори изобщо не е необходима (фиг.1).

Фиг.1. Необходимост от специализирана подготовка на медицинските сестри за работа с пациенти с мозъчен инсулт

При работа с пациенти с мозъчен инсулт медицинските сестри трябва да се обучават непрекъснато, да се информират, да актуализират свойте теоретични знания и практични умения непрекъснато, в полза на пациента.

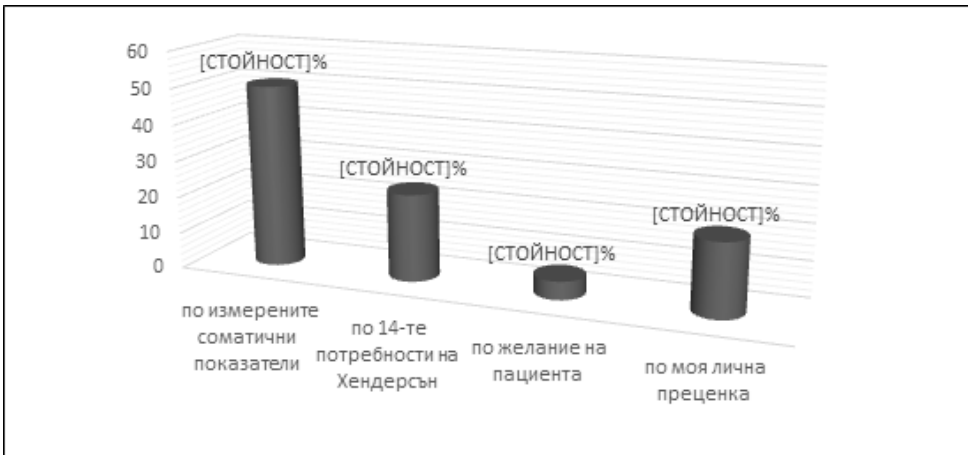
Сестринският процес е ключов фактор за повишаване качеството на здравните грижи пи пациенти с мозъчен инсулт. Затова решихме да изследваме нивото на информираност на медицинските сестри за сестринския процес. От анкетираните медицински сестри 60,8 % съобщават, че напълно познават сестринския процес, 35,6 % са запознати частично, а само 3,9% не познават сестринския процес. Поради редица бариери и преди всичко липса на нормативно изискване за приложимостта му, зададохме на медицинските сестри въпроса: „Прилага ли се във Вашата болница Сестринския процес?” Не малка част от сестрите 34,4% съобщават, че в лечебното заведение се прилага сестринския процес, а 46,7% съобщават, че се прилагат само отделни елементи от него, а 18,9% изобщо не се прилага (фиг.2).



Фиг.2. Мнението на медицинските сестри относно практическото приложение на сестринския процес

В здравните условия на съвремието ролята на медицинската сестра при предоставянето на здравни грижи се свързва със сестринския процес, който гарантира непрекъснати, качествени и адекватни на здравните потребности професионални здравни грижи. Според мнението на медицинските сестри, критериите по които се определят потребностите от здравни грижи на пациентите с мозъчен инсулт при 51,1% от тях посочват, че това се извършва по „измерените соматични показатели“, 23,9% от анкетираните медицински специалисти посочват, че критериите по които определят потребностите

на пациентите са „по 14-те потребности на Вержиния Хендерсън“, 20,0% „по моя лична преценка“ и „по желание на пациента и близките“ посочват 5% (фиг.3).



Фиг.3. Критерии за определяне на потребностите на пациентите от сестрински грижи

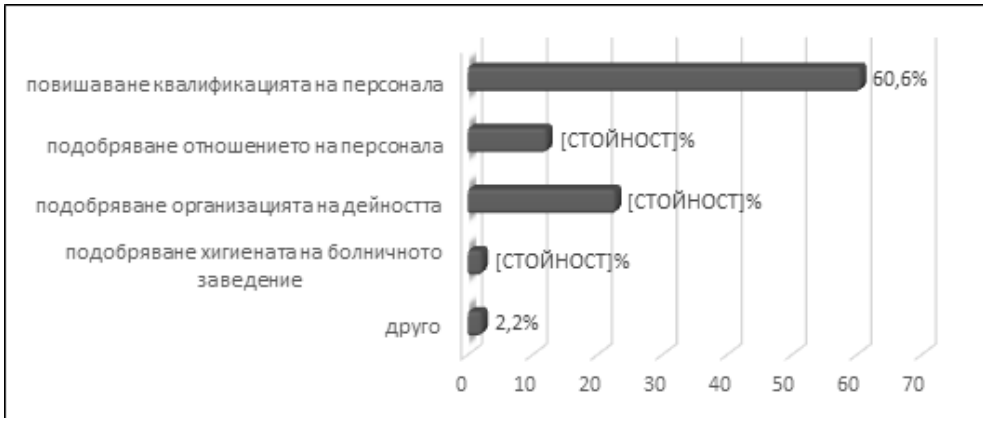
Основната причина за неинформираността на медицинските сестри относно същността на сестринския процес е, че у нас все още не е утвърдена практиката за поставяне на сестринска диагноза и за вземане на самостоятелни решения, отнасящи се до режима на пациента. От друга страна, медицинските сестри в лечебните заведения не разполагат с достатъчно време за разговори с пациента и неговите близки, както и за попълване на сестринска документация. Доказателство за неприлагане на сестринския процес са отговорите на пациентите. Като от тях 52,8% са неудовлетворени, 11,1% са силно неудовлетворени. Удовлетворените са едва 36,2% . Следователно медицинската сестра изпълнява различни роли - обучителна, подкрепяща, коригираща, напътстваща, подпомагаща, а здравните грижи трябва да се концентрират за подобряване качеството на живот на пациентите.

Спецификата на медицинската помощ и здравните грижи изисква медицинските специалисти и пациентите да работят заедно в интерес на пациента. Определено медицинските сестри със своя професионализъм имат значителна роля за адаптацията на пациентите към новия начин на живот. Това показват резултатите от проучването. Повече от половината - 60,0% от медицински сестри твърдят, че пациентите търсят професионалното им мнение за грижите свързани със заболяването, 36,1% смятат, че само понякога и 3,9% от тях отговарят отрицателно (фиг.4).

Фиг.4. Разпределение на медицинските сестри според заинтересуваността на пациентите от здравни грижи

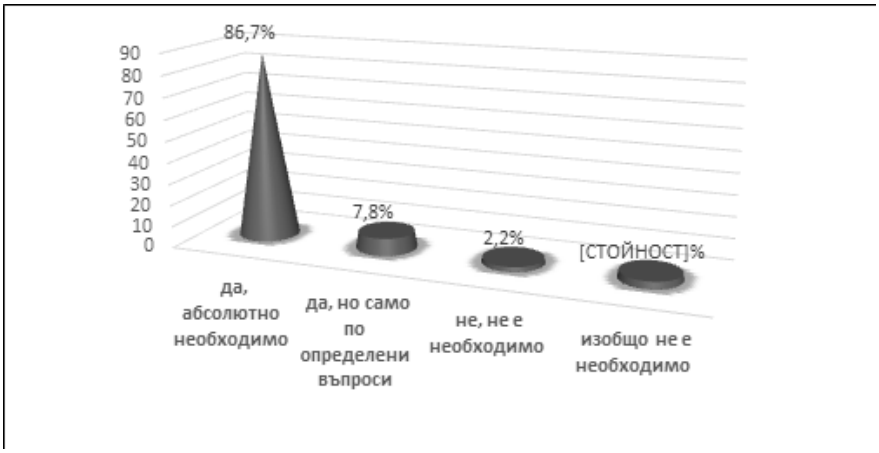
Развитието на професията на медицинската сестра е свързана с развитието на основната й дейност здравната грижа, за удовлетворяване потребностите на пациентите. Затова зададохме въпроса:

“Кое би допринесло в най- голяма степен за подобряване качеството на здравните грижи при пациентите с мозъчен инсулт?“ Отговорите на повече от половината от анкетираните медицински сестри – 60,6% са посочили „повишаване на квалификацията на персонала“, за 22,8% с „подобряване организацията на работа“ ще се подобри и качеството на предоставените грижи. Еднакъв е броя на анкетираните -2,2%, които са посочили „подобряване на хигиената в болничното заведение и „друго“, като метод за качествени здравни грижи. Само 12,2% от персоналът смята, че “подобряване отношението на персонала“ към пациентите ще повиши качеството на здравни грижи (фиг.5).



Фиг.5. Мнение на медицинските сестри за повишаване качеството на здравните грижи

С дейностите си медицинските сестри биха помогнали, за да се откликне на сложните емоционални преживявания, тревожни съмнения и получаване на подкрепа в един труден и за съжаление по някога преломен момент в живота на пациента и семейство му. В комплексният подход към пациентите с мозъчен инсулт, важен момент е подкрепата и разбирането, за да се постигнат пълноценни здравни грижи. Мозъчният инсулт не е безнадеждна диагноза, а дълъг път към намиране на най – благоприятния начин за съжителство с него, в който активно участие взима медицинската сестра. Тя трябва да предоставя услугите си изключително в интерес на пациента в рамките на свойте компетенции, задълженията си и съгласно научните принципи и регламентите за практикуване на професията. За да бъдат компетентни в своята дейност, медицинските сестри трябва да се стремят непрекъснато да повишават своите теоретични знания и практически умения чрез повишаване на образователния си ценз. Значителен е делът на медицинските сестри (94,5 %), според които е необходимо допълнително обучение за повишаване квалификацията на медицинската сестра, като от тях 86,7% смятат, че то е абсолютно необходимо, а за 7,8% от медицински сестри допълнителното обучение е необходимо само по определени въпроси. За останалите 5,5% нямат нужда от допълнително обучение (фиг.6).



Фиг.6. Необходимост от допълнително обучение на медицинските сестри

Затова медицинските сестри, според които е необходима специална подготовка за работа с пациенти с мозъчен инсулт са на мнение, че тя трябва да бъде под формата на специализация – 20,0%, според 21,7% е необходимо обучение с откъсване от работата. От анкетираните медицински сестри 38,9% предпочитат обучение на работното място, а за 19,4% от тях е необходимо обучение да се осъществи в специализирана институция – (фиг.7).

Фиг.7. Мнение на медицинските сестри относно предпочитания вид обучение за работа с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт

За подобряване качеството на здравните грижи при пациенти с мозъчен инсулт са необходими квалифицирани и специализирани кадри за възстановяването и подпомагането им до максимална независимост.

Успешната професионална реализация и по-високият авторитет ще доведат до удовлетвореност, която ще мотивира медицинските сестри за бъдещи професионални успехи, за високо качество на полаганите здравни грижи и за поемането на автономни задължения и отговорности при сестринските дейности за пациенти с мозъчен инсулт.

ИЗВОДИ: Сестринската професия се базира на основните нужди и потребности на човека, но с развитието на медицинската наука тя придобива ново измерение. Медицинската сестра не е само лицето, което управлява здравните грижи при всеки отделен случай на заболяване, но и до голяма степен от нея зависи лечението, възстановяването и удовлетвореността на пациента. Тя допринася за по-добро качество на живот на пациентите, като подпомага социалната им адаптация и ресоциализация след лечението на острия епизод. Липсата на добра практическа подготовка на медицинските сестри относно здравните грижи за пациенти с мозъчен инсулт са причина те да омаловажават ролята на сестрата при работа с тези пациенти.

Потвърждава се необходимостта от създаване на структури, чиито дейности да бъдат изцяло насочени за работа с пациенти с мозъчен инсулт и техните семейства за информиране, обучение и подкрепа. Това изисква създаване на нови модели в комплексния терапевтичен подход за справяне със заболяването и осигуряване на по - добро качество на живот .

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова М. Съвременни тенденции в обучението на медицинските сестри. София, 2007.

2. Александрова М, Москов А. Развитие на сестринската професия в България и влиянието на Европейските държави. Сестринско дело, 33, 2001, 4, 20-23.

3. Добрилова П. Анализ на потребностите на пациентите с хронични заболявания. Сестринско дело, 2014,46 (1), 0-15.

4. Добрилова П. Здравните грижи – основен фактор за повишаване качеството на услугите в рехабилитационните болници. Дис., д.м. 2014.

5. Либекян Е, Василева П. Компетенциите на медицинските сестри в променящото се съвременно общество, Научни трудове на Русенския университет, том 48, серия 8.1, 2009,150-152

6. Маринова П. Социологически, образователни и управленски аспекти. Съвременната медицинска сестра, София, Нов ден, 2001, 7-17.

7. Маркова С. Национална здравна стратегия на сестринството. Предложение към Националната здравна стратегия 2007-2012.

8. Маркова С, Цонов П, Стамболова И, Чанева Г. Протокол за здравни грижи – средство за качествени здравни грижи, Социална медицина, бр.1/ 2001, 35-36.

9. Маркова С, Стамболова И, Чанева Г. Автономност и отговорност в сестринската практика, Сестринско дело, бр.2, 2001, 8-12.

10. Чанева Г. Качеството на сестринските грижи като приоритет. Изд. Артик 2001, 2008.

11. Чанева Г. Удовлетвореност на пациентите от качеството на сестринските грижи в болницата. Български медицински журнал, 2, 2008, 1, 61-64.

12. Bradshaw L. A service in crisis? Reflections on the shortage of nurses in the British National Health Service. *Journal of Nursing Management*, 1999, 7, 129-132.

13. Ivanov L. Raising occupational skills for ensuring quality medical services, WHO-EURO, Bratislava, 1989.

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

Маргарита Димитрова Лаловска

Филиал “Проф. д-р Иван Митев“ - Враца

Медицински Университет – София

e-mail: mdm61@abv.bg

ОСНОВНИ АСПЕКТИ НА ПЕДИАТРИЧНИТЕ ПАЛИАТИВНИ ГРИЖИ
MAIN ASPECTS OF PEDIATRIC PALLIATIVE CARE

Катя Г. Егурузе, Диана Н. Гроздева, Милена П. Нанкова
Katya G. Eguruze, Diana N. Grozdeva, Milena P. Nankova

Резюме: *Децата с тежки нелечими заболявания имат специфични нужди и здравните професионалисти все по-често се фокусират върху задоволяване на потребностите им, чрез прилагане на палиативни грижи. Уникалното в тази потребност от помощ е, че тя може да е за по-кратък период или да продължи дълго, през целия живот. Това налага използване на мултидисциплинарен подход, основан на специфични знания и богат опит в областта на медицината, сестринските грижи, психологията и педагогиката. Целта на настоящия доклад е да се представят основните аспекти на педиатричните палиативни грижи и да се очертае тяхната необходимост. Грижите са насочени към задоволяване потребностите на детето и семейството му, като интегрирани, персонализирани услуги. Различията в палиативните грижи при деца и възрастни налагат различен подход на тяхното планиране и прилагане.*

Ключови думи: *деца, палиативни грижи, хоспис, мултидисциплинарен екип.*

Introduction: *Children with severe incurable diseases have specific needs and health professionals are increasingly focusing on meeting their needs through palliative care. The unique thing about this need for help is that it can be for a shorter period or last a lifetime. This requires the use of a multidisciplinary approach based on specific knowledge and extensive experience in the fields of medicine, nursing, psychology and pedagogy. The aim of this report is to present the main aspects of pediatric palliative care and to outline their need. Care is aimed at meeting the needs of the child and his family, as integrated, personalized services. Differences in palliative care in children and adults require a different approach to their planning and implementation.*

Key words*: children, palliative care, hospice, multidisciplinary team.*

Въведение: Децата с тежки нелечими заболявания имат специфични нужди, които непрекъснато ангажират вниманието на медицинската общност и все по-често здравните професионалисти се фокусират върху задоволяване на тези потребности, и чрез прилагане на палиативни грижи. Това налага широк спектър от знания и опит в областта на медицината, сестринските грижи, психологията и педагогиката (10).

Всяко дете, нуждаещо се от палиативни грижи, изминава своя индивидуален път през страданието и болката. Уникалното в тази потребност от помощ е, че тя може да е за по-кратък период или да продължи дълго, през целия живот.

Грижите са насочени към задоволяване потребностите на детето и семейството му, като интегрирани, персонализирани услуги. Този фокус е особено важен за юношите, които излизат от детската възраст и преминават от услуги за деца към услуги за възрастни. Засиленото внимание и координиране на грижите ще направят този подход успешен.

Необходимо е здравните системи да осигурят:

- Подкрепа и помощ на семейството и детето при вземането на решения и при избора на възможности за палиативни грижи.
- Контрол и управление на съпътстващите симптоми.
- Изграждане на партньорство с болното дете и неговото семейство.
- Внимателно изслушване на въпросите и предоставяне на отговори за намаляване на тревожността и подпомагане на родителите.
- Координация и интеграция на палиативните грижи и услуги.
- Осигуряване на социална и психологическа подкрепа и грижа за всеки един от членовете на семейството (10).

Обект на педиатричните палиативни грижи са децата и техните семейства. Близките на болното дете се нуждаят от внимание, подкрепа и грижа, разбирайки за страшната диагноза. Често пъти водени от чувство за вина, родителите търсят отговори на редица въпроси, свързани с диагнозата, с нейната прогноза, кое ще е най-подходящото лечение за тяхното дете, посещавайки кабинет след кабинет и специалисти в съответната област (5).

Всеки член на семейството страда и е засегнат по различен начин. Настъпват промени във взаимоотношенията между отделните членове, здравите деца (брат и/или сестра) също страдат, изпитват вина. Грижата за болното дете влияние върху трудовата заетост на родителите и върху бюджета на семейството. Всички тези въздействия продължават да оказват негативно влияние и след настъпване на смъртта на болното дете. Това налага прилагане на палиативна грижа и подкрепа за близките с цел преодоляване на скръбта от загубата. Семейството може да бъде подкрепено чрез осъществяване на консултации, свързани с опазване на психическото здраве и за справяне с мъката и страданието (10).

Целта на настоящия доклад е да се представят основните аспекти на педиатричните палиативни грижи и да се очертае необходимостта от тяхното прилагане.

Материал и методи: Проучени и анализирани са достъпната литература и научните публикации за планиране и оказване на палиативни грижи при деца в периода януари – юли 2020 г. Използван е исторически и документален метод.

Обсъждане: През 60-те години на XX век започва развитието на палиативни грижи за възрастни

хора. В началото те основно са насочени към пациенти, страдащи от онкологични заболявания, по-късно предвид нарастващите нужди на обществото се разширява техния обхват. И днес в нашата страна палиативните грижи са насочени именно към възрастните хора с хронични, нелечими заболявания. Създадени бяха добри медицински практики в тази насока, които показват и добри резултати (1).

Проблемът с удовлетворяване на потребностите от палиативни грижи при деца непрекъснато се дискутира в научните среди и продължават да се търсят механизми за неговото разрешаване.

Определението на СЗО от 1998 г., относно палиативни грижи за децата и техните семейства гласи: *„Това са активни цялостни грижи за тялото, ума и духа на детето и за оказване подкрепа на семейството. Те започват още с поставяне на диагнозата и продължават, независимо дали детето получава лечение за заболяването си. Доставчиците на здравни услуги трябва да оценят проблемите на детето и да облекчат физическото, психологическото и социалното му страдание. За да бъдат ефективни палиативните грижи е необходимо да се приложи разширен мултидисциплинарен подход, който използва наличните ресурси на общността и задължително включва семейството на болното дете. Този модел може да бъде успешен, дори ако ресурсите са ограничени.“ (2*, 12).

За развитието и прилагането на педиатричните палиативни грижи е необходимо здравните специалисти да обогатят и преориентират натрупания вече опит, който имат с възрастните към децата. Това би могло да бъде постигнато чрез обединяване на най-актуалната научно доказана информация по темата и чрез извеждане на специфични знания и умения, необходими на медицинските специалисти в съвременната педиатрична практика при лечението и грижата (1).

Кратка информация за развитието на хосписите за деца и педиатричните палиативни грижи

За разлика от палиативните грижи при възрастните хора, тези грижи при децата водят началото си от 80-те години на миналия век.

През 1983 г. Ann Armstrong-Dailey установява, че има малко на брой хосписи за деца, които да осигуряват грижи. Тя разкрива Международен детски хоспис с разбирането, че никой родител не бива да избира между хоспис и терапевтична грижа и че хосписната грижа трябва да се утвърди в педиатрията до степен да бъде неразделна част от грижата за детето. През 1985 г. в Австралия с активното участие на родители, отваря врати първият хоспис за деца със специфични потребности. Dr Lisbeth Quesada-Tristan е пионер в Латинска Америка, създавайки болница за контрол и лечение на болката, както и клиника за палиативни грижи за деца в Сан Хосе, Коста Рика през 1990 г. Нейната Харта за правата на умиращото дете е може би първата от подобен род. През 1990 г. Joan Marston започва да предоставя хосписни грижи за деца в Bloemfontein, South Africa. През 1994 г. Dr Tomasz Dangel разкрива Варшавския хоспис за деца, а Anna Gorchakova създава Беларуския детски хоспис. В началото на 90-те години специалисти по медицина и психично здраве в Гърция започват да изучават потребностите на деца с животозастрашаващи заболявания и нуждите на семействата им след загубата на детето (12).

Специфика на педиатричните палиативни грижи

Общата насока при предоставяне на палиативни грижи е подкрепа за пациента (възрастен или дете) и неговото семейство, за да изградят собствената си устойчивост, да направят оценка на случващото се и да се справят с него. Това са грижи, които трябва да се планират и непрекъснато да се усъвършенстват, защото са предвидени за една „твърде ранима група пациенти - децата” (4).

- Палиативните грижи за деца се основават на следните принципи:
- Да бъдат фокусирани върху детето и неговото семейство.

➢ Да бъдат съобразени с индивидуалните потребности за всяко дете и семейството му.

➢ Да се основават на научни доказателства и да съответстват на потребностите на болното дете и неговото семейство.

➢ Прилагането на екипен подход между детето, семейството и професионалистите в различни медицински и немедицински области за оказване на палиативна грижа да е от съществена важност и значение (10).

Независимо от съществуващите прилики в принципите на палиативните грижи за възрастни и деца, от решаващо значение е да се подчертаят основните различия, които трябва да бъдат взети под внимание при планирането им:

➢ Децата като пациенти, нуждаещи се от палиативни грижи, са значително по-малко на брой в сравнение с възрастните хора.

➢ Разнообразието от тежки състояния в детска възраст не е голямо, а продължителността на заболяването може да варира от дни до години. Разширявайки палиативните грижи в продължение на много години детето може да достигне до зряла възраст (12).

➢ Децата продължават да се развиват физически, емоционално и когнитивно, което означава, че техните медицински и социални нужди също се променят, както и разбирането за болестта и смъртта. Осигуряването на образование на болни деца е от решаващо значение и е тяхно законно право (12).

➢ В следствие на заболявания и състояния, при болните деца биха могли да се появят значителни физически и интелектуални увреждания, които допълнително усложняват планирането на палиативните грижи (11).

➢ Активната роля в процеса на вземане на решения и осигуряване на постоянни грижи за детето имат родителите (11), но тежестта на грижите се поема и от останалите членове на семейството, това могат да бъдат братя и сестри, или баби и дядовци. Услугите са по-подходящи да се прилагат в домашни условия, а не в болнична среда (12).

➢ Причините за смърт при малките пациенти са различни от тези при възрастните, което прави подходите за палиативни грижи неподходящи за децата (12).

➢ Смъртта на детето е трудна за приемане и често води до непрежалима и продължителна скръб за всеки един от членовете на семейството (11, 12).

Освен всичко това трябва да се вземат предвид и специфичните особености на тежко болното дете. Прилагането на индивидуален подход при оказване на палиативни грижи за деца би оптимизирало процеса на грижа и би повишило качеството на живот, както на детето, така и на неговото семейство.

Случаите, при които се налага предоставяне на палиативни грижи при деца са опасните за живота състояния и наличието на условия за неговото съкращаване. В двата случая се причиняват значителни увреждания или здравето прогресивно се влошава, което води до зависимостта на болните деца от родители и от грижи (7, 10, 14).

Заболявания, които застрашават и/или ограничават живота на децата са разпределени в четири групи:

Група 1 – Животозастрашаващи състояния, при които провежданото лечение може да се окаже неефективно и е налице потребност от палиативни грижи. От тази група се изключват деца, които са със заболявания с продължителна ремисия.

Група 2 - Състояния, при които може да са налице продължителни периоди на интензивно лечение за удължаване живота и извършване на ежедневни дейности, но преждевременната смърт е неизбежна (Например: деца с муковисцидоза).

Група 3 – Заболявания, които имат прогресивен характер, с невъзможност за провеждане на лечение, а палиативното лечение и грижа са единствените, които биха могли да осигурят кредит от време за живот (Например: болест на Batten, мукополизахаридози, мускулна дистрофия).

Група 4 – Заболявания, които са необратими, без прогресиращ характер, но в следствие на тежка инвалидизация, водят до редица усложнения и риск от преждевременна смърт (Например: детска церебрална парализа, множество увреждания на главен или гръбначен мозък) (7, 12).

Примери за добри практики в педиатричните палиативни грижи

Поради недостатъчната научна информация все още не са изведени най-добрите педиатрични практики в палиативните грижи.

Кралският колеж по педиатрия във Великобритания представя някои основни компоненти на педиатрични палиативни грижи, включващи:

- Непрекъсната оценка на индивидуалните потребности на детето-пациент и на неговото семейство за изработване на план за сестринска палиативна грижа.
- Активно участие на медицински специалист, който да координира грижите.
- Оценката на състоянието на детето да се извършва от специалист-педиатър.
- Участие на лекари клиницисти и медицински сестри, квалифицирани в детските палиативни грижи.
- Предоставяне на 24-часова подкрепа за семействата при управление на физически и емоционални симптоми.
- Осигуряване на редовна почивка за семейството.
- Оказване на емоционална подкрепа на всеки от членовете на семейството, в това число родители, братя, сестри, за преодоляване на предстоящата загуба.
- Осигуряване на лекарства и помощни средства.
- Предоставяне на техническо оборудване в дома и в училище.
- Оказване на финансова помощ (8, 13).

Някои от утвърдените хосписи за деца в Обединеното кралство се ползват предимно от семейства на деца с невродегенеративни заболявания, и то с цел отдих. Голяма част от семействата се възползват, защото им се предоставя възможност да си отдъхнат и отпочинат от непрекъснатите и изтощителни грижи за тежко болното дете, в същото време те имат време да се погрижат за другите си деца. Персоналът в хосписите е гъвкав в подхода си, за да отговори на индивидуалните нужди на всяко семейство (13).

В редица страни съществуват различни модели за предоставяне на услуги в детски хосписи и палиативни грижи за кърмачета, деца и юноши в техните домове, в болници, дори в училища или други структури, където те растат, развиват се, учат и си взаимодействат. Тези услуги могат да бъдат координирани от хоспис, от програми за домашни сестрински грижи или от болнични екипи (10).

Модел на грижи за деца, приложен в хоспис „LauraLynn" в Ирландия

Моделът представя пет опорни стълба на педиатричната грижа в хосписа, съответно:

- Директна грижа,
- Семейна подкрепа,
- Управление на симптомите,
- Грижа в края на живота,
- Подкрепа на семейството след загубата.

Директната грижа може да бъде планирана или непланирана (при необходимост, поради влошаване на състоянието на пациента) и включва кратки почивки за децата и техните семейства,

които могат да се осъществяват в хосписа или да се оказва подкрепа в дома на детето.

Грижите, свързани с *оказване на семейна подкрепа* са всеобхватни, целенасочени интервенции за децата и техните семейства и се оказват от интердисциплинарен екип, включващ медицински и немедицински специалисти, ръководени от лекар. Фокусът на тези грижи е насочен към физическото, духовното, социалното и професионалното, психологическото, емоционалното благополучие на детето и неговото семейството. Акцентът е поддържане и подобряване на качеството на живот на болното дете и близките му, чрез изграждане на устойчивост, насърчаване на семейното благосъстояние и намаляване на страданието.

Ефективното управление на симптомите се основава върху оценка на болката и прилагане на интердисциплинарен подход за овладяването на всеки проблем. Мултидисциплинарният екип за грижа цели да оптимизира качеството на живот и да намали възможните страдания, които могат да бъдат свързани с физическите, емоционалните, духовните и социални симптоми.

Грижа в края на живота може да бъде оказана в хосписа, в семейния дом или в болницата, като по този начин се предлага на децата и семействата избор на място за грижата и на място на смъртта.

Подкрепата на семейството след загубата на болното дете включва грижа за всички членове на семейството. Важно е подкрепата да започне още с поставяне на диагнозата, с разпознаване на състоянието, като ограничаващо живота и да продължи след смъртта на детето. Подкрепата е всеобхватна и включва помощ на опечалените членове на семейството, като им помага в процеса на скърбене, същевременно поддържа положителни взаимоотношения, насърчава устойчивостта, самочувствието и емоционалното благополучие (11).

България и палиативните грижи за деца

България е една от европейските страни, в които организацията на палиативните грижи за деца и възрастни имат нужда от по-добра нормативна уредба. Липсата на данни, относно броя на лицата, видовете заболявания, териториалното разпределение на нуждаещите се от палиативни грижи, са само част от съществуващите проблеми (6).

От проведено пилотно проучване на Фондация „Ида“, свързано с нуждите от палиативни грижи за деца в България се установява голяма потребност от по-задълбочено проучване на необходимостта от педиатрични палиативни грижи. Изнесените данни сочат, че приблизително между 5 и 8 хил. деца у нас имат потребност от палиативни грижи, като наравно с това са налице разминавания, включително сред медицинските специалисти, за същността и спецификата на организация на палиативните грижи при деца (6).

Мултидисциплинарен екип за педиатрични палиативни грижи

Екипът за оказване на педиатрични палиативни или хосписни грижи трябва да включва медицински и немедицински специалисти, които да работят в синхрон с децата и с техните семейства. Членовете на екипа за палиативни грижи трябва да отделят време, за да опознаят детето и семейство му.

Мултидисциплинарният екип за педиатрични палиативни грижи включва:

Лекар, който има специалност палиативна медицина и педиатрия. Той може да има и тясна специалност (например: неонатология или онкология). Ролята на лекаря е да предложи стратегии за управление на болката и съпътстващите симптоми.

Медицинската сестра трябва да е с богат опит, за да управлява и контролира симптомите и да се грижи за болното дете и за неговото семейство.

Координатор на медицинските сестри (Главна медицинска сестра). **Той притежава** познания за ресурсите в хосписа и в общността. Обикновено има опит в работата с различни институции, които осигуряват на децата медицински грижи, необходимото оборудване и терапии за подобряване на

качеството на живот.

Социален работник - съдейства за достъп до услуги, свързани с дейността му. Наясно е с ресурсите, чрез които да подпомага разрешаването на финансови и други проблеми.

Екипът за педиатрични палиативни грижи може да включва още: фармацевт, психотерапевт, арт терапевт, музикален терапевт, свещеник, психолог, рехабилитатор, диетолог, доброволци и др. (9).

Заключение: Следва да се отбележи, че всяко дете, нуждаещо се от палиативни грижи, ще има различни потребности. Подходът на педиатричните палиативни грижи поставя децата и семействата им в центъра на процеса на планиране, за да се разработят интегрирани услуги в отговор на индивидуалните потребности.

Основните елементи са: напълно интегрирана услуга за палиативни грижи при деца и изграждане на система, при която всички услуги работят координирано, което позволява, както управление на ежедневните проблеми, така и достъп до специализирани услуги за грижа при по-сложни състояния.

Основна цел на палиативните грижи за деца е повишаване качеството на живот на страдащите и техните семейства, до колкото това е възможно (3). В България, за съжаление, не е малък броя на нуждаещите се деца от палиативни грижи, но те все още са слабо застъпени.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Александрова С., Хосписни грижи, мениджмънт и етика, Издателски център на ВМИ – Плевен, 2002, с. 113

2. Георгиева Д., Г. Колева, Палиативни сестрински грижи, изд. МЕДИАТЕХ- Плевен, 2017, с.125

3. Деспотова Л. Толева, Актуални аспекти на продължителните грижи и палиативната медицина, том I, Лаксбук, Пловдив, 2016, с. 3

4. Иванова Т., Н. Данова, М. Тучева, Рамков стандарт за палианивни грижи. Ръководство за прилагане на рамков стандарт за палианивни грижи, Фондация Отворено общество, София, 2003, с. 8

5. Спасова Н., Палиативни грижи, Фондация Отворено общество, София, 2004, с. 102

6. Фондация за детски палиативни грижи „Ида”. Достъпно на: https://idahospice.org/the-project/

7. Association for Children's Palliative Care (ACT). A Guide to the Development of Children's Palliative Care Services, 3rd end. Bristol: ACT; 2009.

8. Association for Children with Life Threatening or Terminal Conditions and their Families and the Royal College of Paediatrics and Child Health. " A Guide to the Development of Children's Palliative Care Services". London 1997)

9. Center to Advance Palliative Care, The Pediatric Palliative Care Team. Достъпно на: https://getpalliativecare.org/whatis/pediatric/the-pediatric-palliative-care-team/

10. Goldman Ann et al. Oxford Textbook of Palliative Care for Children, Достъпно на: https://play.google.com/books/reader?id=s641DwAAQBAJ&hl=bg&lr=&printsec=frontcover&source=gbs_atb&pg=GBS.PA4.w.5.0.17

11. LauraLynn, Ireland's Children's Hospice Model of Care. Достъпен на: https://www.lauralynn.ie/sites/default/files/2019

12. The ICPCN, Palliative care for children represents a special, albeit closely related field to adult palliative care, Достъпно на: http://www.icpcn.org/about-icpcn/what-is-childrens-palliative-care/

13. The royal childrens hospital Melbourne. A great children's hospital, leading the way. Достъпно на: https://www.rch.org.au/rch_palliative/home/Best_Practice_in_paediatric_palliative_care/

14. World Health Organization (2004). The Solid Facts: palliative care. Copenhagen: World Health Organization; 2004.

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

Доц. Катя Генова Егурузе, д.оз.

Катедра „Здравни грижи”

Медицински университет - Варна

e-mail: ka_ti@ abv.bg

ЗДРАВОСЛОВНО ХРАНЕНЕ И ЗДРАВЕ

Магдалена Димитрова Иванова

Медицински факултет

Тракийски университет- Стара Загора

HEALTHY EATING AND HEALTH

Magdalena Dimitrova Ivanova

Medical Faculty

Thracian University - Stara Zagora

Summary:

People's lives are constantly changing for various reasons. It is these changes and especially the polluted environment that have a great impact on his health. The food industry is constantly growing and more and more food and beverages are produced, including GMO products, preservatives and others that can have an adverse effect on human health. As far back as 25 centuries ago, Hippocarus, the father of medicine, said, "Food must be your medicine and medicine your food." Many factors such as polluted air, stress from hectic daily life and reduced physical activity contribute to the deterioration of people's health. It is very important to build the right habits by living as well as possible. Constantly looking for information in order to lead a full life.

Key words: *health, food, health*

***Резюме*:**

Животът на хората непрекъснато се променя поради различни причини. Точно тези промени и най-вече замърсената околна среда оказват доста голямо влияние върху неговото здраве. Хранителната индустрия непрекъснато расте и се произвеждат все повече и повече храни и напитки включващи в състава си ГМО продукти, консерванти и други, които могат да окажат неблагоприятно въздействие на човешкото здраве. Още преди 25 века Хипоктар – бащата на медицината е казал: "Храната трябва да бъде вашето лекарство и лекарството – вашата храна". Доста фактори като замърсения въздух, стреса от забързаното ежедневие и намалената физическа активност допринасят за влошаването на здравословното състояние на хората. Много е важно да се изградят правилни навици живеейки максимално добре. Непрекъснато да се търси информация, за да се води един пълноценен живот.

Ключови думи: *здраве, храна, здравословно състояние*

ВЪВЕДЕНИЕ:

Понятието здраве се дефинира като: „Състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не просто отсъствие на болест или недъг“.

Здравето е едно от най-важните неща за съществуването на човек. Доста често се случва то да се пренебрегва и тогава самото тяло започва да сигнализира, че нещо не е наред. Започват болките и появата на болестите. Повечето заболявания се дължат на нездравословния начин на живот и от липсата на информираност.

Най-голямо влияние върху здравето оказват вредните навици, които са:

- нездравословен начин на живот;
- пушене;
- употреба на алкохол;
- стрес;
- липса на физическа активност и заседнал начин на живот;
- липса на ежедневна хигиена.

От изключителна важност е човек да знае, че неговата психика и физика си взаимодействат. Когато хората страдат психически това се отразява и на тяхната физика. Напълно важи и обратното, ако не се чувстват добре физически това ще се отрази на психиката. Точно тези неща започват да влошават човешкото състояние на човека и е добре да се обърне внимание на всяка отделна част.

ЦЕЛТА:

на настоящата разработка е да се представи влиянието на компонентите от хранителния режим върху здравето.

ИЗЛОЖЕНИЕ:

Има доста рискови фактори, които предизвикват заболявания и дори въздействат фатално на човешкия живот. Един, от който е установилият се начин на хранене.

Според статистиките страните с висок стандарт на живот, с увеличена консумация на: месо, месни консерви, бял хляб, яйца, мляко и млечни продукти, масло, захар, сладкарски и захарни изделия, консерви, алкохол и тютюнопушене са увеличили броя на социално значимите болести като: атеросклероза, диабет, хипертония, нервни и психични заболявания, болести на храносмилателната система, зъбния кариес, както и раковите заболявания. И още по неприятното е, че броя на тези заболявания непрекъснато расте.

За да се избегне появата на доста болести е добре да се провеждат медицински профилактични прегледи. За това, ако има поява на някакви симптоми на болестно състояние е добре да се предотврати още в самото начало. От голямо значение е да се дава точна и добра информация как човек може да подобри своето здраве.

Животът на всеки един човек е оформен от неговите навици и неизбежните рискови фактори на обкръжаващата среда. Тези рискови фактори могат да се разделят на външни и лични. Външните фактори са независещи от волята на дадения индивид. Това са: замърсената въздушна среда, химилизирани продукти, лоши трудови условия и други. Личните фактори са зависещи от волята и ставащи много по-често причина за влошеното здраве. Това са: голямата консумация на храна и преяждането, несъгласуван с изискванията на природата начин на живот, включване на вредни за здравето навици и други.

Промоция на здравословен стил на живот, на физическа активност и здравословно хранене трябва

да бъде устойчива политика насочена основно към деца и млади хора [1, 2, 3].

Алкохол, кафе, цигари.

Употребата на тези продукти изключително много вреди на здравословното състояние на всеки един човек. Когато му липсва тонус, чувства лесна умора, има намалено самочувствие, слаба концентрация и има депресивно състояние човек лесно е податлив и дори без да се замисля прибягва към консумацията на алкохол, кафе и запалването на цигара. При такива състояния идва момента на замисляне и осъзнаване, че нещо се случва с тялото и е добре да се предприемат действия към оздравителен процес, но хората правят точно обратното. С временната възбуда, която създават кафето, цигарите и алкохолът здравословните състояния се задълбочават и постепенно се изчерпват силите на нервната система.

При пушачите никотинът упражнява вредно действие върху всички вътрешни органи: особено действие оказва върху сърцето, нервите, стомаха и белите дробове. Най-сериозни поражения оказва на белите дробове и кръвоносните съдове. Никотинът е един от главните причини за атеросклерозата. Важно е да се знае, че тютюнопушенето е вредно както за пушачите, така и за тези които са около него, въпреки че не са пушачи. При отделянето на дима от цигарата състава на въздуха се променя и така всеки вдишва вредните вещества.

Добре е всеки един да е информиран от честата употреба на алкохолни напитки и да е запознат с вредите, които оказват на неговото здравословно състояние. Алкохолът води до неконтролируеми промени на кръвната захар, нарушения на сърдечния ритъм, загуба на координация, храносмилателни проблеми, дехидратация, повръщане, главоболие и проблеми с черния дроб. Злоупотребата с алкохол води не само до физически, но и до психически проблеми. Доста често срещана е алкохолната зависимост, която се дължи на пристрастяването и трудното отказване на алкохола.

Храната.

Здравословното хранене означава да се доставят на организма необходимите количества хранителни вещества. Повечето хора консумират дадени храни, без почти нищо да знаят за тяхното съдържание и влиянието им върху здравето. Не всеки се замисля дали тази храна му доставя необходимите вещества и минерали, от които се нуждае неговото тяло. Храната не само трябва да отговаря на изискванията на природата на човека – тя трябва да бъде питателна, да влива сили и живот, както и да отговаря на индивидуалния вкус.

За по-добро здраве преобладаващата храна на човек е добре да бъде от плодове, зеленчуци, варива, ядки, по-ограничени количества на млечните продукти и на месо. От изключителна важност е да се изградят правилни навици на здравословното хранене.

Примера за такива са:

• никога не яж, ако не си гладен;

• спазването на храната според сезона (хранителните продукти да са актуални за сезона и за географската ширина);

• избягването на всякакъв вид подсладители;

• пиене на вода по 1,5 на ден;

• да се избягва храненето, когато човек е разстроен емоционално или умствено;

• умереност в количеството храна.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Обучението на правилно и здравословно хранене трябва да започне от ранна детска възраст, за да има благоприятен ефект върху здравето на човека. Медицинската сестра е важно да бъде

добре информирана, да притежава необходимите знания и умения за промоция на здравословно хранене, за да може да бъде максимално полезна на всеки един човек. Съветът и добрата насока могат доста да променят начина на живот на човек и по този начин да се подобри здравословното му състояние. Нека да не забравяме, че нашето тяло е най-ценното нещо за нас и е много важно да се грижим за него. *„Храната е горивото на нашето тяло“*- за това нека да приемаме храните, от които то се нуждае.

ИЗТОЧНИЦИ:

1. Andonova, A. The nutritional habits of female students aged 18 to 25. Trakia Journal of Sciences, Vol. 16, Suppl. 1, pp 235-240, 2018

2. Андонова, А.Н., Серева Д.Г., Рациональное питание и здоровье человека, Экология. Здоровье. Спорт: сборник науч. статей VII Международной науч.-

3. практ. конф. / Забайкал. гос. ун-т. – Чита, 2017., с. 145-153

Andonova. Information And Awareness Of The Students› Healthy Eating. Trakia Journal of Sciences, Vol. 12, Suppl.1, 2014. pp 362-366, 2014

Книга „ Гладът- приятел и лекарство“.

https://bg.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B5

http://alfatar.egov.bg/ALFATAR/home.nsf/0/06FF35FD7C2389F3C225833D004BA57F/$FILE/%D0%92%D1%80%D0%B5%D0%B4%D0%B0%D1%82%D0%B0%20%D0%BE%D1%82%20%D0%B0%D0%BB%D0%BA%D0%BE%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%B0.pdf

ПОДХОДИ ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА НОЗОКОМИАЛНИТЕ ИНФЕКЦИИ В СТРУКТУРИТЕ ЗА ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ
APPROACHES FOR THE PREVENTION OF NOSOCOMIAL INFECTIONS IN INTENSIVE CARE UNITS

Анушка Н. Димитрова, Цветелина С. Тодорова

Anushka N. Dimitrova, Tsvetelina S. Todorova

Медицински университет – София, ФОЗ, катедра „Здравни грижи”

Medical University-Sofia, FPH, Health care department

Резюме: *Един от най-глобалните проблеми в медицинската практика е превенцията и контролът на инфекциите, свързани с медицинското обслужване. Причините за това са свързани с многоаспектния характер на тази патология и множеството медицински интервенции в болничната помощ. Целта на настоящия материал е да се представят съвременните подходи за превенция на инфекциите, свързани с медицинското обслужване в интензивните отделения на болничната помощ. Интензивно лечение е специфичен диагностично-лечебен процес с ясно регламентирани правила за работа на медицинските екипи, които включват превенция на риска за развитие на вентилатор-асоциираната пневмония при пациенти на механична вентилация, спазване на общовалидните принципи при работа с вътресъдови устройства и усвояване принципите за превенция на бактериурията. Изведена е значимостта на стратегията за приложение на иновативни, целенасочени пакетни мерки (бъндели) за превенция на инфекциите, свързани с медицинското обслужване.*

Summary: *One of the most global problems in medical practice is the prevention and control of healthcare-related infections. The reasons for this are related to the multifaceted nature of this pathology and numerous medical interventions in hospital care. The objective of the this material is to present modern approaches to the prevention of infections, intensive care in intensive care units. Intensive treatment is a specific diagnostic and treatment process with clearly regulated rules for the operation of medical teams, which include risk prevention for the development of the fan-associated pneumonia in patients with mechanical ventilation, compliance with the generally valid principles when handling intravascular devices and mastering the principles of prevention of bacteriuria. It has been importance of the strategy for the implementation of innovative, targeted package measures (bundels) for prevention of healthcare-related infections.*

Ключови думи: *интензивно лечение, нозокомиални инфекции, инвазивни процедури, превенция*

Key words: *intensive care, nosocomial infections, intensive procedures, preventiom*

ВЪВЕДЕНИЕ

В основата на всяка висококачествена здравна система в световен мащаб стои безопасността на пациента, която се свързва с качеството на оказаната медицинска помощ. Безопасността на пациентите е дефинирана от Световната здравна организация, като предпазване на пациента от ненужна или потенциална вреда, свързана с предоставянето на медицински грижи.

Терминът инфекции, свързани с медицинското обслужване е съвременното понятие, което се налага в професионалните среди, тъй като те могат да възникнат както в лечебните заведения за болнична помощ, така и в първичната медицинска помощ, денталните практики, лечебните заведения за продължителни медицински грижи и др. Решаването на този проблем е една от първостепенните задачи в борбата с инфекциозната патология в света. Задачите, свързани с тяхната превенция са толкова значителни и сложни, че не би могло да се решат само с административни мерки и средства. Постиженията в тази област трябва да способстват за широко проведена изследователска работа, с цел разширяване и задълбочаване на епидемиологичните познания на лекарите и медицинските сестри. Създаването на ефективни мерки за борба с нозокомиалните инфекции е в непосредствена зависимост от задълбоченото изучаване на предпоставките за тяхното възникване и разпространение.

В Световен мащаб инфекциите, свързани с медицинското обслужване съпътстват дейността на лечебните заведения, като оказват сериозно влияние върху здравето на населението, което се утежнява и от множествената резистентност на причиняващите ги патогени. Това води до повишени разходи, нива на заболяемост и смъртност. За потенциално предотвратими се считат 20-30% от всички инфекции, свързани с медицинското обслужване възникнали в резултат на нарушаване на добрите практики при лечението и обгрижването на пациентите [2]. Именно към тях са насочени иновативните подходи за добра медицинска практика и прилагането на програми за превенция и контрол на инфекциите.

НОЗОКОМИАЛНИ ИНФЕКЦИИ В ИНТЕНЗИВНИТЕ СТРУКТУРИ

Нозокомиалните инфекции са голяма група инфекциозни заболявания, значението на които се определя от големия брой болни, който според различни автори включва 2-15% от всички хоспитализирани лица, високият леталитет на заболелите (10-80%), честотата при новородени деца, кърмачета и в старческа възраст. Последствията водят до значителни загуби от икономически, социален и морален характер [3].

Разпространението на инфекциите в клиниките/отделенията по анестезиология и интензивно лечение изисква задълбочени познания за честотата на нозокомиалните инфекции, източниците на инфекции, причинителите и природата на инфекциите, както и резистентността сред причинителите. Съществено значение има идентифицирането на рисковите фактори, увеличаващи вероятността от развиване на инфекция. Важно е да се определи отношението на придобитите инфекции по време на интензивното лечение към изхода от критично боледуване.

Различни изследователи установяват значителна разлика в честотата на нозокомиални инфекции (НИ) в отделенията за интензивно лечение (ОИЛ) между различните страни. От 10% в Швейцария до 32% в Италия, с тенденция към по-висока болестност и цялостно по-висок леталитет за интензивните отделения в Южна Европа (табл. 1). Установените разлики вероятно отразяват различия в лечебните практики и подбора на пациентите, отколкото действителни различия в стандартите за здравни грижи [1].

Таблица 1. ***Данни за брой на ОИЛ и пациенти, болестност и леталитет от НИ***

Страна	Брой ОИЛ	Брой пациенти	Болестност от НИ (%) придобити в:			Леталитет (%)
			обществото	болницата	ОИЛ	
Австрия	75	420	13,6	9,3	20,0	15,3
Белгия	72	699	11,1	9,3	17,2	14,9
Ирландия	15	91	6,6	9,9	18,7	11,8
Франция	264	2359	17,9	11,8	24,2	18,7
Германия	268	2010	11,2	8,1	17,3	14,9
Гърция	37	200	11,5	15,5	30,5	28,5
Италия	110	617	8,8	7,8	31,6	20,3
Люксембург	5	29	13,8	3,5	17,2	13,0
Холандия	78	472	11,2	8,9	15,7	13,8
Португалия	19	120	17,5	9,2	23,3	23,9
Испания	137	1233	13,5	7,8	27,0	19,4
Скандинавски страни	94	649	15,3	11,0	10,5	9,8
Швейцария	49	329	10,3	10,5	9,7	8,4
Великобритания	194	840	16,4	12,0	16,0	19,9
Общо	1417	10 038	13,7	9,7	16,8	16,8

Източник*: [1]* ***Болестност от нозокомиални инфекции в отделения за интензивно лечение в Европа (EPIC) Войнова, В., Христов Н.***

В диагностично-лечебния процес на болничната помощ водещи в нозологичната структура на ИСМО са: инфекции на хирургичното място; инфекции, придобити от приложението на съдови линии; инфекции на долни дихателни пътища, които не са пневмонии; уроинфекциите. Създаването на ефективни мерки за превенция на нозокомиалните инфекции е в непосредствена зависимост от задълбоченото изучаване на предпоставките за тяхното възникване и разпространение, свързани със структурата и основните функции на съвременната болница, както и с изучаването на характеристиката на епидемичния процес при тях [9].

ПОДХОДИ ЗА ДОБРИТЕ ПРАКТИКИ НА ИНТЕНЗИВНИТЕ ГРИЖИ

По данни на БАПКНИ „БулНозо" изнесени на Националния конгрес през 2016 г. при средна честота на инфекциите, свързани с медицинското обслужване от порядъка на 5-10% от хоспитализираните пациенти, няколко пъти по-високи са показателите в структурите за интензивно лечение. Приложението на инвазивните методи в лечебния процес, мониторирането и диагностиката са неразделна част от съвременната медицина, но те могат да доведат до някои усложнения, като локална или генерализирана инфекция. Най-голям относителен дял имат инфекциите, свързани с приложение на уретралната катетеризация - около 40%; централните венозни катетри – около 38%; белодробната вентилация – около 27% и инфекциите на хирургичното място – до 25% от оперираните пациенти [4].

Интензивно лечение е специфичен диагностично-лечебен процес с ясно регламентирани правила за работа на медицинските екипи. Независимо от развитието на интензивната терапия, атрибутивната смъртност при нозокомиалните инфекции в ОИЛ остава на високо ниво. Установени са седем фактора, способстващи развитието на вътреболнични инфекции: продължителност на престоя в ОИЛ

(> 48 часа), механична вентилация на бял дроб, травми, катетеризация на централен венозен съд, катетеризация на пикочен мехур, профилактика на стрес-улкуса [10].

Добрите медицински практики в интензивното лечение включват превенция на рисковите фактори за развитие на вентилатор-асоцииранатa пневмония (VAP) при пациенти на механична вентилация, спазване на общовалидните принципи при работа с вътресъдови устройства и усвояване принципите за превенция на бактериурията.

Механичната вентилация е инструмент за подпомагане на нарушената дихателна функция за критичен период, през който се очаква възстановяване на пациента от животозастрашаващо състояния, заболяване или травма. Едно от най-често срещаните усложнения е вентилатор-асоцииранатa пневмония (ventilator-associated pneumonia).

Вентилатор-асоцииранатa пневмония (VAP) се дефинира като пневмония, възникнала при интубирани или трахеостомирани пациенти на механична вентилация поне 48 часа след започване на вентилацията. Този вид пневмония се възприема, като най-честата нозокомиална инфекция, при която рискът от смъртен изход е от два до десет пъти по-висок от други индикаторни инфекции.

Грижите при пациент на изкуствена белодробна вентилация (ИБВ) са непрекъснат процес, който цели осигуряване на проходими дихателни пътища, адекватно вентилиране при спазване на строга асептика. С цел превенция на усложненията се прилагат доказани правила в медицинската практика:

- Повдигане на леглото на 30-400 откъм главата на болния;
- Ежедневна преценка на готовността за екстубация и прекъсване на седативната терапия;
- Профилактика на дълбока венозна тромбоза, ако няма контраиндикации;
- Рутинна хигиена на устната кухина с антисептичен разтвор ;
- Адекватна аспирация на субглотични секрети.

Най-важните препоръки за превенция на вентилатор-асоцииранатa пневмонията, са насочени към избягване на трите най-чести механизми за развитие на пневмонията: ендотрахеалната аспирация; контаминация на орофаринкса (пресечена точка на дихателния и храносмилателния тракт); контаминирано оборудване.

Ендотрахеалната аспирация е процедура за отстраняване на субглотични секрети в дихателните пътища при пациенти на ИБВ. Процедурата се извършва от лекар и асистент (медицинска сестра/акушерка/лекарски асистент) с цел избягване на разместване или изваждане на ендотрахеалната тръба (ЕТТ) или трахеостомна канюла (ТК) при спазване правилата за асептичен подход на прилагане.

Фигура 1. Алгоритъм на провеждане на ендотрахеалната аспирация

Честотата на ендотрахеалната аспирация е индивидуална за всеки пациент, като се препоръчва т.н. затворена аспирационна система, с което се намалява риска от внасяне на инфекция в дихателните пътища.

Катетър-свързани инфекции са инфекции придобити вследствие приложение на съдови линии (ПВК, ЦВК, АК и др.). Интравенозното или артериално канюлиране е рутинна процедура, но свързана със значителен риск и трябва да се прилага само при нуждата и задължително от добре обучен медицински специалист.

Правилата за добра и безопасна практика при работа със съдови линии изискват да не увреждат реципиента и медицинския специалист, да не излага извършващия манипулацията на риск и използваният материал да подлежи на обезвреждане така, че да няма отделяне на отпадъци опасни за околните. Усложненията не винаги могат да бъдат избегнати, но добрата техника, подходящите хигиенни стандарти и употребата на подходящи медицински консумативи биха могли да намалят тяхната честота.

Таблица 2. Стандартен подход при интравенозното канюлиране

Видове канюлиране	**Дейност**
Периферни венозни канюли	Хигиенна дезинфекция на ръцете минимум 30[II], Целево използване на ръкавици (еднократни/латексови) Избор на подходяща канюла, съобразно възраст, цел на приложение и мястото на поставяне Дезинфекция на мястото на убождане при спазване времето на въздействие, след което мястото на убождане не се палпира повече При явен флебит или признаци на инфекция, канюлата се отстранява незабавно При продължително венозно вливане се използват удължители и трипътно кранче Ако временно не се използва канюлата се промива с NaCl 0,9% и затваря със стерилна еднократна запушалка При реактивиране се прилага: промиване и аспириране Документиране на информацията за: поставяне, наличие на инфекция, причина за отстраняването й
Централни венозни катетри **v. subclavia** **v.femoralis** **v jugularis interna** **v jugularis externa**	Изборът на катетър да бъде съобразен с индикацията и продължителност на венозната терапия Техниката на приложение и избора на пункционно място да бъдат с най-малък риск за усложнения Ежедневна преценка на индикациите за приложение Ежедневна смяна на марлена превръзка - асептичен подход при смяна на превръзката с бездопирна техника или стерилни ръкавици Смяната на прозрачните превръзки при установено отлепване, замърсяване, овлажняване При хигиенен тоалет да се предотврати попадане на микроорганизми, замърсяване или намокряне на катетъра Катетърът се отстранява при съмнение или при данни за катетър-свързана инфекция При неговото отстраняване с асептичен подход се взема връх от катетъра за микробиологично изследване Документиране на информацията за: поставяне, наличие на инфекция, причина за отстраняването

Катетър-асоциирани уроинфекции (КАУИ) са близо 40% от всички инфекции, свързани с медицинското обслужване в практиката на интензивното лечение [4]. Рискови моменти за контаминиране при уретрална катетеризация са техниките на поставяне, обслужване, отстраняване и повторно въвеждане на катетрите. При работа с катетеризирани пациенти задължително се ползват лични предпазни средства, хигиенна дезинфекция на ръцете преди и след грижи за катетъра или дренажна система.

Таблица 3. Правила за добра практика насочени към превенция на усложненията

Рискове и усложнения	**Превантивни действия**
Травма на уретрата **Уретрорагия** **Болка и дискомфорт** **Уроинфекция**	Атравматично поставяне на подходящ вид и № на катетъра; При ретенция на урината, пикочният мехур се изпразва на порции, за да се избегне риска от хематурия в следствие на създаден вакуум; Строги индикации за дълготрайната катетеризация; Приложение на асептични техники, стерилни консумативи и материали, ежедневни хигиенни грижи; Добро фиксиране на катетъра; Приложение на затворени дренажни системи; Запазване херметичността на дренажната система; Осигуряване на адекватно оттичане на урината; Пациентите да приемат течности от 2–3 л./24 ч. в предвид евентуални контраиндикации; Полагане на ежедневни хигиенни грижи; Не се прилагат локални антибактериални средства; Обучение на персонала по отношение на поставяне, обслужване, отстраняване и повторно въвеждане на уретралните катетри; Асептично вземане на проби от урината за микробиологично изследване

Спецификата на медицинска дейност в интензивните структури изисква цялостна, последователна политика за превенция, която обхваща технологията, организацията на работата, условията на труд и обучението на всички служители от различните нива в процеса на работа. Това налага да бъдат осигурени необходимите организационни, кадрови и финансови ресурси за изпълнение на програмите за профилактика и контрол на инфекциите в т.ч. обучението на персонала. В плана за провеждане на колегиуми в специализираните структури следва текущо да залегнат теми с насоченост към превенция на ИСМО предвид големия обхват на инвазивни процедури и техники приложени в процеса на лечение.

В световен мащаб се установява, че *"Знаем правилото, което работи, но неговото спазване в практика не работи"*. Не винаги се спазват правилата и указанията при провеждане на инвазивните процедури, за които се знае, че доказано редуцират риска. По данни на БАПКНИ „БулНозо" в редица публикации на корективи от САЩ и Европа се съобщава за проучвания на профилактичния ефект от въвеждането на пакетните мерки/бъндели за превенция на инфекциите, свързани с различни инвазивни процедури [4], [5], [7]. В контекста на медицинската изследователска дейност, въвеждането на пакетните мерки цели да свърже постиженията на фундаменталната наука в практика, която да осигури добри лечебни резултати. С въвеждането на тази стратегия не се касае за приложение на иновационни мерки, а добре познати правила и стандарти за работа с приоритетно значение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Осигуряването на безопасност за пациентите и медицинския персонал е важен елемент на качеството и управление на риска в лечебния процес. Развитието и усъвършенстване на ефективната култура за безопасност трябва да бъде основен приоритет в дейността на интензивните структури. Мултидисциплинарният подход на лечение и прилагането на ясни правила и техники при провеждане на инвазивните процедури е предизвикателство към професионализма на специалистите по здравни грижи, като комплекс от знания и умения за прилагане принципите за превенция на нозокомиалните инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Войнова,В., Н. Христов. Болестност от нозокомиални инфекции в отделения за интензивно лечение в Европа (EPIC), сп. Нозокомиални инфекции, том 1, бр. 2, 2004, 44:53.

2. Вачева-Добревска, Р. Превенцията на наранявания с остри предмети в болниците и сектора на здравеопазването: важен елемент от културата на безопасност в лечебните заведения. В: За превенцията на инфекциите в болничната практика, Помагало за клиницист, ISSN 1312-4765, БулНозо академия, 2014, 140:144.

3. Войнова В., Георгиева, Н. Гачева, Р. Вачева-Добревска, А. Галев, Ф. Цветкова, Ж. Донков, В. Георгиев и колектив от МБАЛ в страната. Практическо приложение на Медицинския стандарт по превенция и контрол на ВБИ в МБАЛ в страната: Мултицентрово анкетно проучване, 2012 г., www. bulnoso.org/pdf/ BulNoso_2012_1-2. Pdf.

4. Ганчева, Н., В.Войнова-Георгиева, Р. Вачева-Добревска. Бъндели (пакетни мерки): Иновативни стратегии за безопасни медицински грижи., бюлетин БулНозо, Нозокомиални инфекции, том 10, 2016, 21:24.

5. Делева, Л. Превенция на инфекции, свързани с периферна венозна канюла., сп. Нозокомиални инфекции, ISSN 1312-4765, том 1, бр. 2, 2004, 58-60.

6. Димитрова, А. Организация и управление на интензивните грижи. ISBN 0978-619-7491-25-8. ЦМБ, МУ-София, 2020.

7. Митова Й., Н.Рибарова, Т.Даков, Н.Чумак-Цанева, Проучване върху разпространението и етиологичната структура на нозокомиалните инфекции на уринарния тракт в някои рискови болнични отделения в България за периода 2000-2007г., БулНозо, том 4, бр.2, 2007, 41:48

8. Монов, Д., Е. Желева, А. Баева, М. Коларова. Инфекции, свързани с медицинското обслужване и взривове от тях в условията на варненски окръг за 2014-216 година. Варненски медицински форум, т. 6, 2017, приложение 2.

9. Наредба № 3 от 8.05.2013 г. за утвърждаването на медицински стандарт по превенция и контрол на вътреболничните инфекции, обн., ДВ, бр. 43 от 14.05.2013 г.

10. Радев, Вл. Нозокомиални инфекции в централна реанимация- общоболничен профил., сп. Анестезиология и интензивно лечение, бр.4, 2015, 20:25.

LITERATURE

1. Voynova, N. H. , N. Hristov. Disease from nosocomial infections in intensive care units in Europe (EPIC), Magazine Nosocomial infections, vol. 1, pcs. 2, 2004, 44:53.

2. Vacheva-Dochevska, R. Prevention of acute injuries in hospitals and the health sector: an important element of the safety culture in medical institutions. In: For the prevention of infections in hospital practice, Clinicians' Aid, ISSN 1312-4765, BulNozzo Academy, 2014, 140:144.

3. Voynova V. , Georgieva, N. Gacheva, R. Vacheva-Dobrevska, A. Galev, F. Tsvetkova, J. Donkov, V.

Georgiev and a team from the Hospital in the country. Practical application of the Medical Standard for Prevention and Control of BBI at the Hospital in the country: Multicenter Survey, 2012, www. bulnoso. org/ pdf/ BulNoso_2012_1-2. Pdf.

4. Gancheva,N.,Voinova-Georgieva,R. Vacheva-Dobrevska.Bundels (package measures): Innovative strategies for safe medical care. Newsletter BulNozzo, Nosocomial Infections, vol. 10, 2016, 21:24.

5. Deleva, L. Prevention of infections associated with peripheral venous cannula. , Wc. Nosocomial infections, ISSN 1312-4765, vol. 1, pcs. 2, 2004, 58-60.

6. Dimitrova, A. Organization and management of intensive care. ISVN 0978-619-7491-25-8. CMB, MU-Sofia, 2020.

7. Mitova Y. , N. Ribarova, T. Dakov, N. Chumak-Tsaneva, Study on the spread and etiological structure of nosocomial urinary tract infections in some at-risk hospital divisions in Bulgaria for the period 2000-2007, BulNozzo, vol. 4, 2007, 41:48

8. Monov, D. , E. Zheleva, A. Baeva, M. Kolarova. Infections associated with medical care and blasts from them in Varna county conditions for 2014-216. Varna Medical Forum, t. 6, 2017, Annex 2.

9. Ordinance No 3 of 8. 05. 2013 for the validation of a medical standard for the prevention and control of intra-hospital infections, SG No. 10/2009 43 of 14. 05. 2013

10. Radev, V. Nosocomial infections in central resuscitation- general hospital profile. . Anesthesiology and Intensive Care Magazine, issue 4, 2015.

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

Анушка Нишан Димитрова

Медицински университет-София,ФОЗ

e-mail: anushka_dimitrova@abv.bg

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

Цветелина Станимирова Тодорова

Медицински университет-София,ФОЗ

e-mail: cvetic2017@abv.bg

„ЗА” И „ПРОТИВ” ВАКСИНИРАНЕТО СРЕЩУ COVID-19

Таня С. Попова*

Ася Г. Димитрова**

Карина М. Устоянова**

**МУ-София, Факултет по обществено здраве*

***Студенти от МУ-София, Факултет по обществено здраве*

(резюме)

SARS-CoV-2, известен като COVID-19 е коронавирус, който се разпространи като глобална пандемия. Най-добрият начин за справяне с разпространението на вируса е намирне на ефективната и безопасна ваксина. ***Целта*** *на настоящото изследване е да бъде проучено мнението на родителите относно ваксинирането срещу COVID-19. За целта е проведена индивидуална анкетна карта сред 54 родители. Приложени са документален, социологически и статистически методи. Анализът на резултатите показва, че мненията относно ваксинирането са двупосочни. Почти половината от анкетираните имат положително отношение към ваксинирането срещу коронавирусната инфекции и същевременно останалите са категорични, че дори и при регистриране на ефективна и безопасна ваксина не биха ваксинирали нито себе си, нито своите деца.*

Ключови думи: *COVID-19, ваксинация, мнение, родители*

„YES” OR „NO” ABOUT THE VACCINATION AGAINST COVID-19

Tanya S. Popova*,

Asya G. Dimitrova,**

Karyna M. Ustoianova**

**Medical University – Sofia, Faculty of Public Health*

***Students from the Medical University – Sofia, Faculty of Public Health*

(abstract)

SARS-CoV-2, known as COVID-19, is a corona virus that spread as a global pandemic, affecting a number of countries, including Bulgaria. The best way to deal with the spread of the virus is to find an effective and safe vaccine.

The aim *of the present study was to examine parents' views on vaccination against COVID-19. In order to achieve the set goal, a direct, individual questionnaire was conducted among 54 parents. Documentary, sociological and statistical methods have been applied to collect the primary information.*

The conclusions *were ached as a result of the analys is are that opinions about vaccination are two-way. Approximately the half of the respondents have a positive attitude towards vaccination against corona virus infection. The rest of the respondents are adamant that even if a vaccine was registered, they would not vaccinate themselves or their children*

Keywords: *COVID-19, vaccination, opinion, parents*

SARS-CoV-2, известен като COVID-19 е коронавирус, който предизвика заболяване за пръв път в Ухан, Китай, през декември 2019 г. и бързо се разпространи като глобална пандемия, засягайки над 200 държави, включително и България. [1, 8] Десет месеца след това, в средата на месец ноември 2020 г. , в световен мащаб вече има регистрирани над 50 милиона случая на заразени с COVID-19, от които приблизително 1 млн. и 255 хиляди с летален изход. [9]

Инкубационният период на COVID-19 е от 2 до 14 дни. Заболяването се предава по въздушно-капков път, когато хората кашлят, кихат и издишат. До момента не е категорично изяснено дали безсимптомните носители могат да предават инфекцията, но има индикации, че заразените могат да пренасят вируса преди да се появят съществени симптоми и без да са налице такиви. Най-честите симптоми на заболяването са треска, кашлица, затруднено дишане, отпадналост и мускулни болки. В някои случаи пациентите развиват тежка пневмония, остър респираторен дистрес синдром, сепсис и септичен шок, които могат да доведат до смърт. [8]

SARS-CoV-2 засяга всички възрасти, но при децата протича често безсимптомно. С повишен риск за тежко протичане са пациенти на възраст над 60 години, както и пациенти с придружаващи заболявания – сърдечно-съдово заболяване, артериална хипертония, подлежащо бъбречно заболяване, налагащо хемодиализа, хронично белодробно заболяване, чернодробно, онкологично заболяване, захарен диабет, HIV-инфектирани, пациенти след трансплантация и такива на имуносупресивна терапия. [8, 2]

Дългият инкубационен период, високата инфекциозност, безсимптомните носители, както и липсата на специфично лечение поставят общественото здравеопазване пред огромно предизвикателство. Справянето със ситуацията зависи от ефективната дезинфекция, социалното дистанциране, дисциплината, а в бъдеще и намиране и приложението на ефективна и безопасна ваксина срещу вируса. [8, 10]

Ваксините са вид медицински изделия, които се използват като основен инструмент за първична профилактика на ваксино-предотвратими заболявания и са сред най-съществените мерки за опазване на здравето на населението. [3, 7, 10] Приложението им обаче зависи както от разработването и внедряването на безопасна и ефективна ваксина, така и от готовността на населението за включване във ваксино-профилактиката.

ЦЕЛ И МЕТОДИ НА ПРОУЧВАНЕТО

Целта на настоящото изследване е да бъде проучено мнението на родителите относно ваксинирането срещу COVID-19.

Проучването е проведено в УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов", Отделение по педиатрия, в периода от 15.08. – 13.09. 2020 г. сред 54 родители, придружители на хоспитализирани към момента деца и юноши на възраст до 18 години.

За събиране на първичната информация се приложиха следните методи:

• **Документален метод**;

• **Социологически метод** – проведено е пряко, индивидуално, анонимо анкетно проучване, по специално разработен за целта въпросник със 17 въпроса, от които 13 затворени и 4 отворени. Два от отворените въпроси изискват да се посочи възрастта на анкетирания и детето, а другите два са уточняващи и изискват посочване на конкретна причина при даден негативен отговор.

• **Статистически метод**;

• **Метод за графичен анализ на получените резултати**.

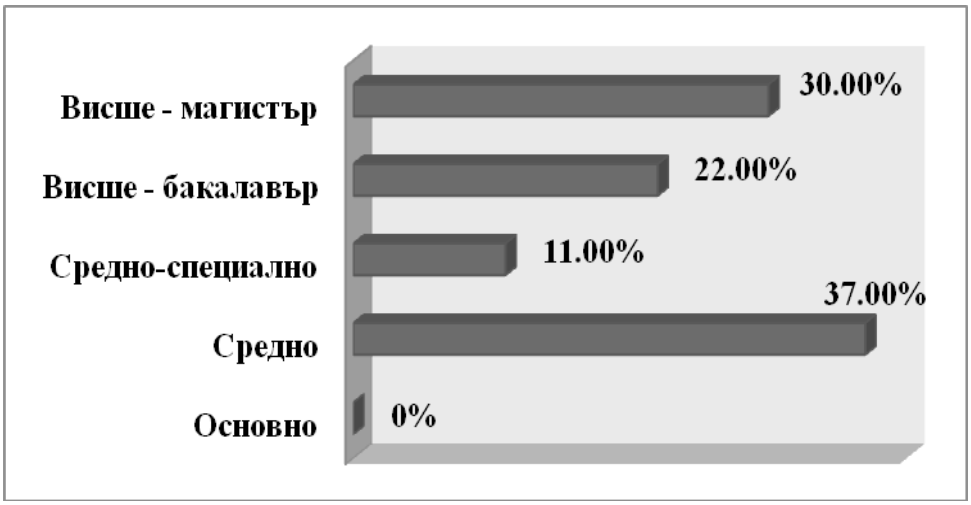
ОБСЪЖДАНЕ И РЕЗУЛТАТИ:

Възрастовото разпределение на респондентите варира в широки граници. Най-висок е относителният дял на анкетираните, които попадат във възрастовата група от 25 до 29 години (26.0%), следвани от 35 до 39 години (съответно 22.0%). Най-нисък е делът на родителите на възраст от 45 до 49 години (съответно 5.0%). Данните са представени на табл. 1.

Табл. 1. Разпределение на респондентите по възраст

Възраст	**Брой**	**Относителен дял в %**
От 20 до 24 години	9	17.00%
От 25 до 29 години	14	26.00%
От 30 до 34 години	7	13.00%
От 35 до 39 години	12	22.00%
От 40 до 44 години	9	17.00%
От 45 до 49 години	3	5.00%
Общ брой	**54**	**100%**

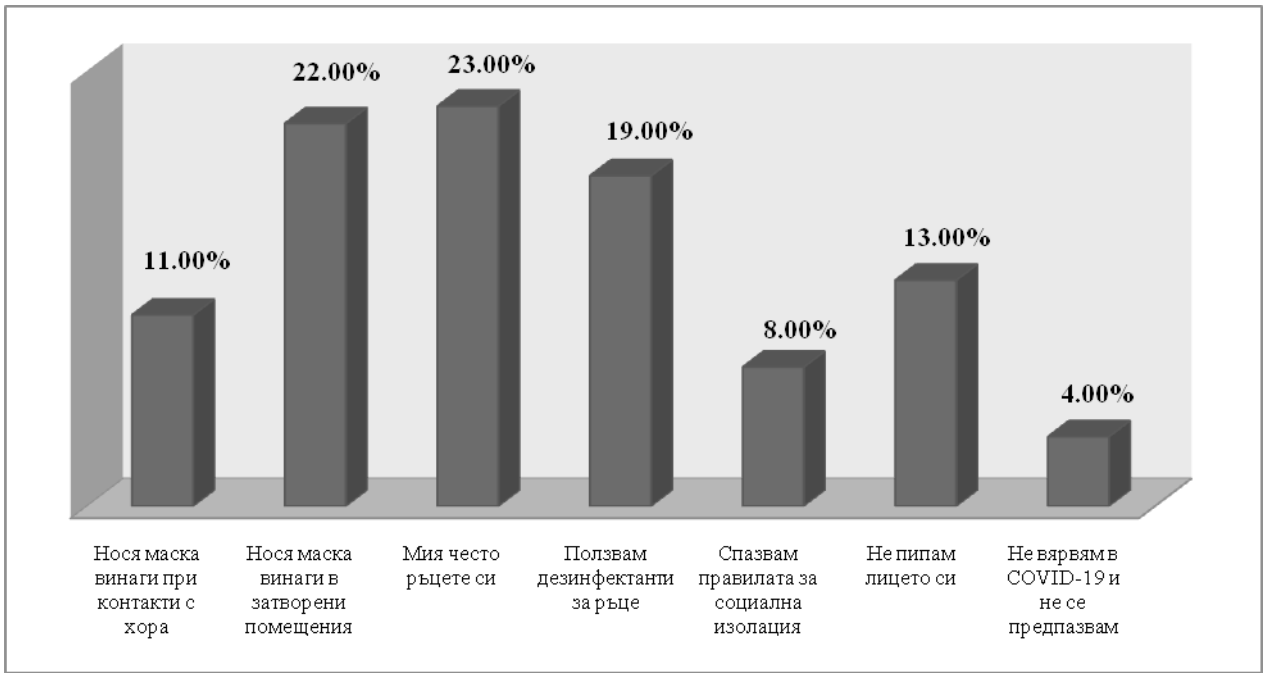
По отношение на образователния ценз на участниците в проучването, най-висок е делът на анкетираните със средно образование (37.0%). На второ място са респондентите с висше образование с образователно-квалификационна степен „магистър” (30.0%), а на трето – със степен „бакалавър” (22.0%). Най-нисък е делът на анкетираните със средно-специално образование (съответно 11.0%) Проучването установява, че няма респонденти с основно образование. Данните са представени на фиг. 1.



Фиг. 1. Образователно равнище на респондентите

Резултатите показват, че образователното равнище сред респондентите е високо. Всички участници в проучването са със завършено средно или висше образование, с малък превес на завършилите висше. Тези данни потвърждават, както статистическите данни от последното преброяване на населението (2011 г.), така и проведено друго наше проучване в периода 2016-2018 г. [5, 6]

В хода на изследването проучихме мерките, които респондентите прилагат в борбата с COVID-19.

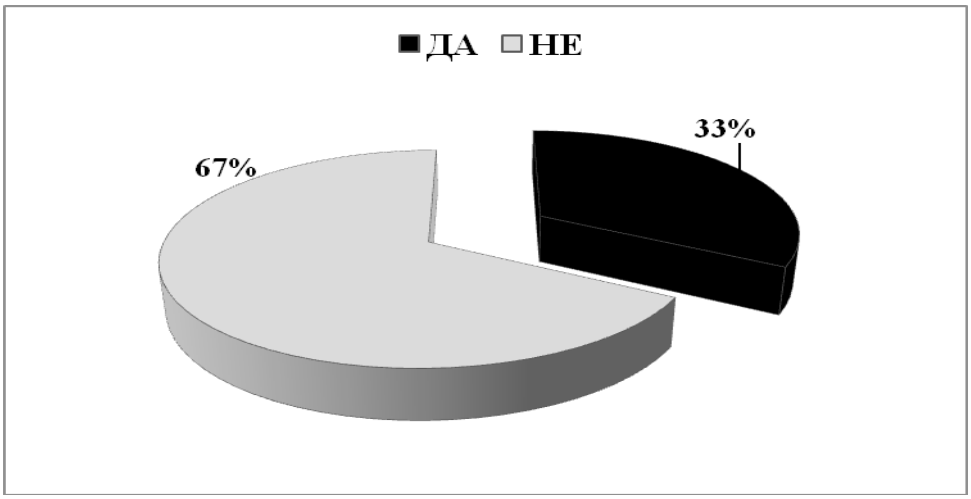


Фиг. 2. Мерки за борбата с COVID-19

Най-висок относителен дял (23.0%) посочват като превантивна мярка срещу заразата, честото миене на ръце. Други 22.0% считат, че мярката за превенция е носенето на маски в затворено помещение, а 19.0% редовното ползване на дезинфектанти за ръце. Сравнително нисък относителен дял са анкетираните, които посочват, че не пипат лицето си (13.0%) и други, които твърдят, че носят маска винаги при контакт с хора (11.0%). Едва 8.0% от респондентите спазват правилата за социална дистанция, а най-нисък (4.0%) е относителният дял на тези, които не вярват в съществуването на вируса и не се предпазват от него (Фиг. 2). Този нисък дял на анкетираните, които не спазват мерките и са скептични по отношение на съществуването на заразата определено буди учудване, имайки предвид начинът на живот на хората и демонстрирането на неспазването на общоприетите превантивни мерки и правила.

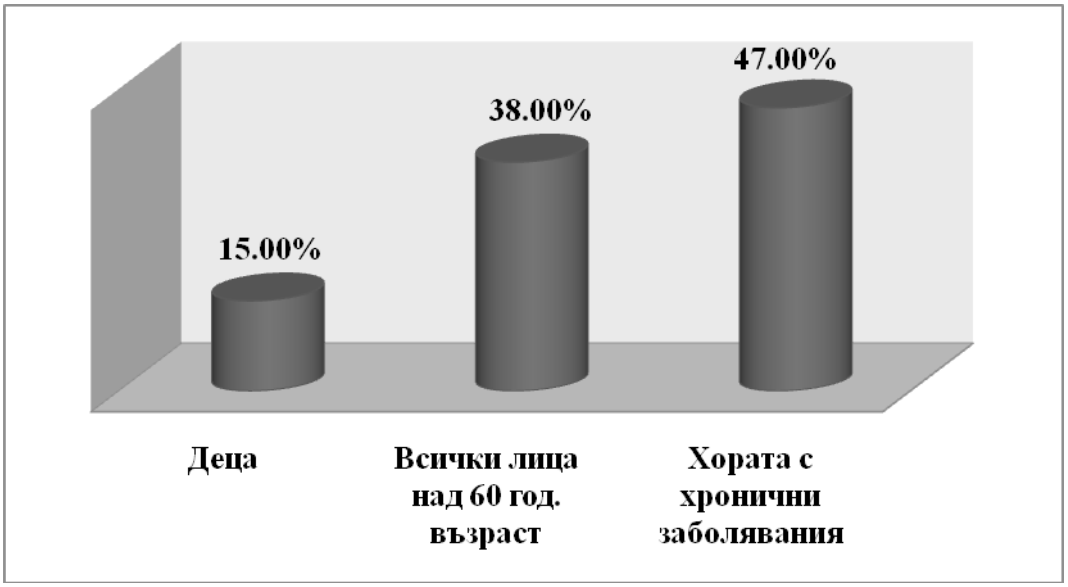
При проучване на нагласите на респондентите по отношение на ваксинирането срещу COVID-19 се установи, че приблизително 48.0% от запитаните имат положително отношение към предстояща ваксинация, 26.0% негативно отношение, а останалите 26.0% са категорично против предстоящо ваксиниране срещу заболяването.

В отговор на въпроса „Считате ли, че ваксинацията срещу COVID-19 в бъдеще трябва да бъде задължителна?" 33.0% отговарят положително, а останалите 67.0% дават отрицателен отговор (Фиг. 3).



Фиг. 3. Мнение на респондентите за задължителния характер на ваксинирането срещу COVID-19

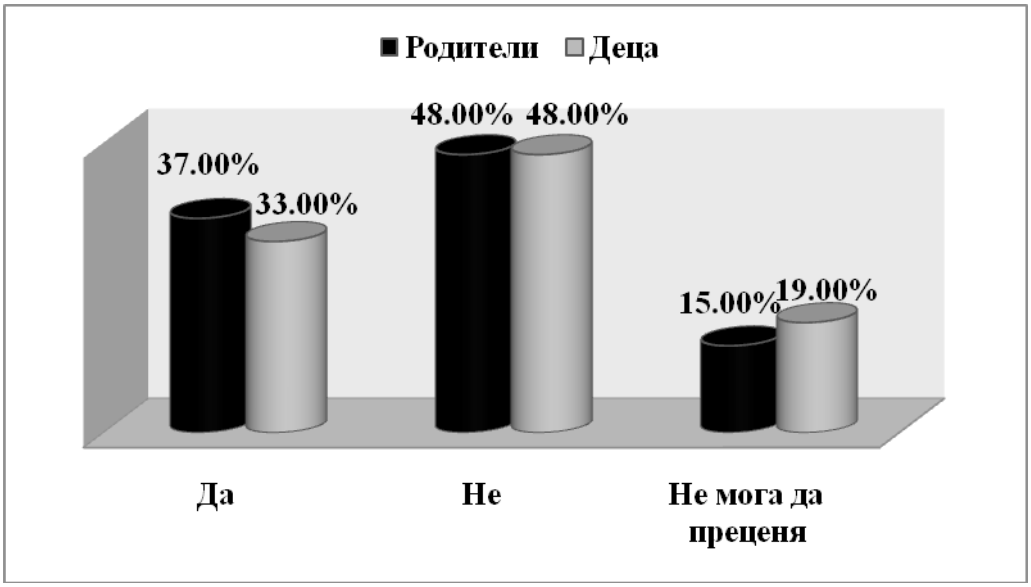
Проучихме и мнението на респондентите по отношение на това, кой трябва да бъде ваксиниран приоритетно.



Фиг. 4. Мнение на респондентите за приоритетно ваксиниране срещу COVID-19

Най-висок относителен дял (47.0%) считат, че приоритетно трябва да се ваксинират хората с хронични заболявания. На второ място (38.0%) респондентите са посочили всички лица над 60 годишна възраст, а на трето и с най-нисък относителен дял (15.0%) децата. Данните са представени графично на фиг. 4.

Проучихме и мнението на респондентите по отношение на готовността им да ваксинират себе си и децата си при регистриране на ваксина срещу COVID-19.



Фиг. 5 Готовност на респондентите за ваксинация срещу Covid-19

Най-висок относителен дял от респондентите (48.0%) категорично отговарят, че дори и при регистриранене на ваксина срещу заболяването, не биха подложили на доброволна ваксинация нито себе си, нито своите деца. Приблизително една трета от респондентите дават положителен отговор (съответно 37.0% биха ваксинирали себе си и 33.0% децата си), а останалите (съответно 15.0% и 19.0%) към момента на проучването не могат да преценят. Данните са графично представени на фиг. 5.

Причините, които анкетираните изтъкват за нежеланието им за ваксиниране са мнението, че се грижат добре за организма си и ще се преборят с вируса при евентуално заразяване, принципно негативно отношение към ваксинациите, липсата на яснота за последиците в дългосрочен план при ваксиниране, недоверието към ефективността на ваксината, имайки предвид краткия срок на създаването ѝ, недоверието в наличието на вируса, както предпочитанията организмът им сам да изгради имунитет сред преболедуване.

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Мерките срещу разпространението на COVID-19 сред респондентите най-често са спазване на добра лична хигиена и носенето на предпазни маски, но като че ли се подценяват правилата за социална дистанция.

Мненията относно ваксинирането са двупосочни. Приблизително 48.00% от анкетираните имат положително отношение към ваксинирането срещу коронавирусната инфекция. Същевременно повече от половината от запитаните изказват негативно отношение към предстояща ваксинация, като една четвърт от тях са категорично против.

Голям е относителният дял (67.0%) на респондентите, които са категорично против задължителното въвеждане на ваксина срещу COVID-19, независимо от данните за ефекта и безопастността ѝ.

Приблизително половината от запитаните (48.00%) са категорични, че дори и при регистриране на ваксина не биха ваксинирали нито себе си, нито своите деца.

Мнозинството от респондентите (85.0%) считат, че приоритетно е необходимо да се ваксинират само хората над 60 годишна възраст и тези с хронични заболявания.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА:

1. Димитрова, К., Дж. Самуел, Я. Грънчарова, М. Димитрова. Инфекция със SARS-CoV-2 и последващи неврологични усложнения. – Мединфо, 06, 2020, 10-16

2. Младенова, З. Лабораторна диагностика на COVID-19 – кога, с какво, защо? – Мединфо, 05, 2020, 88-95

3. Нинова, М. Познаване и прилагане на медицински изделия за превенция на ВБИ от професионалисти по здравни грижи. – Knowledge International Journal, vol. 42, №4, 2020, pp. 743-748, Skopje.

4. Нинова, М. “Превенция и контрол на нозокомиалните инфекции в организацията и управлението на здравните грижи”. Дисертационен труд за присъждане на обазователна и научна степен „доктор”. София, 2018.

5. Попова, Т. Рискови фактори за сърдечно-съдови заболявания при деца и юноши – промоция, превенция и профилактика. Автореферат на дисертационен труд за присъждане на обазователна и научна степен „доктор”. София, 2020.

6. Преброяване 2011 (окончателни данни), Национален статистически институт. Източник: http://www.nsi.bg/census2011/NPDOCS/Census2011final.pdf

7. Ninova, M. Research and analysis of knowledge and skills of health care professionals on the prevention and infection control in health care. – In: Scripta Scientifica Salutis Publicae, vol. 2, 2016, suppl. 1, pp. 82-90 Medical University of Varna, ISSN 2367-7325 (print) / ISSN 2367-7333 (online)

8. https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2020/02/28/vprosi_i_otgovori_svrzani_s_covid-19-1.pdf

9. https://www.mh.government.bg/bg/informaciya-za-grazhdani/razprostrnenie-na-covid-19-po-sveta-danni-na-ecdc/

10. https://ec.europa.eu/health/vaccination/overview_bg

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

Таня Попова

Медицински Университет – София

Факултет по Обществено здраве

Катедра “Здравни грижи”

E-mail: t.popova@foz.mu-sofia.bg

II СЕКЦИЯ „СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ“

ЗДРАВНА КОМПЕТЕНТНОСТ НА БОЛНИЯ НА АНТИКОАГУЛАНТНА ТЕРАПИЯ

Нина Симеонова, Галя Георгиева

HEALTH COMPETENCE OF THE PATIENT ON ANTICOAGULANT THERAPY

Nina Simeonova, Galia Georgieva

ABSTRACT:

In recent years, cardiovascular disease has become one of the most common socially significant diseases with severe debilitating consequences. Today, the world is facing an epidemic of cardiovascular disease. The prevalence of cardiovascular disease in our country is also growing steadily, „chasing“ European standards. High incidence rates, disability, mortality, young age involvement and an increase in the relative share in the last few years have put cardiovascular disease on the list of national health priorities.

A number of diseases require treatment with anticoagulants for a short or longer period or for lifetime. Such diseases are myocardial infarction, ischemic stroke, pulmonary thromboembolism, deep thrombosis in the abdominal cavity or any of the limbs, cardiac valvular prosthetics and many others. It is not uncommon for one or more such medications to be taken for months or years. In addition to secondary prophylaxis after a vascular accident, anticoagulants can be assigned to patients at high risk or people with a genetic defect in any of the steps of blood clotting.

With adequate treatment, knowledge of risk factors and recommended lifestyle changes, many people with cardiovascular disease put on anticoagulant therapy can prevent the occurrence of complications.

Key words: cardiovascular disease, anticoagulants, health competence, prevention

Резюме:

През последните години сърдечно съдовите заболявания се превърнаха в едно от най-разпространените социалнозначими заболявания с тежки инвалидизиращи последствия. Днес светът е изправен пред епидемия от сърдечно съдови заболявания. Разпространението на сърдечно съдовите заболявания в нашата страна също нараства непрекъснато, “гонейки” европейските стандарти. Високите показатели на заболеваемост, инвалидизация, смъртност, засягане на младата възраст и увеличаване на относителния дял в последните няколко години поставят сърдечно съдовите заболявания в списъка на националните здравни приоритети.

Редица заболявания изискват лечение с антикоагуланти за кратък, по-продължителен период или за цял живот. Такива са инфаркта на миокарда, исхемичния мозъчен инсулт, белодробна тромбоемболия, дълбока тромбоза в коремната кухина или някой от крайниците, сърдечно клапно протезиране и много други. Нерядко приемът на един или няколко такива медикамента продължава месеци или години. Освен като вторична профилактика след преживян съдов инци-

дент, антикоагуланти могат да бъдат назначени на болни с висок риск или хора с генетичен дефект в някоя от стъпките на кръвосъсирването.

С адекватно лечение, познаване на рисковите фактори и препоръчителни промени в начина на живот, много хора със сърдечно съдови заболявания поставени на антикоагулантна терапия могат да предотвратят появата на усложнения.

Ключови думи: сърдечно съдови заболявания, антикоагуланти, здравна компетентност, профилактика.

Целта на изследването е да проучи здравната компетентност на пациенти със сърдечно съдовите заболявания, поставени на антикоагулантна терапия и установи необходимостта от здравно обучение.

За постигането на тази цел си поставихме следните задачи:

1.Проучване броя на пациентите на антикоагулантна терапия.

2.Проучване на компетентността на болните относно рисковите фактори при лечение с антикоагуланти.

3.Установяване на броя на пациентите нуждаещи се от знания относно провежданата терапия.

4.Обучение на болните.

Материали и методи: За целите на проучването са използвани резултати от проведено анкетно проучване и статистически данни на 102 пациента поставени на антикоагулантна терапия преминали в кабинет Съдова хирургия гр.Враца за периода от м. януари 2020г. до м. юни 2020г.

Резултатите от анкетното проучване и статистическите данни са обработени с компютърна статистическа программа SPSS 16,0. Графиките са изработени чрез програмата EXCEL.

ВЪВЕДЕНИЕ

Оралните антикоагуланти с непряко действие (кумаринови производни) имат широко клинично приложение в медицината. Те са лекарства, които се противопоставят на процеса на кръвосъсирване. Кръвосъсирването представлява защитен биологичен процес, включващ няколко механизма, които се осъществяват успоредно. Началният съдово-тромботичен механизъм на кръвосъсирването се задейства при увреждане на кръвоносните съдове, при което се провокира свиване на съда и прилепване на кръвните съставки – тромбоцитите към съдовата стена. Стресът в резултат на травмата, предизвикала увреждането, води до освобождаване на адреналина, който също свива съдовете. Другият – плазменият механизъм на кръвосъсирването - образуване на окончателния червен съсирек, протича в няколко фази, които под влияние на различни тъкани активиращи фактори, осъществяват една сложна система на коагулация - кръвосъсирване. Едно от най- широко използваните лекарствени средства от тази групата у нас е Синтрома. Активното вещество на Синтрома е аценокумарол (acenocoumarol). Действа само приложен ин виво, т.е. въведен в жив организъм, тъй като потиска плазмените фактори на кръвосъсирването, които се образуват в черния дроб. Максималният му ефект се проявява 24-48 часа след перорално приложение. (2)

През октомври 2010 г. FDA одобри 3 нови антикоагуланта, които дадоха възможност на пациенти след инсулт при предсърдно трептене, дълбока венозна тромбоза и пулмонална емболия дълго чаканата алтернатива на антагонистите на витамин К (орални антикоагуланти - синтром, варфарин). Този нов клас медикаменти, наречени „нови антикоагуланти”, включват *dabigatran (Pradaxa), rivaroxaban (Xarelto) и apixaban (Eliquis)*. Това са първите нови орални антикоагуланти след 1954 г.

Тези медикаменти бързо достигат максимална серумна концентрация в сравнение с оралните антикоагуланти (варфарин), на които са необходими 5-10 дни за постигане на терапевтична концентрация. Освен това те имат умерено къс полу-живот, поради което е достатъчно дозиране 1-2 пъти

дневно, но който им позволява да се елиминират сравнително бързо при прекъсване на лечението, особено при пациенти с нормална бъбречна функция. Диализните характеристики се влияят от обема на разпределение и молекулното тегло. *Dabigatran* се диализира до известна степен, докато *rivaroxaban* и *apixaban* – не.

Новите антикоагулантни терапии като rivaroxaban притежават редица атрактивни характеристики като: перорално приложение, еднократно дневно дозиране, бързо начало на действието, липса на необходимост за мониториране на коагулацията.

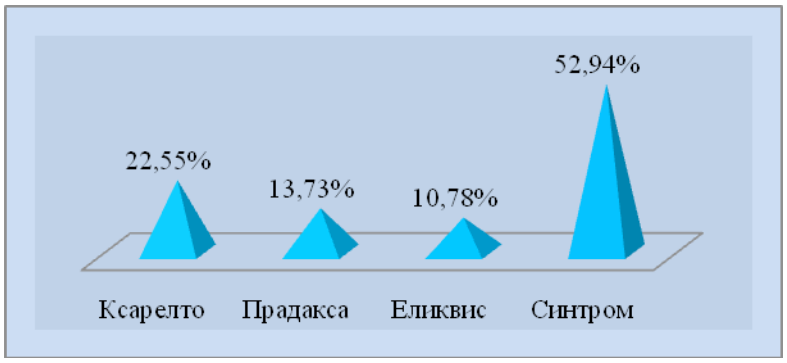
Потенциални кандидати за новите антикоагуланти са пациенти с ограничен риск от кървене, които приемат цената на лекарствата, имат добра бъбречна функция или имат затруднения с поддържането на стабилна диета. В тази група са и пациентите, които въпреки спазването на лечебния режим, имат нестабилен контрол на съсирването със стандартните антикоагуланти. Пациенти, които намират мониторирането на INR за досадно, биха приели с радост новите антикоагуланти.

Показания за прилагане на орални антикоагуланти

1. Първична и вторична профилактика на венозния тромбоемболизъм.
2. Профилактика при системния артериален емболизъм при болни с:
3. -предсърдно мъждене
4. -тъканни и механични клапи
5. -болни с периферна артериална болест и остър миокарден инфаркт
6. -повторни инфаркти или инсулт при болни с миокарден инфаркт
7. -клапни пороци
8. -дилатативна кардиомиопатия (3)

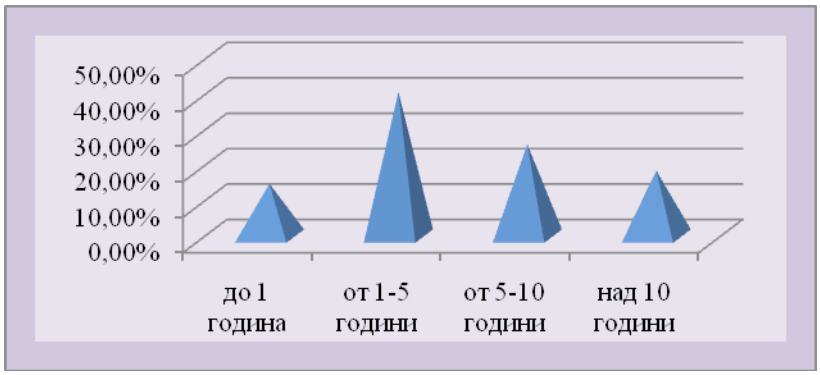
АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ:

От месец януари 2020г. до м. юни 2020г. в кабинет Съдова хирургия са преминали 510 пациента, от които 102/ 20% са на антикоагулантна терапия. Повода за антикоагулантната терапия е ДВТ, БТЕ и болни с артериални заболявания с трансплантация на съдови протези – бай-пас, коронарни бай-паси.



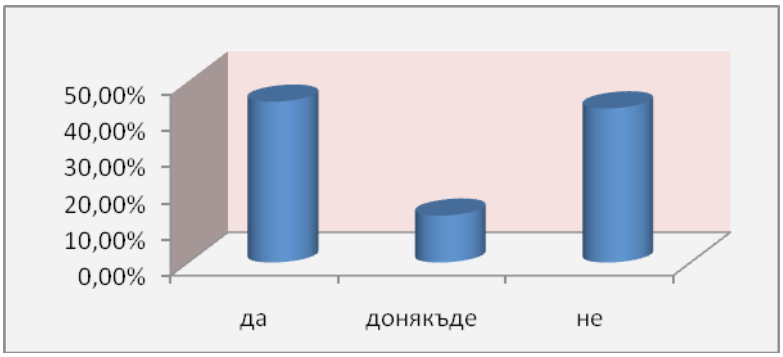
Фиг.1 С какъв антикоагулант провеждате лечение?

Около половината от проучените пациенти са на лечение със Синтром, което изисква проследяване на PT и INR. При болни подложени на лечение с Ксарелто, Прадакса и Еликвис не се налага проследяване на тези показатели. Много често болните не знаейки това, излишно провеждат това изследване преди предстоящ преглед.



Фиг.2 От колко време се лекувате със Синтром?

Резултатите от проучването показаха, че 14,81% от пациентите са с продължителност на лечение със Синтром до 1 година, 40,74% от 1-5години, 25,93% от 5-10 години и 18,52% над 10 години.



Фиг.3 Знаете ли в какъв диапазон трябва да се движат вашите стойности на протромбиновото време и INR?

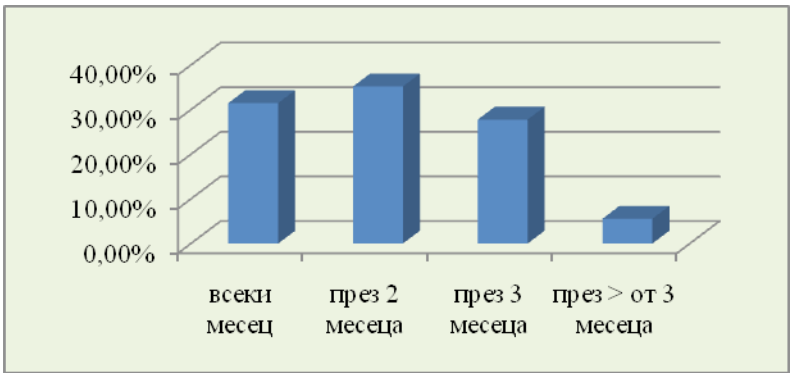
44,44% от анкетираните пациенти са информирани и имат познания относно диапазона на протромбиновия индекс, но 12,96% са отговорили, че донякъде са запознати и 42,59% са дали отрицателен отговор**.** Прави впечатление, че отрицателен отговор са дали по-възрастните пациенти.

PT (Протромбиново време) **и INR** (Международно нормализирано отношение) са показатели, които оценяват външния път на коагулация. В кръвосъсирването участват няколко вида протеини – коагулационни фактори. За нормално кръвосъсирване е необходимо достатъчно количество от всеки коагулационен фактор и всеки трябва да функционира правилно. Ако коагулационните фактори са твърде малко това може да доведе до прекомерно кървене или ако са твърде много – прекомерно съсирване. PT и INR оценяват коагулационните фактори: I (фибриноген), II, V, VII, X. (1)

За определяне на PT и INR е необходима плазма получена от венозна или капилярна кръв, смесена с антикоагулант (цитрат). Кръвта се взема сутрин на гладно и без приема на лекарства за поне 12 часа.

INR в границите от 2.0 до 3.0 е ефективен терапевтичен диапазон за хора, приемащи орални антикоагуланти (напр. предсърдно мъждене, венозна или белодробна тромбоза).

При болни с механични аортни клапи и висок риск от системен емболизъм INR в диапазон от 2.5 до 3.5

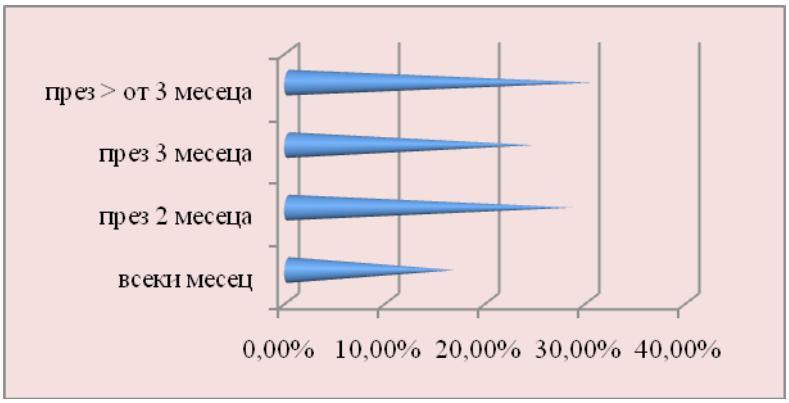


Фиг.4 Колко често провеждате изследване на протромбиновото време?

31,48% провеждат изследването всеки месец, 35,19% през 2 месеца, 27,78% през 3 месеца и 5,56% през > от 3 месеца.

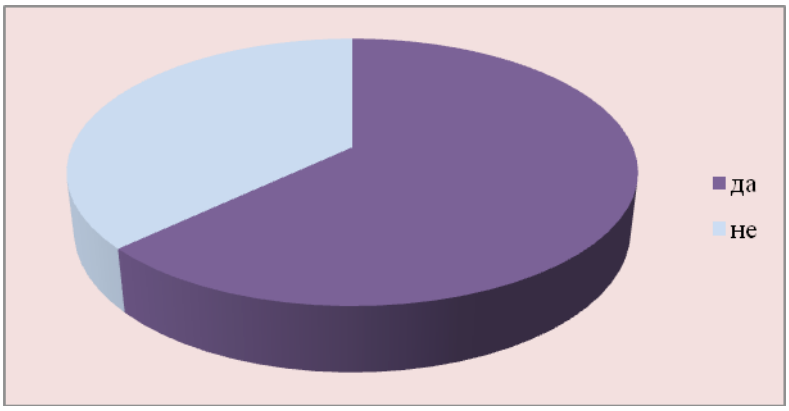
Протромбиновото време трябва да се мониторира два до три пъти седмично през първата 1-2 седмици докато INR влезе в терапевтичен обхват, а при оперирани болни в реанимация всеки ден. Ако РТ остане стабилно /промяна в INR < 0,2-0,3/ честотата на изследването може да се намали до 4 седмици. При промяна на дозата INR се проследява след 5-7 дни. Повечето пациенти на продължителна терапия със Синтром поддържат стабилен дозов отговор, но при някои се наблюдават неочаквани колебания. Това може да се дължи на промяна в диетата, използването на допълнителна медикаментозна терапия, самолечение, алкохолна консумация, съпътстващи заболявания и др. (1)

При високо ниво на витамин К (при прием на много храни съдържащи витамин К, като черен дроб, броколи, нахут, зелен чай, зеле, зеленчуци, соя), лекарства, съдържащи естрогени, като хапчета за контрол на раждаемостта и хормонозаместителна терапия – кръвта се съсирва по-бързо и РТ в % е над горната референтна граница, а INR е под.



Фиг.5 Колко често провеждате консултация с лекуващия лекар?

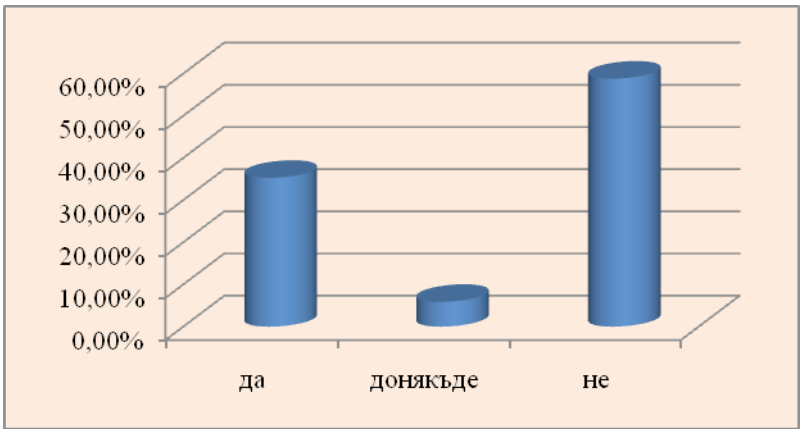
16,67% провеждат консултация всеки месец, 28,43% през 2 месеца, 24,51% през 3 месеца и 30,39% през > от 3 месеца.



Фиг.6 Имате ли карта за антикоагулантна терапия?

62,96% от пациентите на лечение със Синтром притежават карта за антикоагулантна терапия. На останалите 37,04% бяха раздадени такива карти.

Заради необходимостта от стриктно следене на протромбиново време и спазване дозата на Ситрома извода, които може да се направи е, че пациентите, които се лекуват с това лекарство, трябва да притежават специална карта за лечение с антикоагулант. В нея трябва да бъдат вписани лични данни, диагнозата, кръвната група, схемата на медикамента за всеки ден от седмицата и кога е необходимо да се направят контролни лабораторни изследвания. Особено важно е да има и информация, която да акцентира на най-важните неща, които болните трябва да знаят – това са за какво се използва медикамента, най-честите нежелани реакции, които може да предизвика и какво е необходимо да спазват при приема му.



Фиг.7 Познавате ли признаците и опасностите при лечение с антикоагуланти?

35,29% са отговорили положително, 5,88%-донякъде и 58,82% са дали отрицателен отговор.

Странични реакции:

Малки хеморагии се наблюдават в около 4% от случаите на антикоагулантна терапия обикновено от кожата, венците, носа или в урината. Големи хеморагии се наблюдават в около 2% от случаите и са обикновено от гастроинтестиналния тракт или централната нервна система.

Други странични ефекти са тромбоцитопения при 5-10% от случаите.

Честотата на най-често наблюдаваните странични ефекти –кръвоизливите може да се увеличи при наличие на рискови фактори за кървене:

1. Прекарана травма, операция или инсулт в предшестващите 14 дни

2. Анамнеза за пептична язва, гастроинстестинално кървене или кървене от генико-уретралния тракт

3. Тромбоцити под 150x10/l

4. Възраст над 70 години

5. Други придружаващи заболявания като чернодробна недостатъчност, уремия, мозъчни метастази.

6. Свръхдозиране.

Резултати и обсъждане: Проведеното анкетно проучване показа незадоволителна компетентност на пациентите по отношение на тяхното заболяване отнасяйки се до принципите на провежданата антикоагулантна терапия, опасностите от покачване или спадане на протромбиновия индекс при пациенти лекувани със Синтром.

Заключение: Основавайки се на резултатите от проучването, може да се каже, че пациентите на антикоагулантна терапия имат нужда от повече знания по отношение същността на заболяването им, профилактиката и навременното лечение, които са важна предпоставка за предотвратяване на усложненията и инвалидизацията им.

Тенденцията към увеличаване на пациентите със сърдечно съдови заболявания налага да се повишат компетенциите на пациентите относно заболяването им, както и лечението им, така че той да стане част от екипа, който се е заел с решаването на здравословния му проблем.

Човек се развива и адаптира благодарение на социалната подкрепа, която е особено необходима по време на заболяване. При сегашните изисквания за повишаване активността на хората и тяхната автономност по отношение на здравето им, те все по-често се нуждаят от подкрепа и правилен избор на здравословен начин на живот.

С адекватно лечение и препоръчителни промени в начина на живот много хора със сърдечно съдови заболявания поставени на антикоагулантна терапия могат да предотвратят появата на усложнения.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА:

1. Наука кардиология /бр. 3, 2001/

2. Научни трудове на Русенския университет- 2012, том 51, серия 8.3

3. http://www.bg-cardio-fondation.com

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

Нина Симеонова Георгиева – преподавател

Медицински университет гр.София Филиал „Проф. д-р Иван Митев" Враца;

тел.- 0885020055 /e-mail: ninkask@abv.bg

Галя Цветанова Георгиева-преподавател

Медицински университет гр.София Филиал „Проф. д-р Иван Митев" Враца;

тел.- 0887933153 /e-mail: galia.georgieva@mail.bg

ГОТОВНОСТ НА СТУДЕНТИТЕ ЗА РАБОТА В ДЕТСКА ЯСЛА С ДЕЦА ОТ УЯЗВИМИ ГРУПИ

Живка Г. Маргосян

STUDENTS' READINESS TO WORK IN NURSERY SCHOOLS WITH CHILDREN FROM VULNERABLE GROUPS

Zhivka G. Margosyan

РЕЗЮМЕ

Увод: *Опазването здравето и живота на децата е приоритетна задача на здравеопазването. Детската ясла е важно звено в системата на детското здравеопазване.*

Цел: *Научното съобщение има за цел да изследва готовността на студентите от специалност „Медицинската сестра“ и „Акушерка“ от Филиал Сливен на МУ-Варна за работа в детска ясла с деца от уязвими групи.*

Материали и методи: *Обект на наблюдение са 64 студенти от специалностите медицинска сестра и акушерка от III и стажанти- IV курс при Филиал Сливен на МУ-Варна.*

Резултати и обсъждане: *Проведеното проучване показва цялостно добро отношение и желание от страна на студентите за работа в детска ясла с деца от уязвими групи.*

Ключови думи: *детска ясла, студенти, деца от уязвими групи.*

SUMMARY

Introduction: *Children's life and health protection is a priority for healthcare. Nursery school is a very important part of children's healthcare system.*

Purpose: *The purpose of this scientific work is to study Medical University - Varna, Sliven Branch, Nursing and Midwifery students' readiness to work in a nursery school with children from vulnerable groups.*

Materials and methods: *64 students from Nursing and Midwifery majors – Year 3 as well as trainees – Year 4 from the Medical University - Varna, Sliven Branch, have been placed in the scope of this survey.*

Results and conclusions: *The study shows overall good attitude and willingness of students to work in a nursery with children from vulnerable groups.*

Key words: *nursery, students, children from vulnerable groups.*

ВЪВЕДЕНИЕ:

В контекста на най-новата история на България животът на някои общности коренно се промени. Немалка част от представителите на уязвимите групи са безработни и необразовани. Ниската обща култура се изразява съответно в ниска здравна култура. Тя от своя страна води до често боледуване на децата и възрастните от тези общности. Изследване на Българската асоциация по семейно планиране (БАСП) установява, че средно за страната се раждат повече от 4000 нежелани деца годишно, деца които нямат равен старт в живота и са изложени на глад, лишени са от образование и са с неясно бъдеще (*9*). Те попадат в уязвимите групи. Уязвими са всички групи деца, застрашени от изключване – жертви на насилие, работещи деца, деца – имигранти и емигранти, деца – бежанци, деца от етнически и религиозни малцинства, разселени деца, деца от зони на конфликти, безпризорни деца, деца от бедни семейства, деца – сираци, хронично болни, деца, инфектирани с вируси на трудно лечими болести (1).

Опазването здравето и живота на децата е приоритетна задача на здравеопазването. Детската ясла е важно звено в системата на детското здравеопазване. В нея се осъществява отглеждането, възпитанието и обучението на децата от екип – медицински сестри, акушерки и педагог на деца до три годишна възраст. Затова е необходимо студентите от специалностите „Медицинска сестра“ и „Акушерка“ , в процеса на обучението във висшето училище да формират професионални качества за работа с деца, необходими за оказване на ефективни и качествени здравни грижи в условията на детската ясла. Ел. Желева определя методиката на практическото обучение на медицинските специалисти като „научно обоснована съвкупност от средства, форми, методи и педагогически техники за целесъобразно организиране и оптимално реализиране на специфичния учебен процес във висшето медицинско училище. Тя се основава на теорията на обучението и теорията на възпитанието и осигурява базисна професионална подготовка на студентите от специалност „Здравни грижи” (6) Посредством тази методика преподавателите планират, организират и провеждат обучението по „Клинична практика” и „Преддипломен стаж“, така че то оптимално да подготви студентите за крайната им цел – изграждане на професионалните им отговорности и компетенции.

За по-лесното адаптиране на децата към средата на детската ясла са отговорни специалистите по здравни грижи.Периодът на приспособяване на малките деца към условията и начина на живот в детското заведение е важен. Той е труден както за детето, така и за неговите родители. „Оптималното приспособяване на детето към новите условия осуетява стресовете, кризите, травматизирането, задържането в неговото развитие и осигурява непрекъснато усъвършенстване на знанията, уменията, изява на способностите му. Като особено важно условие за избягване на усложненията по време на адаптацията е необходимо осигуряването на плавен преход на детето от семейството в детската ясла“ (8). През този плавен преход медицинските сестри и акушерки, дават указания за предстоящата адаптация в детската ясла. Ролята и задълженията им са представени в Длъжностната им характеристика. Техни задължения са определянето на: хранителния режим , вида на храните и начина на приготвянето им.Те организират регулярни посещения в детската ясла, запознава детето и неговите родители с режима, помещенията, където ще бъде отглеждано, запознава ги с другите деца и помощния персонал. Провеждат срещи с педагога и психолога.Храненето в детската ясла е рационално и здравословно. Това предполага правилен хранителен режим, който предпазва децата от социално значимият проблем-затлъстяване в детската възраст. Храната предлагана в яслата е по-различна от тази приготвяна в дома, което води до проблеми с храненето и съответно удължаване на адаптацията. Съвременните млади майки хранят децата с така наречените „бързи храни“, съдържащи много въглехидрати. Увеличеният хранителен прием е най-честата причина за затлъстяване. Детското затлъстяване нерядко се подминава като незначителен проблем. Родителите нямат адекватна преценка за проблема с наднорменото тегло при техните деца.Здравния специалист е този, който трябва да насочи вниманието към този проблем младите родители. Според Жлязкова М. „ …не са повсеместни и категорични резултати от провежданите в България мерки за превенция на затлъстяването при деца. Важни са акцентите за придобиване на хранителни предпо-

читания.“ (7). Тези предпочитания трябва да се формират още от най-ранно детство, в детската ясла. Напълно основателно, повечето автори поставят във водеща позиция за решаването на проблема с адаптацията на детето към условията на детската ясла изискването за единодействие на екипа в яслата, и по отношение на:

• създаването на безопасна здрава среда;

• създаването на защитена среда;

• осъществяването на ефективно взаимодействие между възрастен и дете, дете и дете, детска ясла – семейство;

• осъществяването на процес за научаване на детето в и чрез играта;

• осигуряването на ефективна професионална грижа за децата (5).

Според Джеджева П., …средствата за индивидуална защита намаляват, но не елиминират напълно риска от заразяване. Необходима е информираност за безопасна работна среда… (4). Особено актуална е информираността за безопасна работна среда при извънредната обстановка на COVID-19. Информираността и отговорността са важна и неделима част от работата с деца. Отговорният подход е присъщ на медицинските сестри и при избор на професионална кариера, според резултатите от проучване на А. Георгиева и Н. Нури (3). Според Георгиева А. и кол. (2016) ... „положителните нагласи на бъдещите медицински специалисти за работа с деца са гаранция за успешното изпълнение на една от приоритетните дейности на съвременното ни здравеопазване – здравните грижи за децата“ (2). Същевременно, недостигът на медицински сестри, в това число и на педиатрични, е сериозен проблем на национално и международно ниво (10). Поради това, проучването на нагласите на студентите медицински сестри за работа с деца, според според Георгиева А. и кол. (2016) има важно научно и практическо значение (2).

ЦЕЛ:

Научното съобщение има за цел да изследва готовността на студентите от специалност „Медицинската сестра“ и „Акушерка“ от Филиал Сливен на МУ-Варна за работа в детска ясла с деца от уязвими групи.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ:

Обект на наблюдение са 64 студенти от специалностите медицинска сестра и акушерка от III и стажанти- IV курс при Филиал Сливен на МУ-Варна. Разработена е анкетна карта, която да проучи готовността на студентите за работа с деца от уязвими групи в детската ясла. Проведена е пряка индивидуална анкета, включваща 10 въпроса.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ:

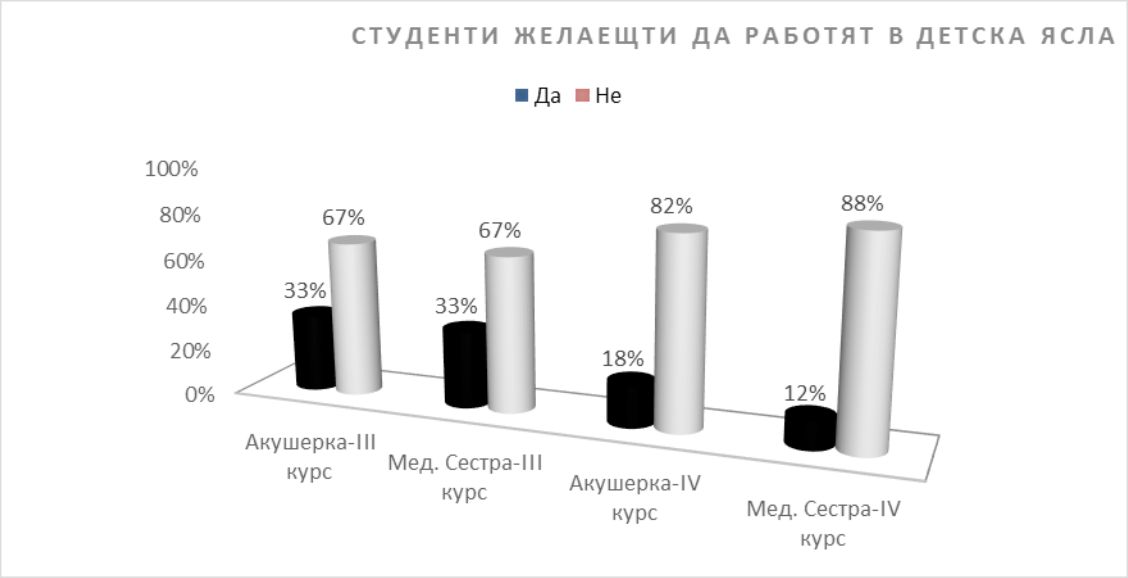
Бяха анкетирани по еднакъв брой студенти по 32 от двете специалности- III и IVкурс, обучаващи се в филиал Сливен на МУ-Варна (Табл.1.).

Табл.1. Разпределение на студентите по курс и специалност.

Специалност	**Брой студенти III курс**	**Брой студенти IV курс**	**Общ брой**
Медицинска сестра	15	17	32
Акушерка	18	14	32

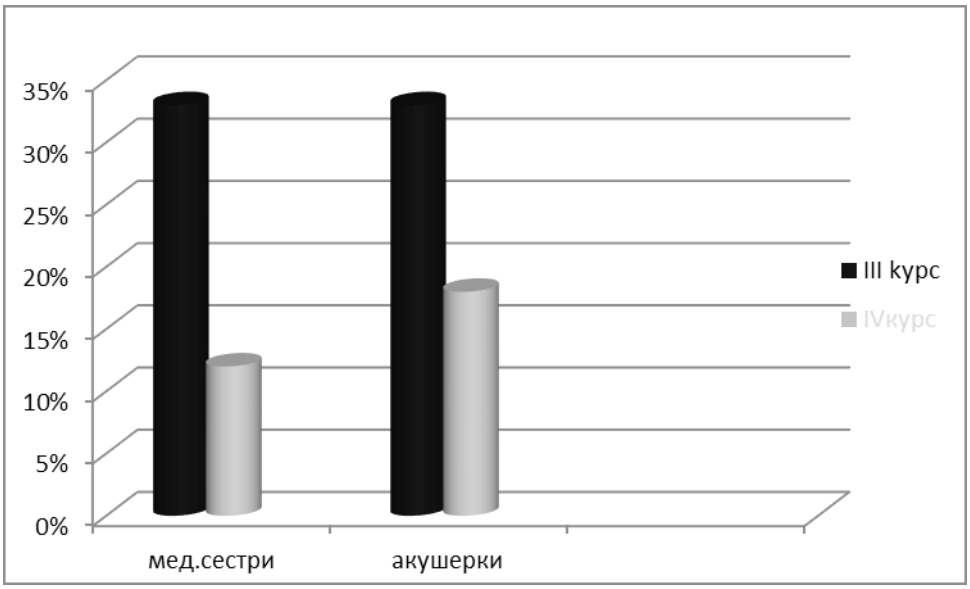
На въпроса свързан с желанието дали искат да работят в детска ясла, 50% от мед. с-ри и 48% от акушерките са посочили,че биха работили. И от двете специалности III курс имат по-голямо желание да работят в детска ясла,сравнени с дипломантите от IV курс .

Получените резултати са логични и обясними. По-малка част от стажантите от четвърти курс са посочили,че не могат да работят с деца.Те са имали по-голяма възможност и по-дълго време да работят по време на преддипломния стаж в отделенията в болницата и имат по-голям интерес и желание да работят в тях. (Фиг.1а.).



Фиг.1 Студенти желаещи да работят в детска ясла-разпределени по курсове.

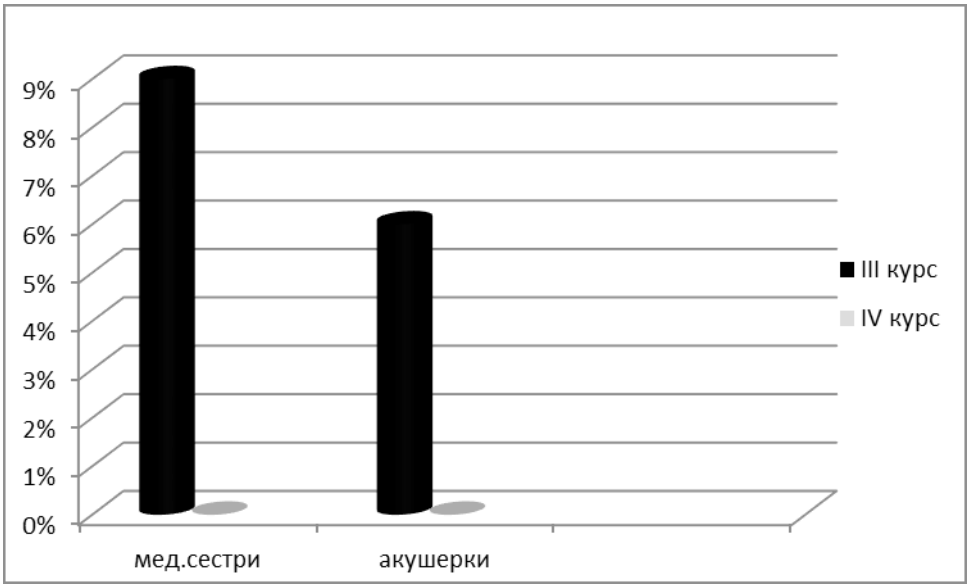
От студентите специалност „Медицинска сестра“- IV курс, 12 % споделят, че биха започнали работа в детска ясла и биха работили с деца от уязвими групи, но имат нужда от допълнителнно запознаване с проблемите на тези деца. При специалност „Акушерка“ процента е по-голям-18%. Еднакъв е процентът на студентките от III курс двете специалности-33% (Фиг.2).



Фиг.2. Студентки желаещи допълнително запознаване с проблемите на деца от уязвими групи.

По време на четири годишния курс на обучение, съгласно учебния план се изучават от студентите дисциплини свързани с грижите за деца като Сестрински грижи в педиатрията, Сестрински грижи за здравото и болното дете, Педиатрия с неонатология, Детска педагогика, Детска психология, Сестрински грижи за деца с увреждания.

Необходимост от допълнително обучение по учебните дисциплини: „Детска педагогика“ и „Детска психология“ желаят 9% от специалност„Медицинска сестра“- III курс и 6% от специалност „Акушерка“ III курс. Студентите от IV курс от двете специалности, не желаят допълнително обучение (Фиг.3).



Фиг.3. Необходимост от допълнително обучение по учебните дисциплини: „Детска педагогика“ и „Детска психология”.

ИЗВОДИ:

Доказа се 100% готовността на студентите, които желаят да работят в детска ясла за работа с деца от уязвими групи.

18% от студентките със специалност „Акушерка“ и 12% от специалност „Медицинска сестра споделят, че им е необходимо допълнително обучение и запознаване с проблемите при децата от уязвимите групи, посещаващи детска ясла.

Прави впечатление,че само студенти от III курс желаят допълнително обучение по учебните дисциплини: „Детска педагогика“ и „Детска психология“.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Проведеното проучване на готовността на студентите за работа в детска ясла с деца от уязвими групи показва цялостно добро отношение и желание за подобна работа. Почти половината от студентите имат желание да започнат работа в детска ясла.Относително малка част от анкетираните студенти IV курс - 12 % от специалност „Медицинска сестра“- и 18% специалност „Акушерка“ и 33% от III курс от двете специалности от споделят, че биха започнали работа в детска ясла и биха работили с деца от уязвими групи, но имат нужда от допълнително запознаване с проблемите на тези деца. Това, въпреки че е субективна преценка, може да се тълкува като добра оценка за наученото по време на професионалното обучение. Подобна е ситуацията и с допълнителното обучение по дисциплините „Детска педагогика“ и „Детска психология“, от каквото имат малък процент само студентите от III курс. Все пак, резултатите показват, че насочено допълнително обучение е необходимо, за да се подобри работата с деца от уязвими групи в детските ясли.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бяла книга: ефективна подкрепа чрез социални услуги за уязвимите групи в България.Основни принципи.Стратегически документ 2009 Платформа „Социални Политики“,София

2. Георгиева А., и кол., Нагласи на медицинските сестри за работа с деца, Варненски медицински форум, том 6, 2016, прил. 3, с. 84 – 87. ISSN 1314-8338

3. Георгиева А., Н. Нури, Мотиви за професионална ориентация на студентите медицински сестри, Сборник с доклади и резюмета от XII-та Юбилейна Национална научна сесия за студенти и преподаватели „65 години Медицински колеж - Плевен”, 10-11. 10.2013г, ИЦ-МУ-Плевен, 2014, с.185-189. ISBN 978-954-756-150-2

4. Джеджева П., Използване на лични предпазни средства в сестринската практика, Трета Национална конференция „Общественото здраве – капиталът на бъдещето“, Медицински университет – Пловдив, 30 май-01 юни 2019 г. , „Здравна политика и мениджмънт“, Факултет по обществено здраве при МУ София, том 19, № 2, с. 132 – 135, ISSN 1313 – 4981

5. Драгошинова, Р., В.Манова-Томова,Ю.Митева и Р.Арнаудова (1987). Психология и педагогика на ранното детство. София., с.211.

6. Желева, Е. 2008. Методика на практическата подготовка на медицинските специалисти. Габрово. Изд. ”ЕКС-ПРЕС”, с. 13.

7. Желязкова, М. и колектив, „Детското затлъстяване като рисков фактор за развитието на детския диабет“. Варненски медицински форум, том 5,2016, приложение 3,стр.27 8. Ларионова, Г., А. Данюкова, Е.Каралашвили и О. Смукова (2003). Работа с детьми раннего возраста в период адаптации к ДОУ. Сп. Управление дошкольным образовательным учреждением, №3.

9. Методическо ръководство за предоставяне на услугите „Формиране и развитие на родителски умения” и „Семейно консултиране и подкрепа” Сдружение „Институт по социални дейности и практики“ в партньорство със Сдружение „Дете и пространство“. 10. Happell, B. Student Nurses‘ Interest in Working With Children. Journal of the Society of Pediatric Nurses. 2000; 5 (4) :167-73.

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

Живка Маргосян

Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна,

Филиал Сливен, Катедра по здравни грижи

ул. „Ген. Столетов” 30

Електронна поща: zhivkamargosyan@abv.bg

МОДЕЛ ЗА ИНТЕГРИРАНА ГРИЖА ЗА ДИАБЕТНО БОЛНИ ДЕЦА И ЮНОШИ

Мариана В. Желязкова

MODEL FOR INTEGRATED CARE FOR DIABETIC CHILDREN AND ADOLESCENTS

Mariana V. Zhelyazkova

Интегрираната грижа се фокусира върху осигуряване на максимално добро здраве на децата, превенция на диабета и осигуряване на физическа, психическа, емоционална и социална подкрепа на семействата, децата и юношите. Целта на настоящото изследване е да се разработи модел на интегрирана грижа за диабетно болни деца и юноши. Материал и методи: Чрез анонимни анкетни карти са обхванати общо 4 070 лица. Използвани са сравнителни, вариационни и корелационни анализи. Резултати: Образователните потребности на диабетно болните варират според пациентите и в различните възрастови групи. Заключение: Резултатите от анализа, установените пропуски в информираността на децата и техните родители, показват необходимост от създаване на специализирана структура, която удовлетворява и покрива нуждите от профилактика, превенция и лечение на деца, рискови за развитие на заболяването.

Integrated care focuses on ensuring the best health of children, preventing diabetes and providing physical, mental, emotional and social support to families, children and adolescents. The aim of the present study is to develop a model of integrated care for diabetic children and adolescents. Material and methods: A total of 4,070 persons are covered by anonymous questionnaires. Comparative, variational and correlation analyzes were used. Results: The educational needs of diabetics vary according to patients and in different age groups. Conclusion: The results of the analysis, the identified gaps in the awareness of children and their parents, show the need to create a specialized structure that meets and covers the needs of prevention, prevention and treatment of children at risk of developing the disease.

Ключови думи: *модел, интегрирана грижа, деца, диабет.*

Key words: *model, integrated care, children, diabetes.*

ВЪВЕДЕНИЕ:

Захарният диабет е едно от най-прогресивно нарастващите хронични заболявания на 21-ви век. Здравето на обществото започва от здравето на децата и зависи от въздействията на различни събития на ниво население, рисковете на ниво индивид и като цяло от развитието на системата на здравеопазване у нас. Съвременната медицинска практика определя заболяването като важен рисков фактор за развитие на тежки инвалидизиращи усложнения, изискващи значителни икономически разходи.

Здравето на обществото започва от здравето на децата и зависи от въздействията на различни събития на ниво население, рисковете на ниво индивид и като цяло от развитието на системата на здравеопазване у нас.

Изследователите в областта на заболяването, разкриват значителни доказателства, които потвърждават, че поведението и начина на живот, свързани със затлъстяването и захарен диабет тип

2, се установяват в детска възраст и трудно се променят до зряла възраст (5). Утвърждаването на здравословни хранителни навици е от съществено значение за предотвратяването на появата на захарен диабет тип 2 при деца с висок риск от развитие на заболяването. Консумацията на захар, подсладени напитки, диети с висок енергиен прием, намалена консумация на влакна, плодове и зеленчуци, пропускане на хранения или чести хранения се свързват със затлъстяването и риска от развитие на захарен диабет тип 2 (5, 6).

Захарният диабет може да бъде контролиран с подходящи грижи, обучение и съвременно лечение. Опитът на водещите страни показва, че ранната диагноза, ефективната профилактика и лечение на диабета и неговите усложнения, както и обучението на пациентите са от съществено значение за ограничаване на заболеваемостта, на появата и прогресирането на усложненията, на инвалидността и смъртността. Това би довело до подобряване на качеството на живот на хората с диабет и значително снижаване на разходите за заболяването. Според Асоциацията на децата с диабет, 20 години по-рано захарен диабет тип 2 е наблюдаван само в 1-2 % от децата, но сега в някои страни 80% от случаите на новооткрит диабет в детска възраст са тип 2 (1).

Медицинската практика показва, че ранната диагноза, ефективната профилактика и лечение на заболяването, както и обучението на пациентите са от съществено значение за ограничаване на заболеваемостта, на появата и прогресирането на усложненията, на инвалидността и смъртността (1).

Здравната информираност, относно спазване на строг диетичен режим и нормализиране на телесното тегло е в приоритетите на медицинската сестра. В партньорство с пациентите и техните семейства е необходимо да се насочват грижите и дейностите към (4):

- поддържане на оптимално телесно тегло;
- максимална физическа активност;
- балансирано и рационално хранене.

Пациентите трябва да бъдат обучени по отношение на адаптирането към балансирана диета, механизмите за контрол на теглото, значението на ежедневното практикуване на физическа активност, симптомите на хипогликемия и хипергликемия и подхода, осигуряващ баланс между приема на храна и количеството дневно лекарство и активност, редовно посещение при офталмолог и изследване на бъбречната функция (3).

Интегрираната грижа се фокусира върху осигуряване на максимално добро здраве на децата, превенция на патология и осигуряване на физическа, психическа, емоционална и социална подкрепа на семействата, децата и юношите.

Правилният образователен подход, насочен към индивидуалните потребности, съобразени със здравната грамотност и активно ангажиране на пациента ще спомогнат за по-отговорно отношение към собственото здраве и по-голяма независимост (2).

ЦЕЛ:

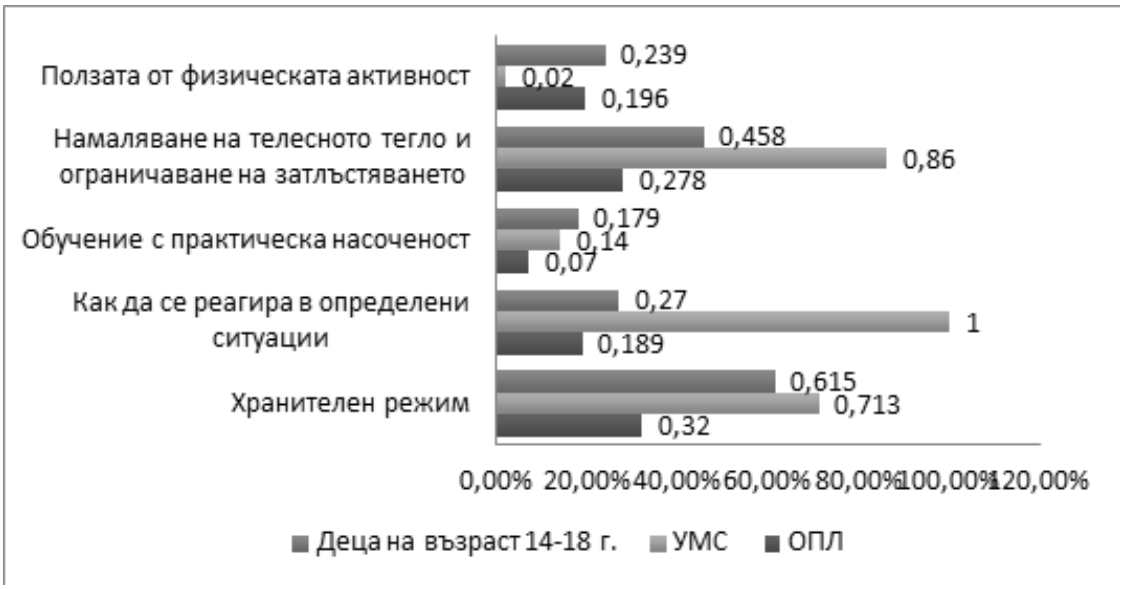
Целта на настоящото изследване е да се разработи модел на интегрирана грижа за диабетно болни деца и юноши.

Методи на проучването: Чрез анонимни анкетни карти са обхванати общо 4 070 лица: Деца – 2 100, на възраст 14 – 18 години; Родители – 1 070, от които Родители на деца, при които е установено заболяване захарен диабет – 170 и Медицински специалисти – 900, от които общопрактикуващи лекари – 750 и медицински сестри, работещи в училища – 150. Използвани са сравнителни, вариационни и корелационни анализи.

ОБСЪЖДАНЕ И РЕЗУЛТАТИ:

Образователните потребности на диабетно болните варират според пациентите и в различните възрастови групи. Единственото общо и при трите групи е обучението в посока хранене (32,00 % за общопрактикуващи лекари , 71,30 % за училищни медицински сестри и 61,50 % за деца на възраст 14-18 г.) и намаляване на телесното тегло и ограничаване на затлъстяването (27,80 % за общопрактикуващи лекари, 86,00 % за училищни медицински сестри и 45,80 % за деца на възраст 14-18 г.). Обучението с практическа насоченост е по-важно за медицинските сестри и децата (съответно, 14,00 % и 17,90 %), докато само 7,00 % от общопрактикуващите лекари подкрепят това направление.

Анализът на резултатите от проучването на мнението на специалистите (ОПЛ и УМС) и децата на възраст до 14-18 г. показа, че има съществена разлика относно направленията, в които има нужда от провеждане на обучение, свързано със заболяването (Фиг. 1).



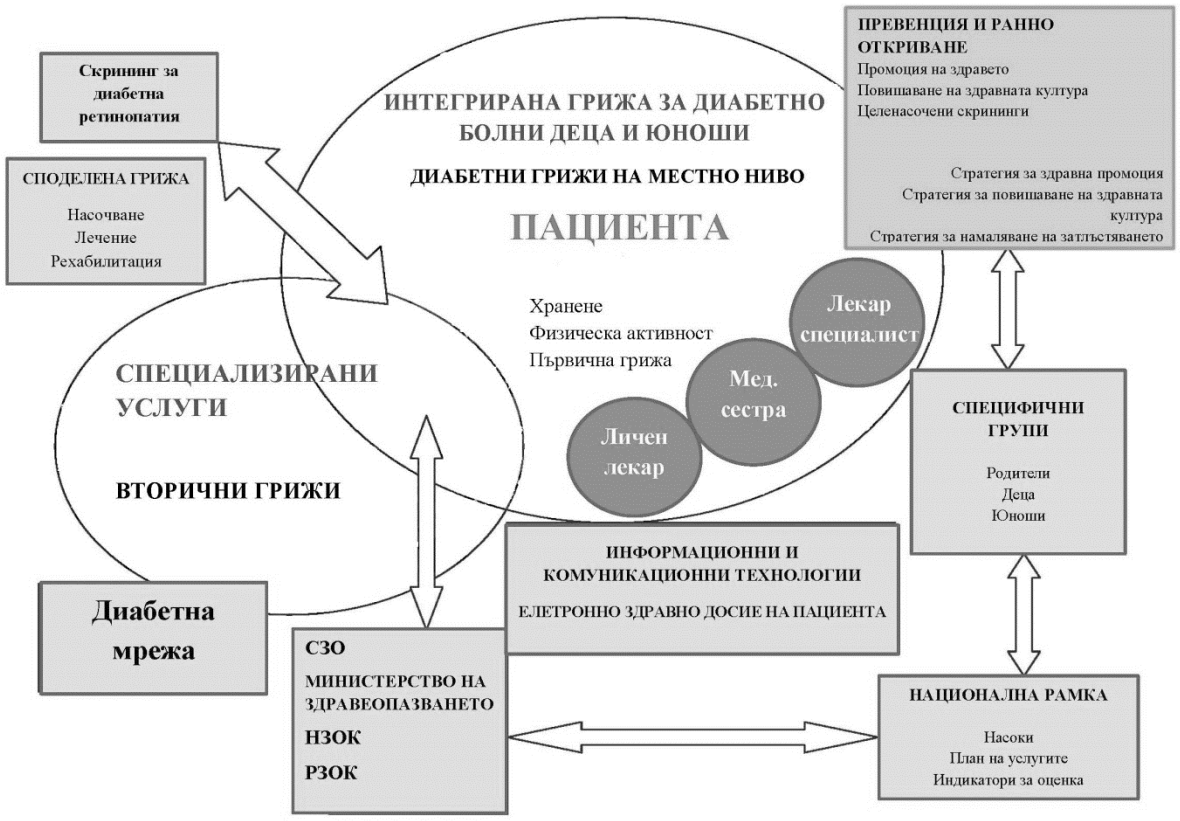
Фиг. 1 Тематични области за обучение на децата и техните семейства относно заболяването „Захарен диабет“.

Обучението с практическа насоченост е по-важно за медицинските сестри и децата (съответно, 14,00 % и 17,90 %), докато само 7,00 % от ОПЛ подкрепят това направление.

Ползата от физическата активност е предпочетена предимно от ОПЛ и децата на възраст 14-18 г. (съответно 19,60 % и 23,90 %), докато само 2,00 % от УМС подкрепят обучението в тази посока.

Според анкетираните ученици, ограниченията на приема на храна, редовните хранения, непрекъснатото проследяване на кръвната захар и инжектирането на инсулин са сред основните теми, които трябва да им бъдат преподавани. Поради това училищните медицински сестри са най-квалифицираните доставчици на здравни грижи в образованието на деца с диабет, родители и учители с цел да превърнат училището в безопасно място за тези деца.

Образеца на модела за предоставяне на интегрирани грижи на деца и юноши със захарен диабет включва (Фиг. 2):



Фиг. 2. Модел за интегрирана грижа за диабетно болни деца и юноши.

Разработихме стратегии при оказване на подкрепа и помощ от медицинската сестра:

• Развитие на доверителни отношения между семейството, детето и медицинските специалисти;

• Подкрепа в определяне на приоритетите и целите в грижата за децата;

• Организиране на скринингови проучвания за оценка на риска от заболяването;

• Подкрепа и увереност в собствените сили и възможност за изграждане на доверие и партньорство;

Практически стъпки при прилагане на Модел за интегрирана грижа за диабетно болни деца и юноши:

Родителите на деца със ЗД участват в планирането и предоставянето на услуги

Достъп до информация и обучение - всяко дете с диабет трябва да има ясна представа за своето състояние и да знае къде може да намери информация за заболяването

Достъп до психологическа помощ (при необходимост)

Консултиране с диетолог след поставяне на диагнозата и провеждане на допълнителни прегледи при необходимост

Скрининг за диабетна ретинопатия (на всеки 1 – 2 години)

Организиране и провеждане на профилактични прегледи за превенция на сърдечно-съдовите заболявания

Провеждане на профилактични прегледи на състоянието, свързано със ЗД (на всеки 6 месеца) и прегледи свързани с усложненията от основното заболяване, които са включени в индивидуалния план за лечение

Включват се специалисти от различни области за предоставяне на грижи, обхващащи не само здравния, но и социалния живот на детето и неговото семейство

Разработване на индивидуален план за лечение, включващ участието на доставчици на медицински услуги в първичната помощ и участието на специалисти

Осигурен достъп до лечение на децата от високо-рисковите групи , което да е подходящо за техните нужди и свободен достъп до необходимите услуги

Лицата, оказващи грижи, трябва да притежават необходимото образование и опит в работата с деца, болни от ЗД

Лечение, ефективно и съобразено с националните и международни стандарти за добра практика

За да се постигне положителен резултат от обучението, медицинската сестра реализира изпълнението на задачи, представени на фиг. 3.

Цялостна стратегия за превенция на диабета включва:

➢ **Първична превенция:** превенция на развитието на болестта в общата популация, чрез намаляване на рисковите фактори;

➢ **Вторична превенция:** откриване на заболяването в ранен стадий - чрез целенасочен скрининг на високо-рискови групи;

➢ **Третична превенция:** лечение на установеното заболяване, ефективното намаляване появата на усложнения, и откриване на усложнения от диабет в ранен стадий.

Необходимост от програма за превенция се обуславя от:

➢ Честотата на диабет се увеличава;

➢ Затлъстяването е основен рисков фактор за диабет тип 2;

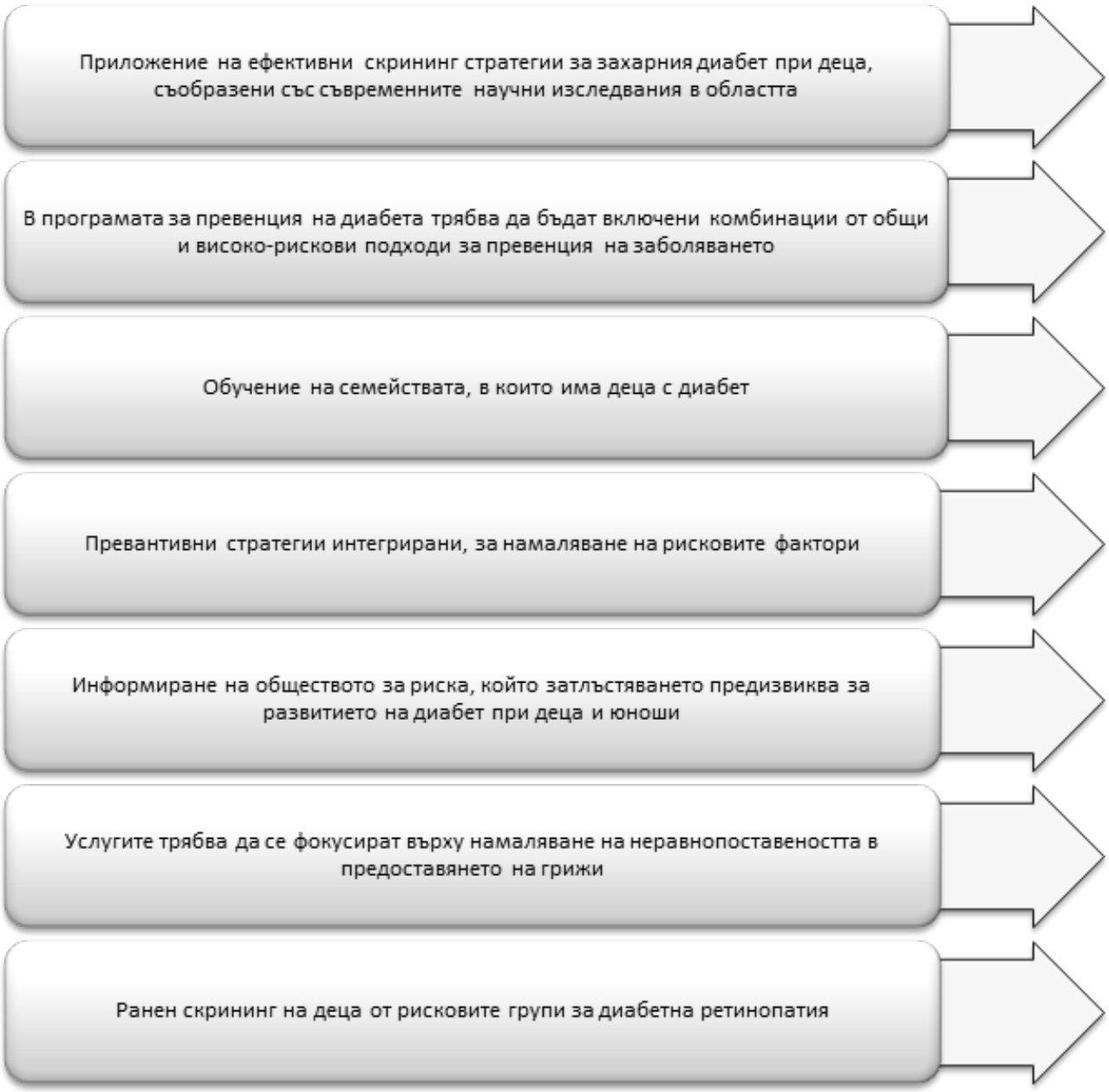
➢ Затлъстяването при децата е идентифицирано като очертаващ се проблем на общественото здраве;

➢ Изискват се действия за насърчаване на физическата активност и балансирано хранене във всички възрасти, но особено сред деца и юноши;

➢ Като задължителен елемент в програмите за превенция на диабета е образованието на пациентите и техните семейства.

Фиг. 4. Подходи в управлението на заболяването захарен диабет.

На фиг. 5 са представени стъпките, през които преминава превенцията на захарния диабет:



Основните направление в добрата здравна грижа за заболяването захарен диабет тип 2 при деца и юноши включват:

- Превенция или забавяне на развитието на диабет тип 2;
- Подобряване на здравето, свързано с качеството на живот и намаляване на усложненията при диабет тип 2;
- Информираност за превенцията, лечението и необходимите грижите за диабет тип 2;
- Грижа за специфични групи пациенти, като деца, етнически малцинства и уязвими групи.

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ:

Проучването на мнението на медицинските специалисти, децата и техните семейства, идентифицирането на потребностите на деца с риск за заболяването захарен диабет и прегледа на достъпната литература станаха основа за разработване на Модел за интегрирана грижа за диабетно болни деца и юноши.

Резултатите от анализа, установените пропуски в информираността на децата и техните родители, показват необходимост от създаване на специализирана структура, която удовлетворява и покрива нуждите от профилактика, превенция и лечение на деца, рискови за развитие на заболяването.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА:

1.Национален конгрес на Национална Асоциация на Децата с Диабет, ноември 2013

2. Dzhedzheva P., Contemporary aspects in patient health education Trakia Journal of Sciences, Vol. 18, № 3, 2020 с. 268 -273, ISSN 1313-7050 (print), ISSN 1313-3551 (online)

3.Gluckman PD, Hanson MA, Beedle AS: Early life events and their consequences for later disease: a life history and evolutionary perspective. Am J Hum Biol 2007; 19: 1–19

4.Hayes, C., Kriska, A. Role of physical activity in diabetes management and prevention. Journal of American Diet Association, 2008, 108(4), 19-23

5.Miller V.A., D.Drotar. Decision-making competence and adherence to treatment in adolescents with diabetes. Pediatr. Psycol., March 1, 2007; 32 (2).-P. 178-188

6.Reinehr T. Type 2 diabetes mellitus in children and adolescents. World J Diabetes. 2013;4:270–81

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

гл.ас. Мариана Вескова Желязкова, д.оз.

Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна,

Филиал Сливен, Катедра „Здравни грижи“

e-mail:marijel61@abv.bg

ЗАЩО БЪЛГАРСКИТЕ МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ ИЗБИРАТ ПРОФЕСИОНАЛНА РЕАЛИЗАЦИЯ В ЧУЖБИНА?

Жаклина Мирославова Илиева

Студент трети курс,

спец: Медицинска сестра

Институт: ТРУ-Медицински факултет, гр. Стара Загора

Налице са множество предпоставки за “бягството” на медицински сестри, които са придобили професионалната си квалификация в България. Най-явните са липса на условия за развитие и неадекватно заплащане - българските сестри получават най-ниското финансово възнаграждение сред страните в Европейския съюз. Една от основните причини за избора на кариера в чужда държава за бъдещи медицински сестри е гарантирано високото трудово възнаграждение. Известен факт е, че заетите в сестринската професия на българска територия са най-ниско платени в границите на Евросъюза. Това провокира недоволството на медицинските сестри и е основателна причина за множеството протести през последните две години. Една от най-обсъжданите теми по всички национални телевизии през 2019 година беше именно настояването за достойно заплащане и условия на труд, промяна в медицинските стандарти, по-високо платен нощен труд и заплащане на извънредния труд. Ако се замислим над въпроса “Защо медицинските сестри избират професионална реализация в чужбина?“, един от най-уместните отговори следва да бъде: „Защото там получават условията, за които тук са принудени да протестират“.

В наши дни интеграцията на медицинските специалисти е по-лесна от всякога. Все повече са възможностите за намиране на подходящата позиция, множество са и обявите в интернет пространството, та дори и в социалните сайтове. Например в обява за медицинска сестра в Норвегия се предлага следното: часова ставка в размер на 274 норвежки крони (27 евро), допълнителен бонус за нощни смени и извънреден труд, осигурено жилище в близост до работното място и платени самолетни билети. От младите сестри се изисква само желание и готовност за изучаване на език, като езиковите курсове отново са осигурени от работодателя. Освен социалните придобивки се предоставят и възможности за продължаващо професионално обучение, което безспорно не е никак маловажно за един специалист. Ако направим сравнение с България, такива условия и заплащане не могат да бъдат осигурени дори и във високоплатени частни болници, да не говорим за държавни лечебни заведения в слабо населени места.

Има и редица други причини, които не са толкова очевадни, но все пак не са никак маловажни в решението на българските медицински сестри да практикуват професията си в чужбина. Една от тях е порочната практика медицинските сестри да влизат в ролите на санитари, доктори и секретари и да изпълняват задължения, които не присъстват в длъжностните им характеристики. Когато направим съпоставка с условията в чужбина, ще забележим, че там нещата стоят по различен начин - отговорностите са конкретно разпределени за всеки член от лекуващия екип и се следи за стриктното им спазване от всеки кадър. Точно това позволява сестрата да си остане сестра, лекарят - лекар и т.н. Когато става въпрос за разпределение на труда и задълженията в медицинската практика, има едно златно правило, което трябва да бъде приложимо за всяка част от света. То гласи, че на един практикуващ лекар в което и да било отделение са необходими четири медицински сестри за качествено изпълнение на всички задължения по време на работната смяна. За съжаление, този стандарт в България не просто е трудно приложим, той е невъзможен. Все повече примери сочат това. Протестиращи медицински сестри, които работят в държавната болница в град Видин споделят,

че работят сами за цялото отделение. Това неспазване на критерия се наблюдава в много други населени места, където една сестра работи в две отделения едновременно поради недостиг на кадри в здравеопазването. Като резултат се наблюдава обратна версия на образеца, а именно на четирима лекари се пада една медицинска сестра в клиника. Ако направим сравнение с държава като Германия например, медицинските сестри са с работно време от 40 часа за петдневна работна седмица, като заплатата възлиза на 3467 € (близо два пъти средната за Германия). Там задълженията са разпределени между сестрите, тоест някои медицински сестри отговарят само за поставянето на системи, други - за смяната на превръзките и обработката на раните, трети са натоварени с извършване на хигиенни тоалети, подмяна на постелно бельо и т.н. Води се документация за извършените от сестрите дейности, като всички дейности са предварително назначени от лекаря.

Недоволството от лошите условия на труд е свързано не само с безкрайните дежурства, нерегламентирани задължения и физическата умора - медицинските работници в България понякога са изложени на рискове, които са резултат от неадекватни мерки за безопасност. В Дания например за заетите кадри се осигуряват всекидневно стерилни защитни комплекти за еднократна употреба- маски, ръкавици, престилки и др. Все по-очевиден става недостигът на медицински консумативи у нас, особено във времето на извънредно положение

Не е за пренебрегване и изоставането в дигитализацията, както и липсата на съвременна апаратура, които са предпоставка не само за осъвременени и по-успешни методи на лечение, но и за пестене на човешки ресурс. Медицинските работници в развитите страни от Европейския съюз разполагат с персонализирани таблети, на които водят документацията на пациентите. В нашата държава все още голяма част от документацията се изписва на ръка или чрез едно устройство за цялата клиника, използвано от всички сестри. Не можем да си затворим очите и пред липсата на апаратура - в България медицината е спряла развитието си във времето и това е вследствие точно на оскъдни средства за апаратура, технологични нововъведения и тесни специалисти. Един пример за това е случаят с неуспешната операция по разделяне на сиамски близнаци през 2017 година. През същата година в Индия, щат Одиша почти същата по вид операция е извършена успешно, в нея са участвали 40 лекари и е продължила 20 часа. Впечатляващ е не само сполучливият резултат, но и фактът, че разходите от 10 млн. рупи по извършване на процедурите са били поети от местното правителство на щата.

На последно място, но не и по важност, е отношението към медицинските сестри, които практикуват професията си в България. Липсата на признателност към професионализма им и често чисто откритата враждебност от страна на пациентите е още една предпоставка, която кара младите медицински работници да търсят съвкупност от по-добри условия за труд, възнаграждение и развитие извън родината. В България думата „благодаря“ е изключителна рядкост. Дали това е следствие от манталитета на населението ни тук е въпрос без ясен отговор, но е факт, че българските медицински сестри се приемат за даденост от пациентите и ролята им се омаловажава.

Предвид всички изложени аргументи са доста любопитни резултатите от анонимна анкета, която проведох сред обучаващите се за медицински сестри в Медицински факултет, град Стара Загора. 70% от анкетираните посочват, че искат да практикуват специалността си в България, докато 30% отбелязват, че предпочитат реализация извън страната. Най-посочвани са страните Великобритания и Германия от избралите пътя към чужбина. Голяма част от избралите България излагат като причина желанието да дадат своя обществен принос в родината, други не искат да бъдат далеч от семейството и близките си, а трети избират нашата държава, водени от убеждението, че камъкът си тежи на мястото. Каквато и да е причината, обнадеждаващо е, че все още има млади бъдещи сестри, които избират професионално бъдеще в България. За всички остава надеждата, че един ден животът за българските медицински сестри ще бъде по-добър!

ИЗТОЧНИЦИ:

https://btvnovinite.bg/bulgaria/obshtestvo/razdeljaneto-na-siamskite-bliznaci-ot-sliven-anatomichno-nevazmozhno.html

https://dariknews.bg/novini/sviat/unikalna-operaciia-po-razdeliane-na-siamski-bliznaci-v-indiia-snimkivideo-2046171

https://offnews.bg/zdrave/analiz-lekarite-i-sestrite-u-nas-sas-zaplata-pod-srednata-za-stranata-731389.html

https://fakti.bg/biznes/420971-zashto-medicinskite-sestri-vse-po-chesto-predpochitat-da-rabotat-v-chujbina

ЕЛЕКТРОКОНВУЛСИВНА ТЕРАПИЯ – ПОКАЗАНИЯ, ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ПОДГОТОВКА, АСИСТИРАНЕ И НАБЛЮДЕНИЕ НА ПАЦИЕНТА

Автори: М. Стоичкова[1], Д. Миликина[2]

[1] студент,4-ти курс, специалност „медицинска сестра“

[2] преподавател, Катедра „Здравни грижи“

Медицински Университет – София, Факултет по обществено здраве

Катедра по здравни грижи, България

Електроконвулсивната терапия (ЕКТ) е официално признат метод на лечение в психиатрията.

Чрез специален апарат, посредством специални електроди, през слепоочните кости се провежда електрически ток с напрежение 90-120 V за части от секундата. Внезапно се предизвиква епилептиформен гърч с изразена тонична и клонична фаза и с последваща кома. Счита се, че терапевтичният ефект се дължи именно на произведения генерализиран припадък. След излизане от комата пациентите нямат спомен от преживяното непосредствено преди и по време на гърча.

Честотата на прилагане, общият брой процедури и продължителността на електроконвулсивната терапия (ЕКТ) са индивидуални в зависимост от всеки конкретен клиничен случай. Обичайно курсът на лечение включва 8-12 процедури, обикновено два пъти седмично. В изключително тежки случаи е възможно да се прилага и ежедневно. При някои пациенти се провежда и поддържащ курс на лечение един път месечно.

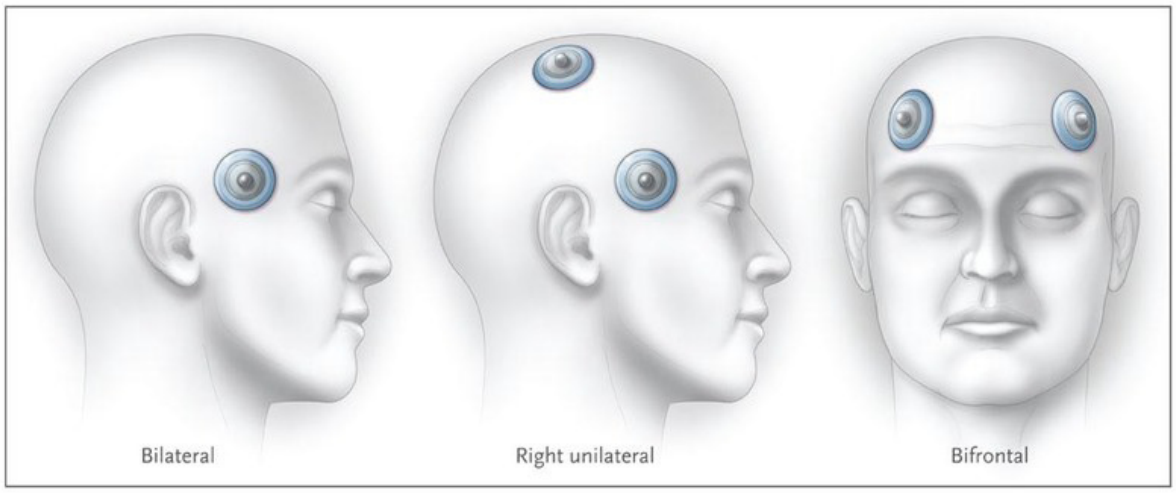
Видове електроконвулсивна терапия

• **Билатерална ЕКТ** се извършва чрез два електрода, които се поставят върху двете слепоочия на пациента. В България се прилага този метод, тъй като има по-бърз ефект на лечение.

• **Унилатерална ЕКТ:** Единият от електродите се поставя върху едното слепоочие, а другият се поставя върху темето на същата страна.

• **Суха (нативна) ЕКТ:** Провежда се без наркоза, като непосредствено преди процедурата се поставя захапка между челюстите на пациента. Този метод не се прилага.

• **ЕКТ под защита на миорелаксанти:** Този метод се извърша под пълна наркоза, веднага след което се въвежда миорелаксант. Задачата на миорелаксанта е да блокира нервно-мускулното предаване, за да се намали гърчовата симптоматика. Чрез това намаляване на гърчовите симптоматики се намалява възможността от различни луксации и фрактури при пациенти със силна мускулатура.



Индикации за лечение с електроконвулсивна терапия

Електроконвулсивната терапия е запазен метод в психиатрията, прилаган при определени групи пациенти. Това е един от най-бързите начини за овладяване симптомите при пациенти със силно изразена депресия, халюцинации и суицидни мисли. Процедурата е много резултатна и при пациенти, страдащи от манийни състояния с психотична объркаост, злокачествен невролептичен синдром и тежка анорексия.

Контраиндикации за лечение с ЕКТ

При прилагането на електроконвулсивна терапия не съществуват абсолютни контраиндикации, но се формулират високорискови фактори, при които не бива да се прилага ЕКТ:

- Интракраниална неоплазма с повишено вътречерепно налягане
- Наличие на пресен миокарден инфаркт
- Аневризма на мозъчен съд
- Бременност
- Наличие на сърдечен пейсмейкър
- Наличие на остро соматично заболяване
- Странични ефекти при лечение с ЕКТ

Като всеки терапевтичен метод и електроконвулсивната терапия крие своите рискове. Рисковете от нелекуваната тежка депресия са значително повече и по-тежки от рисковете от провеждането на електроконвулсивна терапия.

В някои случаи медикаментозната терапия може да доведе до идентични или дори по-тежки странични ефекти.

Много от рисковете и страничните ефекти всъщност са свързани с неправилна употреба на апаратурата или неправилно обучен персонал, неправилно поставяне на електродите, неподходяща честота на електрическите импулси и други.

При прецизно изпълнение рисковете от тежки странични ефекти са минимални. Обикновено са налице някои от следните странични ефекти, някои от които са бързопреходни и отшумяват в рамките на часове до минути, но други имат по-трайни следи:

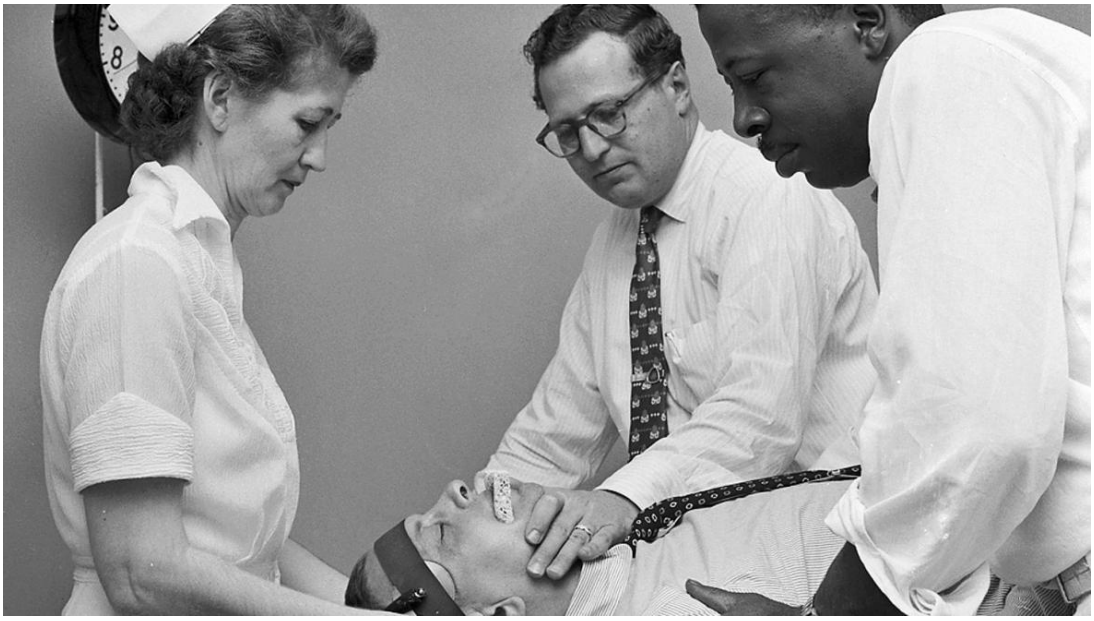
• Объркаост: поради използването на обща анестезия, след събуждане много голям процент от пациентите са объркани за време и място, нямат спомен как са попаднали в лечебното заведение, като обикновено в рамките на няколко минути до няколко часа състоянието им се нормализира.

• Нарушения в паметта: отново във връзка с анестезията, но и с естеството на самата манипулация (особено при билатерална електроконвулсивна терапия) се наблюдава загуба на памет относно събития, случили се известен период преди процедурата (дни, седмици, месеци).

• Физически нежелани ефекти: при някои пациенти се описват болки в челюстите, главоболие, гадене, миалгия (мускулни болки), като при продължаващ болков синдром могат да се приложат подходящи обезболяващи средства за подобряване комфорта на пациентите.

• Тежки усложнения: макар и рядко е възможна промяна в сърдечния пулс и кръвно налягане (обикновено е налице повишение), а в редки случаи се описват и тежки сърдечни увреждания (особено при по-възрастни пациенти с подлежащи увреждания на сърдечно-съдовата система)

Ефективността на терапията зависи от състоянието и индивидуалните особености на всеки конкретен пациент. Някои остават изключително доволни след курса, докато други виждат повече негативи отколкото позитиви в терапията.



Медицинската сестра участва активно в подготовката на пациента преди ЕКТ.

НЕОБХОДИМИТЕ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ЕКТ СА:

• Табличка с всичко необходимо за извършване на мускулна и венозна инжекция

• Спринцовки 2ml, 5ml, 10ml

• Съответните медикаменти:

- Atropin sulfas 1ml 1mg amp.
- Lystenon 5ml 1% amp.
- Thiopental 1g fl.
- Pyramem 10ml amp.
- Sol. NaCl 0.9%

• Контактен гел или хипертоничен водно-солеви разтвор

• Апарат за ЕКТ

• Подвижен удължител за включване на апарат

• Саморазгъващ се балон тип „Амбу“

• Бинт, лигнин, ножица- за подготовка на захапки

• Компрес- подложка при саливация

• Подвижни контейнери за биологични отпадъци

ИНСТРУКЦИИ ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЕКТ

1. Задължително е, пациентът да е попълнил информирано съгласие за провеждане на процедурата.

2. Извършване на задължителната подготовка на пациента- изследване на кръв, урина, ЕКГ, ЕЕГ, консулатация с офталмолог и интернист.

3. Трябва да се обясни на пациента, че не трябва да се храни 6 до 8 часа преди процедурата, за да се предотврати аспириране на несмляна храна по време на терапията.

4. Предварително да е подготвено всичко необходимо за извършване на ЕКТ.

5. Стриктно трябва да се наблюдава пациента за прием на храна и вода преди процедурата.

6. Задължително пациента трябва да изпразни неговите тазови резервоари, за да се предотврати неволно изпускане, по време на анестезията или при отпускане на мускулатурата.

7. Ако пациента има ценни вещи, медицинската сестра може да ги съхрани, тъй като може да възникне амнезия.

8. Пациентът не трябва да носи силен грим или лак за нокти.

9. Не трябва да има украшения на главата, тъй като може да има контакт с електродите.

10. Медицинската сестра измерва и регистрира жизнените показатели преди процедурата, за да има база за сравнение.

11. Трябва да се осигури помещение, което да е уединено и топло, за да може пациента да бъде бос и леко облечен.

12. Трябва да се отстранят подвижните зъбни протези на пациента, за да не се задави.

13. Осигуряване на обездвижване на големите стави, за да се избегнат луксации и фрактури.

14. За да се разбере дали има добра релаксация е нужно да се наблюдават пръстите на краката. Единственият признак може да бъде ритмичното потреперване на палеца на крака.

15. След като приключи процедурата, медицинската сестра трябва да настани пациента в подходящо положение в леглото и да се завие с одеало.

16. Медицинската сестра трябва да остане с пациента с лице към него, за да го наблюдава и когато се събуди да види познато лице.

17. След като се събуди, медицинската сестра се обръща към пациента по име и му припомня коя е и къде се намира, за да може да се ориентира.

18. Медицинската сестра отново измерва и регистрира жизнените показатели на пациента, за да се убеди, че са в норма.

19. Хубаво е, пациента да закуси след процедурата.

20. Ако пациента има силно главоболие или болки в мускулите, може да му се предложи аналгетик.

21. Една от най-важните задачи на медицинската сестра е да документира цялата завършена процедура.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА:

Ламбрева Д., Психиатрично сестринство, София, 2013

https://www.psychiatry.org/patients-families/ect

АКТУАЛНО СЪСТОЯНИЕ НА СЕСТРИНСТВОТО И СЕСТРИНСКИТЕ ГРИЖИ - ГОТОВНОСТТА НА МЛАДИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ ДА УПРАЖНЯВАТ ПРОФЕСИЯТА СЛЕД ЗАВЪРШВАНЕ НА ВИСШЕТО СИ ОБРАЗОВАНИЕ

Деница Димитрова - студентка III курс, специалност "Медицинската сестра",
Медицински факултет, Тракийски университет Ст. Загора

РЕЗЮМЕ:

В България специалността медицинска сестра се упражнява от хиляди медицински професионалисти и все пак страна ни се намира в критичен период по отношение на осигуреността с медицински сестри. Професията губи своята привлекателност и кара все повече млади специалисти да се реализират извън страната, заради ниското заплащане, недостатъчния брой специалисти, което пfражда напрежение и стрес на работното място не само между пациентите и медицинските сестри, а и в целия болничен екип. И тъй като професията е динамична тя се изменя още от самото си възникване, като все повече се налага нуждата от това медицинската сестрата да притежава не само необходимите морални и човешки качества, но също така и голям арсенал от професионални качества, комуникативни и социални умения, за да може да изпълнява добре задълженията си и да предоставя качествени здравни грижи и образование не само на болните в стационара, но и на обществото включващо малки деца, възрастни хора и малцинствени групи.

ЦЕЛ:

да се представят съвременните схващания, модели и позиции на медицинските сестри.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ:

Представено е проучване сред студентите обучаващи се по специалността и тяхното виждане относно удовлетвореността и мотивацията им да изпълняват сестринската професия.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ:

Резултатите показват относително ниски нива на удовлетвореност сред младите сестри, което най-често се дължи на ниското заплащане, трудната реализация и развитие и условията на труд.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сестринството като такова е прекрасна и благородна професия, а защо не и призвание, но проблемите пред които е изправено налага на медицинските специалисти ежедневно да се сблъскват с неудовлетвореност, психическа и физическа умора, чувство на малоценност и желание за работа в чужбина или прекратяване на сестринската си длъжност.

***Ключови думи**: медицинска сестра, реализация, заплащане, работна среда*

В началото на 20 в. традиционното сестринство се е опирало на няколко основни схващания, които определяли, че добрата медицинска сестра трябва да бъде „честна, целомъдрена, трезвомислеща, заслужаваща доверие, спокойна, морално чиста и скромна.

Според забележителната Флоранс Найтингел сестрата е трябвало да има три вида квалификация: научна техничаска и сърдечна, както и да притежава интелигентност и физическа и морална издръжливост**.{5}**

Днес работата на сестрата е много по- комлексна и се оказва, че за да бъде добър специалист от нея се изискват много повече познания и качества, които се изграждат и натрупват както през периода на обучение на младите специалисти, така и през цялата им кариера като обучени здравни работници. На базата на тези схващания е изработена и новата дефиниция зе медицинска сестра:

„Медицинската сестра е лице получило основно сестринско образование, което е годно и получава правото да осъществява в своята страна отговорността за цялостните сестрински грижи, каквито изискват подобряване на здравното състояние предотвратяването на болестите и грижите за болните”.

Като нейната основна роля се състои в това да подпомага човека, болен или здрав за запазване или възвръщане на здравето му чрез изпълнение на задачи, които той самият би изпълнил ако имаше за това или воля или необходимите познания за да може да възвърне по-бързо своята самостоятелност.(СЗО)**{9}**

Съвременните медицински професионалисти са с нова визия и самочувствие, базирани на добрата подготовка, която те получават през периода на обучението си във висшите медицински училища. Безспорен е фактът, че променените учебни планове и програми за образователно-квалификационна степен „бакалавър”, съобразени с европейските стандарти, създават възможност за по-добра професионална подготовка и разширяване на компетенциите на медицинските сестри.

От друга страна трябва да се отбележи и факта, че професията в Р. България вече е регулирана, което означава, че обучението се провежда по Единни държавни изисквания. Взети са предвид препоръките по Директивите на ЕС относно дисциплини, които са залегнали в учебния план на специалностите, определен е хорариумът, нормативно са въведени изисквания за преподаването, съотношение лекции/практическо обучение и т.н. {7}

Все повече се налага и идеята, че сестринството не е само техника, изпълнение на манипулации и дейности по предписание на лекаря, а една широко хуманна професия при която сестрата е не само до леглото на болния в стационара но и в семейството, в училището, в промишлеността, сред различни общности и малцинствените групи, с ежедневния си и сложен контакт и взаимоотношения с много хора, различни по възраст интелект и интереси.

Ако лекарят е специалистът, който направлява медицинската дейност, то медицинската сестра е тази която я осъществява на практика. От нейното чувство за отговорност и подготовка зависят прецизното и компетентно изпълнение на лекарското назначение.

В сложните всекидневни взаимоотношения между лекар, сестра и пациент на сестрата се възлагат най-много грижи за изграждане на една стабилна и здрава атмосфера в която болния да има възможността да се адаптира в новата и необичайна за него среда.

На сестрата се пада и задачата, като специалистът който има по широк и непосредствен контакт до болния да проявява необходимото уважение, вежливост, ласкаво отношение, разбиране, търпение и съпричастност, като те са насочени не само към него, но и към близките му.{2}

В сестринската професия, особено в стационара, болния е центъра към който са насочени всички дейности, но извън стационара сестрата е свободна да упражнява професията си не само като полага грижи за болния, но също така и като промотира здравно възпитание и образование, като поема ролята на обучител на младите специалисти по здравни грижи, като участва в научни изследвания и като извършва превенция и профилактика на заболяванията.{1, 3}

Всички тези нови предимства които са предоставени на сестрата и чрез които тя би могла да бъде един изключително „комплексен специалист" ,който да развива интересите си и да оказва помощ на все по-големи групи от хора дава едно ново самочувствие и увереност както на новозавършилите специалисти, така и на вече утвърдили се здравни работници, които имат желанието да се развиват и усъвършенстват.

За да отговорят адекватно на динамично променящите се здравни потребности на населението, медицинските сестри трябва непрекъснато да повишават компетенциите си чрез обучение, специализираща подготовка и прилагане на аналитични и иновативни подходи в сестринските дейност.

И все пак въпреки че тази професия се налага като все по-важна и значима в обществото все повече недостига на медицинските сестри както в болничната, така и в извънболничната помощ е осезаема. {8}

Защо се получава това?

Защо все повече млади хора решават да не изберат професията като желана след завършване на средното си образование, а дори и да я изберат и да се превърнат в обучени специалисти никога след това да не я работят или да работят зад граница.

Причините за това са изключително много, но най-важните са ниското и недостойно заплащане, условията на труд, нощния труд който се заплаща много ниско и т.н.

В България, но и не само тук и в цяла Европа, недостигът на медицински сестри е проблем. Непрекъснато се търсят специалисти, които да покриват минимални изисквания за работа и които да могат попълват така критичната бройка на сестрите в стационара на първо място, тъй като там недостига е предпоставка за намаляване качеството на здравните грижи, както и много по напрегна обстановка, която не позволява нито на пациентите да се лекуват в нормална спокойна и сигурна среда, нито на болничния колектив да може оптимално да изпълнява професионалните си задължения.

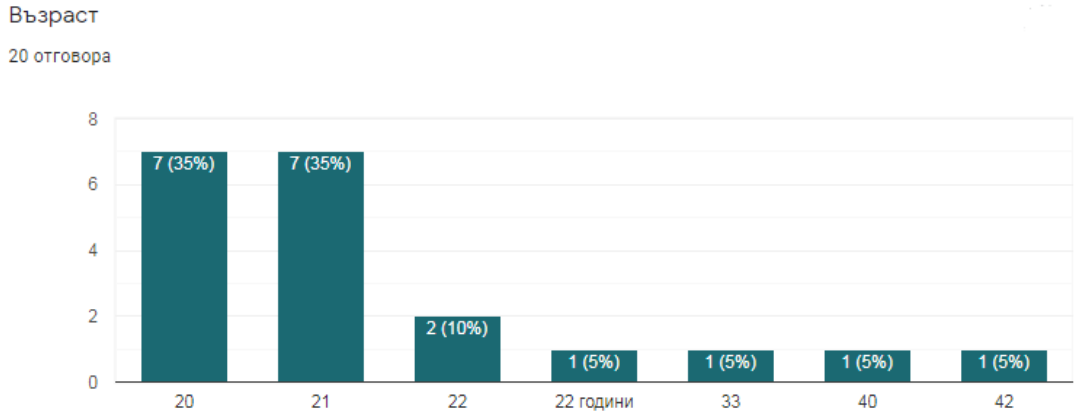
За съжаление за тази така нужна професия все по често се чуват все по-тъжни статистики- според нов доклад на Международния съвет на медицинските сестри от Април 2020 за предоставяне на адекватна грижа за нарастващото население системата на здравеопазването в световен мащаб се нуждае още от около 6 милиона специалисти по здравин грижи в частност сестри.{10}

СЗО препоръчва на страните с недостиг на медицински сестри да увеличават броя на завършващите медицински сестри с около 8% всяка година и да подобрят наличието на работни места.

В България конкретно обучението по специалността е заложило студентите да се обучават като наистина комплексни специалисти имащи основни познания в много голяма част от сферите на работа на сестрите- студентите се обучават както на компютърни и социални умения, така и в реална работна среда, която им дава шанс от пръво лице да се запознаят с изискванията на обществото, на болницата, на лекарите и на целия медицински екип към тях самите.

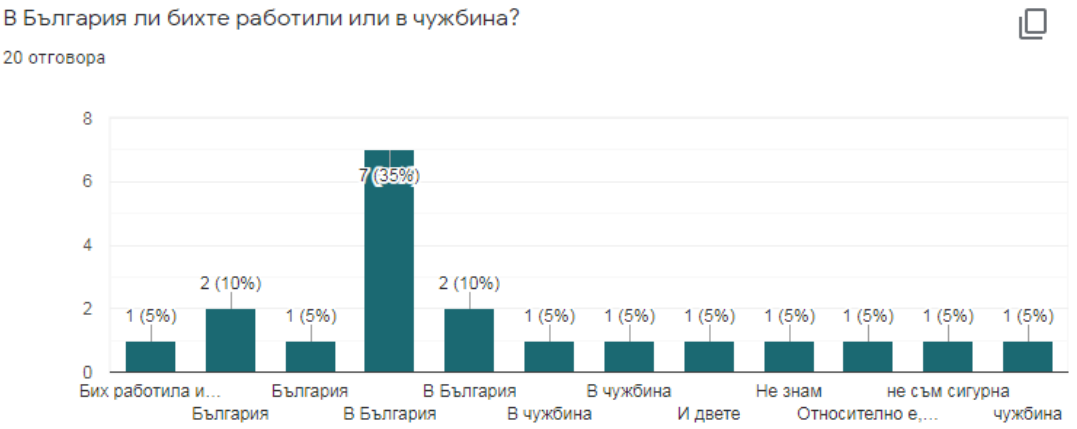
Но колко реално от тези студенти след четирите години на обучение ще се насочат към активно упражняване на професията си?

При проведено проучаване сред медицински сестри трети курс на обучение като средната възраст на анкетираните е 21 години



Фиг. 1 Разпределение по възраст на анкетираните

На въпроса: В България или в чужбина бихте упражнявали професията си? по- голямата част от студентите заявяват, че към този момент биха желали да продължат да живеят и работят в България



Фиг. 2 Желание за бъдеща професионална реализация

А на въпроса в болничната или извънболничната помощ бихте работили само 1% от анкетираните имат желания да работят в извънбоничнаата помощ, което би могло да се сметне за една добра перспектива по отношение на запълването на места в болничните заведения.

Фиг. 3 Избор на месторабота

При въпроса дали сами са избрали професията си или са били подтикнати от семейство, приятели, обстоятелства или друго, 100% от студентите заявяват, че те сами са избрали професията си, без оглед на други фактори.

Анализа показва, и че всички от анкетираните имат няколко основни параметри, които биха променили в професията си, за да може тя да ги удовлетворява напълно. Основните са заплащането, работното време и работата на смени, условията на труд и т.н.

Като заключение от проучването става ясно, че голяма част от респондентите реално сами са избрали професията си и с желание са решили да учат, но в процеса на обучение и провеждане на практика в реална работна среда са забелязали основните недостатъци които съпровождат професията, а именно изброените по- горе недостатъчно добро заплащане, липсата на добри условия на труд както и дългите и изтощителни смени.

В проучването се забелязва и тенденция на желание на младите медицински сестри да работят в болничната помощ, като ако това се случи и реално все повече от новозаръшващите кадри остават в България и работят, професията би имала по- голям шанс отново да стане една от най-желаните.

В нашата страна професията медицинска сестра се упражнява от около 30 000 специалисти, като средната им възраст е около 45,6 години, което показва, че в здравеопазването основно работят сестри с над 20 годишен трудов стаж. (т.9) За всички тях, а също и за младите специалисти, е нобходимо възможно най-скоро да бъде изградена стойна и сигурна система, придружена с необходимите нормативни актове и уредби, която би могла да гарантира спокойното и уредено упражняване на сестринската пофесия в България.

Това би я направило не само по- желана специалност, но и би повишило качеството на здравните грижи и удовлетвореността на работещите в сферата.

В заключение можем да обобщим, че професията на медицинската сестра е важна, отговорна и комплексна, която натоварва както психически така и физически и емоционално, това определя медицинските сестри да имат възможност да получават достойно възнаграждение, време за почивка и възстановяване и спокойна работна среда.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА:

1. Андонова А., Обучението на медицинските сестри. Роля на мотивацията, монография, Стара Загора, 2013

2. Белоев, Б. Грижи за болния и сестринска техника. 2000 г. София

3. 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.

4. Тончева, С., От традиционно сестринство към иновации и отговор на очакванията на пациента. Русенски университет, 2015, том 54, серия 8.3

5. Милка Василева, Трябва да направим всичко възможно нашите професии да станат разпознаваеми и желани от младите хора, сп. Здравни грижи, брой 9, 2017 г.

6. Стоева Т., Д. Шопов, Професионална квалификация и реализация на медицинските сестри, сп. Здравни грижи брой 1, 2014 г.

7. Тончева С., Акценти в здравните грижи, Социална медицина 2018 г.

8. Тодорова Д., А. Андонова, Проучване на факторите, затрудняващи професионалната дейност на медицинските специалисти, работещи в центровете за спешна медицинска помощ. 2019. Здравна политика и мениджмънт, т. 19, бр. 2, с.136-139

9. https://nova.bg/news/view/2020/04/07/284214/%D1%81%D0%B7%D0%BE-%D0%B2-%D1%81%D0%B2%D0%B5%D1%82%D0%B0-%D0%BD%D0%B5-%D0%B4%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%B3%D0%B0%D1%82-59-%D0%BC%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%B0-%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8-%D1%81%D0%B5%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B8/

10. Национален статистически институт, Медицински специалисти по «Здравни грижи» в лечебните и здравните заведения на 31.12. по статистически райони и области

ГРИЖИ ЗА СТОМИРАНИ ПАЦИЕНТИ

Тереза Борисова[1], Димитрина Миликина[2]

Медицински университет – София, ФОЗ, катедра "Здравни грижи"

[1] студене 4 курс по специалност „Медицинска сестра",

[2] преподавател

В света броя на стомираните расте и се увеличава многократно. По данни на Националния Онкологичен Център и Специализираните Клиники 80% от оперитраните поради злокачествени заболявания на дебелото и право черво са със стома.

Направеното собствено проучване от 2009г. до 2016г. показва тенденция към нарастване броя на стомираните пациенти. Всичко това налага една нова здравна култура, с цел подобряване качеството на следоперативните грижи при стомирани пациенти.

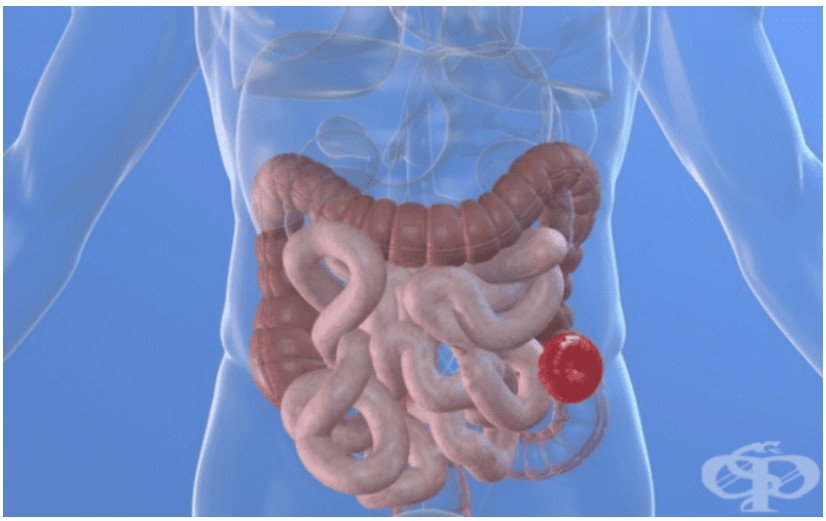
Ролята на обслужващият персонал е много голяма и при всички случаи единствената възможност на болните да се социализират и да водят нормален начин на живот от момента на дехоспитализация. Медицинските сестри и акушерките са тази част от персонала, която реално замества психотерапевтите в клиниките.

ЦЕЛ НА ДОКЛАДА

Извеждането на стомата е тежка травма за пациента. Подготовката трябва да започне още в предоперативния период от лекуващият лекар, медицинската сестра и акушерката, които в разговор с него трябва да му обяснят същността на операцията и последиците от нея.

БИБЛИОГРАФСКА СПРАВКА

Думата "стома" е от гръцки произход и означава "отвор" или "уста". Това е оперативно създаден изкуствен отвор за отвеждане на чревното съдържимо навън. Стоматотерапията води началото си от 1961г., когато Д-р Търнбъл създава програма за обучение, заедно с първата стоматотерапевтична сестра Норма Джил.



КЛАСИФИКАЦИЯ НА СТОМИТЕ

А/ Според локализацията

• Спрямо червото: илеостома; сигмостома; трансверзостома; цекостома; асцендостома; десцендостома.

• Спрямо локализацията в коремната област: ингвинална; илиачна; лумбална;

Б/ Според степеннта на прекъсване на пасажа:

• С непълно прекъсване: пристенна; тангенциална; устовидна.

• С пълно прекъсване: тънкочревни и дебелочревни.-anus praeter difinitivus

В/ Спред това дали е временна или постоянна

• временна

• Постоянна

Г/ Според броя на стволовете:

• едноствовола: крайна; терминална.

• двустволова: примкова; тип двуцевка; разделна примкова; двойна – двете рамена са отдалечени едно от друго.

Д/ Спрямо нивото на кожата:

• плоска – до 1.5см от нивото на кожата.

• проминираща – 2.5-3.5см от нивото на кожата.

Е/ По наличие на континентни механизми:

• без континентни механизми – конвенционална;

• с континентни механизми – сфинктеропластика; резервоари; обтуратори.

Ж/ По наличие или липса на усложнение:

• неусложнена

• усложнена

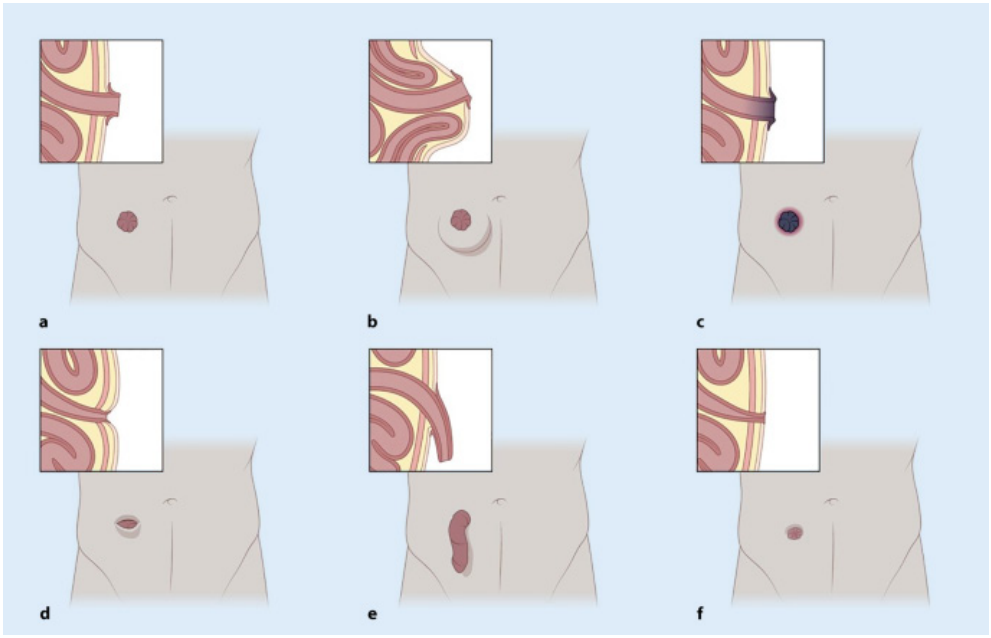
УСЛОЖНЕНИЯ НА СТОМИТЕ

• стеноза – отворът на стомата става прекалено тесен или затворен.

• некроза – причинява се от несъответствен кръвен поток към червото, където е оформена стомата или ако торбичката е прекалено стегната.

• Пролапс – червото излиза навън през самата стома.

• Мацерация на кожата около стомата.



ПСИХОТРАВМА. ПОДГОТОВКА НА ПАЦИЕНТА

Психическата подготовка на пациента трябва да започне още в предоперативнит период с разясняване на последиците от операцията. Тя се извършва от квалифициран персонал, намирайки се най-добрият начин за адаптиране на пациента към новото му състояние.

НЕОБХОДИМИ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ

- колекторна торба
- кърпички за почистване
- паста, крем или гел, ако е необходим.
- Ножичка,шаблон за изрязване на торбичката

ХРАНИТЕЛЕН РЕЖИМ

Общ. Да се избягват само газообразуващите и дразнещи храни.

ДВИГАТЕЛЕН РЕЖИМ

Свободен. Без притеснение пациентите могат да извършват ежедневните си задължения, като избягват прекалено физическо и психическо натоварване. Могат да водят пълноценен обществен живот.

СЕКСУАЛЕН ЖИВОТ

Един от основните проблеми на пациенти в активна възраст. Принципно оперативната намеса, довела до необходимост от стома, в повечето случай не създава физиологични нарушения в половите функции. Но наличието на противоестествен отвор на черво на предната коремна стена, създава психологически проблеми с изтичането на секрети на “нетипично” за това място. Модерните колостомни торбички позволяват хермтично и пълно изолиране на стомата. Съществуват медицински колани, които допълнително притискат стомните торбички и по този начин е възможен нормален полов живот, особено между уважаващи се и съпричастни партньори

В рамките на първият месец след изписването, трябва да се направи поне един контролен преглед при лекуващият лекар и винаги, когато това е необходимо. В България пациентите със стома са обединени в Национално Дружество на Стомираните “ БУЛ-ИЛКО”

ПОРТ СИСТЕМИ. ЗНАЧЕНИЕТО ИМ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ НА ПАЦИЕНТИ, ПРИ КОИТО Е НЕВЪЗМОЖЕН ВЕНОЗЕН ДОСТЪП

Н. Байкова[1], Д. Миликина[2]

[1] студент, IV курс, специалност „Медицинска сестра“

[2] преподавател, Катедра „Здравни грижи“

Медицински Университет – София, Факултет по обществено здраве

Катедра по здравни грижи, България

ВЪВЕДЕНИЕ: Порт системите са напълно имплантируеми катетърни системи, състоящи се от корпус, отделение за лекарство със силиконова мембрана и катетър, който може да се свърже към корпуса на порта. Използват се за осигуряване на постоянен венозен достъп, когато се налага по-дългосрочно лечение – прилагане на лекарствени средства, интравенозни инфузии, парентерално хранене, преливане на кръв и кръвни продукти, а също и за вземане на кръв. Поставянето на портови системи е широко застъпено в практиката като за първи път техниката е описана през 1982 г. от Niederhuber et al. В България се прилага от 2002 г.

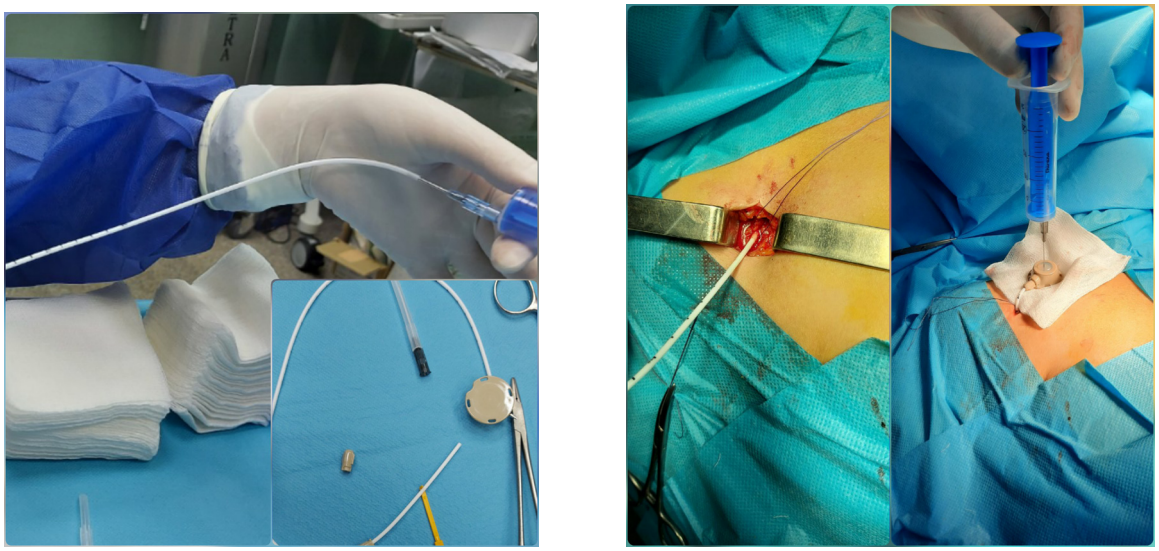
ЦЕЛ: Да се направи кратък литературен обзор по отношение индикациите и техника на поставяне на портовите системи, обслужването им и възможните усложнения, и да се представи алгоритъм при работата на медицинските сестри с тях.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ: Обзорът на литературата бе изготвен чрез преглед на статиите по темата в Medline и Google Scholar. Проучен бе и опитът на Клиниката по Обща и чернодробно-панкреатична хирургия при поставянето на порт системи за периода 2018-2019 г. Пациент за поставяне на порт се приема по Амбулаторна процедура № 4 и консумативът се поема от НЗОК. Същият се изписва на лекарствен лист за консумативи, заплащани от НЗОК.

Фиг. 1 Пациент с имплантиран порт-а-кат през Вена Цефалика

Използваната техника в Клиниката е поставяне на катетър през дясната Вена Цефалика с последващо имплантиране и фиксиране на порта в подкожната тъкан. (Фиг. 1) Интравенозното позициониране на катетъра се осъществява под рентгенологичен контрол.

РЕЗУЛТАТИ: Изготвен бе алгоритъм за работа на медицинските сестри с портови системи на базата на направения обзор и опита на Клиниката. (Фиг.2) За периода 2018 – 2019 г. в КОЧПХ, УМБАЛ „Александровска“ ЕАД са поставени напълно имплантируеми катетърни системи на 265 пациенти – 178 жени и 86 мъже. Не бяха наблюдавани интраоперативни и ранни следоперативни усложнения. При около 70% от пациентите портът е използван за прилагане на химиотерапия, 23% - за парентерално хранене, а в останалите случаи – за медикаментозно лечение.

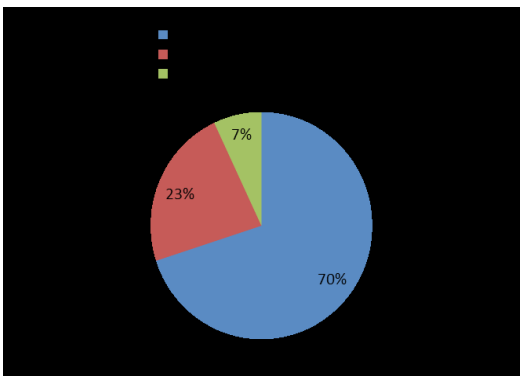


Фиг. 2 Поставяне на порт-а-кат

ОБСЪЖДАНЕ И РЕЗУЛТАТИ:

ТАБЛИЦИ И СХЕМИ:

ЖЕНИ	МЪЖЕ	ХИМИОТЕРАПИА	ПАРЕНТЕРАЛНО ХРАНЕНЕ	МЕДИКАМЕНТОЗНО ЛЕЧЕНИЕ
178	86	70%	23%	7%



Портът може да се поставя и отстранява само от лекар. Преди началото на интервенцията същата трябва да бъде разяснена на пациента, както и възможната му непоносимост към катетъра. Проверява се целостта на опаковката и срока на годност.

Имплантирането на порта се осъществява с достъп през вена цефалика, вътрешната или външна югуларна вена по техниката на Селдингер или през подключичната вена.

Алгоритъмът за работа с портовите системи включва:

Обяснява се процедурата на пациента.

Медицинската сестра извършва антисептична подготовка на ръцете си.

Медицинската сестра поставя стерилни ръкавици.

Локализира се и се палпира портът.

С кожен дезинфектант и тампон (марли) се дезинфекцира кожата със спираловидни движения от центъра към периферията. Да се съблюдава времето за контакт.

Необходимите принадлежности се подреждат върху стерилна основа (стерилни ръкавици, 10 мл. стерилна дестилирана вода, 2 спринцовки 10 мл. NaCl 0,9 %, 3 стерилни спринцовки 10 мл, 3 стерилни канюли за взимане на кръв, стерилна кърпа)

Медицинската сестра поставя стерилни ръкавици и стабилизира порта между палеца и показалеца на недоминиращата си ръка.

Свързва се канюлата на порта със спринцовка 10 мл, напълнена с 0,9% NaCl.

Бързо се вкарва канюлата със спринцовката вертикално в центъра на мембраната, внимателно до самия и край, след което се аспирира – трябва да се връща кръв към спринцовката.

Промива се с 10 мл NaCl 0,9%.

ОБСЪЖДАНЕ:

Използването на портовите системи и адекватното им обслужване и работа с тях понижава агресивния и дразнещ ефект на медикаментите върху съдовете и позволява въвеждане на лекарствени продукти в голям обем. Показанията за поставяне на порт, обикновено са: при пациенти, подложени на дългосрочна химиотерапия, за които е предвидено, че венозният достъп не е достатъчен, при болни, за които е назначена циклична химиотерапия, която изисква централен достъп /карцином на тестисите, остеогенен сарком, сарком на меките тъкани/, за дългосрочно парентерално хранене, за преливане на кръв и кръвни съставки, за вземане на кръв за диагностични цели, при пациенти с трудна съдова анатомия и такива, при които са предвидени проблеми с венозния достъп, при пациенти с тенденция към усложнение с катетри за външно прокарване /тромбоза/, в случаи на имуносупресивна инфекция/ или като достъп за спешни случаи. Портът не представлява противопоказание за ЯМР и КТ, всички системи са подходящи за ЯМР до 3 Тесла /металните портове създават артефакти/.

Противопоказанията са: дисеминирана интравазална коагулация, бактериемия, генерализирани инфекции, доказана или подозирана непоносимост към използвания материал, когато пациентът има несъразмерни съдове, неподходящо състояние на мястото за имплантиране поради предходно облъчване.

Възможните усложнения са: инфекции, сепсис, хемоторакс, некроза на кожата над областта на имплантиране, тромбофлебит, хидроторакс, пневмоторакс, кръвоизливи, хематоми, емболизация, сърдечна аритмия, сърдечна перфорация, ендокардит, непоносимост към импланта, въздушна емболия, съдова тромбоза.

Възможните причини за усложнения са: оклузия на порта и катетъра, поради прилагано вещество или прегъване на катетъра, разместване на порта, фрагментация на катетъра, неправилно позициониране, луксация на мембраната, „синдром на прищипване”- счупване/срязване на порта под

ключицата, теч в системата, поради повреда на мембраната/екстравазация/, синдром на Туидлър – разместване на катетъра, поради това, че е използван неумело от нервни и объркани пациенти.

При неправилно използване на катетърната система е възможна оклузия. Ако катетърът може все още да се използва за инжекции, но не е възможна аспирация на кръв, тогава катетърът опира във венозната система, което измества отвора по време на всмукване. Системата трябва да се изпълни с 1,5 мл. Heparin за 24ч. Ако хепариновият подход не дава резултат, се прилагат 2500 Е от разредената урокиназа в 50 мл. 0,9% NaCl за 2 ч. Задължително е да се следи серумното ниво на фибриноген! При липса на ефект трябва да се премине към смяна на катетъра.

Индикациите за смяна на катетъра са: повишена температура, възпаление на мястото на пункцията, съмнение за ендокардит, белодробна емболия, неизправност или дефект в системата, край на лечението.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Портовите системи осигуряват безопасен достъп до венозната система за продължителен период, лесно се прилагат в амбулаторни условия, намаляват разходите за лечение, представляват удобство за използване от медицинските специалисти и повишават комфорта на пациентите в хода на прилаганото лечение. За предотвратяване на усложненията, следствие от неправилно използване, от изключителна важност е медицинските сестри да познават спецификата при работа с тях.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА:

1. Fresenius Kabi, Инструкция за употреба на системи Ambix Intraport, Стр.4-24

ДЛЪЖНОСТНА ХАРАКТЕРИСТИКА НА МЕДИЦИНСКА СЕСТРА РАБОТЕЩА В ДЕТСКА ГРАДИНА

Габриела Д. Христова

Катедра"Здравни грижи"

Медицински факултет, Тракийски университет- Стара Загора,

РЕЗЮМЕ

Работата на медицинската сестра е ключова за ранното диагностициране и своевременната профилактика на различни заболявания. Целта е своевременно запознаване и привличане на родителите и учителите в основните профилактични мерки, касаещи подрастващите: извършване на редовни и качествени профилактични прегледи; приучаване към правилно телодържане по време на стоеж и седеж; своевременно откриване на зрителни проблеми; здравословно хранене; правилно организиран дневен режим; закаляване, игри и разходки на открито; системно занимание със спорт.

Ключови думи: *длъжностна характеристика, медицинска сестра, детска градина, длъжност, деца*

ВЪВЕДЕНИЕ:

Детската градина е обществено заведение за предучилищно възпитание и предучилищно образование на децата. Системата от детски градини е предназначена за първоначална социализация на децата, обучението им на навици за общуване с връстници, първични навици за самообслужване и подготовка за успешно училищно обучение. Работата на медицинската сестра е ключова за ранното диагностициране, своевременната профилактика на различни заболявания както и създаване на хигиенни навици при децата.

Основни задължения на медицинската сестра са:

- Отглеждането и възпитанието на децата и опазване на тяхното здраве;

- Ръководи и отговаря за цялостната работа с децата касаеще здравни;

- Приема децата и провежда необходимите хигиенни и профилактични прегледи;

- Провежда ежедневен филтър на децата;

- Провежда организирани занимания под ръководството на педагога на ОДЗ;

- Наблюдава здравословното състояние на децата;

- Осъществява храненето на децата и получаването на храната от кухнята, дегустация преди издаване а храната, вземане на проби от храната и съхранение;

- контролира здравното състояние на децата по време на занимания по физическа култура и активен двигателен режим;

- Извършва антропометрични измервания на децата;

- Участва активно в здравно-възпитателната работа с родителите;

- Следи провеждането на имунизационните мероприятие на детето чрез изискване на писменна информация от личния лекар на детето;

- Води ежедневен отчет за инфекциозно болни деца и попълва журнала за инфекциозно болни;

- Организира и провежда общо и специални закалителни процедури на децата.

Основни отговорности:

- Медицинската сестра не напуска работното си място преди да предаде децата на мед. сестра,която я сменя и без разрешението на директора на ОДЗ;

- Спазва часовия график по установения режим на труд;

- Води медицинската документация в групата;

- Спазва правилата за вътрешния ред в ОДЗ;

- Следи за опазване на собствеността на групата и на ОДЗ,като съобщава на директора на ОДЗ,ЗАТС за създалите се проблеми по ремонт и поддръжка на уредите и съоръженията в групата;

- Отговаря за санитарно-хигиенното състояние на помещенията в групата.

Връзки и взаимоотношения:

- При изпълнение на длъжността се осъществяват организационни връзки и взаимоотношения с детегледачката,ЗАТС,кухненския персонал;

- Осъществява контакти с родителите на деца.

Медицинската сестра трябва да знае нормативните актове за дейността на ОДЗ; реда и изискванията за извършване на дезинфекцията на групата за заразните заболявания и воденето на отчетността в групата.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Медицинската сестра е важно звено между учители, родители и лични лекари за проследяване здравословното развитие на децата. Част от нейните ангажименти са свързани с обучението по отношение на стойката на тялото по време на рисуване и игри. При необходимост родителите да се насочват към личните лекари за експертно мнение. При родителски срещи медицинската сестра трябва да запознава родителите не само със здравния статус на детето, но и с действията, които трябва да се предприемат в домашни условия-осигуряване добра осветеност на работното място на детето при рисуване, провеждане на ежегоден очен преглед, редуване на занимяние и движение на открито, закупуване на удобни за подрастващия обувки за ежедневна употреба и за спорт.

ЛИТЕРАТУРА:

https://www.smolyannews.com/news/zdrave/rolyata-na-meditsinskata-sestra-v-uchilishte-i-detskata-gradina

https://primorsko.bg/%D0%B4%D0%BB%D1%8A%D0%B6%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%BD%D0%B0-%D1%85%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0-%D0%BD%D0%B0-%D0%B4%D0%BB%D1%8A%D0%B6%D0%BD%D0%BE/

III СЕКЦИЯ „СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ“

НЕОБХОДИМОСТ ОТ ОБУЧЕНИЕ НА СЕМЕЙСТВАТА НА БОЛНИ С ПАРКИНСОН В АЛТЕРНАТИВНИ И ДОПЪЛВАЩИ СЕ МЕТОДИ НА ЛЕЧЕНИЕ

Татяна А. Драганова, Кирил П. Панайотов

NEED FOR TRAINING OF FAMILIES OF PARKINSON PATIENTS IN ALTERNATIVE AND SUPPLEMENTARY METHODS OF TREATMENT

Tatyana A. Draganova, Kiril P. Panayotov

РЕЗЮМЕ:

Болестта на Паркинсон е хронично и прогресиращо заболяване на мозъка, което най-често засяга хората над 60 годишна възраст. Лечението е комплексно – класически методи, допълващи се с алтернативни методи. ***Цел:*** *Да се разкрие и очертае необходимостта от провеждане на обучение в семействата на болни от паркинсонова болест, за постигане на по-добро качество на живот.* ***Материал и методи:*** *В периода 1.01.2019 г. – 31.03.2019 г. е проучено мнението на 152 респонденти (64 пациента на амбулаторно и стационарно лечение в ДКЦ 1 ЕООД, УМБАЛ „Канев“ АД и ДКЦ 2 ЕООД и 88 близки и придружители) относно прилагане на алтернативни методи в лечебния процес. Използвани са анкетен и статистически методи.* ***Резултати и обсъждане:*** *Не информирани за съвременни алтернативни методи на лечение са 64 %, а относно допълващите терапии при паркинсонизма – 67,2%, които биха подпомогнали и съхранили физическите възможности на болните с Паркинсон. От анкетираните пациенти 39,1 % провеждат терапия повече от 10 години и допълващата терапия може да осигури по-голяма самостоятелност в ежедневните дейности, както и да намали прогресиращия ход на заболяването. При наличие на обучителни програми 61,4% от близките на паркинсониците, биха се включили в обучението.* ***Заключение:*** *Лечението обикновено включва лекарствена терапия. Важна роля имат физическите упражнения, хранителния режим, допълващите методи, емоционалната подкрепа и силната обвързаност на близките.* ***Създаването на програми за обучение на семействата на пациенти с Паркинсонова болест, би имало само положителен ефект - подобряване на самочувствието и социалния живот на болния, повече и по-съдържателни емоционално-социални контакти с близки и приятели.***

Ключови думи: Болест на Паркинсон, лечение, алтернативна терапия, допълващи методи, обучение

SUMMARY:

Parkinson‘s disease is a chronic and progressive brain disease that most commonly affects people over the age of 60. The treatment is complex - classical methods, supplemented with alternative methods. ***Objective:*** *To reveal and outline the need for training in the families of patients with Parkinson‘s disease*

to achieve a better quality of life. ***Material and methods:*** *In the period 1.01.2019 - 31.03.2019 the opinion of 152 respondents (64 patients on outpatient and inpatient treatment in DCC 1 EOOD, UMHAT „Kanev“ AD and DCC 2 EOOD and 88 relatives and companions was studied) on the application of alternative methods in the treatment process. Survey and statistical methods were used.* ***Results and discussion:*** *64% are not informed about modern alternative methods of treatment, and 67.2% are not informed about the complementary therapies for parkinsonism, which would help and preserve the physical capabilities of patients with Parkinson's. Of the patients surveyed, 39.1% have been receiving therapy for more than 10 years, and adjunctive therapy can provide greater independence in daily activities, as well as reduce the progressive course of the disease. In the presence of training programs, 61.4% of the relatives of the parkinsonics would join the training. Conclusion: Treatment usually includes drug therapy. Exercise, diet, complementary methods, emotional support and strong attachment of loved ones play an important role.* ***Creating training programs for the families of patients with Parkinson's disease would have only a positive effect - improving the self-esteem and social life of the patient, more and more meaningful emotional and social contacts with relatives and friends***

Key words: *Parkinson's disease, treatment, alternative therapy, complementary methods, training*

ВЪВЕДЕНИЕ

Болестта на Паркинсон е хронично и прогресиращо заболяване на мозъка, което най-често засяга хората над 60 годишна възраст. Лечението е комплексно - класически методи допълващи се с други алтернативни методи, позволяващи на пациентите преживяемост между 15-25 години от момента на поставянето на диагнозата, което я превръща в хронично заболяване

В България има около 12000 болни от това заболяване, от които около 1200 са в късен стадий на болестта.

Болестта на Паркинсон обикновено се развива при хора на възраст между 55 и 65 години (9), въпреки че ранни форми на болестта могат да се проявят и преди 40 годишна възраст (7). Проучване в 5 европейски страни е установило, че 1,6 % от населението на възраст над 65 години страда от болестта на Паркинсон (6). Риска от развитие на болестта се увеличава с възрастта и фактът, че има все повече хора в напреднала възраст означава, че броят на хората с болестта на Паркинсон ще нараства.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Причини за заболяване

• Токсично излагане на съединения, които предизвикват деструкция в субстанция нигра

• Оксидативен стрес и дефицит на антиоксиданти в организма.

• Дисбаланс в някои медиаторни системи като допаминергичната, норадренергичната и серотонергичната

• Наличие на генетични фактори

• Стареене на организма

Всъщност в основата стоят наследствени фактори, които в съчетание с токсичните вещества от околната среда водят до увреждане на нервни клетки в мозъка, съдържащи допамин, медиатор необходим за осъществяване на двигателните функции. Болестта на Паркинсон настъпва бавно и за да се изявят симптомите, които влошават качеството на живот и са очевидни, са минали години или дори десетилетия. Описана е за пръв път от Джеймс Паркинсън през 1817 година и има дегенеративна патогенеза, с характерните симптоми и синдроми, показващи увреждане на ЦНС и структурите на екстрапирамидната система (3).

Ранни симптоми

• Промени в речта и гласа – забавяне на речта и отслабване на силата на гласа

• Загуба на обонянието

• Нарушения на съня – непълноценен сън и сънливост през деня

• Склонност към депресия и тревожност – поради промени в нивата на допамин и серотонин

• Когнитивни нарушения – влошена концентрация и памет

• Безизразност – масковидно лице, почти няма мигане на очите, проблем при речевото изразяване

• Дистония

• Ортостатична хипотония

• Умора и апатия

Класически симптоми

• Бради и хипокинезия – забавени и ограничени движения, до акинезия

• Ригидност – мускулна скованост

• Тремор (треперене) в покой

Симптоми в късния стадий

• Нестабилност на походката с чести падания

• Вегетативни нарушения

• Разстройство на вниманието, паметта, деменция

• Нарушения на съня и др.

С прогресирането на заболяването контрола върху движението на тялото е почти невъзможен, пациентите са неспособни да изпълняват ежедневните си дейности, появяват се признаци на деменция. Настъпва трайна неработоспособност. Тестовете за функционална оценка на нервната система са есенциална част от фазата на функционалното изследване и се явяват база за последващите анализ и оценка. Като такива, те следва да са организирани като набор от инструментални средства, измежду които да се избере и приложи най-адекватният за своевременно и ефективно организиране на процеса на изследване. Цялостното изследване на неврологичния статус (на симптомите и синдромите) подпомага установяването на точната диагноза, т.е. мястото на увредата. (2) Лечението е комплексно – класически методи допълващи се с други алтернативни методи, позволяващи на пациентите преживяемост между 15-25 години от момента на поставянето на диагнозата, което я превръща в хронично заболяване (8)..

Според Джеджева, П. постигането на ефективно здравно обучение на пациенти и техните семейства ще допринесе за управление на здравословното им състояние – мониториране на симптомите, самоконтрол върху прием на лекарства, адекватна физическа активност и хранителен режим, психосоциална подкрепа и др. Това ще доведе до подобряване качеството и продължителността на живот (4).

Терапия при Паркинсон

• Антипаркинсонови медикаменти, принадлежащи към различни групи и облекчаващи симптомите по три основни механизма:

• Повишаване нивата на допамин в мозъка – леводопа

• Стимулиране на допаминовите рецептори – допаминови агонисти

• Блокиране на ензими, които разграждат допамина – МАО В инхибитори, COMT инхибитори.

Съвременна терапия

• помпа с интерстинален гел

• дълбока мозъчна стимулация

• лечение с апоморфинова помпа

Допълващи терапии

Програми наситени с:

• Рехабилитация

• Двигателни упражнения съчетани с музика

• Арт терапия с рисуване, цветове и други

• Разпространени са в Западна Европа и САЩ. В България почти не се прилагат.

Тяхната цел е:

• Да се стимулират пациентите

• Да се съхранят уменията им за извършване на ежедневните дейности

• Да се намали прогресията на настъпващите промени в паметта.

Упражнения на пътека или стопер при подходяща скорост и наклон подобряват начина на ходене, стъпване, походката. Подобрява се скоростта, ширината на крачката, равновесието и ритмичността на походката (каране на колело /велоергометър). Програмите за танцуване допринасят за подобряване на координацията и пространствената ориентация. Алтернативни на допълващото лечение при болни от Паркинсон могат да бъдат методите на рехабилитация, кинезитерапия, ерготерапия (1). Упражненията могат да подобрят вниманието, мисленето и паметта, силата в ръцете и краката, гъвкавост и сила на мускулите. Това се отразява на външния вид, настроението и социалните контакти.

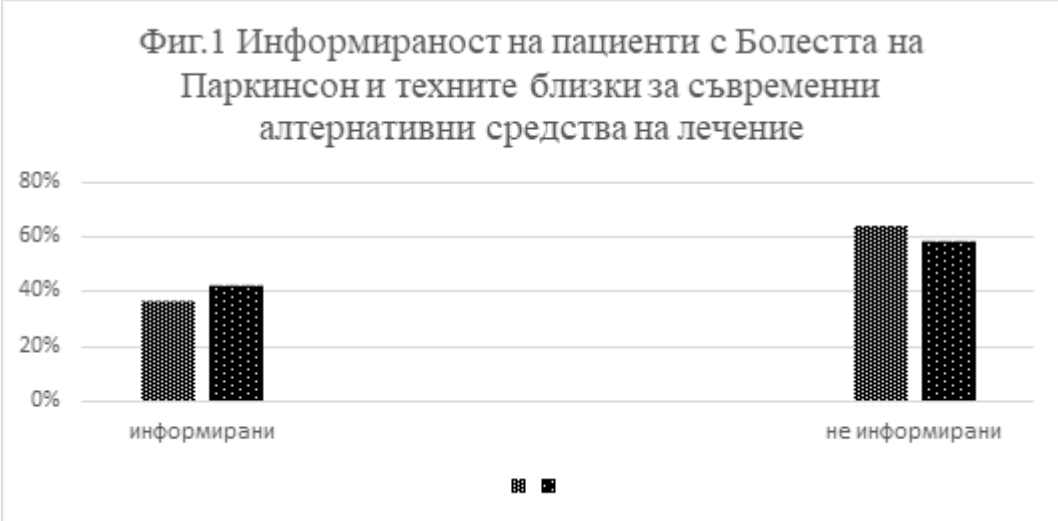
Съществуват безспорни доказателства за вредното влияние на обездвижването върху здравето, трудоспособността и дълголетието на човека. Необходимо е всеки човек да бъде физически активен и да избере двигателна активност, която му доставя удоволствие, не го натоварва прекомерно много и не се отразява негативно на ежедневните му активности и на физическата му работоспособност. (10)

ПРОВЕДЕНО ИЗСЛЕДВАНЕ

Цел: Да се разкрие и очертае необходимостта от провеждане на обучение в семействата на болни от паркинсонова болест, за постигане на по-добро качество на живот.

Материал и методи: В периода 1.01.2019 г. – 31.03.2019 г. е проучено мнението на 152 респонденти - 64 пациента на амбулаторно и стационарно лечение в ДКЦ 1 ЕООД, УМБАЛ „Канев“ АД и ДКЦ 2 ЕООД и 88 близки и придружители на болните. Използвани са анкетен и статистически методи, чрез които е извършен анализ на данните и са направени изводи.

ОБСЪЖДАНЕ И РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОУЧВАНЕТО:



• Не информирани за алтернативно лечение – дълбока мозъчна стимулация и лечение с помпа с интестинален гел са 64 %

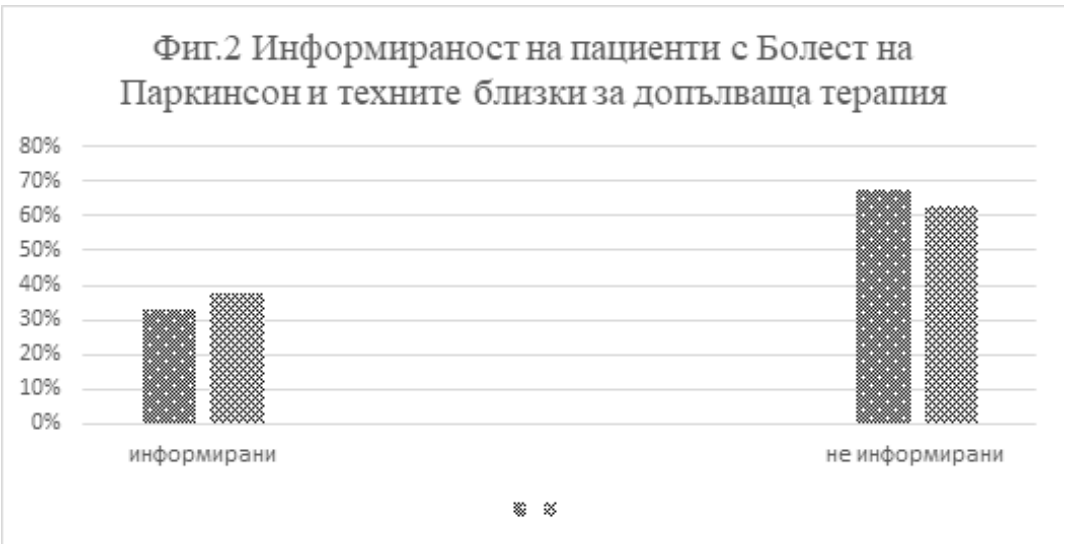
• 67,2 % от всички анкетирани не са запознати със същността на допълващата терапия и ползата от нея

• 39,1 % провеждат медикаментозна терапия повече от 10 години без адекватна физическа активност и хранителен режим

• 61,4 % от близките на анкетираните пациенти биха се включили в обучение по прилагане на допълваща терапия

• 21,6 % не могат да преценят ползите от допълващата терапия и ще се включат в обучителни програми след консултация

• 17 % от анкетираните не желаят да се обучават, като разчитат само на медикаментозното лечение



ИЗВОДИ

Висок процент на не информираност относно съвременните алтернативни методи на лечение – 64 % и допълващи терапии при паркинсонизма – 67,2%, които биха подпомогнали и съхранили физическите възможности на болните с Паркинсон.

39,1 % от анкетираните пациенти провеждат терапия за болестта на Паркинсон повече от 10 години, за които допълващата терапия може да осигури по-голяма самостоятелност в ежедневните дейности и би намалила прогресиращия ход на заболяването с подкрепата на обучени близки на болния.

Констатира се висок процент на хора от семейния кръг на пациента, които биха се включили в обучителни програми при наличието на такива – 61,4%.

В България алтернативни и допълващи основната терапия методи на лечение не се прилагат и създаването на програми за обучение на семействата на пациенти с Паркинсонова болест, би имало само положителен ефект като подобряване на самочувствието и социалния живот на болния и повече, и по-съдържателни контакти с близките и приятелите.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

За да се изявят симптомите, които влошават качеството на живот и са очевидни при болни с паркинсонова болест, са минали години, дори десетилетия. Лечението обикновено включва лекарствена терапия и в някои случаи хирургическа намеса. Като допълнение, важна роля имат физическите упражнения, хранителния режим, допълващите терапии, емоционалната подкрепа и силната обвързаност на близките.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баракова, П., Алгоритъм на кинезитерапевтичното планиране при пациенти с болестта на Паркинсон. Научни трудове на Русенски университет, 2010

2. Миндова С., И. Стефанова, А. Върбанова, Систематизиран подход в прилагането на тестове за функционална оценка при увреди на нервната система като средство за оптимизиране на учебната клинична практика, Научни трудове на Русенския университет, 2012, том 51, серия 8.1, стр. 84 - 88

3. Райчев, Р., Ив. Райчев, Основи на общата неврология. София: ИК „Артик“, 2001

4. Dzhedzheva P., Contemporary aspects in patient health education Trakia Journal of Sciences, Vol. 18, № 3, 2020 с. 268 -273, ISSN 1313-7050 (print), ISSN 1313-3551 (online)

5. de Lau, LML., Breteler, M.B. Epidemioligy of Parkinson,s disease. Lancet Neurology, 2006

6. de Rijk, MC., Tzourio, C., Breteler, M.M. (1997). Prevalence of parkinsonism and Parkinson,s disease in Europe: the EUROPARKINSON Collaborative Study. European Community Concerted Action on the Epidemiology of Parkinson,s disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry.

7. Grimes, DA.,(2004). Parkinson,s disease: a guide to treatments, therapies and controlling symptoms. London: Constable & Robinson Ltd.

8. Poewe, W. (2009). Mahlknecht The clinical progression of Parkinson,s disease. Park and Rel Dis.

9. Weintraub, D., Comella, CL., Hom, S.(2008) Parkinson,s disease-Part 1: pathophysiology, symptoms, burden, diagnosis, and assessment. Am J Manag Care.

10. Zaharieva K.,Sherbanov O.,Nedeva T. The Influence of Physical Activity on Physical Work Capacity and Functional Condition of the Cardiovascular System.// Евразийский Союз Ученыx, 2018, No 3948), pp. 11-15, ISSN 2411-6467.

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

Татяна Атанасова Драганова,

УМБАЛ „Медика“ Русе ООД, nursing_russe@abv.bg

Кирил Панайотов Панайотов,

РУ „Ангел Кънчев“, катедра МКДД, zkm2@abv.bg

ИНФЕКЦИИ С PSEUDOMONAS AERUGINOSA И РОЛЯТА НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ В ТЯХНОТО ОВЛАДЯВАНЕ

Дарина Б. Димитрова[1], Емма Е. Кьолеян [1,2], Хелия П. Тоскова[1], Екатерина Т. Иванова[1], Галя Н. Камбурова[1]

[1]Медицински университет – София, Медицински колеж „Й. Филаретова”, Специалност „Медицински лаборант“

[2] Медицински Институт-МВР

***Цел** на настоящата работа са предизвикателствата на Pseudomonas aeruginosa и анализ на ролята на медицинските сестри в овладяването на инфекциите. Методи на проучването: - литературен обзор и анализ на данни от Медицински институт – МВР /МИ-МВР/. Резултати и обсъждане. Фактори на вирулентност са: продукцията на ензими, слайм, биофилм, quorum sensing, а антибиотичната резистентност с многобройни механизми се развива бързо - проблем в лечението на муковисцидозата, раневи инфекции, вентилатор-асоциирана пневмония, сепсис и др. Ролята на медицинската сестра е важна както при Контрола на ВБИ, така и в Antimicrobial stewardship –навременно прилагане на антибиотиците, наблюдение на състоянието на пациента. МИ – МВР е демонстративен пример за успешните сестрински грижи. Заключение. Ролята на медицинските сестри при превенцията и овладяването на инфекции с P. aeruginosa е важна и отговорна.*

***Ключови думи:** проблемни инфекции, контрол на ВБИ, antimicrobial stewardship*

PSEUDOMONAS AERUGINOSA INFECTIONS AND THE ROLE OF NURSES IN THEIR MANAGEMENT

Darina B. Dimitrova 1, Emma E. Keuleyan 1,2, Helia P. Toskova 1, Ekaterina T. Ivanova 1, Galia N. Kamburova 1

1Medical University – Sofia, Medical College „Y. Philaretova”, Specialty: “Medical Laboratory Technician“

2 Medical Institute – Ministry of the Interior

***Aim** of the current work are the challenges by Pseudomonas aeruginosa and an analysis of the role of nurses in managing infections. Methods of study - a review of the literature and analysis of data from the Medical Institute - Ministry of Interior (MI-MI). Results and discussion. Factors of virulence are enzymes, slime, biofilm, quorum sensing, and antimicrobial resistance with multiple mechanism rapidly developed – a problem in the therapy of cystic fibrosis, wound infections, ventilator-associated pneumonia, sepsis and others. The role of the nurse is important in both Control of the Hospital acquired infections and Antimicrobial stewardship - timely administration of antibiotics, monitoring of the patient‘s condition. MI-MI is a demonstrative example of successful nurses’ care. Conclusion. The role of nurses in prevention and managing of infections by P. aeruginosa is important and responsible.*

***Keywords:** problematic infections, control of HAI, antimicrobial stewardship.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Pseudomonas aeruginosa са причинители на муковисцидозата, раневи и други инфекции в амбулаторията. Чести причинители са и на вътреболнични инфекции (ВБИ): вентилатор-асоциирана пневмония (ВАП), инфекции при рани от изгаряния и пост-хирургични, уроинфекции и сепсис. Естествено устойчиви на факторите на външната среда, както и на някои дезинфектанти и значителен брой антибиотици. Те се доказват често като причинители на инфекции в интензивни и други отделения, с преобладаване на полирезистентните (MDR) щамове. Последните години бележат нарастване на техния брой, вкл. и на резистентни към резервните антибиотици карбапенеми. Във връзка с това са включени в групата на най-проблемните за здравето микроорганизми ESKAPE и с най-висок приоритет от необходимост за създаване на нови ефективни лекарства [10, 12, 16].

Задача на настоящата работа е да направи преглед на факторите на вирулентност и механизмите на антибиотична резистентност на *P. aeruginosa*, като акцентира на ролята на медицинските сестри в предпазването от ВБИ и тяхното овладяване.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Направен е обзор на литературата с ключови думи: *P. aeruginosa, вирулентност, резистентност, вътреболнични инфекции* (ВБИ*), antimicrobial stewardship,* медицински сестри. Анализирани са данни от Националната програма БулСТАР и Медицински институт – MBP (МИ-MBP) относно мониторинга на резистентността, Контрола на ВБИ и ролята на медицинските сестри.

Фактори на вирулентност на P. aeruginosa, участващи в патогенезата на причинените инфекции

Вирулентността на *P. aeruginosa* значително се дължи на продукцията на ензими и токсини: алкална протеаза, еластаза, пиовердин, пиоцианин, екзотоксини и цитотоксини [4, 15]. Продукцията на екзополизахарид алгинат, адхезиращ по твърди повърхности, е типична за хронични белодробни инфекции и биофилм, образуван по катетри. Участват още сидерофори, благоприятстващи придобиването на желязо, както и механизма quorum sensing, регулиращ съобщенията между клетките.

Механизми на антибиотична резистентност при P. aeruginosa

P. aeruginosa е естествено устойчив към редица антибиотици и химиотерапевтици – макролиди, тетрациклини, co-trimoxazole, цефалоспорини от първа и втора генерация и други, както и притежава способност бързо да развива разнообразни механизми на придобита антибиотична резистеност [10, 14, 16]:

• Чрез ензимна хидролиза: β-лактамните антибиотици са атакувани от ензими β-лактамази, разрушаващи β-лактамния пръстен. Освен тясно-спектърни ензими, напоследък се разпространяват и ензими с широк спектър, засягащ всички клинично значими β-лактами, без карбапенеми: ESBL- ензими, плазмид и интегрон –детерминирани; и с най-голямо значение – карбапенемази, хидролизиращи резервните антибиотици карбапенеми.

• Чрез ензимна модификация: Аминогликозид-модифициращите ензими от 3 класа: аденилил-трасфарази (ANT), фосфо-трансферази (APH) и ацетил-трансферази (AAC) модифицират молекулата на аминогликозидния антибиотик, взаимодействайки с -NH_2 или –OH групи, правяйки го не-активен.

• Непропускливост – дължи се главно на външната мембрана на Грам-отрицателните бактерии – с основна роля на липополизахарида, състоящ се от О-антиген, сърцевинен олигозахарид и липид А.

• Чрез efflux системи – изпомпващи навлезли в клетката антибиотици. Външно-мембранни протеини (OMP) образуват каналчета, през които могат да преминават антибиотиците. При *P. aeuginosa* оперират 3 основни ефлукс – системи. MexAB-OprM обуславя устойчивост към широкоспектърни цефалоспорини и β-лактами; комбинация от MexAB-OprM, MexCD-OprJ и MexXY-OprM детерминира устойчивост към карбапенеми.

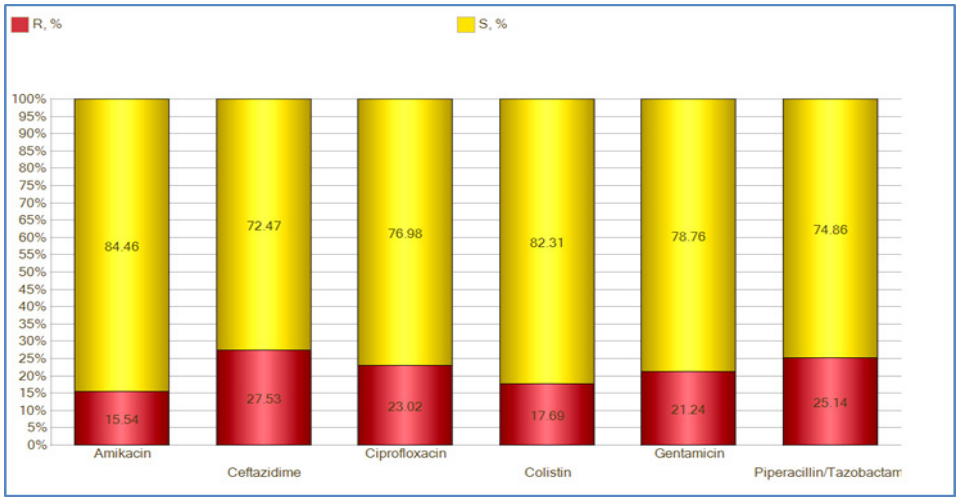
• Чрез модифицирани външно-мембранни протеини. Те са разположени по начин, позволяващ преминаване на вода и малки молекули хидрофилни антибиотици като хинолони и β-лактами (основните са oprP, oprD, oprF и oprB).

• Чрез образуване на биофилм. При условия на стрес от свободно живеещи клетки, *P. aeruginosa* преминават към плактонна форма, образувайки биофилм от ригиден полизахарид-пептиден алгинат и антибиотиците не могат да проникват ефективно в него. Биофилми се формират по катетри, импланти, вентилиращи и диализиращи устройства.

• Quorum sensing. Микроорганизмите комуникират помежду си чрез секретиране на екстрацелуларни сигнализиращи молекули – автоиндуктори. Те позволяват преживяване при неблагоприятни условия. При *P. aeruginosa* са описани 4 системи: LasR и LasI, RhlR и RhlI, PqsR-хинолон контролирани системи и интегрирана quorum sensing (IQS) система.

P. aeruginosa – епидемиологични данни за участие в етиологичния спектър на инфекции в България и антимикробна резистентност

Според Националната система БулСТАР [1] *през 2019 г. P. aeruginosa заема значително място сред причинителите на вътреболнична пневмония* (18.6%), хирургични раневи инфекции (8%), сепсис (6.52 %), уроинфекции (3.67%). На Фиг. 1 е представена а*нтимикробната чувствителност/ резистентност на щамовете, изолирани през 2019 г*



Фиг.1. БулСТАР - Антибиотична резистентност на P. aeruginosa - 2019 г.

Ролята на медицинските сестри в превенцията на ВБИ и Antimicrobial stewardship

Значението на медицинските сестри в Контрола и превенцията на инфекциите е добре известно (ролята на хигиената на ръцете, хигиената на пациента и болничната среда, дезинфекцията и стерилизацията, провеждането на стандартните и специализирани предпазни мерки (напр. контактна изолация/, грижата за изпълнение на асептични процедури, грижата при инвазивни манипулации т.н. bundle - процедури при пациенти на изкуствена вентилация, с уринарни и съдови катетри, и други) [2, 8], значително по-малко се говори за тяхната важна роля в Antimicrobial stewardship.

Под Antimicrobial stewardship се разбира [9]: оптимизирано прилагане на антибиотиците при пациентите и ограничаване на антибиотичната резистентност. Основни принципи са, че пациентът трябва да получи най-подходящият антибиотик и режим на прилагане; антибиотик се предписва само за доказана бактериална инфекция /след вземане на подходящи материали за микробиологично изследване/, извършва се преоценка на терапията на 48-72 час и последващо й прецизиране: евентуално де-ескалация към по-тясно-спектърен антибиотик, преминаване от I.V. към P.O. прием.

Защо медицинската сестра е важна в Antimicrobial stewardship? Тя именно е медицинското лице, прилагащо правилния режим на антибиотика; тя най-продължително време е в контакт с пациента, позволяващо да наблюдава състоянието му и с възможност да го обучава – за полезните и неблагоприятни ефекти на антибиотиците, за необходимостта от стриктно спазване на антибиотичния режим, за причините и последствията от антибиотичната резистентност; тя взема материалите за микробиологично изследване и провежда тестовете за алергия [2, 3]. На Табл. 1 са представени изискванията към медицинските сестри и акушерки, свързани с Antimicrobial stewardship.

***Табл. 1. Отговорности на медицинските сестри в* Antimicrobial stewardship.**

Дейности	**Изисквания в Antimicrobial stewardship**
При приемането на пациента	- Задаване на въпроси за предишна алергия и провеждане на тестовете за алергия към антибиотиците - Вземане на подходящи материали за микробиологично изследване - Евентуално, участие в трияжа на пациента
Специализирани дейности по време на антибиотичното лечение	-Предварителна информираност за Програмата по Антибиотична политика на конкретното здравно заведение/отделение -Предварителна информираност за данните от мониторирането на резистеността в конкретното заведение -Предварителна информираност за **bundles** в Контрола на инфекциите и способност за изпълнението им **lege artis** -Точно приложение на предписания антибиотичен режим: навременно прилагане на антибиотика в предписаната доза и път, последвано от тяхната регистрация - Напомняне, ако е подходящо, да се вземе материал за микробиологично изследване - Напомняне, ако е подходящо, за преоценка на терапията на 48-72 час - Наблюдение на състоянието на пациента и информиране на лекаря - Наблюдение за странични ефекти, бързото им съобщаване и регистрирането им - Обучение на пациентите и грижещите се за тях за полезните и нежелани ефекти на антибиотиците и необходимостта да се спазва точно предписания режим; информация за антибиотичната резистентност **(**рискове и последици**)** -Навременно преминаване от **I.V.** към орален прием на антибиотика, ако пациентът се подобрява стабилно и са налице другите условия -Участие във визитации и обсъждания на пациента, евентуално – участие в одити на терапията
При изписване на пациента	- Обучение на пациента**/**семейството му за подходящо приемане на предписания антибиотик**, -**инструкции да информира при нежелани реакции

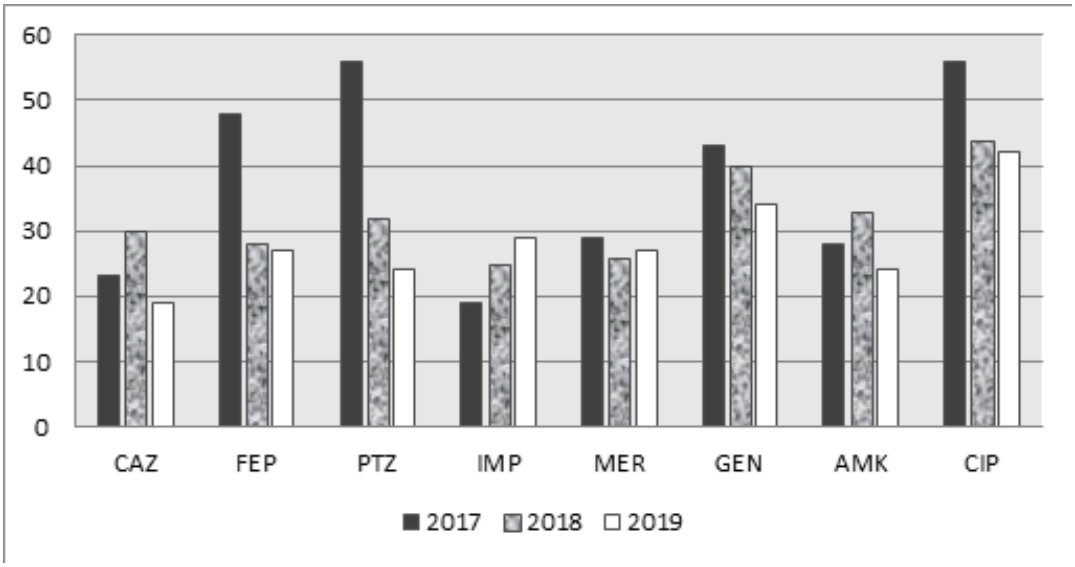
Как на практика се разбират и изпълняват тези изисквания? В проведената анкета сред персонала на МИ – МВР относно информираността по въпросите на Антибиотичната резистентност и Antimicrobial stewardship, медицинските сестри показаха отлично познаване на проблематиката (> 80 % съгласие) [6]. Съществен елемент в Antimicrobial stewardship е обучението, по време на следването и в след-

дипломното обучение. Проведената анкета при студенти – медицински лаборанти от Медицински колеж Й. Филаретова, също показа много добро разбиране по въпросите на Антибиотичната резистентност и отговорностите в Antimicrobial stewardship [7].

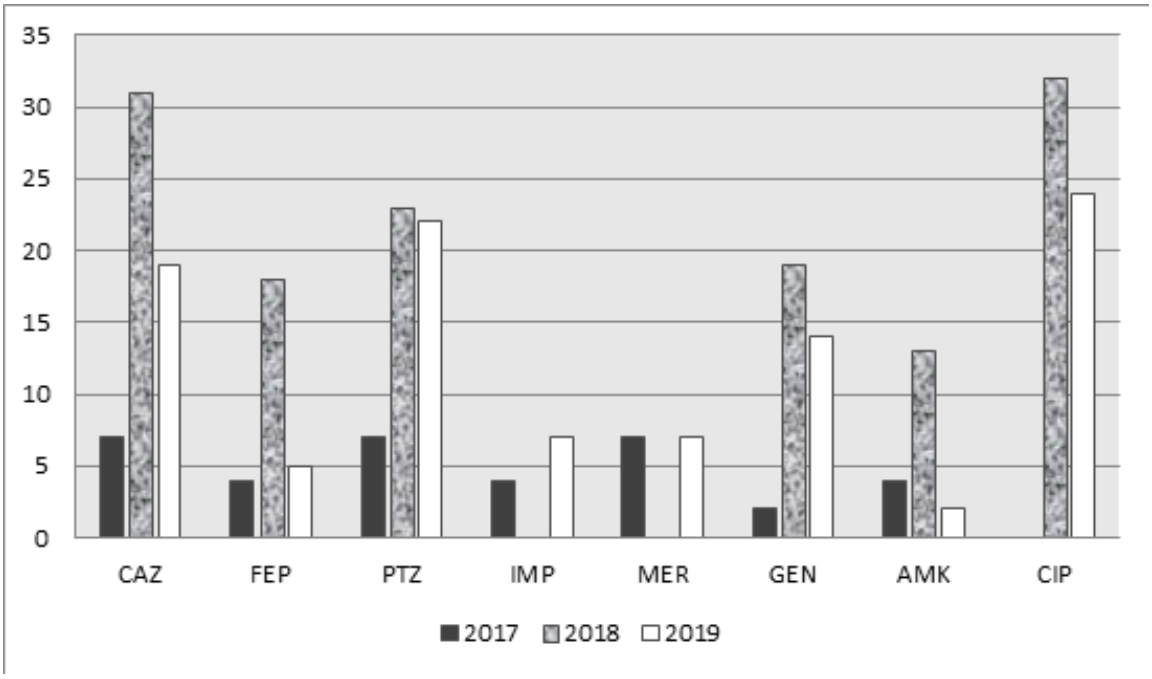
Преглед на овладяването на инфекциите с P. aeruginosa в Медицински институт – МВР

Мониториране на Антибиотичната резистентност

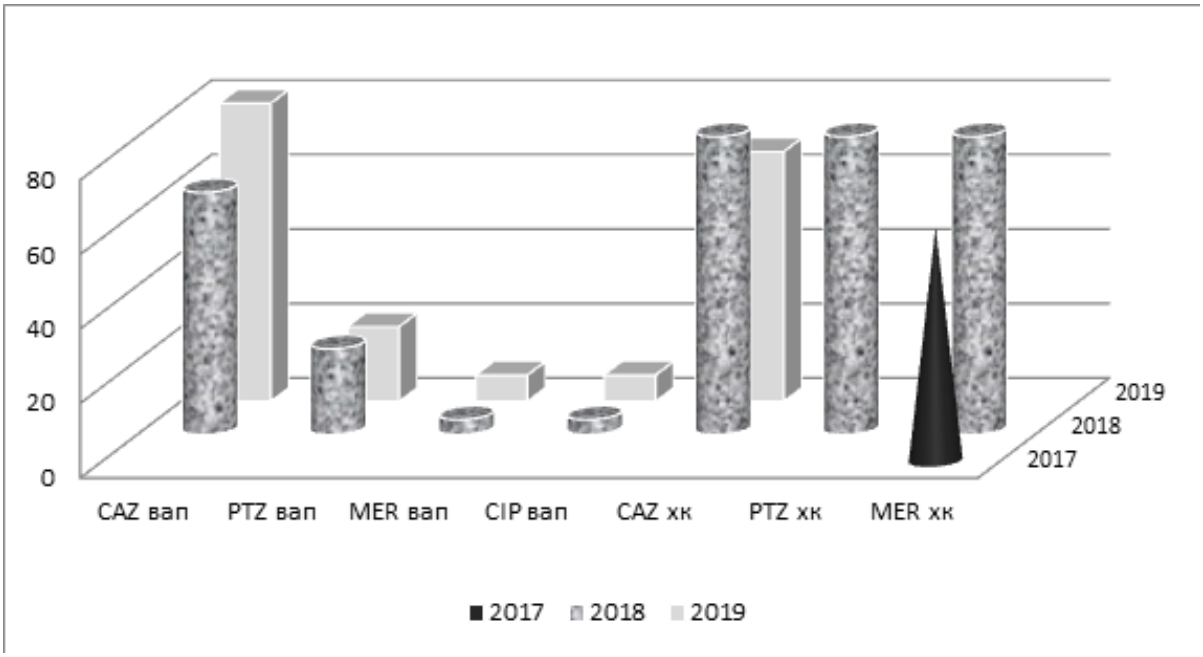
На Фиг. 2 (а, б, в) е представена Антибиотичната резистентност на изолираните от пациенти щамове P. aeruginosa по клинични материали през периода 2017-2019 г. Легенда: CAZ, Ceftazidime; FEP, Cefepime; PTZ, Piperacillin-tazobactam; IMP, Imipenem; MER, Meropenem; GEN, Gentamicin; AMK, Amikacin; CIP, Ciprofloxacin; ВАП, вентилатор-асоциирана пневмония; ХК, хемокултура.



Фиг. 2 - а.Относителен дял (%) на резистентните P. aeruginosa от урокултури.



Фиг. 2 - б. Относителен дял (%) на резистентните P. aeruginosa, изолирани от рани



Фиг. 2 - в. Относителен дял (%) на резистентните P. aeruginosa от ВАП и хемокултури към избрани антибиотици

От фигурите прави впечатление: за щамовете, изолирани от урокултури – висока резистентност към Ciprofloxacin (но намаляваща в 3-годишния период, от 56% до 42%); намаляваща устойчивост към Ceftazidime, Piperacillin/Tazobactam, Gentamicin. За изолатите, изолирани от раневи инфекции: относително по-ниски нива на резистентност, но все пак нива от около 7 % устойчивост към карбапенеми. За щамовете, изолирани от ВАП – най-висока устойчивост към Ceftazidime (80% през 2019 г); щамовете от сепсис се характеризират с високи нива – 80 % през 2018 г. към Ceftazidime, Piperacillin/Tazobactam, Meropenem (но при малък брой на изолатите от хемокултури, средно 5/годишно, и следователно, без статистическа значимост); щамовете от хемокултури, изолирани през 2019 г са чувствителни на карбапенеми.

Преглед на резултатите от Контрола на инфекциите

През 2017 г в МИ – МВР (310-леглова многопрофилна обучаваща болница с третично ниво на обслужване) са преминали 15002 пациенти и от тях 2.5 % са развили ВБИ. През интензивното хирургично отделение (ОАИЛ) са преминали 687 пациенти, от тях 154 са развили ВБИ, или 22.42 %. *P. aeruginosa* е причинил ВБИ при 17 пациенти: ВАП и единични инфекции на хирургичното място (ИХМ).

През 2018 г през болницата са преминали 15613 пациенти, развилите ВБИ са 1.59 %. От преминалите през ОАИЛ 590 пациенти, 109 са имали ВБИ, или 18.47 %: 4 ВАП и 1 интра-абдоминална инфекция (ИАИ) са предизвикани от *P. aeruginosa*.

През 2019 г броят на пациентите в МИ-МВР достига 15852, при които са регистрирани 2.25 % ВБИ. В ОАИЛ са лекувани 710 пациенти и при 205 от тях е имало епизоди на ВБИ, или 28.87 %. Общо 19 пациенти са страдали от инфекции с *P. aeruginosa*: 9 ВАП, 4 ИХМ, 4 уроинфекции, катетър-асоциирани и 2 други.

Значителен брой от пациентите в интензивно отделение – рисковите за полирезистентни щамове – са подложени на микробиологичен скрининг като важен метод за ограничаване на ВБИ с MDR-щамове [13]. За 3-годишния период, обект на микробиологично изследване при рискови пациенти са били 1264 клинични материали.

Цитираните проценти на ВБИ в ОАИЛ отговарят напълно на приетите Европейски стандарти и

свидетелстват за постигнатите успехи в Контрола на инфекциите, дължащи се преди всичко на сестринската грижа и квалификация. Още един съществен довод е намаляването в 3-годишния период на относителния дял на полирезистентните щамове *P. aeruginosa*, косвен белег за провежданата успешна антибиотична политика Antimicrobial stewardship).

Редица международни проучвания изследват заболяемостта с *P. aeruginosa* и причинените загуби [5, 11]. *Natwani D* et al. в мета-анализ на 23 научни статии с ВБИ установяват съществени разлики между инфекциите с антибиотично-чувствителни и MDR щамове: смъртността при MDR щамове е 34 %, а при чувствителни – 22 %, рискът от летален изход е над 2 пъти по-висок при пациенти с MDR *P. aeruginosa*, а болничният престой при MDR *P. aeruginosa* е с 2 до 15 дни повече. Икономическата стойност на лечението в болници в САЩ възлиза средно на USD 99672 и USD69502 съответно за пациенти с резистентни и чувствителни щамове. С особена трудност и висока стойност е лечението при карбапенем-резистентни *P. aeruginosa* [11].

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

1. *P. aeruginosa* са микроорганизми със значителен вирулентен потенциал и разнообразни механизми на антибиотична резистентност

2. MDR *P. aeruginosa* са сериозен проблем в здравеопазването

3. Ролята на медицинските сестри е значима, както в Контрола на ВБИ, така и в провеждането на Antimicrobial stewardship

4. Националните показатели и дейностите в Медицински институт-МВР показват висока резистентност към клинично важни антибиотици – Ciprofloxacin при уро-инфекции, към Ceftazidime и Piperacillin/tazobactam при щамове от ВАП и възникване на карбапенем-резистентни *P. aeruginosa* при всички групи инфекции, вкл. сепсис.

5. Тези факти изискват акцентиране на мерките за подобряване и усъвършенстване на Контрола на ВБИ и Antimicrobial stewardship в институционален и национален мащаб.

ОСНОВНА ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов ИН, Лозенов С, Събчева С, Иванова К, Недялков М, Корсун Н и др., Доклад на Националния Референтен център по Микробна лекарствена резистентност и Антибиотична консумация. Сборник Научни трудове на XXVIII Национален конгрес по Клинична микробиология и инфекции на БАМ, София, 30.9.2020-2.10.2020, Рез.13-14 стр.

2. Dyar OJ, Pulcini C. The Roles of Nurses in Antimicrobial Stewardship. Pp 139-146 In: C. Pulcini, O. Ergonul, F. Can, B. Beovic (Eds.). Antimicrobial Stewardship. ESCMID. ESGAP. 368 pp. 2017. Elsevier, ISBN: 9780128104774

3. ESNO guide on Microbes (Antimicrobial Resistance and Stewardship, Vaccines and Infection Control). 2019. European Societies of Nurses Organizations

4. Hwang W, Yoon SS. Virulence Characteristics and an Action Mode of Antibiotic Resistance in Multidrug-Resistant *Pseudomonas aeruginosa*. Scientific ReporTS. 2019. 9:487-502, ISSN · 2045-2322

5. Kaier K, Thomas Heister T, Götting T, Wolkewitz M, Mutters NT. Measuring the in-hospital costs of Pseudomonas aeruginosa pneumonia: methodology and results from a Germanteaching hospital. BMC Infect Dis. 2019, 19:1028 – 1036, ISSN: 1471-2334

6. Keuleyan E. Antibiotic resistance – a challenge in clinical practice. An inquiry in personnel of the Medical Institute – Ministry of the Interior. J Contemporary medical problems. 2019, 1:5-12: ISSN 2367-4776

7. Keuleyan E, Dimitrova D, Milanova E, Georgieva A. Antibiotics and antibiotic resistance – analysis of awareness of students. Varna Medical Forum, 8, 2019, suppl.3: 136-139, ISSN 1314-8338

8. Kirtil I, Nuray Akyuz N. Precautions taken by nurses about the prevention of Hospital-Acquired Infections in Intensive Care Units. Pak J Med Sci. 34, 2018, 2:399-404. ISSN 1682-024X

9. Levy Hara G, Kanj SS, Pagani L, Abbo L, Endimiani A, Wertheim HFL et al. Ten key points for the appropriate use of antibiotics in hospitalized patients & a consensus from the Antimicrobial Stewardship and Resistance Working Groups in the International Society of Chemotherapy. Int J Antimicrob Agents, 2016, 48:239-246, ISSN: 0924-8579

10. Livermore DM. Multiple Mechanisms of Antimicrobial Resistance in *Pseudomonas aeruginosa*: Our Worst Nightmare? Clin Infect Dis, 2002; 34:634–40, ISSN 1058-4838

11. Nathwani N, Raman G, Sulham K, Gavaghan M, Menon V. Clinical and economic consequences of hospital-acquired resistant and multidrug-resistant Pseudomonas aeruginosa infections: a systematic review and meta-analysis. Antimicrob Res Infect Control 2014, 3:32-48, ISSN 20472994.

12. Mulani MS, Kamble EE, Kumkar SN, Tawre MS, Pardesi KR. Emerging Strategies to Combat ESKAPE Pathogens in the Era of Antimicrobial Resistance: A Review. Front Microbiol. 2019; 10: 539-63, ISSN: 1664-302X

13. Raman G, Esther E. Avendano EE, Chan J, Merchant S, Puzniak L. Risk factors for hospitalized patients with resistant or multidrug-resistant Pseudomonas aeruginosa infections: a systematic review and meta-analysis. Antimicrob Res Infect Control. 2018, 7: 79-93, ISSN 20472994.

14. Strateva T, Yordanov D. Pseudomonas aeruginosa – a phenomenon of bacterial resistance. J Med Microbiol, 2009, 58: 1133–1148, ISSN: 0022-2615

15. Strateva T, Mitov I. Contribution of an arsenal of virulence factors to pathogenesis of Pseudomonas aeruginosa infections. Ann Microbiol, 2011, 61:717–732, ISSN 1590-4261

16. Panga Z, Raudonisb R, Glickc BR, Lina T-J, Chenga, Z. Antibiotic resistance in Pseudomonas aeruginosa: mechanisms and alternative therapeutic strategies. Biotechnol Advances. 2019, 37: 177–192, ISSN 0734-9750.

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

Гл. ас. Дарина Димитрова-Стефанова, дб

Медицински колеж „Й. Филаретова", МУ-София

e-mail: d.dimitrova@mc.mu-sofia.bg

ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО В ПРОФЕСИОНАЛНАТА ДЕЙНОСТ НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА

Пепа М. Джеджева

HEALTH PROMOTION IN NURSING PRACTICE

Pepa M. Dzhedzheva

РЕЗЮМЕ

Въведение: *Промоцията на здравето е концепция, включваща дейности по повишаване на индивидуалното и общественото здраве и благополучие.*

Политиката на промоция на здравето, като приоритет и стратегически подход се отразява в националните здравни политики и провеждащи се здравни реформи. Съобразена е с конкретните социални, културни особености, здравни потребности и традиции във всяка страна.

Медицинските сестри имат ключова роля в подпомагане на отделните пациенти, техните семейства и общности за осигуряване на по-голяма лична отговорност за здраве, саморегулиране на здравното поведение за здравословен стил на живот, чрез здравно обучение и превантивни здравни грижи.

Цел: *Целта на настоящото съобщение е да се представят резултати от анализ на литературни източници за професионалната дейност на медицинската сестра при промоция на здравето.*

Материал и методи: *Използвани са източници и публикации, индексирани в следните бази данни: Medline, EBSCO, ScienceDirect, Google Scholar, PubMed, Wiley online, както и сайтовете на Международния съвет на сестрите и други.*

Заключение: *Медицинските сестри, при осигуряване на здравна промоция се сблъскват с редица трудности свързани с различията в здравната култура, здравната грамотност, личната мотивация, психически и физически ограничения на населението. Здравното обучение е необходимо да бъде приоритетно и индивидуално.*

Ключови думи: *промоция на здравето, здравно обучение, медицинска сестра, професионална дейност.*

ABSTRACT

Introduction: *Health promotion is a concept that includes activities to increase individual and public health and well-being.*

Health promotion policy, as a priority and strategic approach, is reflected in national health policies and ongoing health reforms. It is tailored to the specific social, cultural characteristics, health needs and traditions in each country.

Nurses have a key role to play in helping individual patients, their families and communities to ensure greater personal responsibility for health, self-regulation of behaviours for a healthy lifestyle, through health education and preventive health care.

Aim: *The purpose of this communication is to present the results of an analysis of literature sources on nursing practice in health promotion.*

Material and methods: *Sources and publications indexed in the following databases were used: Medline, EBSCO, ScienceDirect, Google Scholar, PubMed, Wiley online, as well as the websites of the International Council of Nurses and others.*

Conclusion: *When providing health promotion, nurses face a number of difficulties related to differences in the health culture, health literacy, personal motivation, mental and physical limitations of the population. Health education needs to be a priority and tailored individually.*

Key words: health promotion, health education, nurse, professional activity.

ВЪВЕДЕНИЕ

През 1986г. Световната здравна организация (СЗО) изготвя Отавската харта, която официално определя промоцията на здравето като „процес, който дава възможност на хората да повишат контрола върху определящите здравето фактори и по този начин да го подобрят"(10).

Предпоставки за развитие на концепцията за здравна промоция са доказателствата в комплексните медико – социални и епидемиологични изследвания за многофакторната обусловеност на здравето и възможността да се въздейства върху рисковите фактори, обуславящи общественото здраве (4).

Промоция на здравето е водеща концепция, включваща дейности по повишаване на индивидуалното и общественото здраве и благополучие. Акцентите са поставени върху: личната и групова отговорност за здраве; саморегулиране на здравното поведение за здравословен стил на живот, чрез здравно обучение и възпитание на населението; интегрален подход и мултисекторно сътрудничество в осъществяване на здравните дейности"(10).

Политиката на промоция на здравето, като приоритет и стратегически подход се отразява в националните здравни политики и провеждащи се здравни реформи. Съобразена е с конкретните социални, културни особености, здравни потребности и традиции във всяка страна.

Когато хората разполагат с възможност да контролират своето здраве и факторите, които го определят, общностите стават по-силни, а човешкият живот е по-добър. Без активното участие на хората редица възможности за промоция и защита на здравето, както и за подобряване на благосъстоянието, ще бъдат пропуснати (6).

Отавската харта подчертава голямото значение на личните знания (информираност), умения и възможности за укрепване на здравето (10).

ИЗЛОЖЕНИЕ

За достигане състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, човек трябва да притежава необходимите знания, умения и нагласи, за да идентифицира приоритетите си за задоволяване на здравните потребности и за промяна в стила и средата на живот.

Медицинските сестри играят решаваща роля за подпомагане на отделните клиенти(пациенти), техните семейства и общности за осигуряване на по-голяма лична отговорност за здраве, саморегулиране на здравното поведение за здравословен стил на живот, чрез здравно обучение и превантивни здравни грижи.

Наредба № 1 от 8 февруари 2011 г. определя професионалните дейности по промоция на здравето, превенция и профилактика на болестите, които медицинските сестри могат да извършват самостоятелно и по назначение от лекар. Те включват промоция, профилактика и консултиране на лицата за социално-значими заболявания; оказване на грижи за психичното, физическото и социалното здраве; извършване на профилактика в областта на хигиената, на индивидуалното

и общественото здраве; превенция на злокачествени заболявания на репродуктивната система; осъществяване на оценка на здравни потребности и рискови фактори за здравето; консултиране по въпросите на семейното планиране, сексуалното и репродуктивното здраве; информиране при безплодие; промоция на кърменето; оказване на психологична помощ; предоставяне на съвети за хигиена и хранене; консултиране за отглеждане на новородено, включително за хранене, хигиена, имунизации; консултиране за хигиена и предпазване от развитието на декубитуси при рискови за това пациенти; обучение на жените за самоизследване на млечни жлези; разпознаване на белези на насилие или изоставяне и предприемане на действия за уведомяване на съответните компетентни власти (7).

Медицинската сестра работеща в първичната здравна помощ, болничната помощ, детски здравни заведения, училища и др., предоставя компетентна информация и практически умения на деца и възрастни за по-здравословно поведение, за да подобрят своето физическо, психическо здраве и социално благополучие.

ПОДХОДИ ЗА ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО

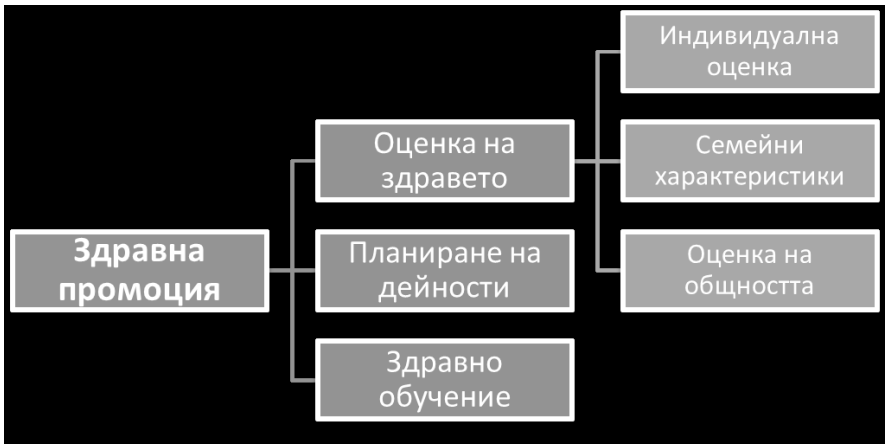
Има пет подхода за здравна промоция: медицински или превантивен; поведенчески; образователен; упълномощаване и социални промени (4). В професионалната си дейност медицинските сестри прилагат един или комбинация от тези подходи за намаляване на риска от хронични заболявания, породен от нездравословен начин на живот и за активно повишаване на позитивното здраве (Табл. №1).

Таблица №1 Професионални дейности на медицинската сестра в приложението на подходите за здравна промоция

Подход	**Цел на подхода**	**Дейности**
Медицински/ превантивен	Намаляване на заболяемостта и преждевременната смърт	Първична профилактика: имунизации; здравно обучение; Вторична профилактика: скрининг; Третична профилактика: рехабилитация, палиативни грижи
Промяна в поведението	Промяна в индивидуалните нагласи и поведение на хората за здравословен начин на живот „Знания - отношения - поведениие“	Предоставяне на информация за вредното въздействие на определен фактор върху здравето: Програми за обучение за спиране на тютюнопушенето, физическа активност, здравословно хранене, хигиенни навици т.н.; индивидуално обучение и др.
Здравно възпитание	Предоставяне на знания, информация и развиване на умения за вземане на доброволен информиран избор за здравно поведение	Предоставяне на знания и информация за здравето - „здравна грамотност“: комуникации, индивидуални консултации; разработване на интерактивни материали и др.
Упълномощаване (даване на възможност)	Даване на възможност на индивидите и социалните групи да идентифицират здравните си потребности и активно да участват във вземането на решения и действия засягащи тяхното здраве, според личен интерес и ценности.	Партньорство, работа в екип и др.
Социални промени	Промени във физическата, социалната и икономическата среда, за да се направи по-благоприятна за доброто здраве	Лобизъм, организационни, законодателни промени - училища и работни места за насърчаване на здравето, болници промоциращи здраве и др.

Медицинската сестра трябва да осигури най-пълна информация за различни аспекти на здравето, помощ на деца и техните родители за формирането на отговорно и позитивно отношение към здравето и здравето на обществото като цяло.

Основавайки се на направения анализ на литературни източници предлагаме организационен модел за здравна промоция в практиката на медицинската сестра включващ следните дейности (фиг. №1)



Фигура №1 Организационен модел за здравна промоция

ЕТАПИ В ОСЪЩЕСТВЯВАНЕТО НА ЗДРАВНА ПРОМОЦИЯ В ПРАКТИКАТА НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА

Оценка на здравето

Индивидуална оценка - в съвместно партньорство с клиента, което ще насърчи активно вземане на решения и планиране за повишаване на позитивното здраве.Тя включва:

1. Здравно състояние, здравна история, включително наследствена;
2. Здравни проблеми;
3. Социално-етнически-културен произход;
4. Здравна грамотност, здравна култура;
5. Начин на живот;
6. Рисково здравно поведение;
7. Настоящи модели на здравно поведение;
8. Социална подкрепа;
9. Подкрепа или ограничения на околната среда и общността за здравословно поведение;
10. Потенциални или действителни бариери за промяна в здравното поведение.

В оценката се включват и данни за: възрастта, езика, образователното ниво, социално - икономическия статус, религия, местожителство селско/градско. Тези данни ще допринесат за целесъобразен избор на сестрински интервенции.

Семейни характеристики. Семейството е основна социална структура за укрепване на здравето. Наличието на здравословни навици в семейството или вредно за здравето поведение са определящи фактори формиращи така наречения „модел на здравно поведение“.

Оценката на общността, в която клиентите живеят и работят. Оценката на общността е сложна.

Необходимо е сътрудничество на много специалисти. Такава оценка ще ни даде информация за достъп до здравна помощ, здравна информация, информационни технологии, комуникации, околна среда и др.

Планиране на дейности за промоция и превенция на здравето

Процесът за разработване на план за промоция на здравето включва следните стъпки:

1. Анализ и обобщаване на данните от оценката;

2. Определяне на силните страни и компетенции на клиента;

3. Идентифициране и приоритизиране на личните или семейните здравни цели и свързаните с тях промени в здравното поведение;

4. Определяне поведенчески или здравни резултати в перспектива;

5. Разработване на план за промяна на здравното поведение въз основа на приоритетите на клиента;

6. Посочване на ползи от промяната;

7. Отбелязване на възможни бариери пред промяната в здравното поведение;

8. Определяне на период за изпълнение;

9. Осигуряване на ангажираност и подкрепа за постигане на целите за промяна на здравното поведение.

Клиентите трябва да участват активно в анализа и планирането на данните от оценката (9).

Здравното планиране е динамичен процес. То търпи промени в зависимост от непрекъснато променящите се потребности на клиента. Планът за здравна промоция трябва да бъде реалистичен относно изискванията и периода, определен за постигане на желаните цели за здравето. Той трябва да е насочен към постигане на по-положително здравословно поведение и по-високо ниво на здраве. Промяната се постига индивидуално и постепенно, тъй като изисква време за усвояване на подходящи знания и умения за прилагане на ново здравно поведение.

Предвид многофакторната обусловеност на здравето и работата на медицинската сестра в тясно сътрудничество с други специалисти, в изпълнението на планът за здравна промоция много често участват и акушерки, диетолози, психолози, рехабилитатори и други (5).

За да се даде възможност на клиентите да инициират промяна в поведението си, медицинската сестра трябва да гарантира, че те разполагат с подходящата информация за поведението си в начина на живот, подкрепа да намерят мотивация за промяна на това поведение и да позволи резултатите от промяната да бъдат поддържани в дългосрочен план.

Здравно обучение

Здравното обучение на клиенти(пациенти) и техните семейства е важен компонент в професионалната дейност на медицинската сестра и в реализирането на планът за здравна промоция.

Според Желязкова М., медицинската сестра има важна роля в обучението на пациенти със захарен диабет, като член на мултидисциплинарния обучаващ екип. Въвеждането в клиничната практика на добре структурирана здравно-образователна програма по проблемите на хранителния режим, самоконтрола и физическата активност, ще допринесе съществено за подобряване на информираността на пациентите и ще ги подпомогне в поддържането на добър гликемичен контрол (2).

Захариева К., предлага „Методика умения за здравословен начин на живот“, целта на която е да подпомогне здравното образование и подобряване здравната култура, чрез овладяване и усъвършенстване на подходящи здравни умения (3).

Здравното обучение, насочено към клиентите(пациентите) и техните семейства има за цел да:

- повиши здравната грамотност;

- спомогне вземането на информирани решения свързани с тяхното здраве;
- оптимизира самообслужването;
- подобри тяхната безопасност;
- осигури достъп до здравна информация;
- обогати опита свързан със здравните грижи;
- подобри достъпът до здравни услуги;
- предотврати усложнения;
- подобри качеството на живот.

При осигуряване на здравна промоция медицинските сестри се сблъскват с редица трудности свързани с различията в здравната култура, здравната грамотност, личната мотивация, психически и физически ограничения на населението.

Направения анализ на литературни източници показва, че пречки за постигане на промяна в здравословното поведение могат бъдат липсата на мотивация, липса на подходящи умения, недоверие, липса на подкрепа от членовете на семейството и насърчаване на увреждащите здравето навици и поведение.

Бариери свързани с околната среда също могат да възпрепятстват положителните промени, например липсата на достъп до здравна помощ, здравна информация, информационни технологии, достъп до паркове, съоръжения за поддържане на позитивно поведение и др.

В процесът на здравна промоция периодично се прави оценка на ефективността на резултатите и постигане на поставените личните или семейните здравни цели и свързаните с тях промени в здравното поведение.

Планът за здравна промоция трябва периодично да се актуализира съобразно индивидуалните постижения и лична ангажираност към здравословно поведение на клиента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Медицинските сестри имат необходимите компетенции за подпомагане на потребителите на здравни услуги с цел постигане на по-голяма лична отговорност за здраве, саморегулиране на здравното поведение за здравословен стил на живот, чрез здравно обучение и превантивни здравни грижи.

2. В професионалната си дейност медицински сестри прилагат един или комбинация от петте подхода за активно повишаване на позитивното здраве.

3. За иницииране на промяна в здравното поведението на клиентите(пациенти), медицинската сестра трябва да гарантира, че те разполагат с подходящата информация за поведението си в начина на живот, подкрепа да намерят мотивация за промяна на това поведение и да позволи резултатите от промяната да бъдат поддържани в дългосрочен план.

4. Здравното обучение на клиенти(пациенти) и техните семейства е важен компонент в професионалната дейност на медицинската сестра и в реализирането на планът за здравна промоция.

5. При осигуряване на здравна промоция медицинските сестри се сблъскват с редица трудности свързани с различията в здравната култура, здравната грамотност, личната мотивация, психически и физически ограничения на населението.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА:

1. Борисова, С., Прилагане на сестринския процес в практиката на медицинската сестра, Стено, Варна 2013, 18- 28стр

2. Желязкова М., М.,Кукова, В., Русева, Д., Стоянова, Ролята на медицинската сестра в терапевтичното обучение на пациенти със захарен диабет по проблеми на хранителния режим и самоконтрола, сп.,,Известия на Съюза на учените‘‘ – Сливен, стр.57

3. Захариева, К., „Методика умения за здравословен начин на живот“, Русе 2014г.

4. Попова С., Социална медицина, Стено – Варна 2011г, стр. 117 – 127

5. Тончева, С., С. Борисова, Промоцията на здраве – предизвикателство пред здравните професионалисти, Научни трудове на Русенския университет - 2012, том 51, серия 8.3, стр. 13-19

6. Министерство на здравеопазването, Концепция „Цели за здраве 2020“, София , стр. 2-9;35; 53-54, 2015

7. Министерството на здравеопазването, Наредба № 1 от 8 февруари 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри могат да извършват по назначение или самостоятелно, Обн. ДВ. бр.15 от 18 Февруари 2011г.

8. Pender, NJ, CL Murdaugh, MA Parsons, Health promotion in nursing practice - 2006 - academia.edu

9. Phillips, A., Effective approaches to health promotion in nursing practice Nursing Standard, 2019

10. WHO. 1986. The Ottawa charter on Health Promotion. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/

11. EUPHA. 2016. The Vienna Declaration. https://ephconference.eu/repository/publications/Vienna_Declaration_final_version.pdf

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

Пепа Митева Джеджева,

МУ Варна - Филиал Сливен, Катедра „Здравни Грижи“,

ул. „Генерал Столетов“ 30, гр. Сливен 8800

e-mail: p.djedjeva@gmail.com

тел.: +359887998985

CORRESPONDENCE ADDRESS:

Pepa Miteva Dzhedzheva,

Medical university “Prof. Dr. Paraskev Stoyanov” – Varna, Affiliate Sliven,

Public Health Faculty, ul. General Stoletov 30, Sliven 8800

e-mail: p.djedjeva@gmail.com

phone: +359887998985

УМЕНИЯ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ ЗА ПРИЛОЖЕНИЕ НА СКАЛАТА ГЛАЗГОУ – ЛИЕЖ

Пепа М. Димитрова-Чиликова

NURSES` SKILLS TO APPLY THE GLASGOW-LIEJ SCALE

Pepa M. Dimitrova-Chilikova

Въведение: *В световен мащаб са проведени редица изследвания за правилното приложение на скалата Глазгоу-Лиеж. Две са основните насоки за изостряне на вниманието – погрешно тълкуване и неправилно прилагане на GCS.*

Цел: *Чрез експеримент да се анализира практическата подготовка на медицински сестри в Неврологично отделение за приложение на скалата Глазгоу-Лиеж.*

Материал и методи: *медицински сестри работещи в Неврологично отделение на МБАЛ „Д-р Ив. Селимински" гр. Сливен.*

Резултати и обсъждане: *независимо от сериозния професионален опит и увереността в правилното прилагане на скалата медицински сестри оцениха точно състояние на пациента с мозъчен инсулт след проведеното обучение от изследователя.*

Заключение: *Популяризирането на скалата чрез провеждане на допълнително обучение, насочено към самостоятелното ù приложение от медицинските сестри в неврологичните отделения, би позволило по-точна оценка на състоянието на пациентите и по-адекватното им обгрижване.*

Introduction: *Numerous studies have been conducted worldwide on the proper application of the Glasgow-Liege scale. Two principal directions are sharpening attention - misinterpretation and misapplication of the GCS.*

Aim: *To analyze the practical training of nurses in the Neurology Department by conducting an experiment by applying the Glasgow-Liege scale.*

Material and methods: *nurses working in the Neurology Department of MBAL "Dr. Iv. Seliminski" Sliven.*

Results and discussion: *The analysis of results indicates that in spite of crucial professional experience and self-confidence in the correct application of the Glasgow-Liege scale, the nurses in the experiment accurately assessed the functional status of the patient with head stroke only after being trained by the researcher in advance.*

Conclusion: *The popularization of the scale by conducting an additional training, aiming at its independent application by nurses in the neurological wards, would allow more accurate assessment of the patients`condition and more adequate care for them.*

Ключови думи: *скала Глазгоу-Лиеж, приложение, медицински сестри*

Key words: *Glasgow-Liege scale, application, nurses*

ВЪВЕДЕНИЕ:

Скалата Глазгоу-Лиеж е навлязла и повлияла практиката преди 40 години, тя е добре проучена, като основен инструмент за определяне нивото на съзнание. През това време е била изследвана, оспорвана, оценявана и обсъждана в множество публикации. Това е и причината да се търсят най-правилните критерии за практическото приложение на скалата при определяне степента на засягане на съзнанието на пациентите.

GCS е разработена през 1974 г. от Teasdale и Jennett като 14-точкова скала и ревизирана три години по-късно до сегашната си 15-степенна скала като инструмент за оценка на «дълбочината и продължителността на увреденото съзнание и кома „[26]. Първоначално е разработена за употреба след травма на главата, но е била широко използвана в различни клинични условия за оценка на нивото на съзнание.

Поради леснотата на приложението скалата е добре приета от отделенията, в които се третират пациенти с мозъчни травми. Медицинските сестри бързо приветстват яснотата на скалата, чрез която лесно се откриват важни тенденции за състоянието на пациента. Скалата на Глазгоу започва да се използва все по-широко и се смята за „общ език“ в международен мащаб с цел комуникация и дискусия на различни напредъци в медицинските практики и за прилагането им към грижите за съответните пациенти. Въпреки че GCS е най-широко използваната скала на съзнанието в световен мащаб е критикувана заради зависимостта си от опитни и добре обучени специалисти, които я прилагат на практика. Като фактори, които могат да повлияят надеждността на скалата се посочват образованието и обучението за работа със скалата.

В световен мащаб са проведени редица изследвания за правилното приложение на скалата Глазгоу-Лиеж – сред лекари, парамедици, медицински сестри, студенти. Резултатите показват, че лекарите прилагат по-добре скалата от парамедиците, че опитните медицински сестри са по-точни от неопитните. Някои от медицинските специалисти смятат, че инструментът е сложен и заявяват несигурност в прилагането му. GCS е често погрешно считан от мнозина за прост инструмент, когато досегашните доказателства показват, че неговата употреба е сложна и многостранна.

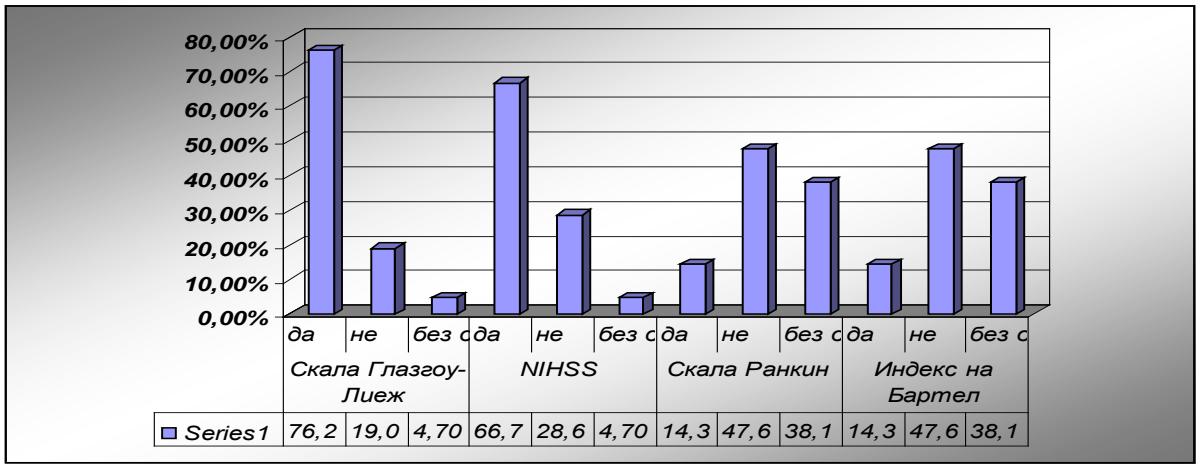
Американското проучване на точността на оценката на GCS е установило, че от общо 2084 наблюдения на GCS цялостната точност е била 33,1%. По-конкретно, вербалните резултати, отварянето на очи и моторните резултати съответно на 69%, 61,2% и 59,8%. Неправилната оценка на нивото на съзнание и предприемането на подходящи действия своевременно може да доведе до необратими и сериозни клинични грешки с опустошителни последици, особено при критични пациенти.

Редица проучвания са изследвали използването на GCS от медицинските сестри. Shoqirat [10], в проучване на студенти трети курс медицински сестри, разкрива 62% несигурност в приложението на скалата, въпреки обучението по сестринските учебни програми, поради липсата на опит.

В по-скорошно проучване Mattar et al. се съгласява със Shoqirat, намира значителна връзка между нагласите на медицинските сестри и самоувереността им при използването на GCS. Натрупания професионален опит в сестринството, работата в неврологично отделение дават увереност при прилагането на GCS. Резултати сочат, че ако сестрите нямат опит или не са обучени достатъчно дълбоко, последователността и точността на оценяването са съмнителни. Това би могло да се счита като аргумент за стандартизирано образование, специфично за приложение на скалата.

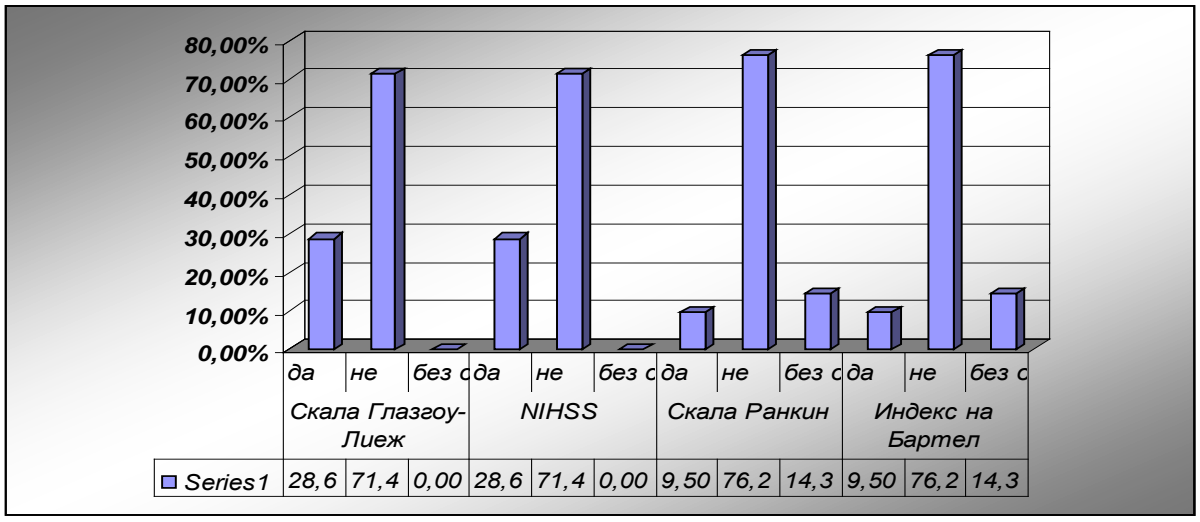
Teasdale et al. [23] след 40 годишно приложение на скалата я преразглеждат и потвърждават като основен инструмент за определяне на нивото на засягане на съзнанието, използват по-ясна формулировка и придружаващо видео за обучение, за да се обърне внимание на образователния елемент. Две са основните насоки за изостряне на вниманието – погрешно тълкуване и неправилно прилагане на GCS. Препотвърждават отдавна установената необходимост от стандартизиран подход за подобряване на точността при използване на скалата. Това отново подчертава някои от оригиналните принципи в приложението на скалата и се основава на последващи прегледи и предложения за практики.

При проучване на експертно лекарско мнение от изследователя за приложение на скалата Глазгоу-Лиеж от медецински сестри анализа на резултатите показа, че според анкетираните сестрите познават скалата(фиг. 1).



Фиг. 1. Познаване на общоприетите скали за оценка на функционалното състояние на пациенти с мозъчен инсулт от медицинските сестри.

За приложението на посочените скали респондентите с голям относителен дял над 70% са категорични - медицинските сестри не прилагат на практика общоприетите скали за определяне засягането на съзнанието и определяне на последиците от инсулта(фиг. 2.).



Фиг. 2. Приложение в практиката на общоприетите скали за оценка на функционалното състояние на пациенти с мозъчен инсулт от медицинските сестри.

Близо 60% от лекарите са на мнение, че не е необходимо допълнително обучение за специалистите по здравни грижи за практическото приложение на скалата Глазгоу-Лиеж. Те подкрепят обучението, като възможност да се повиши качеството на грижите за пациентите. Около 40% считат, че не е необходимо обучение и то не би оказало влияние върху качеството на грижите за болните. Въпреки че традиционно скалата Глазгоу-Лиеж се прилага от лекари – невролози, неврохирурзи и др. специалисти, се наблюдава тенденция за по-широкото ѝ навлизане в сестринската практика. Експертите не биха

възложили практическото и приложение на медицинските сестри(71,4%). В международен мащаб скалата се прилага не само от лекари, но и от специализанти, студенти и специалисти по здравни грижи в интензивни, неврохирургични, неврологични и спешни отделения.

Проучване проведено сред медицински сестри работещи в неврологични отделения за познаване на скалата Глазгоу-Лиеж, нейното приложение в практиката и необходимостта от допълнително обучение показва, че всички респонденти познават скалата, но не я прилагат самостоятелно. Според анкетираните допълнително обучение би повишило увереността в знанията, точността в прилагането и правилната преценка за състоянието на болния.

ЦЕЛ:

целта на изследването е чрез провеждане на експеримент да се анализира практическата подготовка на медицински сестри в Неврологично отделение на МБАЛ „Д-р Иван Селимински” - Сливен за определяне на функционалното състояние на пациенти хоспитализирани по повод мозъчен инсулт чрез приложение на скалата Глазгоу-Лиеж.

МАТЕРИАЛ И МЕТОД:

експеримента се проведе с 6 медицински сестри в Неврологично отделение на МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ - Сливен(табл. 1.).

Таблица. 1. Описание на експеримента

ЕТАП	ДЕЙНОСТ	ВРЕМЕ	МЯСТО
I ЕТАП	Оценка на функционалното състояние на пациент с мозъчен инсулт по скалата Глазгоу-Лиеж от мед.сестри в НО	X. 2018 г.	МБАЛ «Д-р Ив. Селимнски» гр. Сливен
II ЕТАП	Оценка на функционалното състояние на пациенти с мозъчен инсулт по скалата Глазгоу-Лиеж от мед.сестри в НО след проведено обучение от изследователя	X. 2018 г.	МБАЛ «Д-р Ив. Селимнски» гр. Сливен

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ:

В световната медицинска практика скалата за оценка на коми по Glasgow е сред основните инструменти, използвани от медицинските сестри за оценка на неврологичния статус на пациента. От своето въвеждане през 70-те г. на XX в. тя се използва за следене на промените в редица ключови неврологични функции като ниво на съзнание, зенични реакции и движения на крайниците. Точността във всички аспекти на оценката на скалата е от първостепенно значение.

В първия етап на експеримента в реална работна болнична среда се извърши определяне на засягането на съзнанието на пациент с мозъчен инсулт като медицинските сестри отразиха резултатите в предварително подготвен протокол за оценка по скалата Глазгоу-Лиеж съдържаща трите аспекта на изследване: отваряне на очи, словесен отговор и моторен отговор(табл. 2.).

Таблица. 2. Протокол за оценка на съзнанието по Глазгоу-Лиеж.

ИЗСЛЕДВАНЕ НА ФУНКЦИИ И СИСТЕМИ	ТОЧКИ	ПЪРВО ИЗСЛЕДВАНЕ	ИЗСЛЕДВАНЕ СЛЕД ОБУЧЕНИЕ
ОТВАРЯНЕ НА ОЧИ			
СПОНТАННО	4		
НА ПОВИКВАНЕ	3		
НА БОЛКА	2		
НЯМА ОТГОВОР	1		
СЛОВЕСЕН ОТГОВОР			
ОРИЕНТИРАН	5		
ОБЪРКАН	4		
НЕАДЕКВАТЕН	3		
НЕРАЗБИРАЕМ	2		
НЯМА ОТГОВОР	1		
МОТОРЕН ОТГОВОР			
ПОДЧИНЯВА СЕ	6		
ЛОКАЛИЗИРА	5		
ОТДРЪПВА СЕ	4		
АБНОРМНА ФЛЕКСИЯ	3		
АБНОРМНА ЕКСТЕНЗИЯ	2		
НЯМА ОТГОВОР	1		
ОБЩ СБОР			

Вторият етап на изследването се извърши със същия пациент, но след проведено обучение на участващите медицински сестри за практическото приложение на скалата от изследователя, с помощта на видеофилм. Поставената цел бе да се установи правилно ли са оценили медицинските сестри състоянието на пациента и влияе ли обучението на резултатите. Участвалите медицински сестри са със завиден професионален опит(табл. 3.).

Таблица. 3. Професионален опит на участниците в експеримента.

№	Общ трудов стаж	Трудов стаж в НО
1.	20	15
2.	22	1
3.	35	30
4.	36	33
5.	40	40
6.	22	4

Три от медицинските сестри са с общ професионален опит над 20 години, а другите три – над 35 години. В Неврологично отделение повече от 30 години работят три от сестрите, а останалите са с по-малък опит в грижите за неврологично болни пациенти.

➢ По отношение на първият аспект за оценка – отваряне на очите всички участници при първото оценяване са отбелязали, че пациента отваря очи „спонтанно”, а след обучението са коригирали своята преценка на отваря очи „на повикване”.

➢ По отношение на втория аспект – словесен отговор, всички медицински сестри са преценили, че пациента е „ориентиран”, след обучението и повторно оценяване са променили своето становище на „объркан”.

➢ По отношение на моторния отговор и при първото оценяване и след обучението участниците в експеримента са направили еднакъв избор – „подчинява се”.

ИЗВОДИ:

Анализът на резултати показва, че независимо от сериозния професионален опит и увереността в правилното прилагане на скалата Глазгоу-Лиеж, участвалите в експеримент медицински сестри оцениха точно функционалното състояние на пациента с мозъчен инсулт след проведеното обучение от изследователя.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Скалата за оценка на коми по Glasgow е инструмент, използван рутинно в световната сестринска практика. Популяризирането на скалата чрез провеждане на допълнително обучение, насочено към самостоятелното ѝ приложение от медицинските сестри в неврологичните отделения, би позволило по-точна оценка на състоянието на пациентите и по-адекватното им обгрижване.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА:

1. Baker M, Reviewing the application of the Glasgow Coma Scale: does it have interrater reliability? , Journal of Neuroscience Nursing, 2008

2. Brott T, Adams H, Olinger C, Marler J, Barsan W, Biller J et al. Измервания на остър мозъчен инфаркт: скала за клиничен преглед. , Stroke, 1989

3. Carota A & J.Bogousslavsky. Mood Chnges and Disorders after Stroke, In Bogousslavsky J., ed. Long – Term Effects of Stroke. 2002

4. Edwards SL, Using the Glasgow Coma Scale: analysis and limitations. British Journal of Nursing, 2001

5. Fairley D, Jake T, Using a coma scale to assess patient conscious levels. Nursing Times, 2005

6. Fielding K, Rowley G, Reliability of assessments by skilled observers using the Glasgow Coma Scale, Australian Journal of Advanced Nursing, 1990

7. Frej M, Frej J. Структурираният подход на Глазгоу за оценка на кома: какво е GCS скала Глазгоу, 2003

8. Gill M, Reiley D, Green S. Степента на надеждност на скалата на Glasgow в спешното отделение, Annals of Emergency Medicine, 2004

9. Grote S, Böcker W, Mutschler W, Bouillon B, Lefering R. Диагностична стойност на скалата на Глазгоу за травматично мозъчно увреждане при 18 002 пациенти с тежки множествени наранявания, Journal of Neurotrauma, 2011

10. Hachinski et al. National Institute of Neurological Disorders and Stroke–Canadian Stroke Network Vascular Cognitive Impairment Harmonization Standards Stroke, 2006

11. Jennett B., Оценка на резултата след тежки мозъчни увреждания: практически мащаб, The

Lancet, 1975

12. Lacono LA, Lyons KA Making GCS as easy as 1,2,3,4,5,6. Journal of Trauma Nursing, 2005

13. Marion D, Carlier P. Проблеми с първоначалната оценка на скалата на Глазгоу, причинена от преходно лечение на пациенти с наранявания на главата, Journal of Trauma: Зараза, инфекция и спешна помощ, 1994

14. Marmarou A et al, Prognostic value of the Glasgow Coma Scale and pupil reactivity in traumatic brain injury assessed pre-hospital and on enrolment: an IMPACT analysis. Journal of Neurotrauma, 2007

15. Martin L The Glasgow Coma scale: a sensitive tool in experienced hands, Nursing Times, 1999

16. McLernon S, The GCS 40 years on: a review of its practical use. British Journal of Neuroscience Nursing, 2014

17. McNett M, Amato S, Gianakis A, Grimm D, Philippbar S, Belle J et al. Резултатите от FOUR и GCS като предиктори на резултата след травматично мозъчно увреждане. Neurocritical Care, 2014

18. Middleton PM, Practical use of the Glasgow Coma Scale; a comprehensive narrative review of GCS methodology. Australasian Emergency Nursing Journal, 2012

19. Reith F, Synnot A, van den Brande R, Gruen R, Maas A. Фактори, влияещи върху надеждността на скалата на Глазгоу Кома: систематичен преглед. Neurosurgery, 2017

20. Reith F et al, Lack of standardization in applying painful stimuli for assessment the GCS. Journal of Neurotrauma, 2014

21. Shah S, Neurological assessment. Nursing Standard, 1999

22. Sinanović O. Organically originated depressive syndromes. Neurologia Croatica., 2007

23. Teasdale G et al, The Glasgow Coma Scale at 40 years: standing the test of time. The Lancet Neurology, 2014

24. Teasdale G et al, Adding up the Glasgow Coma Score. Acta Neurochirurgica Supplement (Wein), 1979

25. Teasdale G et al, Observer variability in assessing impaired consciousness and coma. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 1978

26. Teasdale G, Acute impairment of brain function-1. Assessing 'conscious level'. Nursing Times, 1975

27. Teasdale G et al, Acute impairment of brain function-2. Observation record chart. Nursing Times, 1975

28. Waterhouse C, The use of painful stimulus in relation to Glasgow Coma Scale observations. British Journal of Neurological Nursing, 2009

29. Waterhouse C, The Glasgow Coma Scale and other neurological observations. Nursing Standard, 2005

30. Zuercher M et al, The use of Glasgow Coma Scale in injury assessment: a critical review. Brain Injury, 2009

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

Пепа Миткова Димитрова-Чиликова,

Филиал Сливен на МУ „Проф. Д-р Параскев Стоянов"-Варна

pepachilikova@gmail.com

ФИЗИЧЕСКАТА АКТИВНОСТ КАТО ИНСТРУМЕНТ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА ЗДРАВНОТО СЪСТОЯНИЕ

В. В. Василева, В. П. Златанова , Е. М. Мерджанова, К. Б. Начева

Студенти от МУ-София, Факултет по обществено здраве

РЕЗЮМЕ

Физическата активност е важен инструмент за подобряване на физическото здраве, а липсата й води до развитие на редица хронични заболявания и има съществен принос за влошаване на здравния статус на населението. Физическата активност се определя като „всяко движение на тялото, свързано със съкращаване на мускулите, което увеличава разхода на енергия над нивото при покой“ и способсва за намаляване на риска от сърдечно-съдови заболявания, забавяне и предотвратяване на развитието на артериална хирептония и захарен диабет, редукция на теглото, подобряване на минерализацията на костите.

***Целта** на настоящото изследване е да се проучи нивото на физическа активност при лица над 18 годишна възраст. За постигане на поставената цел е проведена пряка, индивидуална анкетна карта сред 78 анкетирани. Проучването е проведено в град София в периода от месец февруари до месец март 2020 година. За събиране на първичната информация са приложени документален, социологически, статистически метод и метод за графичен анализ на получените резултати.*

***Изводите**, които си направихме в резултат на проучването са, че над половината от анкетираните не практикуват никакъв вид спорт, а 35.00% от участниците в него определят теглото си като наднормено. Приблизително 40.00% от запитаните никога не ходят пеша и винаги използват обществен транспорт, а други 36.00% разпускат в почивните дни като гледат телевизия, играят на компютър, четат книги и рядко отделят време за кратки разходки.*

***Ключови думи:** физическа активност, здраве, превенция*

PHYSICAL ACTIVITY AS A TOOL FOR IMPROVING HEALTH

V. V. Vasileva, Vl. Pl. Zlatanova, E. M. Merdjanova, K. B. Nacheva

Students from Medical University – Sofia, Faculty of Public Health

ABSTRACT

Physical activity is an important tool for improving physical health, and its lack leads to development of a number of chronic diseases and has a significant contribution to the deterioration of the health status of the population. Physical activity is defined as “any movement of the body, associated with muscle contraction, that increases energy expenditure above resting levels” and helps reduce the risk of cardiovascular diseases, slow down and prevent the development of hypertension and diabetes, manage weight and improve bone mineralization.

***The aim** of the present study is to examine the level of physical activity in persons over 18 years of age. To achieve the goal, a direct, individual questionnaire was conducted among 78 respondents. The study was held in the city of Sofia in the period February - March 2020. To collect the primary information, a*

documentary, sociological, statistical method and a method for graphical analysis of the obtained results were applied.

***The conclusions** we made, as a result of the survey, are that more than half of the respondents do not practice any kind of sport, and 35.00% of the participants in it define their weight as overweight. Approximately 40.00% of the respondents never walk and always use public transport, while other 36.00% relax on weekends watching TV, playing on the computer, reading books and rarely taking time for short walks.*

***Key words:** physical activity, health, prevention*

Физическата активност (ФА) е важен инструмент за подобряване на физическото здраве, а липсата й води до развитие на редица хронични заболявания и има съществен принос за влошаване на здравния статус на населението. [6, 10, 15] Тя е едно от най-мощните средства за предпазване от заболявания, за увеличаване на съпротивителните сили на организма, както и за повишаване на психическия и физически капацитет на човека. [1, 11, 13]

ФА се определя като „всяко движение на тялото, свързано със съкращаване на мускулите, което увеличава разхода на енергия над нивото при покой“ и способсва за намаляване на риска от сърдечно-съдови заболявания, забавяне и предотвратяване на развитието на артериална хирептония и захарен диабет, редукция на теглото, подобряване на минерализацията на костите, подобрява храносмилането и т.н. Освен това оптималната ФА поддържа мускулната сила, двигателните функции и баланса и същевременно намалява нивото на стреса, подобрява съня и повишава самочувствието и ентусиазма у хората. [3, 4, 5, 7, 8, 9, 14]

Терминът „ФА” не се тълкува само като еквивалент на целенасочените занимания с физически упражнения и спорт, а включва и редица дейности от ежедневието, а именно танци, дейности свързани с ФА у дома, ходене пеша, разходки на открито, колоездене и други. [2, 3, 4, 12] Препоръките на Световната здравна организация (СЗО) за ФА в ученическа възраст са за практикуване на умерено до силно интензивна физическа дейност минимум 60 минути дневно на ден. [1, 3, 4, 7, 8] При здрави хора на възраст 18-65 години се препоръчва извършване на миниму 30 минути умерено интензивна ФА 5 пъти седмично или минимум 20 минути силно интензивна ФА 3 пъти седмично. Препоръчва се и добавяне на упражнения за мускулна сила и издръжливост, които да се практикуват с честота 2-3 пъти седмично. [3]

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ:

Целта на настоящото изследване е да се проучи нивото на физическа активност при лица над 18 годишна възраст.

За постигане на така определената цел е проведено анонимно анкетно проучване сред 78 участника. Проучването е проведено в град София в периода от 01 февруари 2020 до 05 март 2020 година. За събиране на първичната информация са приложени документален, социологически, статистически метод и метод за графичен анализ на получените резултати.

АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ:

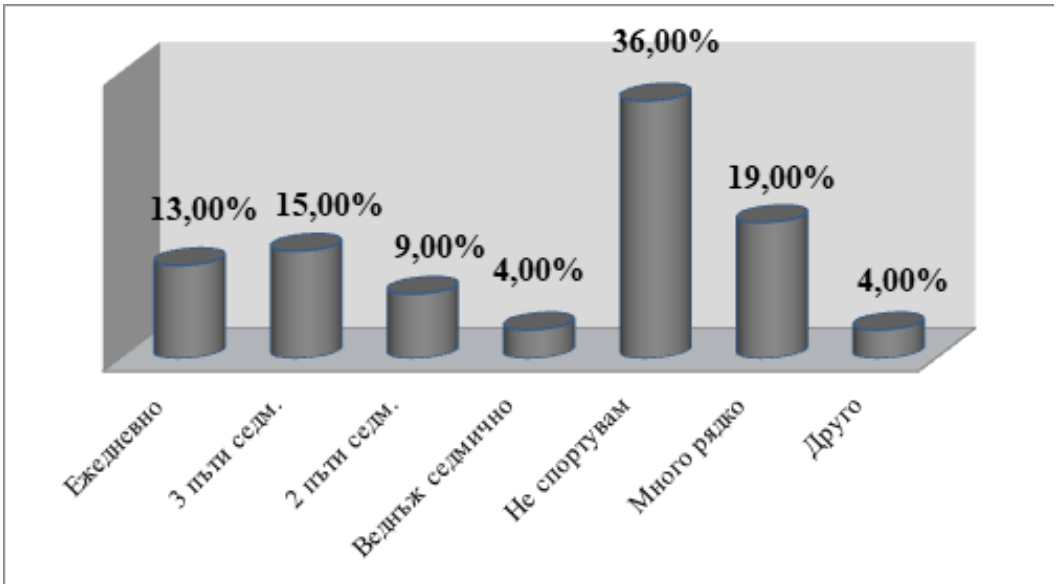
Най-висок е делът на анкетираните, които попадат във възрастовата група от 20 до 24 години (28.0%), следвани от 35-39 годишните (17.0%) и 40-44 годишните (13.00%). Най-висък е делът на участниците в проучването на възраст от 50 до 54 години (съответно 4.0%). Данните са онагледени на табл.1.

Табл. 1 Разпределение на анкетираните според тяхната възраст

Възраст	Относителен дял в %
От 20 до 24 години	28.00%
От 25 до 29 години	12.00%
От 30 до 34 години	10.00%
От 35 до 39 години	17.00%
От 40 до 44 години	13.00%
От 45 до 49 години	9.00%
От 50 до 54 години	4.00%
Над 55 години	8.00%

В отговор на въпроса „Спортувате ли?”, най-висок относителен дял от запитаните дават отрицателен отговор – съответно 55.0%, а 45.0% отговарят положително. (Фиг. 1)

Фиг. 1 Упражняване на спортни занимания



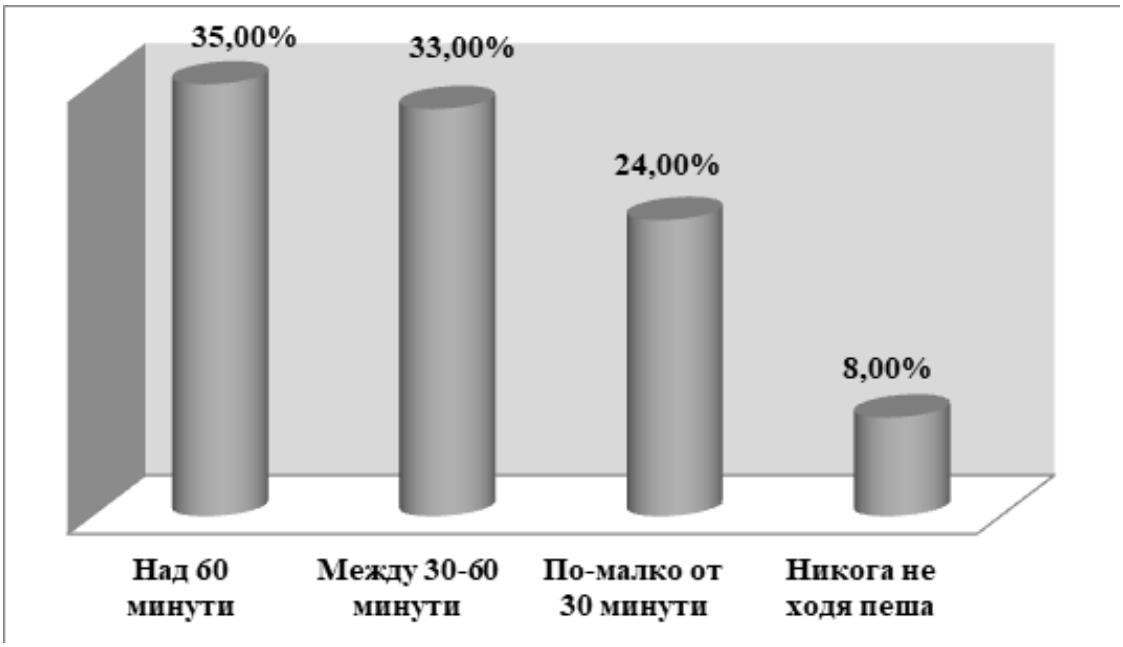
Фиг. 2 Честота на практикуване на спортни занимания

Проучихме честота на практикуване на спортни занимания. Резултатите показват, че най-висок е делът на анкетираните, които не спортуват (36.00%), следвани от други (19.0%), които спортуват много рядко. Тези данни показват, че от запитаните, които отговарят, че не спортуват, 36.0% не практикуват никакви спортни занимания. Останалите 19.0% също не са физически активни и оценяват ФА като изключително ниска, но вероятно понякога полагат усилия и по тази причина са дали отговор „много рядко".

От участниците в запитването, които твърдят, че са физически активни, най-висок е делът на тези, които спортуват три пъти седмично (15.0%), следвани от спортуващите ежедневно (13.0%) и два пъти седмично (9.0%). Най-ниски и същевременно равни са относителните дялове на анкетираните, които спортуват веднъж седмично и тези, които са посочили „друго" – съответно по (4.0%). Данните са графично представени на фиг. 2.

Някои от анкетираните са посочили и вида на спорта, които практикуват. Най-често това са фитнес, джогинг, колоездене, плуване, туризъм, народни танци, йога, спортно ходене, голф и лов.

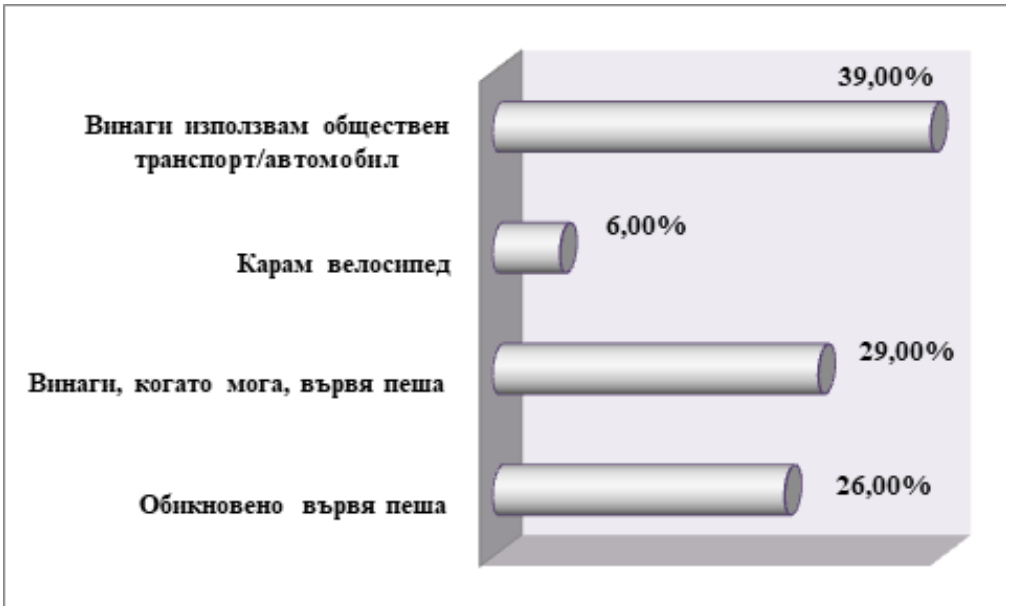
Проучихме и времето, което анкетираните отделят ежедневно за ходене пеша.



Фиг. 3 Ходене пеш в ежедневието

Прави впечатление, че най-висок относителен дял (35.0%) от запитаните, отделят ежедневно за ходене пеша над 1 час. Други 33.0% ходят пеша всеки ден в рамките на 30-60 минути. По-малко от 30 минути за този вид ФА отделят 24.0% от анкетираните, а 8.0% отговарят, че никога не ходят пеша. Данните са представени графично на фиг. 3. Анализът на резултатите показва, че приблизително една трета от анкетираните ходят пеша по-малко от половин час дневно или никога не го правят, а винаги използват превозно средство.

На фиг. 4 са представени резултатите относно начинът, по който анкетираните лица се придвижват, когато излизат извън дома си или отиват на работа.



Фиг. 4 Начин на придвиждане при излизане навън

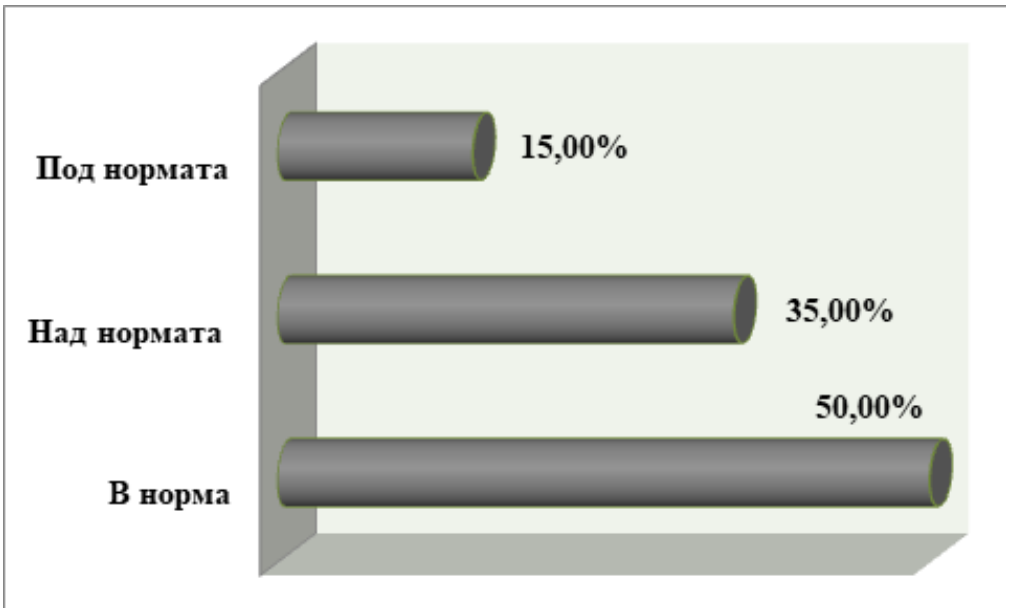
Анализът на данните показва, че 39.0% от анкетираните винаги използват обществен транспорт или автомобил, независимо дали излизат за работа или по друг повод. Почти една трета (29.0%) отговарят, че винаги когато могат ходят пеша, а други 26.0% твърдо отговарят, че ходенето пеш е ежедневие. Най-нисък е делът на анкетираните, за които начинът на придвижване е чрез каране на велосипед – съответно 6.0%. Причините за тези данни могат да се търсят във факта, че проучването е проведено в гр. София и често инфраструктурата и пътните артерии затрудняват достъпа на пешеходци. Друга причина, която може де се изтъкне е и голямото разстояние до работното място, липсата на време и атмосферните условия.

Проучихме и навиците на анкетираните за прекарване на почивните дни.

Фиг. 5 Навици за прекарване на време в почивните дни

Най-висок (41.0%) е делът на участниците в проучването, които отговарят, че винаги отделят време за разходки в почивните дни. Почти една четвърт (23.0%) от анкетираните се занимават предимно с домашни задължения и нямат време за целенасочени физически занимания. Най-ниски и същевременно равни са относителните дялове (18.0%) на тези, които ангажират почивните си дни и свободното време с четене на книги, гледанене на телевизия и занимания пред компютъра и други, които понякога правят кратки разходки.

В края на проучването подканихме участниците да самооценят теглото си.



Фиг. 6 Самооценка за теглото

Половината от анкетираните го определят като нормално, други 35.0% като наднормено, а 15.0% под нормата. (Фиг. 6)

Изводите, които направихме в резултат на проучването са, че над половината от анкетираните водят заседнал начин на живот и не практикуват никакъв вид спорт, а 35.00% от участниците в него определят теглото си като наднормено, което създава сериозен риск за развитието на мого болести. Приблизително 40.00% от запитаните никога не ходят пеша и винаги използват обществен транспорт, а други 36.00% разпускат в почивните дни като гледат телевизия, играят на компютър, четат книги и рядко отделят време за кратки разходки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Ежедневието на съвременния човек се характеризира с ниска физическа активност с всички неблагоприятни последствия за здравето. Заседналият начин на живот е огромна заплаха за здравето на милиони хора. Съществуват безспорни доказателства за вредното влияние на обездвижването върху здравето, трудоспособността и дълголетието на човека.

Повишаването на физическата активност трябва да се постигне чрез смяна на заседналия начин на живот с ежедневни физически упражнения или друг вид ейност-пешеходство, градинарство, танци и т.н. Важно е да се знае, че трябва да се започне постепенно, да се изберат спортове, които доставят удоволствие, да се упражняват в такова време, което е удобно и съответства на ритъма на живот на конкретния човек.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА:

1. Мерджанова, Е. Физическо развитие и здравно поведение на подрастващите (11-14 г.) в гр. Пловдив. Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „доктор”. Пловдив, 2019 г. Източник: https://mu-plovdiv.bg/wp-content/uploads/2019/05/Avtoreferat-Elena-Merdzhanova.pdf

2. Мерджанова Е, Петрова Г, Лалова В. Проучване сред родителите на подрастващи (5-8 клас) отонсно физическата активност и спорта в свободното време на техните деца. Здравна политика и мениджмънт 2019; 12 (2): 76-80.

3. Насоки на ЕС за физическата активност. Препоръчителни политически действия в помощ на физическата активност за укрепване на здравето. Брюксел, 10 октомври, 2008 Източник: https://ec.europa.eu/assets/eac/sport/library/policy_documents/eu-physical-activity-guidelines-2008_bg.pdf

4. Попова, Т. Рискови фактори за сърдечно-съдови заболявания при деца и юноши – промоция, превенция и профилактика. Автореферат на дисертационен труд за присъждане на обазователна и научна степен „доктор”. София, 2020.

5. Попова, Т.,П. Бикова. Необходимость сотрудничества педагогов и медицинских специалистов в борьбе с сърдечно-сосудистыми заболеваниями. – В: Общество и образование в XXI веке: опыт, традиции, перспективы (Седьмые Лозинские чтения). Международной научно-методической конференции (24-27 апреля 2017 г.), г. Сочи. Часть I. Псков, 2017, 44-49.

6. Попова, Т., К. Богданова, Д. Благоева, С. Георгиева. Семейната среда и ролята й за превенция на сърдечно-съдовия риск при деца от 3 до 7 годишна възраст. Национална конференция на специалистите по здравни грижи, Монтана 2015. Сборник статии, 94-106..

7. Попова, Т., Ив. Стамболова. Физическата активност като част от превенцията на сърдечно-съдовите заболявания. Сп. „Сестринско дело”, 51, 2019, №2, стр. 13-18. ISSN 1310-7496

8. Попова, Т., Ив. Стамболова. Промоция и оценка на физическата активност в ученическа възраст. Сп. „Сестринско дело”, 50, 2018, №3, стр. 26-31. ISSN 1310-7496

9. Попова, Т., Ив. Стамболова. Роля на медиинската сестра в профилактика на артериалната хипертония в юношеска възраст. Здравни грижи, бр. 3, 2018, стр. 5-10.

10. Попова, Т., А. Терзиева. Програми за превения на кардиоваскуларния риск при деца и юноши. – В: Четидресет и първа научно-технологична сесия Контакт 2018, София (29.06.2018). Гражданска идея в действие. Сборник статии. Темто, стр. 50-58.

11. Meredzhanova E, Petrova G, Kulina Hr, Lalova V. A research of adolescents physical activity and eating habits during their free time in city of Plovdiv, Bulgaria. Journal of IMAB 2019; 25 (4): 2713-2717. Available from: doi.org/10.52.72/jimab.2019254.2713. SJR-0.104 (2018)

12. Merdjanova E, Petrova G, Kulina Hr. A research of the parents` opinion for the physical activity of their children (11, 12 and 13 years old) in two schools in the city of Plovdiv. KNOWLEDGE INTERNATIONAL JOURNAL Scientific and applicative Papers 2016; Vol. 15 (3) : 1031-1036.

13. Merdjanova E, Petrova G, Kulina Hr. A research of the parents` opinion regarding the physical activity of their children (11, 12 and 13 years old), Science & Technologies 2016; Volume VI, (7) : 107-113.

14. Popova, T., Iv. Stsmbolova. Prevention of cardiovascular health in adolescents – long-term investment in the protection and employability of adults. Knowledge International Journal Vol. 35.4, Medical sciences and health, November 2019, Bansko, Bulgaria, c. 1117-1124 ISSN 2545-4439

15. Popova, T., Iv. Stsmbolova. Promotion and prophilaxis of children’s cardiac health-long-term investment in the health of the future generation. Knowledge International Journal Vol. 26.4, September 2018, Agia Triada, Greece, c. 1153-1157. ISSN 2545-4439

ЗДРАВНИ ГРИЖИ В ДОМОВЕ ЗА ДЕЦА С УВРЕЖДАНИЯ

Мирела М. Рангелова

Медицински факултет

Тракийски университет- Стара Загора

РЕЗЮМЕ:

Животът на децата с увреждания е много по-различен и труден от този на останалите. Те са група деца, които се нуждаят от специални ресурси, съобразени с техните възможности и потребности, но за съжаление са много трудно достъпни. Това са деца, които се нуждаят от здравни грижи и специалисти, които да подпомагат техните нужди и живот. Целта на здравният работник е да улесни и да подпомогне личността така, че да запази, подобри или да възвърне здравето й чрез изпълнение на задачи, с които детето само би се справило, ако има необходимата сила и физическа възможност. Медицинският специалист се стреми да приобщи децата в социалния живот, подпомогне при връзката с логопед, психотерапевт и др., както и да осигури контакти и възможност за обучение. Според направени статистики броят на децата с увреждания се увеличава, а центровете и медико-социалните домове намаляват с всяка изминала година. Необходимо е приобщаването на тази група деца към обществото чрез различни мероприятия и промяна във възгледите на хората, защото това са деца, които имат нужда от грижа и любов, както всички останали.

Ключови думи: *здравни грижи, деца, увреждания, интеграция*

ВЪВЕДЕНИЕ:

Децата с увреждания спадат към група, която има изключително нисък социален статут. Те са част от обществото, която много често въпреки усилията на държавата за приобщаване остава изолирана от останалите. При тях съществува повишен риск от раздяла с биологичните си семейства, което увеличава вероятността, те да живеят в различни държавни институции, в които се полагат здравни и социални грижи.

Съществува медицински модел, който разглежда увреждането като проблем на индивида. Той промотира идеята за зависим човек, който има нужда да бъде излекуван, като се полагат ежедневно грижи за него, и по този начин оправдава начина, по който хората с увреждания са често интегрирани от обществото. В този модел съществува разграничение между увреждане и инвалидност [6]. Увреждането се утвърждава като дълготрайно умствено, физическо, интелектуално или сетивно нарушение, докато за инвалидност се смята всяко ограничение или липса на възможност да се изпълняват определени действия, които се смятат за нормални за едно човешко същество.

Цел: Целта на представящата разработка е да се представи информация, свързана с необходимостта от полагане на здравни грижи за деца с увреждания, както и необходимостта от приобщаването им към обществото.

ИЗЛОЖЕНИЕ:

Фактът, че децата с увреждания имат нужда от ежедневно полагане на здравни грижи, изисква добра теоретично-практическа подготовка, както и мотивация за работа от страна на здравните

работници. Основната изява на медицинската сестра в медико-социалната позиция е при ежедневното полагане на грижи, необходими за нормалното съществуване и подобряване състоянието и развитието на детето. Медицинската сестра трябва да подпомогне личността така, че да запази или да възвърне здравето чрез изпълнения на задачи, с които детето само би могло да се справи, ако има необходимата сила и физическа възможност. Здравните работници трябва да са обучени, и да приемат дефекта като нещо, при което развитието на организма на пациента става различно и специфично[4].

Като цяло здравните грижи целят намаляване на интеграцията на деца с увреждания и приобщаване към социалния живот, оказване на помощ за съдействие от страна на логопеди, психотерапевти, ерготерапевти или арт- терапевтни обучения, организиране на свободното време, превръщайки го в забавни игри и малки екскурзии. Друга цел на здравните грижи е осигуряване на контакти, компютърно и езиково обучение, както и придобиване на социални умения и подпомагане в дейностите от ежедневния начин на живот[4].

Според направени статистики 5,1% от децата по света (или 95 милиона) имат увреждания, от които 13 милиона (0,7%) имат тежки увреждания [5]. В България предполагаемият брой на децата с увреждания и затруднения в развитието е около 32 000 [2]. За съжаление през последните години много домове и центрове за такива деца в държавата ни са затворили врати[1], което всъщност ги лишава от ежедневни здравни грижи.

Аз мисля, че е необходимо държавата да инвестира повече в тази група от населението, тъй като тя изисква повече грижи, внимание и усилия. Необходимо е да се провеждат мероприятия, чрез които да се покаже на населението, че тези деца не са по-малко от останалите и имат нужда от внимание и грижа. Според мен трябва да се построят и открият повече дневни центрове и медико-социални домове, в които да се осигури всичко необходимо, за нормалното израстване и развитие на такива деца. Изолирането им в обществото създава погрешно възприятие в съзнанието на подрастващите, което всъщност води до отбягване и погрешни представи за едно дете с увреждания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Един от сериозните проблеми, характеризиращ системата на услугите в България, е недостатъчният брой превантивни социални и здравни услуги за хора с увреждания [3].Приобщаването на децата с увреждания към обществото би променило много неща, като например погрешните възприятия от страна на останалите. Хората трябва да разберат, че това са деца, които имат нужда от помощ и подкрепа, а не от интегриране. Важно е медицинският работник, който полага грижи в такива центове или домове да е много добре обучен и подготвен. Той трябва да е добре информиран за състоянието, увреждането и нуждите, от които има всяко едно дете, защото все пак подходът е различен и индивидуален. Здравните грижи изключително много подпомагат и улесняват живота на всяко едно „различно от останалите дете“, защото освен необходимите грижи, те получават внимание и любов, нещо, от което има нужда всяко едно психически и физически здраво и болно дете.

ЛИТЕРАТУРНИ ИЗТОЧНИЦИ:

[1] Агенция за социално подпомагане

[2] Данни на Държавната агенция за социално подпомагане за броя на децата с над 50% увреждане, чиито семейства са получавали финансова подкрепа съгласно Закона за интеграция на хората с увреждания и Правилника за прилагането му, както и данни на Националния център по обществено здраве и анализи относно броя на децата с под 50% увреждане

[3] Необходимост от социална подкрепа и здравни грижи за хората с увреждания в България, Костадинова Д.

[4] Лекции „ Здравни грижи“ , Николова М.

[5]СЗО и Световната банка. 2011 г. Световен доклад за увреждането. СЗО, Женева

[6] СОЦИАЛНО -МЕДИЦИНСКИ ПРОБЛЕМИ НА ДЕЦА С ДЕТСКА ЦЕРЕБРАЛНА ПАРАЛИЗА , Терзиева А.

http://cml.mu-sofia.bg:8080/jspui/bitstream/10861/947/1/Antoaneta_Terzieva-dis.pdf

http://conf.uni-ruse.bg/bg/docs/cp14/8.3/8.3-11.pdf

https://www.unicef.org/bulgaria/%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D0%B8-%D0%B7%D0%B0-%D0%B4%D0%B5%D1%86%D0%B0%D1%82%D0%B0-%D1%81-%D1%83%D0%B2%D1%80%D0%B5%D0%B6%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F-%D0%B2-%D0%B1%D1%8A%D0%BB%D0%B3%D0%B0%D1%80%D0%B8%D1%8F-%D0%B8-%D0%BF%D0%BE-%D1%81%D0%B2%D0%B5%D1%82%D0%B0

ИСТОРИЯ НА СЕСТРИНСТВОТО

Християна С. Димитрова, Силвия Г. Кючукова

Тракийски университет, Медицински факултет, Катедра „Здравни грижи“, България

РЕЗЮМЕ: *Докладът в схематичен вид представя етапите на развитие на сестринството от древни времена до днес. Началото на сестринството е поставено преди хилядолетия още в Древна Индия. Като такова се среща и в египетската, гръцката, еврейската и римската медицини. Дори тогава не липсват високи изисквания към сестринския персонал.*

Сестринството получава нов подтик на развитие през Средновековието с построяването на светски болници, посещаването на болните по домовете, създаването на все повече и повече манастирски лечебници.

Динамичното развитие на сестринските грижи започва след Първата и през Втората световни войни. Като в този период интересът към професията нараства и все повече жени имали желание да бъдат медицински сестри.

***Целта** на доклада е да даде информираност и отделно разглеждане на развитието на сестринството през отделни периоди в историята.*

Задачите:

да разберем какво е било миналото,за да погледнем с други очи на настоящето,

да намерим какво е оказвало натиск върху професията и да го отстраним,

как може да се подкрепи професията от институциите и какви са новите изисквания към медицинските сестри.

***Извода** от доклада е, че от миналото до сега се е достигнало високо ниво на обучение и образованост в професията. Развитието не спира до тук, а продължава, с навлизането на все повече нови технологии и открития. Но за жалост с времето професията става по-омаловажавана и по-малко търсена, отколкото е била преди.*

След войните и поставянето на основите на съвременното сестринството от Флоранс Найтингейл, все повече напредвала идеята за осигуряване на по-добра подготовка на медицинските сестри за справяне с всякакъв вид заболявания и по-добро образование за тях.

Ключови думи: *медицинска сестра,сестринство,история,развитие,милосърдие*

HISTORY OF NURSING

Hristiyana S. Dimitrova, SIlviya G. Kyuchukova

Trakia University, Medical Faculty, Department of Health Care, Bulgaria

SUMMARY : *The report presents in a schematic form the stages of development of nursing from ancient times to the present day. The beginning of sisterhood was set thousands of years ago in ancient India.As such it is also found in Egyptian, Greek, Jewish and Roman medicine. Even then, there is no lack of high demands on nursing staff.*

Nursing received a new impetus to development in the Middle Ages with the construction of secular hospitals visiting the sick at home the creation of more and more monastic clinics.

The dynamic development of nursing care began after the First and Second World Wars. During this period the interest in the profession grew and more and more women wanted to be nurses.

***The purpose** of the report is to provide information and separate consideration of the development of nursing in different periods in history.*

Tasks:

to understand what was in the past in order to look with different eyes at the present

to find what has put pressure on the profession

how the profession can be supported by the institutions and what are the new requirements for nurses.

***The report concludes** that from the past so far they have reached a high level of training and education in the profession. Development does not stop there but continues with the introduction of more and more new technologies and discoveries. But unfortunately over time the profession has become less belittled and less sought after than it was before.*

After the wars and the laying of the foundations of modern nursing by Florence Nightingale, the idea of providing better training for nurses to deal with all kinds of diseases and better education for them is advancing more and more.

***Keywords:** nurse,sisterhood,history,development,humanity*

ДРЕВНА ИСТОРИЯ

Първият документ на сестринската професия е от преди няколко хилядолетия. Милосърдната сестра се появява на професионалната и историко научната сцена за пръв път в Древна Индия. В една от най старите индуски книги е записано :

„Тя трябва да знае как да дава лекарство, да е остроумна и предана към болния, да знае да готви добре, да знае как да окъпе болния, да го измие. Да е добра масажистка, да умее да вдигне болен, да му помага, когато ходи, да знае как да чисти легла. Винаги да е готова, търпелива и нежна, да помага на нуждаещите се и да е послушна на назначенията на лекаря.“ [2].

Други данни за дейността на медицинската сестра се срещат в египетската медицина, където жени са подпомагали родилки при раждане, в гръцката, също в еврейската медицина, като са полагали грижи за избягване на зарази, за поддържане на личната хигиена при момчета, за прилагане на някои рационални и ирационални практики, свързани с грижите за болния. Срещат се и в римската медицина, като тогава Римската империя се стреми да изгради болница във всеки град, който е бил под нейното управление, което води до високо изискване медицинските сестри да осигуряват медицинска помощ заедно с лекарите. В края на Античността се стига и до институциализация на грижите за болните, която се свързва с появата и утвърждаването на Християнството. Сестринството получава нов подтик за развитие по домовете, в приютите и първите болници. [2,4].

СРЕДНОВЕКОВНА ИСТОРИЯ

Професията на медицинските сестри става значително по-видна в Европа през средновековието, поради желанието за медицинска помощ от католическата църква. В този период се случват много подобрения и иновации, които в крайна сметка продължават да формират основата на съвременното сестринство, както го познаваме. [3, 5].

Първата испанска болница е построена в края на 500-те до началото на 600-те години в Мерида, Испания, с намерението да се грижи за всички болни, независимо от етнически произход или религия. [1] .

През 10 -ти и 11 -ти век професията на медицинските сестри се разширила поради промени в решенията на Европа. Болниците започнали да бъдат включвани като част от манастирите и други

религиозни места, а медицинските сестри предоставяли набор от медицински услуги, дори извън традиционното здравеопазване. Този всеобхватен модел придобил популярност.[3] Започнали да се създават нови и все повече манастирски болници, в които работели монаси и сестри монахини. Със своята възвишеност и благородство сестринството привличало жените от висшето общество, които посещавали болните по домовете им и се грижели за тях. [2].

По това време във Франция се е извършил един важен преход от грижите на сестрите монахини към грижите на светските медицински сестри. Новата медицинска сестра се е чувствала упълномощена от държавата или общината да се грижи за болните, да им помага, да стои до тяхното легло. През 1878г. са се създали общински курсове, които се организирали успоредно с тези на червения кръст. Организираното обучение се провеждало в продължение на 8 месеца. В него се включвали все повече интелектуално издигнати момичета от буржоазията, но сестрите монахини запазили своите позиции и влияние до към Първата световна война, когато преходът от слугинята и монахинята към медицинската сестра със светска подготовка и професионализъм бил окончателно завършен. [2].

В Англия също се чувствала необходимостта от по солидна подготовка на полагащите грижи за болните, на помощния медицински персонал. [2].

През 1840г. Елизабет Фрей основава в Лондон Институт за медицински сестри. Тя обаче не успява да повлияе общественото мнение, да промени незадоволителното състояние на грижите и да създаде престиж на помощния медицински персонал. С тази задача, по-късно, блестящо се справила Флоранс Найтингейл-геният на сестринството и основателка на модерното сестринство, реформаторка на много военни и граждански болници. Родена във Флоренция през 1810г. Произхожда от богато аристократично английско семейство. Милостива и състрадателна, тя се вълнувала от съдбата и положението на болните, бедните и страдащите. На 25 годишна възраст заявила на родителите си, че е решила да постъпи в болница, за да се подготви за бъдещата си професия милосърдна сестра. [2].

След войната тя пристъпила към организиране на училища за обучение на милосърдни сестри в Англия и в други страни на Европа. През 1860г. основава първото училище за милосърдни сестри при болницата Свети Тома в Лондон. [2].

С развитието на здравните грижи в България преди и след Освобождението през 1878г. е свързано името на Райна Попгеоргиева Футекова, на нашата национална героиня Райна Княгиня. Тя положила основите на първата акушерска професионална организация в България.Райна Княгиня е първата българска дипломирана акушерка. [2].

СЛЕД ПЪРВАТА СВЕТОВНА ВОЙНА МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ В ЕВРОПА И САЩ

Много от съвременните постижения в сестринските грижи са се случили след Първата световна война и през Втората световна война, когато технологиите започнали да играят по-голяма роля в света. В зората на Първата световна война британското сестринско присъствие било поразително ниско, като малко над 10 000 медицински сестри били записани във 2-те най-добри военни сестрински служби в района, които включвали сестринската служба на кралските военновъздушни сили на принцеса Мери и императорската военна медицинска сестра на кралица Александра. Сестрите, записани в тази услуга, били сортирани по медицински сестри, сестра, и главна матрона. Въпреки слабото присъствие на медицински сестри във Великобритания по това време, войната създава възраждане в цялата страна. [1].

В рамките на САЩ и други страни Втората световна война се е оказала още по-полезна. Във Великобритания медицински сестри, участващи в услугата QAIMNS, пътували с войници до бойния фронт на всяка кампания, в която е участвала Великобритания по време на войната. Докато в началото на войната медицинските сестри не били офицери, те скоро получили способността да придобият звание до бригадир, поради факта, че те до голяма степен били изправени пред същите ужасяващи условия като самите войници. [1].

Сестринската професия в Съединените щати станала толкова популярна, колкото и днес, благодарение предимно на огромния си фокус във Втората световна война. Много жени от цялата страна отчаяно искали да се грижат за войниците, които се биели през моретата, тъй като през този период медицинските сестри били наричани герои повече от всякога. [1].

СЪВРЕМЕННИ МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ В ЕВРОПА

Именно поради влиянието на Флорънс Найтингейл сестринството като професия се превърна в това, което е днес. Що се отнася до Европа, сестринската професия процъфтява, когато през 1860 г. Найтингейл отваря първото училище за медицински сестри в Лондон, което е известно като, Флоренция Найтингейл, училище за медицински сестри. Докато Флорънс Найтингейл е една от най-популярните медицински сестри в историята, е имало няколко други, които помогнали да се постигне напредък в сестринството през 1800-те. Например Клариса Харлоу Бартън е медицинска сестра, която основава Американския червен кръст скоро след Гражданската война. [1].

Първата световна война е дала голям бум на сестринството Докато много от медицинските сестри, които са се присъединили към редиците през това време, били необучени и напуснали професията не след дълго след края на войната, това довело до по-голям фокус върху сестринството от Франция. Важно е също така да се отбележи колко важно е сестринството във всички военни ситуации през годините. Английската кралица Виктория започнала да възлага военни общи болници, които да бъдат направени през 60-те години. Тези военни болници били разработени единствено за осигуряване на грижи за войници и военни пациенти. По този начин много медицински сестри в цяла Европа започнали да бъдат назначавани директно в тези болници. Обаче едно нещо, което се откроявало, било, че много от наличните медицински сестри по това време, били, не обучени както в професията, така и в това как да се справят с изключително неблагоприятните условия, възникнали по време на войната. Докато здравните грижи, които се администрирали, са били полезни и все пак помагали за спасяването на животи, ставало ясно, че медицинските сестри ще трябва да преминат някакво обучение, за да станат по-добре подготвени за справяне с всякакъв вид заболявания. [1].

ОБЩИ РАБОТНИ МЕСТА ЗА МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ В НАСТОЯЩАТА ИНДУСТРИЯ

Когато разглеждаме как напредва сестринската професия от нейното създаване, когато медицинските сестри са били предимно католически монахини в оживената индустрия, каквато е днес, важно е да се разбере, че причината за това се дължи главно на добавените специалности, които сегашните и бъдещите медицински сестри могат да изберат. Тъй като сестринството обикновено е свързано с грижата за дадено лице, задълженията на сестрите могат да обхващат голямо разнообразие от различни практики. Някои от най-често срещаните от тях включват сестрински грижи в педиатрията, за новородени, за хора с увреждания, здравни общности и подкрепа на жените, семейни и ортопедични медицински сестри, наред с други. Това позволява огромно количество разнообразие в областта на сестринството, което никога не е било налице преди последните 50 или повече години. [1].

ДНЕС СЕ ИЗИСКВА ОБРАЗОВАНИЕ ЗА МЕДИЦИНСКА СЕСТРА

Докато в края на 1800-те и 1900-те, тези, които искали да станат медицински сестри, просто са ходили на училище и са получили сертификат за медицински сестри, сега е възможно да посещават университети и да изберат произволен брой степени, с които да завършат.

Днес студентите имат допълнителна възможност да изберат и да получат асоциирана степен по специалността, както и бакалавърска, магистърска или дори докторска степен за медицински сестри. Всяка следваща степен изисква допълнителни години обучение, но също така дава на студентите по-добри възможности за кариера в областта на медицинските сестри след дипломирането,

предимство, което се предоставя едва през 60-те и 70-те години. След получаване на някой от тези типове степени, студентите ще имат възможност да се явят на лицензионен изпит и да станат регистрирани медицински сестри. [1].

ИЗПОЛЗВАНИ ИЗТОЧНИЦИ:

1. https://www.nursingschoolhub.com/history-nursing/

2. http://www.referati.org/vyznikvane-i-razvitie-na-sestrinskata-profesiq/57805/ref/p2

3. https://www.news-medical.net/health/History-of-Nursing.aspx

4. Кючукова, С., Милосърдието и доброволността – основни предпоставки при обучението на медицинските сестри, Научна конференция с международно участие, 25 години Педагогически факултет, Велико Търново, ISBN: 978-954-400-422-4,2009, стр. 225-227

5. Кючукова С., Религиозните императиви в медицинското образование, XXVII научно-технологична сесия КОНТАКТ , изд. ТЕМТО, С., 2011, ISSN 1313-9134, стр. 159-162

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

Християна С. Димитрова

hristiyana.dimitrova.18@trakia-uni.ng

ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА ПРИ РАБОТАТА В КАБИНЕТ ПРИ ОБЩО-ПРАКТИКУВАЩ ЛЕКАР

АЯЗ ЕРДИН МЕХМЕДАЛИ

Катедра Здравни грижи

Медицински факултет, Тракийски университет-Стара Загора

Въведение: *В страната ни всяка година завършват хиляди медицински специалисти и пак има недостатъчно работещи в здравеопазването. Медицинската сестра с професионалната си компетентност може да работи във всички сектори на здравната система. Ниските доходи в страната ни принуждават много медици да напуснат страната ни заради не добро заплащане и лошите условия на труд.*

Цел: *да се представи примерен модел на длъжностна характеристика на медицинската сестра работеща при общо-практикуващ лекар.*

Материал и методи: *проучени са документи конкретизиращи работата на медицинската сестра при общо-практикуващ лекар.*

Заключение: *Медицинската сестра е длъжна да спазва професионалните си задължение спазвайки нормативната уредба и утвърдените в съответния кабинет правила в рамките на своята компетентост, а също и изискванията за здравословни и безопасни условия на труд.*

Ключови думи *- медицинска сестра, професионална компетентност***,** *задължения, кабинет при общо-практикуващ лекар*

Медицинската сестра е лице придобила образовател0-квалификационна степен „бакалавър“ по специалност „медицинска сестра“. В различни нормативни документи се описват отговорността и задълженията за работа в различните сектори на здравеопазната система,.

Една от основните роли на медицинската сестра е да подпомага човека - болен или здрав за запазване или възвръщане на здравето му чрез изпълнение на задачи, които той самият би изпълнил ако имаше за това воля или необходимите познания, за да може да възстанови по-бързо своята самостоятелност.

Много често в медицинските среди работата в кабинет при общо-практикуващ лекар се счита за лесна и не изискваща поддържане на високо ниво на квалификация. Това не е така. Съвременните международни стратегии за развитие и съхранение на здравния потенциал на хора визират извънболничната помощ, профилактиката, превенцията на болестите и промоция на здраве, като основен стълб на здравеопазването. Затова и работата в първичната медицинска помощ ще заема все по-значимо място в здравеопазването.

Основните задължения на медицинските сестри работещи при общо-практикуващ лекар може да се групират най-общо по следния начин:

• Работата с медицинска документация включва следната медицинска документация: Амбулаторен лист, амбулаторни карта, болничен лист, контактни бележки за детски градини и ясли ученически

извинителни бележки, медицинска бележка-за шофьори,за работа,за брак, журнал за имунизации и др.

• Манипулации – инжекции, превръзки, вземане на кръв, проби за чувствителност към антибиотици и др.

• Измерване и регистрация на основните жизнени показатели, антропометрични измервания - мерене, теглене на децата, ЕКГ и др.

• Изготвяне на отчети за РЗИ за ваксините: Ежемесечен, тримесечен, 6-месечен, годишен отчет, месечно планиране на ваксините в работната тетрадка и информиране на лицата подлежащи на имунизации.

• Работа с медицинска апаратура като се поддържа в изправност. Контрол и отчитане на термометрите в хладилника при започване на работния ден, документиране на измерените стойности.

ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА

Медицинската сестра подпомага лекаря при преглед и оказване на медицинска помощ на пациентите.

Трудови задачи и задължения, характеризиращи описанието на длъжността:

1. Извършва манипулации, лечебни процедури и организира диагностични изследвания на пациенти, назначени от лекаря.

2. Подпомага дейността на лекаря в кабинета при осъществяването на консултативни прегледи на пациенти.

3. Асистира на лекаря при извършване на съответните видове манипулации.

4. Поддържа контакт с пациентите.

5. Следи за реда на повикване на пациентите, като се съобразява с тяхното здравословно състояние и възраст.

6. Подпомага пациентите при тяхното ориентиране и придвижване между кабинетите в лечебното заведение.

7. Изписва лекарствени средства и консумативите, необходими за дейността на кабинета.

8. Осъществява контрол върху работата на санитарите в кабинета.

9. Следи за стерилността на ползваните при работа медицински инструменти.

10. Осъществява текущ контрол за спазване на хигиенните изисквания.

11. Изготвя информация за дейността на кабинета под контрола на лекаря.

12. Поддържа връзка с лабораториите в лечебното заведение.

13. Своевременно и пълно попълва медицинската документация по указания и назначение от лекаря.

14. Провежда обучение на пациентите и техните близки за промоция на здраве, превенция и профилактика на болестите.

15. Провежда обучение за здравословен начин на живот, труд и почивка.

ОТГОВОРНОСТИ НА ДЛЪЖНОСТТА

Материални и финансови:

• Медицинската сестра отговаря за:

- липси и умишлено увреждане при инструменталното оборудване на кабинета;

- разхищение на лекарствени средства, материали и консумативи;

- състоянието на медицинската апаратура в кабинета;

По безопасност на труда:

• Медицинската сестра е длъжна да спазва утвърдените в съответния кабинет правила за здравословни и безопасни условия на труд. При работа е длъжна да ползва лични предпазни средства - ръкавици и /или маска за лице при извършване на манипулации на пациенти.

По опазване на здравето и работоспособността на другите:

• Медицинската сестра е длъжна да следи за правилното функциониране на всички апарати в кабинета, с оглед опазване работоспособността и здравето на другите /пациенти, лекар и др./.Тя е длъжна да извършва всички манипулации по предвидения за това начин и след като е взела съответните превантивни мерки - за себе си и пациентите.

По опазване на фирмената тайна и поверителната информация:

• При изпълнение на своите задължения медицинската сестра е длъжна да не разпространява информация от личен характер, която би могла да накърни личното достойнство на пациент, лекар, ръководител, работник или служител в лечебното заведение. Длъжна е да бъде лоялна към работодателя и пациента, като не злоупотребява с неговото доверие и не разпространява поверителни за него сведения, както и да пази доброто име на лечебното заведение.

За резултатите от трудовата дейност:

• Отговаря за качеството на обслужване на пациентите и спазване правилата за добра медицинска практика и трудовата дисциплина.

ПРИМЕРНИ ИЗИСКВАНИЯ НА ДЛЪЖНОСТТА

1. Постижения на изпълнителя:

А) Вид и равнище на образованието:степен“ специалист по здравни грижи“.

Б) Трудов опит:

- минимум ..... г. трудов стаж по специалността;

- минимум ..... г. общ трудов стаж.

В) Специални умения:

- владеене на ..... език;

- компютърна грамотност и умения;

Г) Поведенчески характеристики: умение за работа с пациенти, умение за работа в екип, комуникативност.

2. Личностни изисквания към изпълнителя (задължителни и препоръчителни): отговорност, лоялност,дискретност, прецизност.

3. Основни нормативни актове, които трябва да познава лицето, заемащо длъжността:

- Закон за здравето;

- Закон за лечебните заведения;

- Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти;

- Наредба №6 от 26.01.2001 г. за реда за получаване на разрешения за съхранение и продажба на лекарствени продукти от лекари и фелдшери и за лекарствените продукти, които могат да се съхраняват от лекари, стоматолози, фелдшери и медицински сестри;

- Закон за здравното осигуряване;
- Кодекс на труда;
- правилник за дейността, устройството и вътрешния ред в лечебното заведение;
- правила за осигуряване на безопасни и здравословни условия на труд на предприятието;
- други вътрешни актове на лечебното заведение;
- съответния медицински стандарт.

ЛИТЕРАТУРА:

1. 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, Министерството на здравеопазването, Обн. ДВ. бр.15 от 18 Февруари 2011г., изм. ДВ. бр.50 от 1 Юли 2011г.

2. https://zbut.bg/

3. http://www.account-bg.info/e107/page.php?143

ПРОУЧВАНЕ ИНФОРМАТИВНОСТТА НА ЖЕНИТЕ, ОТНОСНО ПРОФИЛАКТИКАТА НА РАК НА МАТОЧНАТА ШИЙКА

Николета В. Чомакова

Катедра "Здравни грижи" Медицински факултет,

Тракийски университет-Стара Загора

РЕЗЮМЕ

Злокачествените заболявания са едни от най-големите глобални проблеми на нашето съвремие. Ракът на маточната шийка е едно от най-честите злокачествени заболявания у жените и е водеща онкологична причина за тяхната смъртност. Причината за рака на маточната шийка е вирус, наречен човешки папиломен вирус (HPV). Сравнително голям дял (82,5%) от жените са убедение в полезността на профилактичните прегледи срещу рак на маточната шийка. Независимо от това 85% от жените се нуждаят от допълни познания по темата. Нужно е да се засили предлагатната информация на достъпен език, за да се повиши мотивацията на жените да участват активно и да се интересуват, както и да се повиши здравната култура на населението.

Ключови думи: *рак, маточна шийка, заболяване, причина, профилактика.*

Въведение: Злокачествените заболявания са едни от най-големите глобални проблеми на нашето съвремие. Ракът на маточната шийка е едно от най-честите злокачествени заболявания у жените и е водеща онкологична причина за тяхната смъртност. Всяка година у нас заболяват повече от 700 жени и умират повече от 200 на възраст между 30 и 50 г. [4]

Причината за рака на маточната шийка е вирус, наречен човешки папиломен вирус (HPV). Повече от 30 години проучвания от лекари по цял свят са доказали връзката между вируса и заболяването, а именно – 99.7% от случаите на рак на маточната шийка са предизвикани от инфекция с HPV. Съществуват около 100 типа на този вирус, които се обозначават с цифри, по реда на тяхното откриване. Повечето от тях са „нискорискови" и не причиняват рак на маточната шийка. Съществуват и „високорискови" – онкогенни (причиняващи рак) типове.[5]

HPV може да се предаде от човек на човек по време на полов контакт – при полов акт, или дори понякога от близък контакт кожа с кожа в гениталната (половата) област. Обикновенно рака на маточната шийка протича безсимптомно, като трябва да се има впредвид, зацапване на бельото или леко кървене между или след период, менструално кървене, което е по-дълго и по-тежко от обикновено, кървене след полов акт, увеличен вагинален секрет, болка по време на полов акт, кървене след менопауза, неочаквана, продължителна тазова болка.[6]

Целта е да се проучи информативноста на жените относно самонаблюдението и участието им в профилактичните прегледи за ранно откриване на рак на маточната шийка.

Материал и методи: Използвана е анкета, чрез анонимно индивидуално попълване. Проучването е проведено през 2020г обхваща 40 жени на възраст от 20 до 65 годишна възраст избрани на произволен принцип.

Резултати и обсъждане: Анкетираните жени са разделени в три възрастови групи, по 15 жени във всяка група.

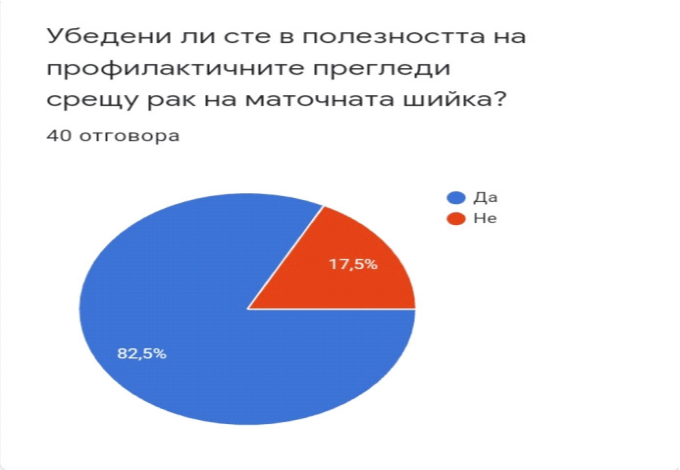
I група - от 20 до 35 годишна възраст

II група - от 36 до 50 годишна възраст

III група - от 51 до 65 годишна възраст

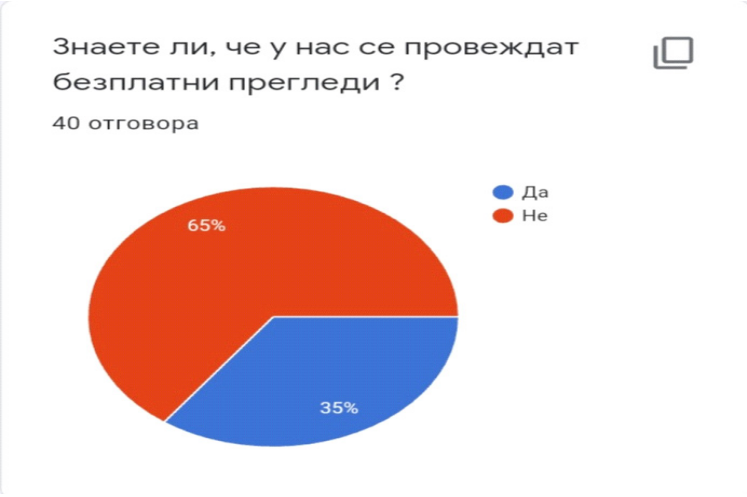
Установихме влияние на възрастта на анкетираните върху запознатостта им с методите за профилактика на рака на маточната шийка. В подобно проучване се установява, че при възрастовата група до 25 години преобладаващ процент имат незапознатите жени (66,32±1.08%). При 25-35 годишните също преобладават жените, които нямат добри познания по въпроса макар и в по-малка степен (47,10±1.71%). С увеличаване на възрастта (35-45 годишни) се наблюдава нарастване на процента на жените, които имат бегли и добри познания по въпроса. Най-голям дял на запознати в детайли с начините за предпазване от карцинома на маточната шийка има в най-високата възрастова група - при жените над 45 и над 55 години. [7]

В настоящото проучване сравнително голям дял (82,5%) от жените са убедение в полезността на профилактичните прегледи срещу рак на маточната шийка.



Фиг. 1 Ниво на убеденост на анкетираните за ползата от профилактичен преглед

За успеха на профилактиката е важно жените да бъдат запознати, да разполагат с научно обоснована, своевремнна, достъпна и правилна информация. За съжаление само 35% от жените знаят за првеждането на безплатни профилактични прегледи.



Фиг. 2 Информираност за безплатни прегледи

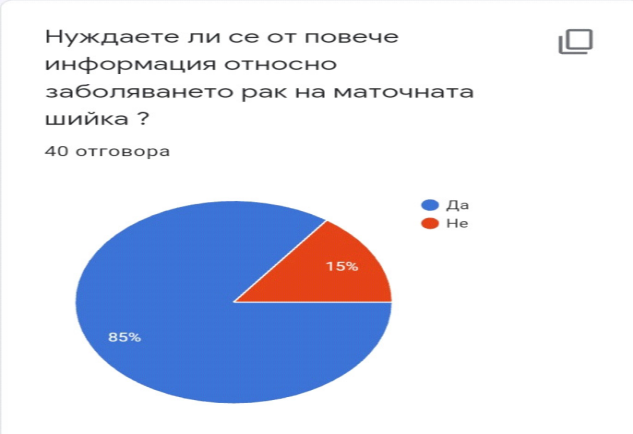
Тревожен е факта, че (77,5%) от анкетираните не са запознати с метода на лечение, едва (22,5%) знаят за метода.

Фиг. 3 Методи на лечение според анкетирани на рак на шийката на матката

Анализа на резултатите сочи, че 42,5% от жените са получили информация относно рак на маточната шийка от интернет и телевизия, други 30% - от близка и приятелка, а едва (27,5%) от - личния лекар.

Фиг. 4 Източници на информация

Независимо от това 85% от жените се нуждаят от допълни познания по темата. Това води до търсене на помощ при намирането на информация, и тук активно трябва да се включат здравните специалисти. Необходимо е да се засили ролята на медицинските специалисти в профилактиката на рак на маточната шийка, чрез провеждане на беседи, лекции, курсове и други.



Фиг. 5 Необходимост от допълнителна информация

След проведената анкета получените резултати водят до задоволителен извод, че жените са убеденни в полезността на профилактиката на рак на маточната шийка, тъй като открит на време рак е лечим. Нужно е да се засили предлагатната информация на достъпен език, за да се повиши мотивацията на жените да участват активно и да се интересуват за запазване и подобряване на собственото здравето, както и да се повиши здравната култура на населението. Правилно поднесена информация ще засили нагласата на жените за активно участие в запазване и събрание на здравето им. [1, 2, 3]

Заключение: Профилактиката е водещ метод за борба с рак на маточната шийка. Правилно поднесената информация ще даде добри резултати за профилактика и превенция на онкологичните заболявания. Знанията по темата за профилактика на рака на маточната шийка са основен фактор гарантиращ добри резултати, мотивация и вземане на здравословни решения.

Проучвания установяват, че преобладаващ брой български жени са напълно незапознати с предимствата и недостатъците на възможните методи за лечение на рак на маточната шийка. Според повечето от тях единственото правилно лечение на заболяването е оперативното. Водеща роля по отношение придобиване на познания на предимствата и недостатъците на методите на лечение на рака на маточната шийка има специалистът гинеколог. [7]

ЛИТЕРАТУРА:

[1] Андонова, А. Методи на промоция на здравни знания, XLI Научно-технологична сесия Контакт, 2018. София. изд.ТЕМТО стр. 174-177

[2] Андонова, А., Значението на ефективната комуникация в медицинската практика, Бургас, 2017, академично списание „Управление и образование”, том XIII (5), стр.9-12

[3] Atanasova Z, Miteva K. Communicative competence of midwives expressed in communication with colleagues. J of IMAB. 2020 Apr-Jun;26(2):3133-3138. DOI: https://doi.org/10.5272/jimab.2020262.3133

[4] https://www.vita.bg/

[5] http://www.safesex.bg/bg/usefulinformation/2010-04-16-08-49-02/53-2010-04-16-08-25-40

[6] https://www.cancercare.bg/vidove-tumori/rak-na-matochnata-shiyka/%D1%81%D0%B8%D0%BC%D0%BF%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B8/

[7] http://www.mu-varna.bg/BG/Research/Documents/Valentin%20Yosifov%20Irmov%20-%20doctor/%D0%90%D0%92%D0%A HYPERLINK “

ХИГИЕНА И ЗДРАВНО ВЪЗПИТАНИЕ НА СТУДЕНТИТЕ ОТ МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛНОСТИ

Силвия Г. Кючукова

Катедра Здравни грижи, Тракийски университет - Стара Загора, България

***Резюме**: В системата на медицинските дейности опазването на здравето е основен приоритет. Хигиената по своята същност е медицинска наука, изучаваща факторите на околната среда и тяхното влияние върху здравето на човека .Основна задача на хигиената е да извърши хигиенна оценка именно на тези фактори.*

Здравното образование е целенасочен процес на въздействие, чрез който възпитаваните лица получават здравни умения, знания, привички и навици.

В медицинския университет студентите придобиват знания, умения и навици свързани с хигиенното им поведение и отговорности, които трябва да интериоризират в ежедневната си здравеопазна практика. Оценката на нивото на професионалната им информираност и знания относно личната хигиена и дезинфекция на ръцете, работното облекло, лични предпазни средства в насока опазване здравето на пациентите и личното здраве е целта на настоящото представяне.

***Ключови думи**: Хигиена; ръце; студент; информираност.*

HYGIENE AND HEALTH EDUCATION OF MEDICAL STUDENTS

Silviya G. Kyuchukova

Department of Health Care - Trakia University, Stara Zagora, Bulgaria

***Summary:** In the system of medical activities, health protection is a top priority. Hygiene is essentially a medical science that studies environmental factors and their impact on human health. The main task of hygiene is to perform a hygienic assessment of these factors.*

Health education is a purposeful process of impact, through which the persons who are brought up acquire health skills, knowledge, habits and habits.

At the medical university, students acquire knowledge, skills and habits related to their hygienic behavior and responsibilities, which they must internalize in their daily health practice. The purpose of this presentation is to assess the level of their professional awareness and knowledge regarding personal hygiene and disinfection of hands, work clothes, personal protective equipment in the direction of protecting the health of patients and personal health.

***Keywords:** Hygiene; hands; student; awareness.*

С времето медицината се усъвършенства и създава предпоставки за навлизането на повече и нови технологии. Въпреки прогресивно настъпващият процес на технологизация на медицината тези нововъведения няма да заменят работата на медицинските специалисти. За това именно здравното възпитание трябва да бъде качествено, базово. При споменаване на думата „медицина“ у пациента трябва да се събуждат асоциации за нещо чисто и добро, за една адекватна помощ. Именно поради тази причина студентите изучаващи медицински специалности трябва да бъдат съвършени относно хигиена, външен вид , знания относно лична хигиена и дезинфекция, увереност при работата си за да може при среща с пациент да пробудят в него чувство за доверие, уважение и респект.

ЦЕЛ:

Да се оцени нивото на професионална информираност и знания относно личната хигиена и дезинфекция на ръцете, работното облекло, лични предпазни средства в насока опазване здравето на пациентите и личното здраве сред студентите изучаваши медицински специалности при работа им с пациенти

ЗАДАЧИ:

Да са установи нивото на професионална информираност сред студентите от медицинските специалности,относно техните познания за дезинфекция и хигиена.

Да се проучат личните навици и привички при работата им в лечебно заведение.

Да се оцени готовноста на студентите относно поведение при екстремни ситуации в посока дезинфекция и хигиена.

МЕТОДИ И СРЕДСТВА:

Анонимно анкетно проучване със специално изработена за целта анкетна карта; математико-статистическа обработка на първичната информация.

КОНТИНГЕНТ:

68 студенти от специалност „мед.сестра“ - 1,2,3 курс; 37 студенти от специалност „ Медицинска рехабилитация и ерготерапия“- 1,2,3 курс; 14 студенти от специалност“ Лекарски асистент“- 2 курс на Медицински факултет, Тракийски университет, град Стара Загора, България. И 46 студенти от специалност “Рехабилитатор“- 1 и 2 курс при Медицински колеж, Тракийски университет гр. Стара Загора, България.

ВРЕМЕВИ ИНТЕРВАЛ:

учебната 2018/2019 г.

Практическите занятия проведени в реална работна среда затвърждават практичните умения, навици, привички, насочват към креативно мислене и създават в съзнанието на студентите алгоритми за поведение при възникнала ситуация. В голям процент именно уменията и навиците се изграждат по време на клиничната практика при контакт с болните. Всичко това спомага за сформирането на професионалната удовлетвореност на студентите и мотивацията им за работа. Дейностите на медицинските специалисти са много и разнообразни.

Ежедневно всеки медицински специалист е изправен пред много трудности и различни проблем-

ни ситуации свързани, както с работата му с пациентите така и с грижата за собственото му здраве. Точно поради тази причина е добре още по време на обучението си студентите да формират в съзнанието си перманентни знания и умения за самостоятелност, отговорност към личното здраве и здравето на околните[3,4,5]. Както твърди А. Андонова :"Комплексът от образователни, обучителни и образователни дейности има за цел да формира и утвърди развитието на умения и стратегии за опазване на общественото и лично здраве…" [1].

Един от важните въпроси от анкетната карта гласи :"При работа с пациентите, кога извършвате хигиенно измиване на ръцете?". 67 % са отговорили с отговор „преди и след извършване на всяка манипулация". Респондентите избрали отговор "преди всяка манипулация" са 12.%, а тези които смятат че това не е нужно и отговарят с отговор „не го правя, не е нужно" са 21 %. Ръцете на медицинския специалист са основен фактор за предаване на различни инфекции. Голям процент за висока смъртност и заболеваемост от различни инфекциозни заболявания, както и предаването на ВБИ се отдава на медицинската грижа[2,6]. Дори една „чиста" дейност като измерване и регистриране на кръвно налягане е предпоставка за увеличаване на бактериалната контаминация прогресивно. Нейната динамика не се повлиява съществено от използването на ръкавици или не. За това медицинските специалисти трябва да познават алгоритмите за хигиенно измиване на ръцете и средствата за осъществяването й. Най-общо хигиената на ръцете включва 4 основни етапа:

- ✓ Хигиенно измиване на ръцете
- ✓ Антисептика на ръцете
- ✓ Защита на ръцете от контаминация чрез ръкавици
- ✓ Грижа за кожата на ръцете

Хигиенното измиване на ръцете се извършва със сапун с добавено активно вещество с антимикробно действие. Измиването може да се осъществи и с обикновен сапун, който няма антибактериално действие и вода. Антисептиката на ръцете в ежедневната клинична практика се осъществява най-често чрез антисептични разтвори на алкохолна основа. Изключение за провеждане на дезинфекция на ръцете с антисептични вещества е при видимо замърсяване на кожата. В такъв случай те се измиват щателно с вода и сапун и се подсушават добре преди да се приложи хигиенна дезинфекция[2,6].

Увредената, суха или възпалена кожа създава условия за некачествена деконтаминация на ръцете. Добре е медицинските специалисти да полагат грижи за своята кожа чрез нанасянето и втриването на различни хидратиращи кремове и лосиони съвместими с антисептичните продукти, за да се осигури водонепропускливо покритие и да се изолират лезиите или улкусите.

Използването на чисти, нестерилни ръкавици за еднократна употреба предпазва работещите в медицинската практика. Те предпазват персонала от контаминация при работа и контакт с кръв ,инфекциозен материал, телесни течности, увредена кожа или лигавица. От изключително значение е да се знае,че носенето на ръкавици не трябва да замества по никакъв начин антисептичното миене и хигиенната дезинфекция[6]. След свалянате на ръкавиците е важно ръцете да се деконтаминират веднага. Еднократните ръкавици се подменят след всеки пациент, след всяка манипулация.

Всеки здравен специалист трябва да прояви лично отношение и отговорно да съзнава факта, че неспазването на мерките за хигиена на ръцете води до финансови и негативни последици и застрашава здравето, както на самия него лично, така и на тези, с които работи /пациентите, колегите, администрацията/ и живее . Така, че в медицинската практика отговорното поведение не е просто едно общоприето и възможно действие или бездействие, а задължително условие, което осигурява безопасност.

В анкетното проучване съществува и въпрос, който гласи: "Смятате ли , че ниско поддържания маникюр би спомогнал за опазване на собственото здраве?" 71% са дали „ДА" за отговор. Други. 12% са се подвоумили и са дали „по скоро да" за отговор, а.10% са категорично отговорили с „НЕ"

на този въпрос. Друг възможен отговор тук е и „по скоро не“ , който са дали 7.% от респондентите.

Важно е, да се знае от всички студенти с медицински специалности, че е недопустимо лица да осъществяват директен контакт с пациенти, които са с ноктопластика или дълъг маникюр. Ноктите трябва да са добре поддържани, къси с дължина не повече от 0,5 см. на върха.

ИЗВОДИ:

Студентите изучаващи медицински специалности /67%/ имат знанията, нагласата и готовността за изпълнение на правилата и техниките за хигиенно измиване и дезинфекция на ръцете, когато работят в клиничните звена.

Респондентите /71% / са запознати и прилагат в ежедневната си практика и личен живот правилната и полезна грижа за ръцете си.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Провеждането на анкетни проучвания е метод за събиране на информация за определени целеви групи, в случая студенти изучаващи медицински специалности, за тяхното отношение и поведение, свързано с хигиената на ръцете. Този метод ни позволи да разберем какви познания и схващания имат респондентите за хигиената на ръцете, както и тяхната готовност или не, да спазват препоръките за адекватна хигиена и дезинфекция на ръцете. Академичната им информираност им помага да работят отговорно и с адекватна грижа за пациентите и да се грижат мотивирано за собственото си здраве.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Андонова, А., Мотивация за здравословен стил на живот, XXXVI Научно-технологична сесия „Контакт 2015”-„Интердисциплинната идея в действие”, 30.10.2015, изд.ТЕМТО стр. 254-257

2. Танева/Кючукова С., Мотивация и обучение на медицинския персонал относно хигиенното измиване и дезинфекция на ръцете, II Национален конгрес по Здравни грижи с международно участие, Плевен, 2003

3. Кючукова, С., Медико-педагогически аспекти на клиничната практика, 34-та Научно-технологична сесия КОНТАКТ 2014, изд. ТЕМТО, С., 2014, с. 266-270

4. Кючукова С., ВЛИЯНИЕ НА СТУДЕНТИТЕ ВЪРХУ ПРОЦЕСА НА ЛЕКУВАНЕ НА ПАЦИЕНТА, Управление и образование том 14 (5), 2018, Унив.издателство „проф. д-р Асен Златаров”, Бургас , с.160-165

5. Кючукова С., КРИТИЧНАТА ЗДРАВНА ГРАМОТНОСТ НА СТУДЕНТИТЕ ПРИ РАБОТАТА ИМ В БОЛНИЧНА СРЕДА, 42ра Научно-технологична сесия КОНТАКТ 2018, изд. ТЕМТО, С., 2018, с.162-169

6. http://www.bulnoso.org/upload/2016-new.pdf

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

Силвия Кючукова, дм

silviya.kyuchukova@trakia-uni.bg

СЕСТРИНСТВОТО ПРЕЗ ВЕКОВЕТЕ

Яница П. Георгиева

Тракийски университет, Медицински факултет, Катедра „Здравни грижи“, България

Цел: *Да се разбере как е възникнало сестринството в България. Кои са били училищата за придобиване на медицински знания.*

Резюме: *Идеята за лечение в специални заведения, а не в домашни условия. Жената не била приемана в обществото, приели са християнската вяра и са образували религиозни общества. Преминаването през епохите и най-вече на феодизма и това как се създават военни ордени с провеждането на благотворителна дейност. Използвали са знанията на Хипократ, а по-късно на Гален. Флоранс Найнтингел, провежда борба за реформи е сестринската професия заедно с голям брой жени.*

NURSING THROUGH THE CENTURIES

Trakia University, Medical Faculty, Department of Health Care, Bulgaria

Summary: *The idea of treatment in special institutions, not at home. Women were not accepted into society, they embraced the Christian faith and formed religious societies. The passage through the epochs and especially of feudalism and how military orders are created by conducting charitable activities. They used the knowledge of Hippocrates and later of Galen. Florence Nightingale, conducting a struggle for reform is the nursing profession along with a large number of women.*

ИСТОРИЯ

Днес сестринството е една организирана, обществено призната и уважавана професия, преминала различни етапи на развитие под влияние на различни обществени строеве, неразделна част от различни обществени дейности: религиозно посвещение, занаят, израз на благотворителност, професия[1]. Тя има дълга история, тъй като грижата за болния човек е толкова стара проява, колкото самото човешко общество.

Върху развитието на сестринската професия са оказвали влияние религиозните, нравствено-етичните и обществено политическите схващания в обществото[2]. Развитието на сестринството е в най-тясна връзка с развитието на медицината и със схващанията за необходимостта от сестрински грижи за болния човек.

Идеята за лечение и грижи за болните не при домашни условия, а в специални заведения добива реалност с откриването на първите болници. От грубите понятия за лечебното изкуство през вековете се натрупват научни знания и представи, наблюдения и опит,-за да се стигне до съвременните научни знания за диагностика и лечение на заболяванията и ролята на сестринството и сестринските грижи. Върху развитието на сестринството оказва влияние и схващането за мястото на жената в обществото.

Болниците, съществували в началото на н. е., са представлявали не толкова медицински, колкото религиозни институти. В тях се служило повече с религиозна вяра, отколкото със знания и сръчности. В ерата на християнството жените, приели християнската вяра, образуват религиозни общества или

ордени; мъжете в тях се наричат дякони, а жените - диакониси. Освен задълженията си към църквата, те имали задължението да обслужват болните в енорията си[2, 3, 4]. В манастирските болници - болните се, обслужвали от монахини, заместили диаконисите. Едни от първите болници са: болницата в Одеса, основана около 350 *г* преди н. е., по време на голямата чумна епидемия, болницата Но в Лион, Франция, която съществува и до днес, е основана през VI в. от н.е., и др.

В епохата на феодализма се създават редица военни ордени, които имат задължения да воюват, да провеждат благотворителна дейност и да се грижат за болните[3]. Тези ордени оказали влияние както върху болничното дело, така и върху сестринството.

В началото на християнската епоха медицината ползвала познанията на Хипократ, а по-късно на Гален. След това религията се оказва серозна спънка за развитието на медицинската наука, особено със забраната за дисекция на човешкото тяло, което се смятало за богохулство.

Докато в Западна Европа медицината била в застой, в Далечния изток тя се развивала. Големият древен учен Авицена - XI в., издал редица медицински трудове, изучавали се нови лекарства, построени били редица болници, открили се много университети и подготвените в тях лекари били признати в Европа като най-добрите.

През втората половина на XIX в. медицината бележи голям прогрес. След откриването на хлороформа и етера хирургията започва бързо да се развива; започва борба за социални реформи и подобряване условията на труд на промишления пролетариат. Голям брой жени продължават борбата за права на жените и заслужават признание за моралната си и интелектуална сила. Една от тези изключителни жени била Флоранс Найтингел (1820 - 1910 г.), която през втората половина на XIX в. повежда борба за реформи в сестринската професия.

Историците смятат Флоранс Найтингел за една от забележителните социални и здравни реформатори и хуманисти от XIX век.

Въз основа на обширни проучвания на сестринството и организацията на здравеопазването в различни страни, въз основа на своята практика и наблюденията тя изработила едно ново схващане за сестринската професия. Тя уважавала сестрите от религиозните ордени заради тяхната всеотдайност при грижите им за болните, но била противник на сектантството и ограниченията, налагани от църквата на религиозните сестри. Тя била против архаичната сантиментална представа за сестринството. Според нея сестринството е една достойна полезна и отговорна професия за жени, професия, която изисква интелигентност, физическа и морална издръжливост. Тя подчертавала голямото значение на добрите ръководни кадри в областта на сестринската професия. Според нея сестрата трябва да има три вида квалификация: научна, техническа и сърдечна. Подготовката й да се осъществява в училища, които да бъдат независими институти, но в близост до болници, които да служат за практически бази за обучение. Училищата според Найтингел трябва да осигурят добра теоритична подготовка и практически опит, да развиват ума и характера на учащите се. Така постепенно сестринството загубва своя религиозен характер, откъсва се от църквата, придобива светски характер. В един период от 25 години сестринският персонал в Англия, родината на Найтингелните са построени първите градски болници в Русе, Плевен, Добрич, а по-късно и във Варна, Търново.

В продължение на векове българското население е лишено от най-елементарна медицинска помощ. Народните лечители са хората, които оказват такава помощ. С откриването на първите болници в страната възниква нуждата от медицински персонал, която в първите години е задоволявана от малкия брой лекари и фелдшери, завършили предимно в Русия. През време на Освободителната война за пръв път се организира медицинска помощ за населението с непосредствената помощ на руските медицински работници, участвали във войната. По примера на Русия след Освобождението започва изграждането на здравното законодателство и здравната мрежа в страната.

Подготовката на здравни кадри и помощен медицински персонал започва с подготовката на фелдшери, като работата на сестрата по обслужването на болните се извършва от тях и от санитарите в болничните заведения.

Политическите събития и по-конкретно Сръбско-българската война (1885 -1886 г.) поставят пред сериозни изпитания Българския червен кръст. За медицинските грижи за ранените и болните войници Международният червен кръст изпраща 8 чуждестранни мисии (бригади) от лекари и милосърдни сестри, като само руската санитарна мисия имала 13 сестри. Налага се необходимостта от подготовка не само на фелдшери, но и на сестри.

В 1894 г т. нар. дамски комитет към Софийския клон на БЧК открива едногодишен курс за подготовка на милосърдни сестри. Мотивите за откриване на курса са, че „българският народ не трябва да изпадне в същите трудности, 6 които е бил по време на Сръбско-българската война“. Курсът на обучение е една година - девет месеца лекции и три месеца практически стаж в Александровската болница. Ученичките - на брой 6, са слушали лекции, изнасяни от лекари. Курсът е бил еднократен, като причините за преустановяването му са неизвестни.

През 1900 г., на 28 май, се открива първото училище за подготовка на милосърдни сестри от Българския червен кръст. За правилната организация и ръководство на училището по молба на БЧК от Русия изпращат руските сестри Ефросина Висотская и София Сухонен. Те донасят у нас своя опит за обучение и професионално организиране на сестрите. По настояване на руските сестри БЧК открива и болница, тъй като те смятат, че обучението на ученичките може да става само при леглото на болния и в непрекъснати грижи за него. Съгласно първия правилник на училището за ученички се приемат жени, имащи най-малко третокласно образование. Курсът на обучение е едногодишен. Програмата на обучение не може да се открие, но по сведения на сестри, завършили училището през 1911 -1912 г, те са слушали лекции по вътрешни болести, хирургия, латински език, лекарство знание, правене на превръзки при първа помощ и др. Сутрин ученичките са работили в болницата, а следобед са слушали лекции. Руските сестри остават в страната една година, след което училището се ръководи от български лекари и от сестри, завършили училището. Има данни, че първият директор на училището е д-р П. Ораховац, а медицинската сестра Йорданка Шаекчиева, завършила първия випуск през 1900 - 1901 г, е „началница“ на професионалното „общество“ на сестрите.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА:

1. Андонова, А., С. Кючукова, М. Николова, Общи здравни грижи – 1 част /учебник/ Трето преработено издание с дидактически тестове, ИК “Дъга плюс“, Стара Загора, 2019, ISBN – 978-619-7251-26-5

2. Кючукова С., Религиозните императиви в медицинското образование, XXVII научно-технологична сесия КОНТАКТ , изд. ТЕМТО, С., 2011, ISSN 1313-9134, стр. 159-162

3. Кючукова С., Доброволният младежки труд за палиативно болни – лична потребност и мотивация на студентите с медицинска специалност, International science conference, Medical Biology Studies, Volume III, Union scientists –Stara Zagora, Bulgaria, 4-5 june, 2009, p. 120-124

4. Кючукова, С., Милосърдието и доброволността – основни предпоставки при обучението на медицинските сестри, Научна конференция с международно участие, 25 години Педагогически факултет, Велико Търново, ISBN: 978-954-400-422-4,2009, стр. 225-227

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

Яница П. Георгиева

yanitsa.georgieva.19@trakia-uni.bg

СЕКЦИЯ „АКУШЕРСКИ ГРИЖИ И ДЕЙНОСТИ“

МНЕНИЕТО НА СТУДЕНТИТЕ ОТ 3 КУРС СПЕЦИАЛНОСТ „АКУШЕРКА“ НА МУ-ВАРНА ОТНОСНО ВЪВЕЖДАНЕТО НА „ПЛАН ЗА РАЖДАНЕ“

Румяна Н. Лалева, Мариам Векуа, Тодорка В. Боева

THE OPINION OF THE STUDENTS FROM THE 3TH COURSE SPECIALTY «MIDWIFERY» OF MU-VARNA ABOUT THE BENEFITS OF THE PREPARATION OF A «BIRTH PLAN»

Въведение: *Плана за раждане е рутинна практика в много европейски страни. Изготвянето му там се осъществява по време на бременността, в женска консултация със съдействието на лекар и акушерка. Плана за раждане предоставя възможност на бременната жена, получила подробна информация за същността на раждането, да посочи как иска да протече при нея този процес.*

Цел: *С настоящото проучване искаме да установим мнението на студентите от 3 курс специалност „Акушерка“ на МУ - Варна за въвеждането на „План за раждане“ в лечебните заведения.*

Материали и методи: *Използван е социологически метод, като са анкетирани индивидуално и анонимно общо 45 студента през 2019 и 2020 г.*

Документален метод, като са анализирани литературни източници, разглеждащи предмета на настоящото изследване.

Статистически метод, използван при анализ на резултатите от собственото проучване.

Резултати: *Сравнително голям процент от анкетираните (77,7 % и 86,4%) познават плана за раждане. Подобен е и отговора на следващия въпрос (83,3% и 81,8%) - плана за раждане ще улесни работата им като бъдещи акушерки.*

Заключение: *Студентите от специалност „Акушерка“ се интересуват от новостите в акушерството и голям процент са запознати с въведения в няколко частни болници „План за раждане“.*

Сравнително голям процент от респондентите смятат, че въвеждането на план за раждане ще увеличи спокойствието на бременните относно предстоящото събитие.

Introduction: *The birth plan is a routine practice in many European countries. Its preparation there is carried out during pregnancy, in a women's consultation with the assistance of a doctor and midwife. The birth plan provides an opportunity for the pregnant woman, who has received detailed information about the birth process, to indicate how she wants this process to go.*

Purpose: *With this study we want to establish the opinion of 3rd year students majoring in „Midwife“ at MU-Varna on the introduction of „Birth Plan“ in hospitals.*

Materials and methods: *A sociological method was used, surveying individually and anonymously a total of 45 students in 2019 and 2020.*

Documentary method, analyzing literature sources considering the subject of the present study.

Statistical method, used in the analysis of the results of own research.

Results: *A relatively large percentage of respondents (77.7% and 86.4%) have the knowledge about the birth plan. The answer to the next question is similar (83.3% and 81.8%) - that the birth plan will facilitate their work as future midwives.*

Conclusion: *Midwifery students are interested in innovations in obstetrics and a large percentage are familiar with the „Birth Plan" introduced in several private hospitals.*

A relatively large percentage of respondents believe that the introduction of a birth plan will increase the peace of mind of pregnant women about the upcoming event.

Ключови думи: *план за раждане, бременна, женска консултация*

Key words: *birth plan, pregnant, women's consultation*

УВОД:

Всяка бременна жена си представя момента на раждане много преди неговото настъпване. В много малко болници в България бременните могат ясно да заявят своите желания, предпочитания, страхове, съмнения относно протичането на раждането им. Съвременния начин на визуализиране на раждането се постига с написването на „План за раждане", засега само в няколко наши лечебни заведения (напр. болница „Токуда" София). Започвайки да изготвя този план, на бъдещата майка й се налага да обсъжда с екипа ангажиран с раждането намесата или ненамесата в различните етапи на родовия процес. По този начин се изгражда доверие, съпричастност и разбиране между раждащата жена и екипа. Дори ако възникне ситуация, която налагат промяна в Плана, избора на бременната би бил по-лесен.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ:

Използван е социологически метод, като са анкетирани индивидуално и анонимно общо 45 студенти трети курс специалност „Акушерка" на МУ-Варна, на два етапа през шести семестър на 2019 и 2020 г. През 2020 г. проучването се осъществи чрез е-анкета.

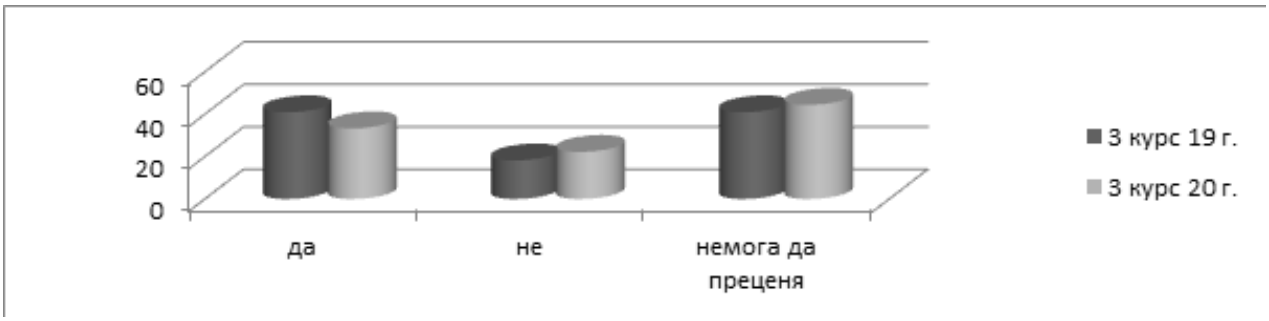
Документален метод, като са анализирани литературни източници, разглеждащи предмета на настоящото изследване.

Статистически метод, използван при анализ на резултатите от собственото проучване.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ:

Проучването се проведе през юни 2019 и юли 2020 година. Избрахме тази група студенти, защото на този етап от обучението са минали секторите за провеждане на учебна практика в родилна зала и женска консултация и могат да дадат адекватни отговори от собственото си наблюдение. Зададохме им въпроси свързани с въвеждането на „План за раждане" в женска консултация и очакваните ползи за бременните и акушерките в родилна зала.

С първия въпрос искахме да разберем, какъв процент от анкетираните имат желание да работят в родилна зала. Това ни ориентира до колко смятат работата там за привлекателна за да я изберат. Положителните отговори на двете групи респонденти са под половината (41% и 33,3%), а отрицателните отговори са около 20% и на двете групи. Най-много са процентите на колебаещите се (41% и 44,4%), което показва, че работата в родилна зала не е най-привлекателното място за работа на бъдещите акушерки (фиг. 1).

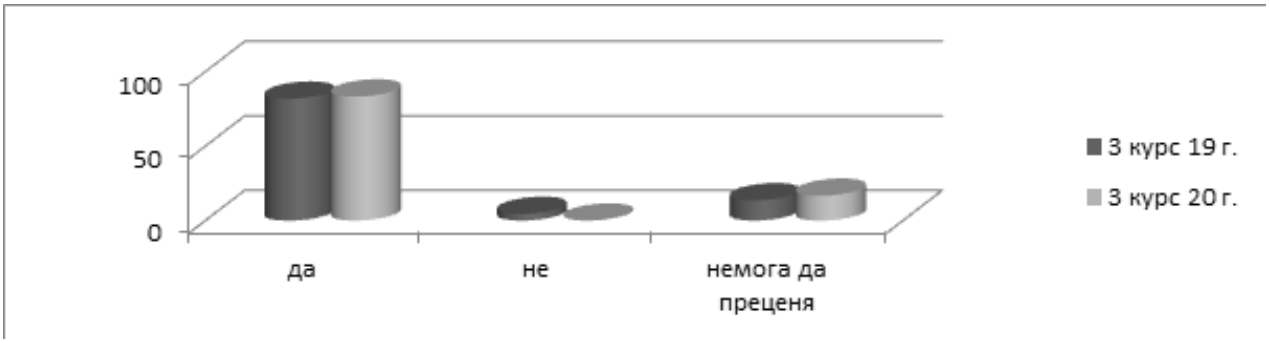


Фиг.1 Желаещи да започнат работа в РЗ

На следващия въпрос дали знаят какво представлява плана за раждане, доста висок процент от анкетираните са дали положителен отговор (86,4% и 77,7%) въпреки, че в лечебните заведения във Варна, където се провеждат учебните практики няма въведен такъв. Около 10% са отрицателните отговори и колебаещите се (фиг. 2). Получените отговори показват, че студентите акушерки следят новостите в бъдещата им професия и се запознават с тях от извънучебни източници.

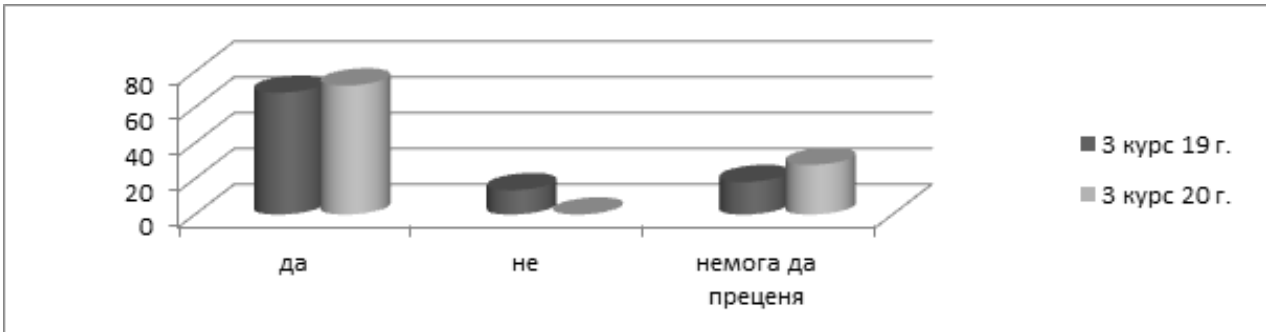
Фиг.2. Запознати със съдържанието на „План за раждане”

Единодушно с почти еднакъв процент (81,8% и 83,3%) респондентите от двете групи отговорят положително на въпроса, че с предварително изготвен план за раждане ще се улесни работата на акушерките в процеса на раждане (фиг. 3). След като бременната е информирана и имала достатъчно време да обсъди своето решение в родилна зала не се налага да прави избори. Същото се отнася и за екипа – лекар и акушерка, при условие, че протичането на раждането не застрашава плода и раждащата.



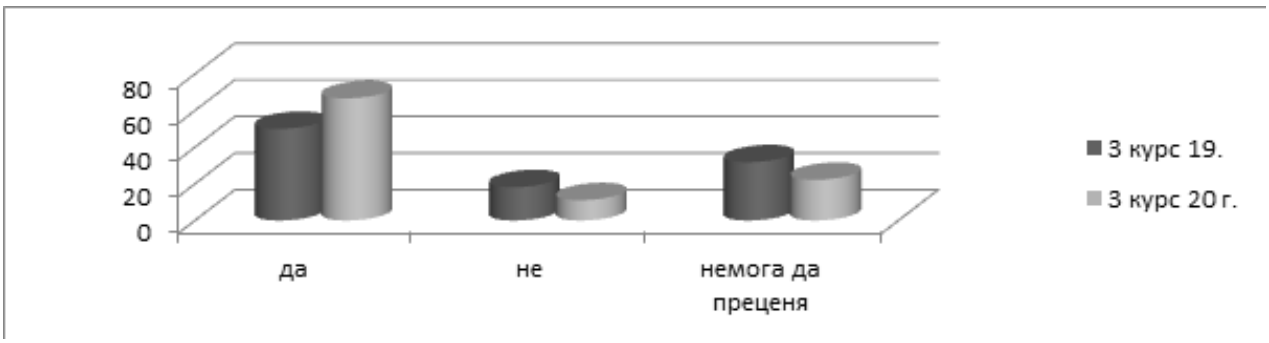
Фиг.3. „План за раждане” улеснява работата на акушерките

Със следващия въпрос поставяме студентите на мястото на бременните. Интереса ни е насочен към мнението им за въвеждането на плана за раждане и дали това ще им донесе повече спокойствие по време на раждане. Положителните отговори се открояват (68,2% и 72,2%) на фона на отрицателните и на колебаещите се (фиг.4). Извода които правим е, че болшинство от студентите като бъдещи акушерки също биха искали да си изготвят „План за раждане“.



Фиг.4. „План за раждане” носи спокойствие на бременните в РЗ

Въпроса, чиито отговори са много показателни за нас е свързан с това, дали въвеждането на плана за раждане ще увеличи броя на желаещите да родят по нормален начин. Мнаго бременни от страх предпочитат да родят оперативно. Положителните отговори на респондентите от двете групи студенти имат незначителна разлика (50% и 66,7%) в мнението си по този въпрос. Не са малко процентите (31,8% и 22,2%) на тези студенти, които не могат да преценят дали с изготвения план за раждане ще се увеличи броя на желаещите да родят по нормален начин (фиг. 5).

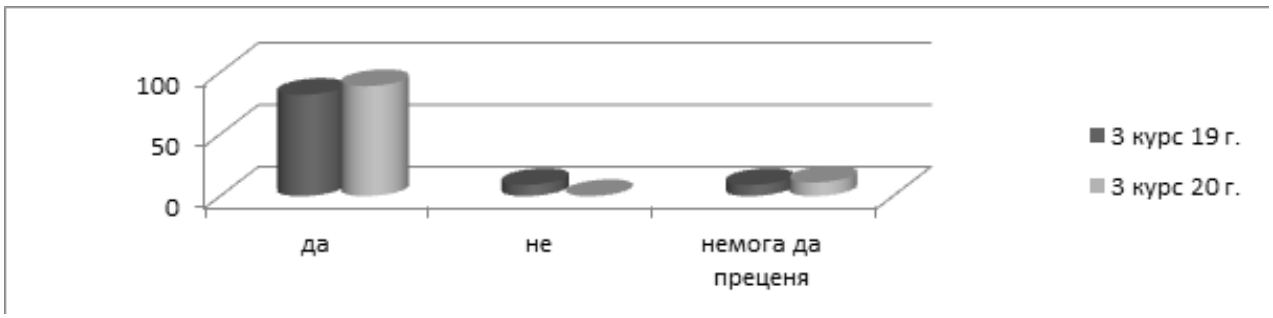


Фиг. 5. С „План за раждане” бременните ще предпочитат да раждат по нормален начин

Студентите от двете групи са единодушни в положителния отговор (90,9% и 100%) на въпроса за изготвяне на план за раждане по време на бременността в женска консултация. Категорично отрицателния отговор е 0 и при двете анкетирани групи (фиг.6). Мнението им показва, че според тях в женската консултация е времето за подготовка на всяка бременна за раждането си и плана за раждане ще спомогне това. През бременността е времето жената да събира и обсъжда предоставената информация за процеса на раждане и да отбелязва как точно предпочита да протече нейното.

Фиг.6. Изготвяне на „План за раждане” в Женска консултация

Изготвянето на план за раждане изисква запознаване с двете клинични пътеки – за нормално раждане и секцио цезареа още в женска консултация. Категорично (81,8% и 88,9%) мнението на студентите показва, че смятат за рационално запознаването на бременната с клиничните пътеки да става много преди започването на самото раждане. По време на провеждане на женска консултация, във втората половина на бременността е умесно спокойно да се прочетат и осмислят всички предложени интервенции и жената да избере собствения си начин на протичане на този процес (фиг.7). При постъпване за раждане много често жената е в стрес и/или изпитва болка, а тогава се налага да чете и подписва клиничната пътека за раждане без да осъзнава съдържанието й.

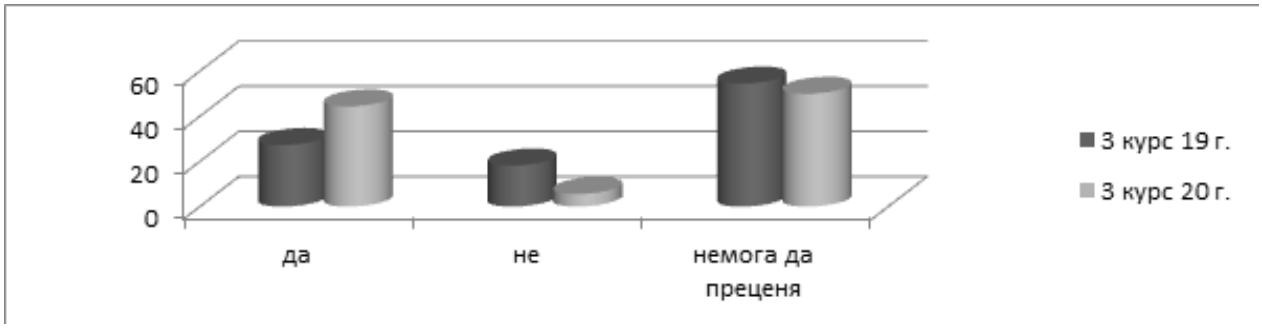


Фиг.7. Мястото на документацията за раждане в ЖК

На следващия въпрос, дали ще се регулират пропуски в очакванията на раждащата с въвеждането на „План за раждане“, мнението на респондентите от двете анкетирани групи клони категорично към положителния отговор (63,6% и 72,2%). Отговорите на тези, които не могат да преценят е сходен в двете групи – около 27% (фиг.8). От наблюдението си в родилна зала, студентите са забелязали разминавания в очакванията на раждащите по нормален механизъм и това, което им се случва реално.

Фиг.8. Регулиране на пропуски в очакванията на раждащите с „План за раждане”

Имайки предвид, че с изготвен „План за раждане“ всяка бъдеща родилка ще се чувства по-спокойна по време на раждане, според 27,3% и 44,4% от нашите студенти смятат, че плана ще повлияе върху желанието за раждане на още едно дете. Групата на отговорилите колебливо – нито да, нито не, е около половината респонденти (54,5% и 50%) (фиг.9). С изготвен „План за раждане“ бременната трябва да очаква своето раждане с нетърпение, а не с притеснение както е сега и със сигурност той ще има положителен ефект върху паритета на жената.



Фиг.9. С въвеждането на „План за раждане” се увеличава раждаемостта

ИЗВОДИ:

Студентите от специалност „Акушерка“ се интересуват от новостите в акушерството и голям процент са запознати с въведения в няколко водещи лечебни заведения по акушерство и гинекология „План за раждане“.

Сравнително голям процент от респондентите смятат, че с въвеждането на плана за раждане ще се увеличи спокойствието на бременните относно предстоящото събитие.

С „План за раждане“ ще се сведе до минимум разминаването в очакванията на раждащата жена.

Студентите смятат, че е уместно да се въведе запознаване с клиничните пътеки за раждане в женската консултация, което ще спомогне и за изготвянето на „План за раждане“.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Наредба №32 /30.12.2008 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Акушерство и гинекология“, изм. ДВ, бр. 106 от 23.12.2014

2. Препоръки на СЗО по отношение на раждането и примерен родилен план

3. Чанева, Г., И. Милушев, Повишаване качеството на здравните грижи – предизвикателство пред професионалистите по здравни грижи, сп. „Здравни грижи“, бр. 2, 2015

4. http://www.moetodete.bg/rajdane/plan-za-rajdane.html

5. https://bremennost.bg/plan-za-rajdane.html

6. https://9m-bg.com/razhdane/po-spokoina-s-plan-za-rajdane/

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

Румяна Н. Лалева, Мариам Векуа, Тодорка В. Боева

МУ-Варна, ФОЗ, катедра „Здравни грижи“

rumi_laleva@abv.bg

КЕНГУРУ ГРИЖА – „СПАСИТЕЛНА ПРЕГРЪДКА“ ЗА НЕДОНОСЕНИ БЕБЕТА

Фергюл Ф. Ибрямова, Ипек С. Алиева

Въведение:

*Недоносените новородени са т.нар. **„специални“** пациенти в неонатологията. Кенгуру грижа или така наречената още **„утроба извън тялото“** се счита за най – ефективния метод, използван за подобряване на състоянието на недоносеното дете. В достъпната литература, Кенгуру грижата (КГ) е посочена още като „специална прегръдка“ за новороденото дете. Чрез допирът кожа до кожа с майката още от ранен етап се подпомага адаптацията на детето към извън утробния живот.*

***Цел:** Да се проучат и анализират литературните източници относно приложение на Кенгуру грижата, като иновативен метод в Неонатологията.*

***Материал и методи:** Използвани методи – документален анализ.*

***Резултати и обсъждане:** Анализирането на достъпната литература, показва, че прилагането на Кенгуру грижа подпомага регулирането на телесната температура на новороденото, чрез поставянето му върху гърдите на майката. На много места по света Кенгуру грижата е възприета като стандартна практика и неизменна част от неонатологичната грижа, поради доказаните и положителни ефекти. Този метод е много повече от алтернатива на кувьоза, въпреки че в лечебните заведения у нас този метод не се прилага напълно.*

***Изводи:** Прилагането на метода Кенгуру грижа би довело до намаляване на болничния престой и повече увереност сред родителите на недонодени деца.*

***Ключови думи:** Акушерка, интензивно неонатологично отделение, Кенгуру грижа, рискови новородени, спасителна прегръдка.*

KANGAROO CARE – “SPECIAL HUG” FOR THE PREMATURE BABY

Fergyul F. Ibryamova, Ipek S. Alieva

MEDICAL UNIVERSITY – “ Prof. Dr. Paraskev Stoyanov ” VARNA

Faculty, Public Health Departmen of the Health Care

e-mail : - fergulibramova@gmail.com , alieva17@abv.bg

Introduction:

*Premature newborns are the so-called. **“Special”** patients in neonatology. Kangaroo care or the so-called **“womb outside the body”** is considered the most effective method used to improve the condition of the premature baby. In the available literature, Kangaroo Care (CG) is also referred to as a “special hug” for the newborn. Through skin-to-skin contact with the mother from an early stage, the child’s adaptation to extrauterine life is supported.*

***Objective**: To study and analyze the literature on the application of Kangaroo care as an innovative method in neonatology.*

Material and methods: *Used methods - documentary, graphic analysis.*

Results and discussion*: The analysis of the available literature shows that the application of Kangaroo care helps regulate the body temperature of the newborn by placing it on the mother's breast. In many parts of the world, kangaroo care is accepted as a standard practice and an integral part of neonatological care due to its proven positive effects. This method is much more than an alternative to the incubator, although in medical institutions in our country this method is not fully applied.*

Conclusions : *Applying the Kangaroo care method would reduce hospital stays and increase confidence among parents of premature babies.*

Key words: *Midwife, intensive neonatology ward, Kangaroo care, risky newborns, rescue hug.*

ВЪВЕДЕНИЕ:

Недоносените новородени са т.нар. „специални“ пациенти в неонатологията. „Кенгуру грижата“ позната още като „утроба извън тялото“ се счита за най – ефективния метод, използван за подобряване състоянието на недоносеното дете. В достъпната литература, „Кенгуру грижата“ (КГ) е посочена като „специална прегръдка“ за новороденото дете. Чрез допирът „кожа до кожа“ с майката още от ранен етап се подпомага адаптацията на детето към извън утробния живот.

В международната литература се наблюдава поставянето на акцент върху семейството по време на престоя на детето в ИНО. Според неонатолози, „Кенгуру грижата“ е ключът към справянето с проблемите породени от разделянето на майката и новороденото.

Кенгуру грижата е една сравнително нова концепция, която тепърва навлиза в неонатологичните отделения в страната. Тя се прилага за първи път в Богота, Колумбия през 1978 година по идея на д-р Едгар Рей Санабрия. Причината е липса на оборудване, кувьози и леглова база. Поради тази причина лекарите решават да използват за спасяване на недоносените това, което е най-близо и лесно, а същевременно предлага възможно най-добрите условия – майчините обятия.[6,8]

ЦЕЛ:

Да се проучат и анализират литературни източници относно приложение на Кенгуру грижата, като иновативен метод в Неонатологията.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ:

Използвани методи – документален анализ.

Към настоящия момент концепцията се препоръчва от Световната здравна организация (СЗО), като успешен метод в грижите за най-малките новородени. СЗО дефинира „Кенгуру-грижата“ като грижа за новороденото дете, осъществявана чрез допир „кожа-до-кожа“ с родителя, още от най-ранен етап. В практиката има редица научно доказани терапевтични ползи както за бебето (особено когато то е преждевременно родено), така и за родителите и влияе положително върху живота на семействата в дългосрочен аспект.

Доказано е ,че жизнените показатели на бебето се стабилизират по-бързо, когато то е в контакт с кожата на майка си, отколкото ако е поставено в кувьоз или детско легло. Допирът „кожа в кожа“ подпомага терморегулацията и стабилизира дишането на новороденото. Кенгуру грижата допринася за повишаване стойностите на сърдечните показатели и сатурацията. Новородените, които страдат от дихателни проблеми и са осъществили този метод, влизат в ритъм само след 48 часа, без респираторна техника, а сърдечните показатели са в норма, за разлика от такива, които не са имали достъп до такъв контакт.

При майките е доказано, че този метод допринася за понижаване на стрес-хормоните, подобрява поддържането на лактацията и намалява вероятността за развитие на следродилна депресия. При необходимост от полагане на медицински грижи за новороденото, те се извършват върху гърдите на майката. Редица проучвания и установената практика сочат, че при разделяне на детето от майката, недоносените бебета могат да повишат нивото на кортизол (хормон на стреса, който може да причини увреждане на мозъка), но когато отново се поставят върху гърдите й нивата на този хормон се нормализират. Ключова роля за нормалното невро-психическо развитие на детето има контактът „кожа в кожа“, което според достъпната литература подпомага съзряването на мозъчната функция. В проучените източници не е установено вредно влияние на кенгуру грижата върху майките и бебетата. (6,7)

При всички случаи кърменето на недоносено бебе е трудна задача и майката трябва да прояви търпение и спокойствие. Повечето недоносени засукват трудно, понякога това отнема и време, но е важно да се отбележи, че кърмата е изключително ценна за тяхното добро здраве и последващо развитие. За да се кърми новороденото недоносено бебе е необходимо то да може да координира сукане, преглъщане и дишане. Това обикновено е възможно ако бебето е родено след 32 гестационна седмица. Децата, които се хранят чрез сонда, получават изцедена кърма от майка си или от банка за кърма. Това е най-добрата храна за бебетата, а за недоносените тя е безценна.[8]

Ако състоянието на детето позволява е добре кърменето да започне в рамките на първия час от раждането едновременно с прилагане на Кенгуру грижа. Научните публикации доказват, че кърмата е най-добрата храна за новороденото. През еволюцията на човечеството, природата се е погрижила да осигури всичко необходимо за правилното развитие на растящия детски организъм. Кърменето продължава до 6 - 12ия месец като през второто шестмесечие се въвеждат постепенно храни с по-плътна консистенция. Установено е, че съставът на майчиното мляко се адаптира постоянно към растящите нужди на бебето, като антителата и други имунологични фактори, съдържащи се в него го защитават от инфекциите, присъстващи в околната среда.

Проучването показва, че децата поставяни в прегръдката на родител за повече от 50 минути, са 8 пъти по-склонни да засукват спонтанно. Контактът „кожа до кожа“ увеличава и притока на кърма[2].

Подобряването на имунитета е още едно предимство на метода „Кенгуру грижа“. Недоносените деца имат по-слаб имунитет, склонни са към алергии, инфекции и хранителни проблеми. Ранният допир „кожа до кожа“ драматично намалява тези проблеми. [5]

Бебетата, с които е прилагана Кенгуру-грижа наддават по-бързо от останалите, а често доброто наддаване намалява престоя в болница. Майките регулират по-добре температурата на новороденото, отколкото кувьозите, при това по естествен начин.

Прилагането на Кенгуру грижата има и някои ограничения - новородени в риск, с екстремно ниско тегло, интубирани, биват извеждани от кувьоза само по преценка на лекар. Децата родени с екстремно ниско тегло или във влошено общо състояние се настаняват в кувьоз, а майката трябва да бъде насърчавана, доколкото е възможно: да докосва бебето през люковете на инкубатора, тъй като дори самото й присъствие действа успокояващо на новороденото, докато то се бори за живота си. Чрез докосването и звукът на гласа й, хормоните на стреса се регулират.

Множество публикации доказват, че преждевременното раждане на дете в семейството води не само до тревожни и депресивни състояния при майката, но и при бащата. Включването на таткото в практикуването на „Кенгуру-грижа“ с новороденото помага както за стабилизирането на емоционалното състояние на мъжа, така и подкрепя процеса на изграждане на силна и пълноценна връзка между него и детето.[8]

При невъзможност от страна на майката, поради заболяване или друга причина, „Кенгуру грижа“ може да бъде приложена от бащата на детето. Когато детето е настанено в кувьоз, комуникацията се осъществява чрез допир и говор. Бебето разпознава гласа на баща си, тъй като му е познат още преди да се роди.[9]

В редица страни КГ се прилага като ефективен метод за справяне с проблемите породени от разделянето на майката и детето. В България концепцията навлиза постепенно , но не се използва напълно, което вероятно се дължи на липса на знания от страна на здравните професионалисти, ръководството и родителите.

В някои източници е посочено, че има съпротивата от страна на ръководството, свързана с необходимостта от допълнително обучение на акушерките, осигуряване на материално техническа база за провеждане на Кенгуру грижа. Повечето лекари споделят, че не искат да се връщат "назад във времето" а да прилагат иновативни методи и да следват развитието на медицината. Според редица проучвания, акушерките и здравните професионалисти подкрепят концепцията „утроба извън тялото" да бъде приложена в ИНО. [3]

Проучванията показват , че успешното съчетаване на традиции и нови подходи ще осигури приемственост и подкрепа, ще даде сигурност както на изпълнителите на акушерски грижи в ИНО, така и на родителите, които ще се възползват от метода КГ. Това ще гарантира устойчивост на промените и удовлетвореност и за двете страни.

Поведението на акушерката при полагане на грижи за рисково новородено е свързано с много и разнородни задължения. Приемане на новороденото дете в интензивно отделение или звено за специални грижи включва реанимационни действия, настаняване в кувьоз. Осигуряване на топлинен източник и поставяне на детето в затоплен кът. Акушерката следва да бъде добре обучена за работа с апаратурата в отделението. Тя съдейства по време на преглед на новородено и изпълнява назначенията на лекар. Една от най-важните задачи на акушерката е осигуряване на 24 часово, активно наблюдение и грижи на рискови деца. Тя отговаря за проследяване в динамика на основни жизнени показатели на рисковите деца и отразяването им в интензивен лист. Поставяне на електроди, сензори за мониторно наблюдение на жизнените показатели. Най-честите показатели, които се мониторират са пулсова честота, сатурация на кислорода, електрокардиограма, капнограма, артериално налягане и при наличен централен венозен път се измерва централно венозно налягане (11).

Рисковите новородени се хранят със сонда или биберон взависимост от състоянието, назначава се от лекар, неонатолог. Акушерката има важната задача да обучи майката в правилната техника на кърмене или хранене с биберон. По преценка на лекар, майката може да приложи метода „Кенуру грижа".

Изключително важно е да се спазват правилата за асептика и антисептика при полагане на грижите за рискови деца. Акушерката обучава родителите в хигиенните грижи за новороденото, по време на хоспитализация и след изписването. Акушерката дава съвети за лична хигиена на майката, грижа за млечните жлези. Всички мероприятия свързани с лечебно-диагностичния следва да бъдат описани в История на новороденото.

Задължения на акушерката при приложение на „Кенгуру грижа"

1. Акушерката разяснява същността на концепцията, предимствата за майката и детето.
2. Акушерката приканва майката да заема удобна позиция (легнала, седнала).
3. Поставя детето върху гърдите на майката и го завива с топла пелена.
4. Обяснява на майката как да поставя главичката на детето в странично положение.
5. Дава съвети относно кърмене и хигиенни грижи за детето.

На базата на проучените литературни източници изведохме следните изводи:

1. Прилагане на „Кенгуру-грижа" в неонатологичната практика ще доведе до намаляване продължителността на болничния престой и приложението на скъпи здравни услуги.

2. Контактът „кожа в кожа“ ще доведе до активно родителско участие по време на хоспитализация и възможности за обучение на родителите в грижите след изписване.

3. Необходимо е системно актуализиране и надграждане на знанията и уменията на акушерките, което ще създаде възможности за запознаване с иновативни методи и приложението им в неонатологичната практика.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА:

1. Димитрова, В., Акушерски грижи при нормална бременност,2018

2. Димитрова, В., Лекционен материал, 2020

3. Илиева, Сл., Мнение на акушерки работещи в неонатологично отделение с интензивен сектор относно прилагане на метода „Кенгуру грижа“ за рискови новородени деца“, Втора конференция с международно участие Здравните грижи-принос за качеството на живот 7-8 юни 2019г., хотел „Естрея“, к.к. „Св. Св. Константин и Елена“ гр. Варна, 2019.

4. Христова Е. Алгоритъм за първична реанимация на новородени деца,сп.”Педиатрия”,София, 2008г, 3, 66.

5. Христова, Е., Лекции по неонатология и педиатрия, Варна 2018

6. Feldman, R, Eidelman AI. Skin-to-skin contact (Kangaroo Care) accelerates autonomic and neurobehavioural maturation in preterm infants. Dev Med Child Neurol 45:274-81, 2003.

7. Skene, A., K. Gerrish b, F. Price , Developing family-centred care in a neonatal intensive care unit: An action research study, Intensive & Critical Care Nursing 50, p. 54–62, 2019

8. www. Premature-bg.com

9. www.neonatologyabg.com/ Българска асоциация по неонатология

10. https://nmd.bg/kenguru-grizhata-spasitelna-pregradka-za-bebeto/

11. https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/11/18/neonatologiq.pdf

ПРЕОДОЛЯВАНЕ НА СТРЕСА НА РАБОТНОТО МЯСТО НА АКУШЕРКАТА
OVERCOMING STRESS IN THE MIDWIFE›S WORKPLACE

Цветанка Н. Джиганска

Резюме: *Грижите за бременната, родилката и гинекологично болната жена са стресогенни, защото при осъществяването им акушерката трябва физически и емоционално да е на разположение на пациентката и нейното семейство, а от друга страна трябва да запази контрола над собствените си емоции. Стресът на работното място се превърна в основен проблем за здравните заведения и достигна обезпокоителни пропорции. Организациите трябва да разработят начини за превенция на стреса, както и техники за намаляването му в акушеро-гинекологичните отделения. Това изследване се фокусира върху практиките, възприети от здравните организации за предотвратяване, свеждане до минимум и преодоляване на стреса в акушерската дейност.*

Summary: *The care of the pregnant woman, the mother and the gynecologically ill woman are stressful, because when carrying them out, the midwife must physically and emotionally be available to the patient and her family, and on the other hand she must retain control over her own emotions. Workplace stress has become a major problem for health facilities and has reached alarming proportions. Organizations need to develop ways to prevent stress, as well as techniques for reducing it in obstetric and gynecological departments. This study focuses on practices adopted by health organizations to prevent, minimize and overcome stress in obstetrics.*

Ключови думи: *преодоляване, стрес, акушерка*

Keywords: *overcoming, stress, midwife*

ВЪВЕДЕНИЕ:

Стресът на работното място се определя като вредните физически и емоционални реакции, които възникват, когато изискванията на дадена работа не съответстват на възможностите, ресурсите или нуждите на работника.Стресът обикновено е показан като отклонение от нормалното функциониране на тялото и ума. Стресът в ограничено количество е от полза и за организацията и за отделния човек. Той помага за постигане на лични цели и за целите на организацията. Но стрес в голямо количество може да предизвика вредни ефекти върху тялото, ума и психиката на човека. Стресът на работното място е важен въпрос, който трябва да бъде решен, за да се постигне напредък. Изпълнението на манипулации, провеждането и подготовката за изследвания, осъществяването на специализирани процедури са дейности, които акушерката не може да осъществи без да провежда ефективна комуникация с пациента. При това общуването между тях трябва да бъде съпроводено със създаването на по–тесни взаимоотношения, основаващи се на съхраняване конфиденциалността на обменената информация. Внимателното слушане предполага емпатично поведение отстрана на акушерката. От друга страна натискът за намаляването на цената на процедурите, за повишаване на ефикасността и поддържане на високо качество на здравните грижи оказва съществено влияние върху работата на медицинските специалисти.

ИЗЛОЖЕНИЕ:

Стресът е определен по различни начини през годините. Първоначално е замислен като натиск върху индивида от околната среда, след това като причини, които са вътре в лицето. Общоприетото определение днес е взаимодействието между ситуацията и индивида, които имат негативен ефект върху физиката, емоциите и умствената концентрация. Ежедневните предизвикателства за човека се увеличават в много различни области, сякаш напредъкът от своя страна създава нови проблеми. Постепенно естеството на работата е променено и тези промени са в ход. Поради тези промени броят на заболяванията се е увеличил, моралът и човешките аспекти избледняват и всеки ден се появяват нови проблеми, така че сме изправени пред стрес на работното място. Психологическото и физическото страдание е това, което се получава, когато ресурсите на индивида не са достатъчни, за да се справят с изискванията и натиска на ситуацията. По този начин, стрес е по-вероятен в някои ситуации, отколкото в други и при някои индивиди, отколкото при други. Стресът може да подкопае постигането на целите както за отделните лица, така и за организациите. Според авторите провели проучването като мярка за намаляване на стреса са делегиране на част от работата, споделяне на тежестта с колегите, отпуск и време със семейството и любимите хора, както и намаляването на извънредния труд. (6)

Според друго проучване проведено чрез полуструктурирани телефонни интервюта направено сред служители от финансовата и здравната сфера превенцията на стреса при работа може да намали рисковете за здравето на хората, както и организационните и социалните разходи. Неотчетените нужди на служителите от ръководните органи могат да възпрепятстват прилагането на мерките. Според изследователите служителите имат нужда от: 1/ комуникация относно стреса на работното място, 2/ внимание за факторите, определящи стреса на работата, 3/ подкрепящи обстоятелства за превенция на стреса, 4/ участие на различни заинтересовани страни в превенцията на стреса на труда и 5/ наличие на мерки за предотвратяване на стреса. Анкетираните са изразили необходимостта от информиране на ръководството относно стреса на работното място.(7)

Производителността на работната сила е решаваш фактор, когато се говорим за успеха на една организация. Тя на свой ред зависи от психосоциалното благосъстояние на служителите. Стресът може да засегне здравето, работата, социалния живот и връзката с членовете на семейството. Стресът е сложна емоция, която предизвиква физиологични промени, за да подготви организма да се защити от заплахи.

Фокус на изследването проведено от D. Revati е върху практиките възприети от организициите за свеждане до минимум и преодоляване на стреса. Според направеното изследване първостепенно значение се отдава на хумора, медитацията и йога, които могат да се използват като противоотрова на стреса. (8)

Известно е, че някои влияния в живота на човека предотвратяват появата на изтощението или го редуцират. Социалната подкрепа, това е физическия и емоционален комфорт, които хората получават от тяхното семейство, приятели, колеги и др. Най-отчетлив сред тези подобряващи фактори е социалната подкрепа от равните по статус, брачния партньор, самата организация. Тези фактори насърчават убеждението, че ние принадлежим към общност от хора, които ни обичат и могат да се грижат за нас. Именно със социалната подкрепа се обяснява способността на някои хора успешно да се съпротивляват на стресорите. Социалната подкрепа може да приема различни форми.Тя може да бъде емоционално, информационно или физически осезаема (практически). Емоционалната подкрепа се увеличава, когато подкрепящите дейности и положителното отношение на другите увеличават самочувствието на индивида и подобряват неговата увереност и способност да се справи с предизвикателствата. Информационната подкрепа помага на човека да идентифицира нови стратегии за решаване на конкретни проблеми, а реалната подкрепа означава да се дадат определени ресурси в помощ на това лице, за да разреши проблемите, пред които е изправено. Социалната подкрепа е необходима за създаване и поддържане както на физическо, така и психическо здраве - независимо от наличието или липсата на работни стресови фактори. Ролята на социалната подкрепа е широко

изследвана от учените, които изразяват мнение, че липсата на адекватна подкрепа от мениджърския екип е още по-вредна от липсата на подкрепа от колеги.

Други автори доказват въздействието на социалната подкрепа от семейството. Те излагат становището, че социалната подкрепа от страна на семейството е важна за всеки, за да се справи със стреса. Те установяват, че социалната подкрепа, оказана от семейството може да се свърже с понижаване на емоционалната умора и по-високите лични постижения. Учените също подчертават, че лошата връзка с членовете на семейството оказва негативно влияние върху здравето на работещия като цяло, и че ако човек преживява проблеми в семейството си, то риска от професионално прегаряне се увеличава. (5)

Преодоляване на стреса - Процеса на превенция се разделя в три категории: първичен, вторичен и третичен.Те описват първичната превенция като процес, който е предназначен за намаляване, изменение или елиминиране на стресовите фактори, които, ако останат непокътнати или непроменени, в крайна сметка довеждат до прегаряне. Целта на вторичната профилактика е да се променят или модифицират реакциите на лицата на стресовите фактори. Отделните служители могат да бъдат обучени в техники за управление на работните стресови фактори, за да получат възможност да модерират стреса и напрежението, с които се сблъскват в работната ситуация и за насърчаване на тяхното собствено здраве и благосъстояние,чрез конкретни планове за действие. Третичната профилактика има за цел привеждане на лицата, развили синдрома на прегаряне до състояние на пълно здраве и компетентност.

Основното предположение зад основните стратегии за превенция е, че най-ефективният начин за управление на стреса е, чрез премахване на собствените стресори.

Стратегиите за управление на стреса да се съсредоточат върху обучението на служителите да използват такива стратегии за справяне, които ще им позволят да издържат на стрес на работа, без да вредят на себе си или да се справят със самия източник на стрес.

В специализираната литература са описани начини и методи за преодоляване и намаляване на стреса на работното място. Те са четири групи, които И. Георгиева и колектив обобщават по следния начин:

Първата група са индивидуални техники за профилактиката на стреса. Необходимо е профилактичните мерки да се провеждат приоритетно с отделната личност.

Отговорността при първото ниво се разпределя между супервайзорите и самите индивиди, нуждаещи се от необходимата подготовка, но и от собствена преценка на отделните личности и специфичната ситуация. Поставянето на реалистични цели и подцели е превантивна антистресова мярка. По този начин може да се измери напредъкът и да се постигне чувство на удовлетвореност. Търсенето на подкрепа от колегите и ръководителите (редовни неформални срещи) при по-комплицираните ситуации е протективна тактика, която премахва чувството за изолация.

Втората група техники е работа в групи. Целта е да се осигури социална подкрепа, да се провеждат разговори с някого за стреса. Особено разпространени са т.нар. Групи на Балинт, в които здравните специалисти заедно с други свои колеги търсят решение и разбиране във връзка с професионалните си трудности. Полезно е неуспешните социално-лечебни ситуации да се обсъждат с колектива и да се очертаят методите за преодоляването им. Решенията е необходимо да се вземат, чрез консенсус от целия състав на екипа и да се основават на максимално възможната справедливост, като отговорността пада върху цялата йерархична структура. При всички обстоятелства трябва да се стимулира и развива взаимната подкрепа.

Третата група са обучителните интервенции. Тяхната цел е да се овладеят нови начини за справяне с изискванията на индивида. Застрашените и потърпевшите се обучават как да прилагат сами техники за релаксация както в процеса на работа, така и в периода на почивка.

Четвъртата група са организационните техники. Те са насочени към стресогенните фактори, действащи в работната среда, които излизат извън възможностите на индивидуалния контрол и

поносимост. (2)

Американската Психологическа Асоциация (APA) препоръчва следните стъпки за справянето със стреса на работното място, които може да се предприемат. Ето някои от тях:

✓ Понякога най-добрият начин за справяне със стреса на работното място е просто споделяне на стреса с някой близо до вас.

✓ Обърнете се към колегите за подкрепа. Просто не забравяйте да ги слушате и да предложите подкрепа, когато те са в нужда. Ако нямате близък приятел в работата, можете да предприемете стъпки, за да общувате повече с колегите си.

✓ Облегнете се на приятелите и семейството си. Освен, че засилва социалния контакт на работното място, наличието на силна мрежа от поддържащи приятели и членове на семейството е изключително важно за управлението на стреса във всички области на живота.

✓ Изграждане на нови удовлетворяващи приятелства. Ако не смятате, че имате към кого да се обърнете – на работа или в свободното си време – никога не е твърде късно да се създадат нови приятелства. Срещата на нови хора с общи интереси, прави човек по-силен и по-издръжлив да стрес.

✓ Грижете се за себе си. Дори малките неща могат да повишат настроението, да увеличат енергията.

✓ Ритмичното движение – като ходене, бягане, танци, барабани и др., е особено успокояващо за нервната система.

✓ Храненето на малки порции, по-често и избор на здравословни храни, например, може да помогне на тялото да поддържа равномерно ниво на кръвната захар. Това поддържа енергията и предотвратява промени в настроението. Ниската кръвна захар, от друга страна, може да доведе до тревожност и раздразнителност.

✓ Да се избягва никотина. Пушенето, когато човек се чувства стресиран може да изглежда успокояващо, но никотинът е мощен стимулант, което води до по-високи нива на тревожност.

✓ Пиене на алкохол в умерени количества, тъй като в големи количества той носи неблагоприятно влияние върху настроението.

✓ Подобряване на качеството на съня чрез здравословни промени в дневните и нощните съчетания.

✓ Изключване на екраните един час преди лягане. Светлината, излъчвана от телевизия, таблети, смартфони, и компютри потиска производството на тялото на мелатонин и може сериозно да наруши съня.

✓ Работната нощ, ставането рано сутрин или въртящите се смени влияе на качеството на съня, което на свой ред може да повлияе на производителността и ни прави по-уязвими на стрес. Необходимо е да се настрои цикъла на събуждане, като се излагаме на ярка светлина, когато се събудим през нощта и използваме ярки лампи или лампи за дневен цикъл на симулация на работното си място. След това, да се носят тъмни очила по време на пътуването до вкъщи, за да се блокира слънчевата светлина и да се насърчи сънливост.

✓ Ограничаване броя на нощните или нередовните смени, за да се предотвратите лишаването от сън.

✓ Да се избягват често въртящи се смени, така че да може да се поддържа един и същ график за сън.

✓ Да се премахне шума и светлината от спалнята през деня. Да се използват плътни завеси или маска за сън, да се изключи телефона и да се използват тапи за уши или успокояваща звукова машина, за да се блокира шума през деня. (10)

Националния Институт за безопасност и здраве при работа (NIOSH) описва стратегии за справяне

със стреса на работното място,някои от които описвам по-долу:

✓ Установяване на здрави граници. Много от нас се чувстват принудени да бъдат на разположение 24 часа в денонощието. Важно е да се поддържат периоди, когато не се работи или мисли за работа. Това означава, че не се проверяват имейли и не се провеждат служебни разговори у дома вечер или през почивните дни.

✓ Да се разделят проектите на малки стъпки.

✓ Да се делегира отговорност. Не е нужно човек всичко да прави сам.

✓ Да можем да работим в екип и да се съгласяваме с мнението на другите. Ако можем да коригираме малко очакванията си, ще може да се намери средно положение, което намалява нивата на стрес за всички.

✓ Да се опитаме да мислим позитивно за работата си, да избягваме отрицателни колеги и да се потупаме по гърба за малки постижения, дори и ако никой друг не го прави.

✓ Много неща, са извън нашия контрол, особено поведението на други хора. Да се фокусираме върху нещата, които можем да контролираме.

✓ Да се търси хумор в ситуацията. Когато се използва по подходящ начин, хуморът е чудесен начин за облекчаване на стреса на работното място.

✓ Да се говори с работодателя за стресорите на работното място.

✓ Точно да бъде изяснена длъжностната характеристика.. Може да се открие, че някои от задачите, които се извършват, не са включени в описанието на работата.

✓ Ако се върши една и съща работа всеки ден от дълго време, добре е да се опита нещо ново

✓ Да се търси удовлетворение и значение в работата. (11)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Редица проучвания по този световен проблем показват, че стресът има голямо влияние върху работещите и по този начин се отразява на нивото на производителност. Препоръчва се медицинските специалисти в частност акушерките да проявяват самоконтрол и добро самочувствие; да се ангажират с непрекъснато професионално развитие на умения за по-добра организация, интегриране на работата в рамките на определени проектни ограничения и делегиране на задачи, правомощия и разделяне на работата в управляеми части, така че да могат да се справят със стреса. Каквито и да са изискванията в работата има стъпки, които могат да се предприемат, за да се предпазят професионалистите по здравни грижи от вредните ефекти на стреса, да се подобри удовлетворението от работата. Когато стресът на работното място заплашва да се намали ефективността , има прости, практически стъпки, които могат да се предприемат, за да се възвърне контрола (сън, здравословна храна, споделяне, физическа активност, нови задължения и т.н.). Балансираното разпределение на задълженията и правата и в хоризонтално и във вертикално направление е условие, което всеки добър мениджър трябва да реализира. Основната цел е да бъде създадена организация, която да е максимално ефективна в трудово отношение и да е в интерес на пациента , така също да е оптимална за всеки един от персонала. Ръководните екипи да подкрепят активността и социалната ангажираност на работещите и все пак да се запазва автономността на всеки участник в трудово професионалния колектив. Подобен начин на управление е и най-добрата профилактика срещу “изпепеляването на персонала”.

БИБЛИОГРАФИЯ:

1. Александрова М. Бърнаут – актуален проблем за управлението на човешките ресурси в здравеопазването. В: Иновации в общественото здравеопазване., 2011,45-55.

2. Георгиева, И., Е. Караславова, Д. Тодоров, Професионалното изчерпване при медицински сестри, работещи в клиника по детски и генетични заболявания при УМБАЛ “Св. Георги” – Пловдив; Сестринско дело, 40, № 3, 2008,с. 3-7

3. Радев, Е. Предиктори на синдрома бърнаут. Сб.IX Нац. Конференция по етика, София, 2013,с. 540-543

4. Харизанова Ст., Т. Търновска. Бърнаут синдром – исторически преглед, определение, същност, последствия; Български медицински журнал, VII, № 1,2013, с.31-38

5. Янкова, Г., М. Александрова, Л. Маринов . Компоненти на здравната грижа, имащи отношение към емоционалното изтощение. Международна научна конференция «Образование, наука, икономика и технологии»; 25-26 юни 2015. Академично списание «Управление и образование.», Том XI (5), 2015,с. 58-64

6. Gabassi PG, Cervai S, Rozbowsky P, Semeraro A, Gregori D. Burnout syndrome in the helping professions. Psychol Rep: 90(1):2002, 309-14.

7. Panigrahi, Ashok, Managing Stress at Workplace. Journal of Management Research and Analysis, October-December, 2016; 3(4): 154-160,

8. Revati Deshpande ,A Healthy Way to Handle Work Place Stress Through Yoga, Meditation and Soothing Humor, International Journal of Environmental Sciences, Vol. 2, No. 4, pp. 2143- 2154, 23 Jul 2012, (ISSN 0976 – 4402)

9. Schaufeli , W. B . et B. P. Buunk. Burnout: an Overview of 25 Years of Research and Theorizing. – In: M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst and C. L. Cooper (Eds.). The Handbook of Work and Health Psychology. John Wiley & Sons, Ltd., . 2003, 383-425

10. https://www.apa.org/topics/stress

11. https://www.cdc.gov/niosh/updates/stresrel.html

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

Цветанка Николава Джиганска

Медицински университет – София,

Филиал „Проф. д-р И. Митев“ – Враца

Катедра „Здравни грижи“

tsvetij@abv.bg

ПОДГОТОВКАТА НА ЖЕНИТЕ ЗА РАЖДАНЕ – ОЧАКВАНИЯ НА ПАЦИЕНТИТЕ И РОЛЯ НА АКУШЕРКАТА

Вероника Николова, Гизем Хасанбашева

МУ „Проф. д-р П. Стоянов“– Варна

Факултет Обществено здравеопазване, Катедра по Здравни грижи, сп. „Акушерка“

научен ръководител: доц. В. Димитрова, д.оз., veni-ss@dir.bg

Увод: *Бременността е един от най-прекрасните периоди от живота на всяка жена, но изисква повишено внимание и специализирана грижа както за опазване на здравето на бременната и неродено дете, така и за обучение и обогатяване на здравните знания и умения, свързани с бременността и раждането.*

Целта *на настоящото изследване е да проучи и анализира ролята на акушерката при подготовката на жените за раждане.*

Материал и методи: *Проведено е проучване сред жени, постъпващи за раждане в МБАЛ Силистра (50) през месец август 2020 г. Използвани методи – документален, социологически (анкетен) чрез собствено разработена анкетна карта, статистически и графичен анализ.*

Резултати и обсъждане: *Почти всички от жените, попаднали в извадката са посещавали редовно женска консултация (92%). При по-малко от половината жени наблюдението е осъществено с участието на акушерка (46%). малко повече от половината от бременните собщават, че се чувстват подготвени за раждането (64%). Около 1/5 от бременните твърдят, че не са подготвени за раждането (22%) или изразяват колебание (14%). Мнозинството от анкетираните не са участвали в курсове за подготовка за раждане (98%). Според повечето бременни най-подходящият момент за подготовка за раждането е в края на бременността(64%). Методите за обучение, които бременните предпочитат са обяснение (70%) и обучение в техники на дишане (62%). информация за раждането от акушерка са получили около 1/3 от бременните (36%). Повечето бременните биха се доверили на акушерка за подготовката за раждане(82%).*

Изводи: *Акушерката има значима роля при подготовката на бременните жени за раждане и към настоящия момент нейните знания и компетентност са недостатъчно добре използван ресурс в полза на позитивното женско здраве.*

Ключови думи: *акушерка, бременна, обучение, подготовка за раждане*

PREPARING WOMEN FOR CHILDBIRTH - PATIENTS‘ EXPECTATIONS AND THE ROLE OF THE MIDWIFE

Nikolova Veronika, Gizem Hasanbasheva

MU “Prof. Dr. P. Stoyanov “- Varna

Faculty of Public Health, Department of Health Care, Midwife Magazine

scientific supervisor: Assoc. Prof. V. Dimitrova, Ph.D., veni-ss@dir.bg

Introduction: *Pregnancy is one of the most wonderful periods of every woman‘s life, but it requires increased attention and specialized care for the protection of the health of pregnant and unborn child, as well as for training and enrichment of health knowledge and skills related to pregnancy and the birth.*

Aim *of the present study is to recearch and analyze the role of the midwife in preparing women for childbirth.*

Material and methods: *A study was conducted among women entering maternity hospital in Silistra Hospital (50) in August 2020. Methods used - documentary, sociological (questionnaire) through our own questionnaire, statistical and graphical analysis.*

Results and discussion: *Almost all of the women in the sample regularly attended a women's consultation (92%). In less than half of the women, the observation was performed with the participation of a midwife (46%). just over half of pregnant women report feeling prepared for childbirth (64%). About 1/5th of pregnant women claim that they are not prepared for childbirth (22%) or express hesitation (14%). The majority of respondents did not participate in birth preparation courses (92%). According to most pregnant women, the best time to prepare for childbirth is at the end of pregnancy (64%). The training methods that pregnant women prefer are explanation (70%) and training in breathing techniques (62%). About 1/3rd of pregnant women (36%) received information about the birth from a midwife. Most pregnant women would trust a midwife to prepare for childbirth (82%).*

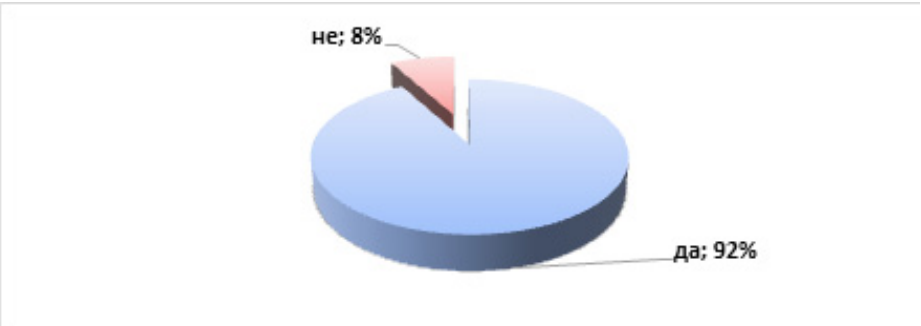
Conclusions: *The midwife has a significant role in preparing pregnant women for childbirth and at present her knowledge and competence are insufficiently used resources in favor of positive women's health.*

Key words: *midwife, pregnant, training, preparation for childbirth*

Акушерската професия е съчетание от призвание и мъдрост. Активна е ролята на акушерката по време на бременността, в процеса на раждане и проследяване на следродилния период. Тя е един от най-важните медицински специалисти за бременната и раждаща жена, защото притежава професионални компетентности, опит и отговорност, които гарантират сигурност, комфорт и психоемоционална подкрепа на бъдещата майка.

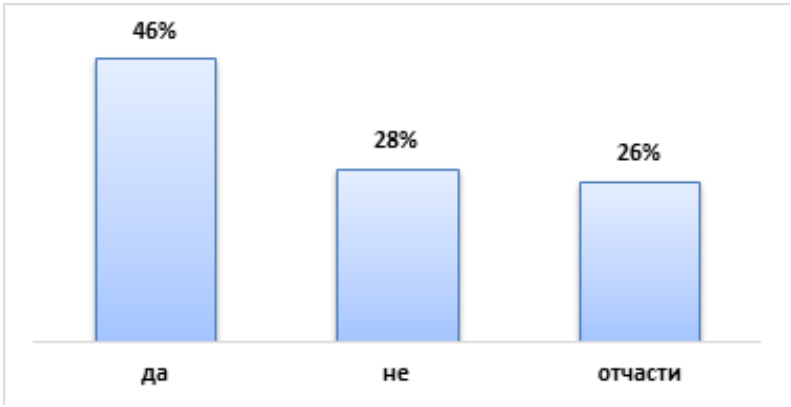
Бременността е един от най-прекрасните периоди от живота на една жена, но той изисква повишено внимание и специализирана грижа за здравето на бременната и неродено дете. Подготовката за раждането е много важен момент и от него зависи какви ще бъдат преживяванията на жената във връзка с раждането и споменът, който ще остане в съзнанието й. Много изследователи свързват качеството на подготовката със страха от раждането и с намаляването му, т.е. правилната подготовка ще намали броя на оперативните родоразрешения, защото по последни данни от края на 2019 г. България се нарежда на трето място по раждане със секцио в ЕС.

Бременността е физиологично състояние на жената. Понякога тя протича с усложнения, застрашаващи нормалното развитие на плода и здравето на майката. Редовните посещения на женска консултация гарантират установяване на проблемите по време на бременността и потенциалните рискове. Попитахме жените, постъпващи за раждане дали са посещавали редовно ЖК и почти всички (92%) отбелязват, че бременността им е била наблюдавана. Отговорът свидетелства, че бременните осъзнават необходимостта от консултиране във връзка с бременността и раждането (фиг. 1).



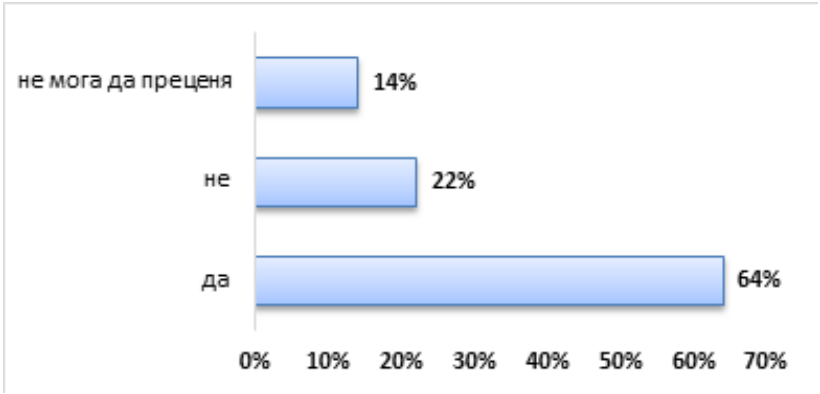
фиг. 1. Редовно посещение на ЖК

Акушерката притежава професионални знания и компетентност за проследяване на бременността и превенция на рисковете за здравето на бременната и плода. Информирани за това, което ги очаква, жените се чувстват по-сигурни, преодоляват страха и вземат активно участие в процеса на раждане. Организацията на пренаталните грижи понстоящем не гарантира участието на акушерка в консултирането на бременността и респективно в подготовката за раждане. Попитахме бъдещите майки участвала ли е акушерка в наблюдаването на бременността им. Мнозинството от анкетираните отговаря, че акушерката е участвала в наблюдението на бременността им (46%). Тя не е взела участие при консултирането на 28% от жените, а при останалите 26% е участвала само отчасти. Отговорът на респондентите свидетелства, че значителна част от бременните не са имали контакт с акушерка по време на бременността и не са могли да се възползват от знанията и компетентностите на този специалист във връзка с бременността и раждането (фиг.2)



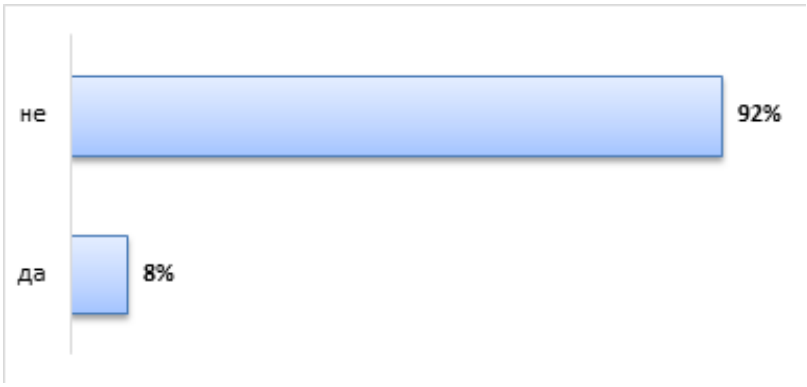
фиг. 2. Участие на акушерката при наблюдението на бременността

Поготовката за раждането изисква придобиване на система от знания и умения. Тя не се състои само в подготовка на необходимите принадлежности за родилното отделение, а и в интервенция по отношение на психоемоционалното състояние на жената.. Основата, върху която трябва да се изгражда ефективната подготовка за раждане е осигуряване на спокойствие и положително отношение към раждането на бъдещата майка. Попитахме жените, постъпили в МБАЛ Силистра чувствали ли са се подготвени за раждането. Болшинството от тях считат, че са били подготвени (64%). Малка част изразяват колебание и не могат да преценят (14%), а около 1/5 от жените отговарят отрицателно (22%). Мнението на респондентите показва, че мнозинството от жените се чуствят спокойни и сигурни за това, което им предстои. Възможно е този отговор да е отражение на тоталната липса на информация на жените каква трябва да бъде подготовката им за раждане и на тяхната заблуда, че са готови след като са слушали съвети от близки и познати и са се доверили на информация от интернет (фиг.3).



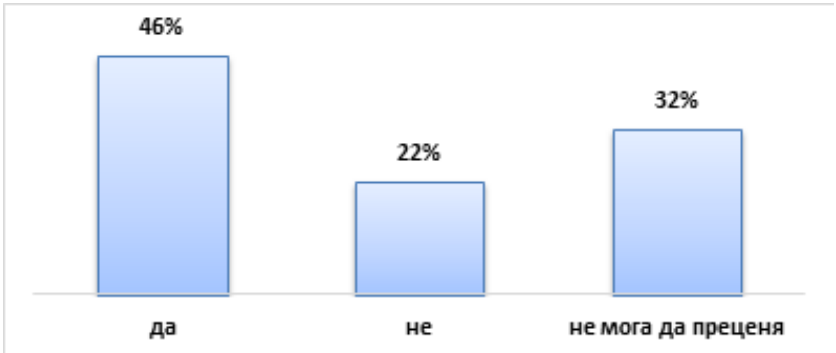
фиг. 3. Готовност за раждане

В помощ на подготовката за бъдещите родители в по-големите градове са създадени „училища за родители“. Там те получават полезна информация и практически съвети за всичко, което е свързано с бременността, раждането, кърменето и отглеждането на бебето от доказани професионалисти. Подготовката е насочена не само към бременната жена и партньора й, а и към нейното семейство и социално обкръжение. Тези курсове са изключително важни, защото в тях се обръща голямо внимание на двигателния режим на бременната, храненето и хигиената, психопрофилактиката, превенция на предродилната и следродилната депресия, подготовка за осъществяване на грижи за новороденото в домашни условия, изграждане на връзката майка-бебе и подкрепа за развиване на родителски умения. Основната задача на акушерката е да създаде атмосфера на доверие и сътрудничество, които да доведат до убеждението, че раждането ще протече гладко и при максимално щадене на майката и плода. Попитахме жените дали са участвали в курсове за подготовка за раждане. Почти всички отговарят отрицателно (92%) и едва 8% твърдят, че са се включили в такива обучения (фиг. 4).



фиг. 4. Участие в курсове за подготовка за раждане

Изследвайки необходимостта от засилване на мотивацията за създаване и насърчаване на такива структури, попитахме бременните дали считат, че щяха да бъдат по-спокойни за раждането си, ако бяха участвали в курс за бъдещи родители. Почти половината от анкетираните отговарят положително (46%). Значителен е делa на анкетираните, които изразяват колебание (32%) или напълно отричат ползата от курсове за бъдещи родители (22%). Възможно е отговорът на респондентите да отразява липсата на информация у бременните относно компетентността на акушерката и нагласи да бъдат обучавани по тези въпроси. Анализът на пренаталните грижи за жените, попаднали в извадката сочи, че голяма част от тях не са консултирани от акушерка или са имали по-кратки контакти с професионалист по здравни грижи, което не е позволило да бъдат запознати със същността на тези обучения и уменията, които могат да получат. Именно затова те не са присъствали и не са убедени в ползата от тях (фиг. 5).

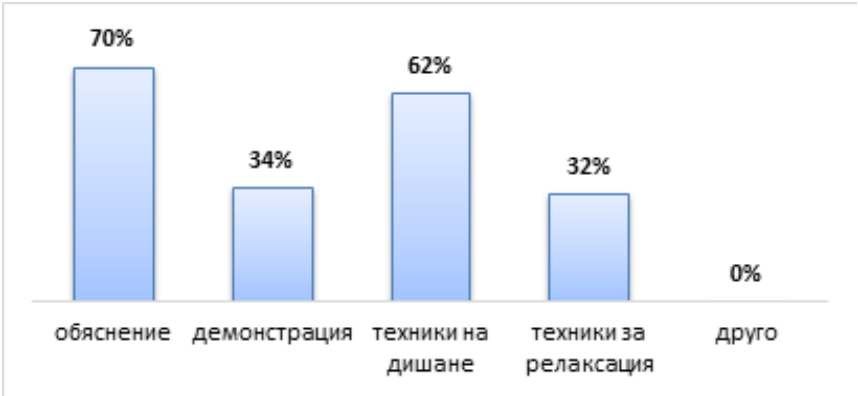


фиг. 5. Ефекти от участие в курс за бъдещи родители

Подготовката за раждането е една от основните задачи на акушерката при провеждане на консултации през втората половина на бременността. Навременната подготовка на бременните позволява осмисляне, усвояване и автоматизиране на знанията и уменията и прилагането им в нужния момент. Такъв тренинг според специалистите трябва да се провежда от третия триместър на бременността, за да може жената да има достатъчно време да свикне с мисълта за това, което й предстои и да усвои новите знания, които акушерката ще й предостави. Попитахме бременните кой е най-подходящият момент според тях за провеждане на подготовка за раждането. Краят на бременността е най-подходящия момент за подготовка за раждане според 64% от анкетираните. За някои от тях моментът няма значение (28%). Жените, които предпочитат подготовката да се извърши при постъпване за раждане са 6%, а според 2% от тях това трябва да става поетапно през целия период на бременността. (фиг. 6)

фиг. 6. Най-подходящ момент за подготовка за раждане

Психическата и физическа нагласа, която изисква овладяване на техники за дишане и за релаксация са необходими за преодоляване на страха от раждането и превръщане на раждащата в активен участник в родилния акт. Изследвайки мотивацията на жените да участват в такива обучения ги попитахме кои методи за подготовка за раждане предпочитат. Повечето от анкетираните предпочитат обяснението (70%) и тренинг на техники на дишане (62%). На следващо място са избрали демонстрацията (34%) и техники за релаксация (32%). Това, че повечето избират само обяснението показва, че най-вероятно повечето бременни жени нямат представа какви знания и умения би могла да им предостави акушерката или си мислят, че раждането на детето им зависи от външни фактори (фиг.7)

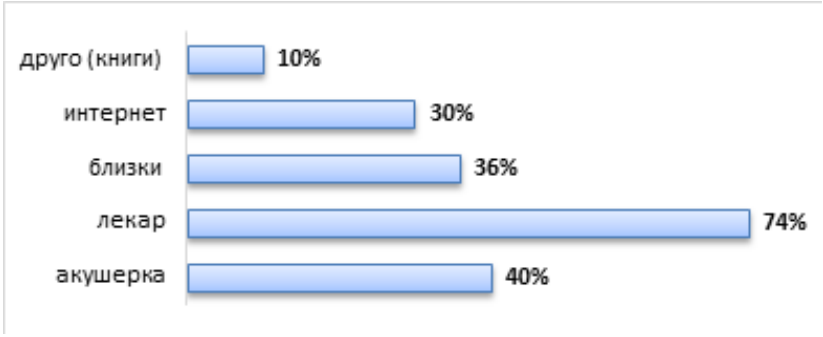


фиг. 7. Предпочитани методи за подготовка за раждане

**процентите надхвърлят 100, тъй като анкетираните са давали повече от един отговор*

Информацията, която бременните получават за бременността и раждането е много важна за това как те ще се настроят и с каква емоция ще преминат през тях. Изключително важно е тази информация да е правилна и достоверна и да идва от медицински специалист. Попитахме бременните

от къде са получавали информация за раждането. Лекар е давал информация на 74% от жените, а делът на жените, информирани от акушерка е 40%. Останалите са се доверили на свои близки, интернет и книги. Отговорът на анкетираните свидетелства, че знанията и уменията на акушерката са недостатъчно използван ресурс при обучението на пациентите и подготовката им за раждане (фиг. 8).



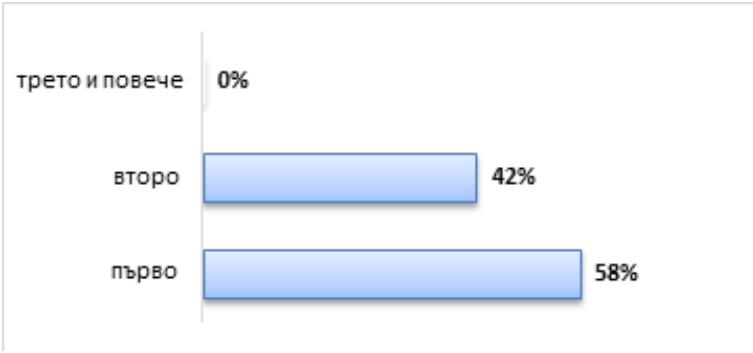
фиг. 8. Източници на информация за раждането

**процентите надхвърлят 100, тъй като анкетираните са давали повече от един отговор*

Какъвто и метод на раждане да предстои на бременната, тя трябва да бъде подготвена. Важен фактор за успешната подготовка има установяването на сътрудничество и доверие с медицинските специалисти, които наблюдават развитието на бременността. Попитахме жените дали имат доверие на акушерката да ги подготви за раждането и мнозинството от тях отговарят, че биха й се доверили (82%). Незначителен е дела на жените, които не могат да преценят (14%) или отговарят отрицателно (4%). Отговорът на анкетираните е доказателство за осъзната потребност на жените да бъдат консултирани от акушерка във връзка с бременността и подготовката за раждане (фиг. 9).

фиг.9. Доверие към акушерката при подготовка за раждане

Паритетът има голямо значение както за продължителността на раждането, така и за емоциите, които бременната изпитва. Когато жената вече е раждала, тя е по-опитна и се чувства по-спокойна. Малко повече от жените, попаднали в извадката са първескини (58%), а за останалите 42% поредността на раждането е второ. Това ни показва, че повечето от анкетираните за първи път се сблъскват с предизвикателствата на бременността и раждането и това, което им се случва е ново и непознато за тях (фиг. 10).



фиг.10. Поредност на раждането

Получените резултати ни дават основание да направим следните изводи:

1. Бременните осъзнават необходимостта от консултиране във връзка с бременността и раждането (92%).

2. Значителна част от бременните не са имали контакт с акушерка по време на бременността и не са могли да се възползват от знанията и компетентностите на този специалист във връзка с бременността и раждането (54%).

3. Мнозинството от бременните не са посещавали училище за родители (92%) и не са убедени в ползите от обучение в курсове за бъдещи родители (54%).

4. Знанията и уменията на акушерката са недостатъчно използван ресурс при обучението на пациентите и подготовката им за раждане.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Акушерката има значима роля при подготовката на бременните жени за раждане и към настоящия момент нейните знания и компетентност са недостатъчно добре използван ресурс в полза на позитивното женско здраве.

ИЗТОЧНИЦИ:

1. Димитрова, В., История и развитие на акушерската професия, МУ-Варна, 2016.

2. Димитрова, В., Акушерски грижи при нормална бременност, МУ-Варна, 2018.

3. Димитрова, В., Т. Евтимова, Специални акушерски грижи при нормална и патологична бременност, МУ – Варна, 2019.

4. Проф. Ал. Хаджиев, д.м.н., проф. И. Карагьозов, д.м.н., Акушерство за студенти по медицина, 2005.

ПОЗИЦИОНИРАНЕ НА СЕМЕЙНА СТАЯ В НЕОНАТОЛОГИЧНО ОТДЕЛЕНИЕ, КАТО ВЪЗМОЖНОСТ ЗА ОБУЧЕНИЕ НА РОДИТЕЛИ В ГРИЖИТЕ ЗА ДЕТЕТО ИМ

Славена Т. Илиева, Валя И. Димитрова

Въведение: *Раждането на недоносено дете поражда много тревоги и въпроси сред родителите. Позиционирането на семейна стая, осигурява възможности за контролирано участие на родителите в рутинните грижи за децата им, спомага за поддържане на близък контакт майка-дете и дава възможност за обучение на родителите в последващите грижи, след изписването.*

Цел: *Да се проучат нагласите на експерти, акушерки и родители, относно позициониране на семейна стая в Интензивно неонатологично отделение.*

Материал и методи: *Проучено е мнението на акушерки (n = 104) и експерти (n = 40), от Неонатологично отделение с интензивен сектор в лечебни заведения в градовете Варна, Шумен, Сливен, Велико Търново, Русе и на родители (n = 97) на рискови новородени в СБАГАЛ – Варна за периода м. септември 2019 – януари 2020 г. Използвани методи – документален, статистически.*

Резултати и обсъждане: *Болшинството анкетирани и от трите групи респонденти считат за удачно позиционирането на семейна стая в ИНО (родители – 71,1%, експерти - 70%, акушерки – 60,6%). Повечето от родителите заявяват желание да бъдат обучавани приоритетно от акушерка (73,2%). Около 1/3 от тях биха се доверили на лекар (28,9%).*

Изводи: *Позиционирането на семейна стая в Интензивно неонатологично отделение би осигурила възможност за активно включване на родителите в грижите за новороденото и би била най-добрата среда за обучение на родителите в последващите грижи за детето в дома.*

POSITIONING A FAMILY ROOM IN A NEONATOLOGY DEPARTMENT AS AN OPPORTUNITY TO TRAIN PARENTS TO CARE FOR THEIR CHILD

Slavena T. Ilieva, Valya I. Dimitrova

Introduction: *The birth of a premature baby raises many concerns and questions among the parents. The positioning of a family room offers the possibility of a controlled participation of the parents in the routine care of their children, helps to maintain close contact between mother and child and offers the possibility to train the parents in follow-up care after discharge.*

Objective: *Examination of the attitudes of experts, midwives and parents regarding the positioning of a family room in the Neonatal Intensive Care Unit.*

Materials and method: *A study was conducted among midwives (n = 104) and experts (n = 40), from the Neonatology Department with an intensive sector in medical institutions in the cities of Varna, Shumen, Sliven, Veliko Tarnovo, Ruse and among parents of newborn babies at risk (n = 97) in SHOGAT(Specialized Hospital for Obstetrics and Gynecology for Active Treatment) - Varna during the period September 2019 - January 2020. Methods used: documentary, statistical - questionnaire, comparative and graphical analysis.*

Results and discussion: *The majority of respondents from all three groups consider it appropriate to position a family room in the Neonatal Intensive Care Unit (parents - 71.1%, experts - 70%, midwives - 60.6%). Most of the parents stated desire to be trained by midwife (73.2About 1/3 of them would trust a*

doctor as a priority (28.9%).

Conclusion: *The positioning of the family room in the intensive neonatal care unit would provide an opportunity for active involvement of parents in caring for the newborn and this would be the best learning environment for parents to follow-up care for the child at home.*

Ключови думи: *акушерка, семейна стая, неонатология, родители*

Key words: *Midwife, parents, family room, neonatology.*

ВЪВЕДЕНИЕ:

Всяка година около 15 млн. новородени, повече от 1 на 10, са родени преждевременно в световен мащаб и в България Раждането на недоносено дете поражда много тревоги и въпроси сред родителите. (5,6)

Според Skene Caryl е добре да се насърчава участието на родителите в грижата за децата им, настанени в Интензивно неонатологично отделение, чрез разработване и внедряване на семейно-ориентирани интервенции. Тези промени са основани на семейната философия и могат да се осъществят с активната помощ на медицинските специалисти. В проучването си Skene посочва необходимостта от локализиран персонализиран, многоизмерен подход за прилагането на грижа, насочена към семейството /family-centered care/. (2,3)

През последните години все по-често се дискутира въпроса за предимствата от приложението на метода „Кенгру грижа“ (известен още като „Кожа в кожа“) върху състоянието на недоносените деца. За този метод започва да се говори още през 70 - те години на 19 век в Колумбия. Тогава, поради липсата на специализирана медицинска апаратура, д-р Едгар Рей Санабрия предлага всички деца, родени преждевременно, да бъдат в непрекъснат контакт с майката, поставени върху гърдите й. Така в продължение на 24 часа, детето спи, храни се и долавя сърдечния й ритъм, познат още вътрутробно. Резултатите от този експеримент са впечетляващи, тъй като голяма част от децата са показали сравнително бърза адаптация към извънутробния живот. Към настоящия момент Световната здравна организация препоръчва прилагането на Кенгуру грижата като успешен подход в грижите за най-малките новородени (7).

Позициониране на семейна стая в Неонатологично отделение, осигурява възможности за приложение на концецията „Кенгуру грижа“. Успоредно с това родителите могат контролирано да участват в рутинните грижи за децата им, което спомага за поддържане на близък контакт родител-дете и дава възможност за обучение в последващите грижи, след изписването. (1,4)

Признаване на родителите като част от основната грижа в Неонатологично отделение, може да бъде предизвикателство за медицинските сестри и акушерки. Това изисква подкрепа и обучение, за да могат да управляват процеса на промяната и да осигурят семейно-ориентирана грижа, възможност за овластяване на родителите, която предоставя информация относно грижите за детето (1,3,4)

ЦЕЛ:

Да се проучат нагласите на експерти, акушерки и родители, относно позициониране на семейна стая в Интензивно неонатологично отделение.

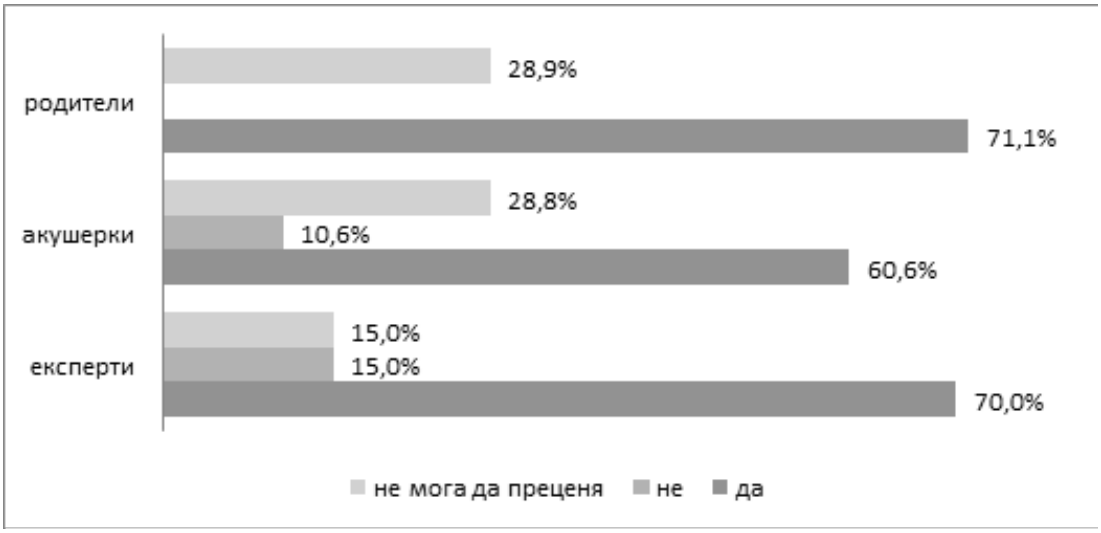
МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ:

Проучено е мнението на акушерки (n = 104) и експерти (n = 40), от Неонатологично отделение с интензивен сектор в лечебни заведения в градовете Варна, Шумен, Сливен, Велико Търново, Русе и на родители (n = 97) на рискови новородени в СБАГАЛ – Варна за периода м. септември 2019 – януари 2020 г. Използвани методи – документален, статистически.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ:

Сериозността и актуалността на проблема мотивира изследователски интерес за неговото проучване и успешно прилагане, чрез създаването на благоприятна среда за обучение на родителите в условия за перманентно консултиране. Позиционирането на семейна стая за осъществяване на „Кенгуру грижа“ осигурява възможности за активно участие на родителите в рутинните грижи за децата им.

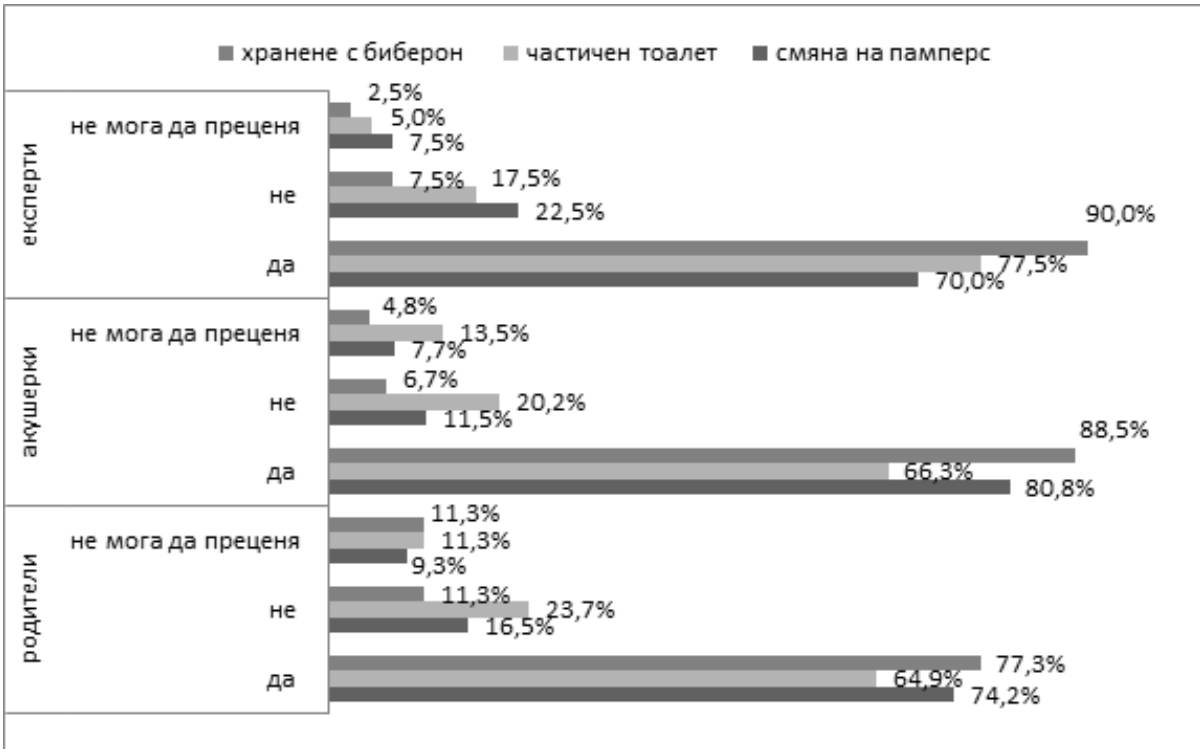
Една от задачите на проучването е да се открояят иновациите в неонатологичната практика, като източник за обучение на родители, чрез проучване и анализиране мнението на акушерки и експерти, работещи в интензивно неонатологично отделение и родители на рискови новородени (фиг.1)



Фиг.1. Позициониране на семейна стая за „Кенгуру грижа“

Според трите групи респонденти е удачно позиционирането на семейна стая за приложение на концепцията „Кенгуру грижа“ (родители – 71,1%, експерти - 70%, акушерки – 60,6%). Около 1/3 от акушерките и родителите изказват колебание (28,9%). Нищожен е делът на експерти и акушерки, според които е нецелесъобразно да има такава стая в отделението (акушерки 10,6% и експерти 15%) което вероятно се дължи на необходимостта от допълнително обезпечаване с персонал, обучение на акушерките и затруднения по отношение осигуряването на подходяща материално – техническа база. Прави впечатление, че липсва негативно мнение по въпроса от страна на родителите.

Част от рутинните грижи за децата, настанени в ИНО включват хранене с биберон (стига състоянието им да позволява), частичен тоалет и смяна на памперс. За нас представляваше интерес какви са нагласите на трите групи респонденти, относно включване на родителите в тези грижи, с цел подобряване на връзката родител-дете и внасяне на повече увереност и спокойствие сред майки и бащи (фиг.2)

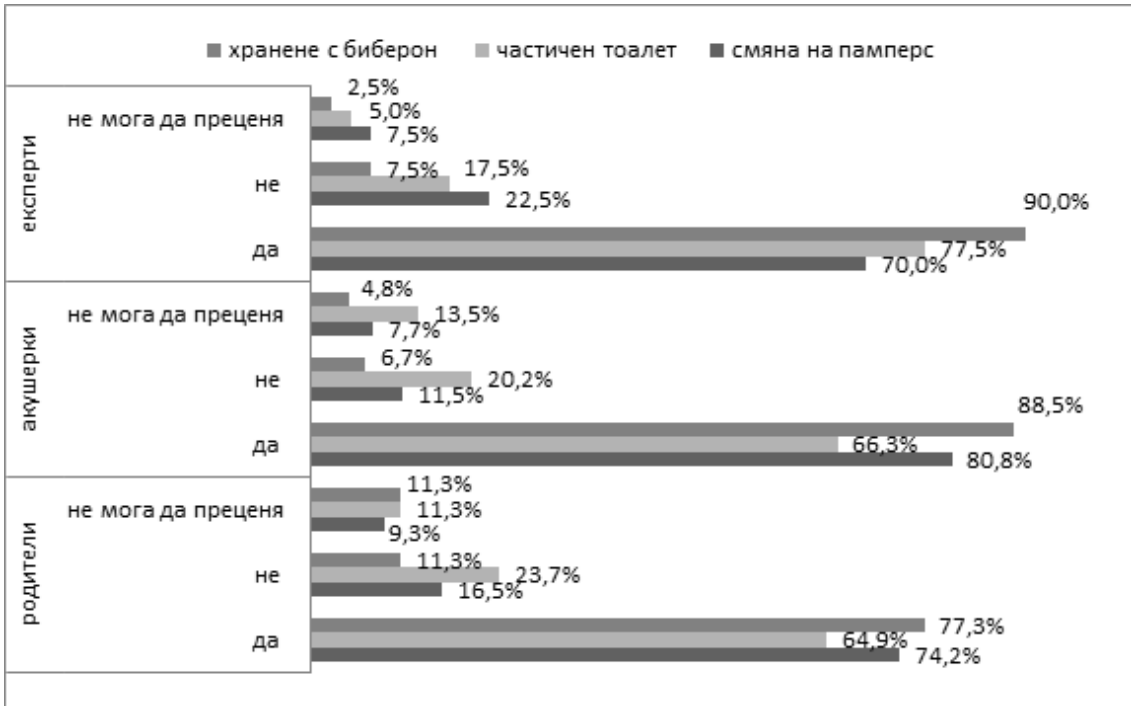


фиг.2 Нагласи на родители за полагане на грижи за детето им, под контрол на акушерка

Анализът на получените данни сочи, че според експерти (90%) и акушерки (88,5%) е удачно родителите да бъдат включвани в храненето на детето. Самите родители също изказват положителна нагласа по въпроса (77,3%). Активното участие при смяна на памперс е подкрепено от трите групи респонденти (експерти – 70%, акушерки – 80,8% и родители 74,2%). Повече от половината от акушерките (66,3%) подкрепят идеята за включване на родителите във времето за частичен тоалет, а останалите изказват отрицание (20%) или колебание (13,5%). Близо ¼ от родителите изказват негативно мнение относно участието им в частичния тоалет (23,7%), вероятно поради несигурност от самата процедура и необходимост от допълнителни разяснения. Твърде често ниското тегло на детето е причина за притеснение сред майките и отказ от участие в грижите за новороденото.

Отрицателното мнение на акушерки и експерти по въпроса за включване на родители в грижите за техните деца вероятно е породено от организационни въпроси и необходимостта от обучение на родителите, което е свързано с допълнителни задължения за акушерките.

Обикновено родителите са плахи и тревожни поради факта, че детето им е с ниско тегло. Професионално поведение на акушерката включва не само рутинните грижи за децата, настанени в ИНО, но и емпатия, разбиране, търпение. Част от компетенциите на акушерката, придобити по време на базовото образование включват промоция на здравето и обучение на родителите в грижите за новороденото. Попитахме родителите на рискови новородени, на кого биха се доверили да ги обучава в грижите за детето след изписването му. Отговорите на респондентите са отразени на фиг.3(фиг.3)

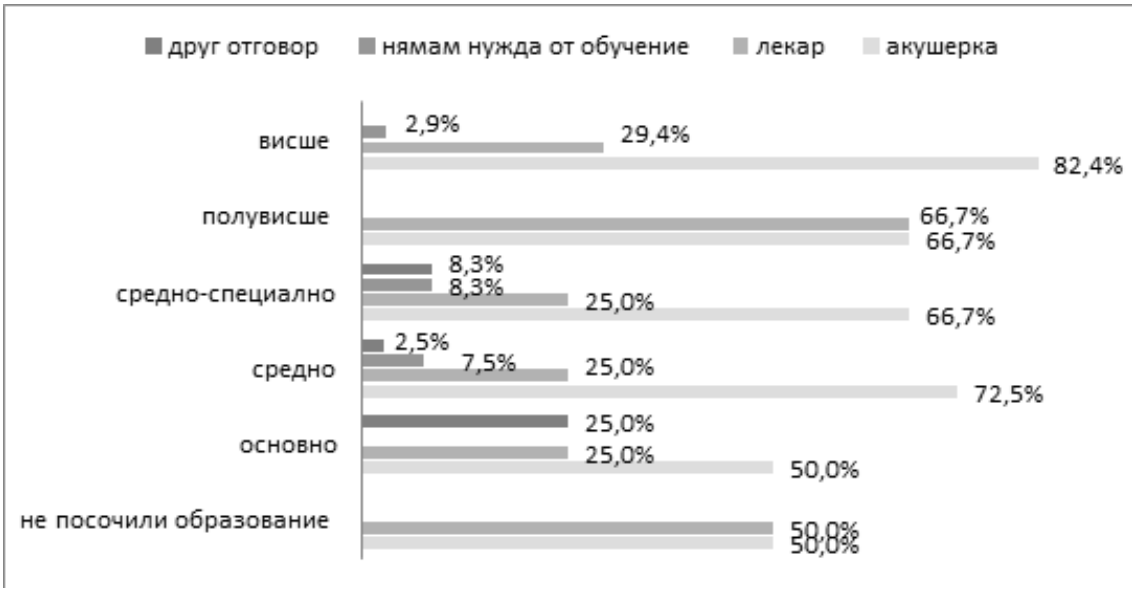


Фиг.3. Обучение на родители в грижите за детето след изписване

**% надхвърля 100, тъй като анкетираните са давали повече от 1 отговор*

Болшинството от родителите изказват желание да бъдат обучавани приоритетно от акушерка (73,2%). Около 1/3 от тях биха се доверили на лекар (28,9%). Незначителен е делът на тези от тях, които споделят, че нямат нужда от обучение (5,2%). Респондентите имаха възможност за свободен отговор по въпроса и посочиха, че биха се доверили на близки и роднини относно съвети, свързани с отглеждане на детето им (3,1%).

Беше важно да детайлизираме отговора на анкетираните, затова направихме допълнителен анализ на образователния статус на родителите и го съпоставихме с мнението им относно необходимостта от обучение в последващите грижи (фиг. 4)



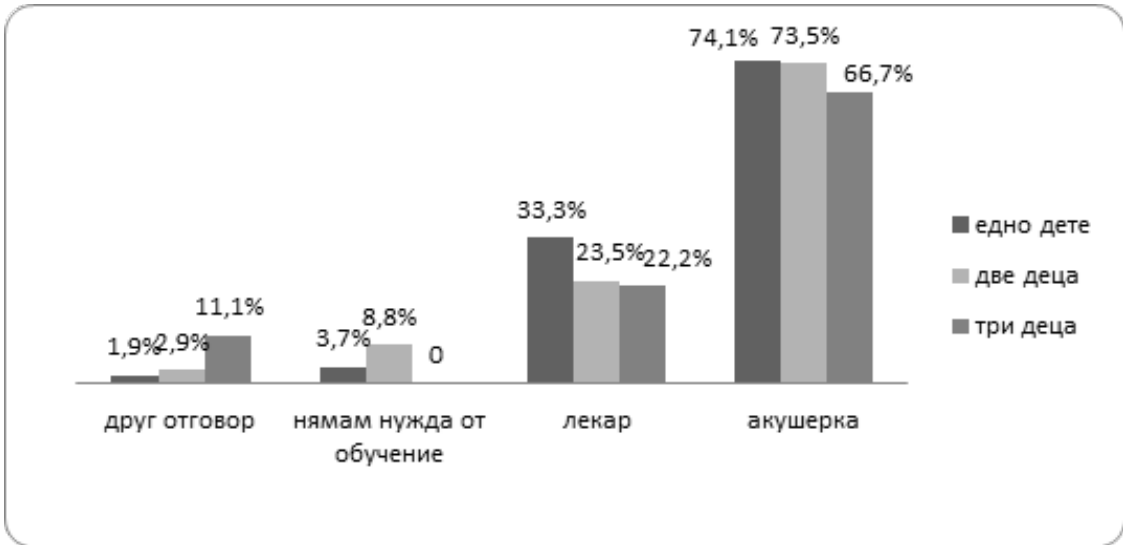
Фиг. 4. Влияние на образованието на родителите върху мнението им за обучение в грижите за детето им.

**% надхвърля 100, тъй като анкетираните са давали повече от 1 отговор*

На този въпрос родителите имаха възможност да посочат повече от един отговор. Анализа на получените данни сочи, че значителен дял от родителите с висше (82,4%) и средно образование (72,5%) изказват доверие в компетенциите на акушерката и желаят да ги обучава в грижите за детето им. Респондентите с полувисше образование изказват желание да бъдат обучавани и от акушерка (66,7%) и от лекар (66,7%). От резултатите може да заключим, че образованите родители желаят да бъдат обучавани от акушерка, което е доказателство за високата оценка към акушерския труд и свидетелства за осъзната нужда от грижа.

Преждевременното раждане поражда чувство на нерешителност и тревожност сред родителите, както по време на хоспитализация, така и след изписването му. Логично е в такъв период от живота да възникнат редица въпроси, свързани с понататъшното развитие на детето. Случаите, когато преждевеменно роденото дете е второ или трето по ред, предполагат наличие на натрупан опит, знания и умения у родителите за полагане на грижи, въпреки това в повечето случаи страхът и тревогата надделяват.

Важен е анализът, свързан с осъзнаване на необходимостта от акушерски грижи и обучение, а това изисква да съобразим паритета на жената (фиг. 5)



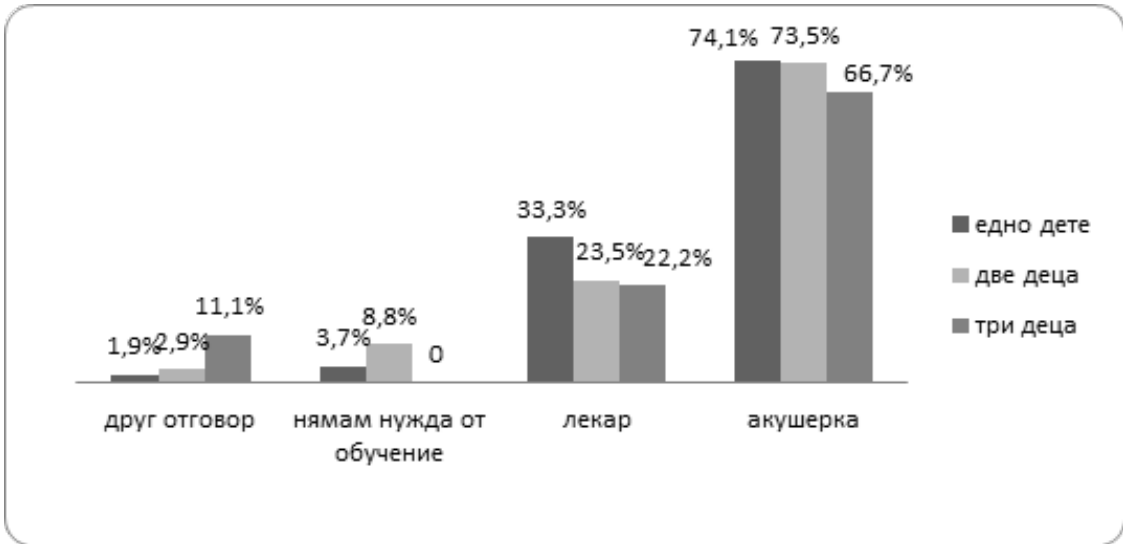
Фиг. 5. Обучение на родителите в грижите за детето след изписване, според броя живородени деца.

**% надхвърля 100, тъй като анкетираните са давали повече от 1 отговор*

Родителите изразяват доверието си към акушерката, без особено значение от това колко деца имат (от 66,7 до 74,1%). Отговорът на респондентите е твърде показателен, независимо, че убедеността им незначително намалява във връзка с това, че имат опит в отглеждането на дете. Акушерките притежават необходимата компетентност за обучение на родители в грижите за детето след изписване от ИНО, но считаме, че тези умения не се използват ефективно в извънболничната помощ.

Обучението, уменията за комуникация и контакт с родителите трябва да бъде от първостепенно значение в работата на акушерката, което изисква задълбочени познания по специалността.

Към момента информация за състоянието на пациентите се получава от дежурния лекар. Въпреки този факт, решихме да попитаме родителите, от кого желаят да се информират за състоянието на детет им по време на хоспитализация (фиг.6).



Фиг. 7. Получаване на информация относно състоянието на детето по време на хоспитализация.

**% надхвърля 100, тъй като анкетираните са давали повече от 1 отговор*

Около половината от респондентите предпочитат да получат сведения за състоянието на детето, от лекар (51,5%). Повече от 1/3 от родителите посочват, че нямат претенции от кого ще получат информация (35,1%), също толкова са на мнение, че желаят дежурната и старшата акушерка да им предоставят тази информация (17,5%, 15,5%). Раждането на дете в риск е стрес за цялото семейство. Акушерката заема централно роля в общуването с родителите и предоставянето на здравни грижи за детето, по време на хоспитализация и след изписването му от лечебното заведение.

ИЗВОДИ:

1. Позиционирането на семейна стая в Интензивно неонатологично отделение би осигурила възможност за активно включване на родителите в грижите за новороденото и би била най-добрата среда за обучение в последващите грижи за детето в дома.

2. Респондентите изказват положителна нагласа, относно включването на родители в процеса на полагане на грижи за новородено по време на хоспитализация. Този процес изисква допълнителни ресурси, осигуряване на материално-техническа база и опитни акушерки, добре обучени в процеса на комуникация с родителите.

3. Образованите родители желаят да бъдат обучавани приоритетно от акушерка, което е доказателство за високата оценка към акушерския труд и свидетелства за осъзната нужда от грижа.

4. Обучението, уменията за комуникация и контакта с родителите трябва да бъде от първостепенно значение в работата на акушерката, което изисква задълбочени познания по специалността.

ЛИТЕРАТУРНИ ИЗТОЧНИЦИ:

1. Димитрова, В., Акушерските практики за консултиране на жени – перспектива за развитието на професията „Акушерка“, автореферат на дисертационен труд, Варна, 2016.

2. Carter, J., Mulder, R., Bartram, A., Darlow, B., Infants in a neonatal intensive care unit: parental response. Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed. 90, p.109–113, 2005.

3. Díaz-Jiméneza, D., M., Nieves Cano Larab, M. Mauricio Pereirac, The midwife as a guide for the application of the Kangaroo mother care method. A case report, Enferm Clin. 28(5), p. 334-340, 2018

4. Feldman, R, Eidelman AI. Skin-to-skin contact (Kangaroo Care) accelerates autonomic and neurobehavioural maturation in preterm infants. Dev Med Child Neurol 45:274-81, 2003.

5. Skene, A., K. Gerrish b, F. Price , Developing family-centred care in a neonatal intensive care unit: An action research study, Intensive & Critical Care Nursing 50, p. 54–62, 2019

6. Situation Analysis of Children and Women in Bulgaria, United Nations Children's Fund, UNICEF, / Bulgaria, ISBN: 978-619-7307-05-4, 2018.

7. World Health Organization, Born too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. ISBN 978 92 4 150343 3, 2012

8. https://www.premature-bg.com/

ЕМОЦИОНАЛНАТА ПОДКРЕПА ПО ВРЕМЕ НА РАЖДАНЕ. РОЛЯ И ЗНАЧЕНИЕ НА ДУЛАТА

Велина Петкова Илиева

Студент Тракийски университет, Медицински факултет – Стара Загора

РЕЗЮМЕ:

Докладът описва значението и важността на емоционалната подкрепа по време на раждане, както и роля, умения и компетенции на дулата. Обхваща процеса на подготовка за раждането, както и периода след това. Разгледани са и са изброени различни техники и съвети за обезболяване. Представени са и възможностите за различни пози, които облекчават и усилват прогресирането на раждането.

Основната цел е запознаване със значението, дейността и мисията на дулата, какво е дула, комплексните нужди на жените по време на раждане, както и някои неклинични аспекти по време на раждането на едно дете.

Проведена е анкета/проучване сред бременни и вече родили жени относно значението на дулата, готовността им да ползват услугите ѝ, както при първо раждане, така и да се възползват отново при следващо такова.

ABSTRACT:

The report describes the significance and importance of emotional support during childbirth, as well as the role, skills and competencies of a doula. It covers the process of preparation for childbirth, as well as the period after birth. Various techniques and tips for analgesia are considered and specified. The possibilities for different postures that facilitate and strengthen the progression of childbirth are also presented.

The main objective is to get the audience acquainted with the significance, activity and mission of a doula, what a doula is, the complex needs of women during childbirth, as well as some non-clinical aspects during the birth of a child.

A survey was conducted among pregnant and postpartum women about the importance of the doula, their willingness to use a doula's services at the first birth, or to use it again at the next one.

ВЪВЕДЕНИЕ:

Ролята на дулата е да осигурява физическа и емоционална помощ, както и да предоставя информация на жените и техните семейства за различните възможности при планирането на всяко раждане. Дулата предлага помощ и съвети за обезболяване чрез дишане, релаксация, движение и смяна на различни пози. Тя помага на жената и нейния партньор да разбират какво се случва в хода на раждането и опциите пред тях. Но може би най-основната роля на дулата е да предоставя непрестанна емоционална подкрепа и да се грижи за комфорта на майката през целия период на бременността, по време на раждане, както и в следродилния период.

Дулите специализират в използването на немедицински умения и не извършват клинични процедури като вагинални прегледи или следене на тонове. Дулите не поставят диагнози и не предписват лечение. Най-важното е, че дулите не вземат решения вместо клиентите си, не проектират собствените си желания и цели върху раждащата жена. Те се съобразяват с медицинските предписания.

Ролята на дулата и емоционалната подкрепа целят коригиране на неправилните представи и премахване на страха от раждането, осигуряване на спокойна обстановка в родилна зала, скъсяване на родилния процес, както и намаляване на честотата на акушерските намеси и асфиксиите у новородените.

ИЗЛОЖЕНИЕ:

Професията Дула има 20-годишна история в Европа и Америка. Приета е в родилни домове в над 20 развити държави – Белгия, Австрия, Дания, Швеция, Франция, Великобритания, Швейцария, Испания и не се познава в достатъчна степен в България.

Жените имат комплексни нужди по време на раждане. Освен високо ниво на медицинските грижи и присъствието на партньора си, те имат нужда от непрекъсната подкрепа, да се чувстват удобно и да бъдат окуражавани. Имат нужда от индивидуална грижа според обстоятелствата и предпочитанията им. Ролята на дулата е да обхваща всички тези неклинични аспекти, през които минава майката при раждането на едно дете.

Дулите са обучени да познават процеса на раждане, независимо дали са раждали. Ролята на дулата е да осигурява физическа и емоционална помощ, както и да предоставя информация на жените и техните семейства за различните възможности при планирането на всяко раждане. Дулата предлага помощ и съвети за обезболяване чрез дишане, релаксация, движение и смяна на различни пози. Но може би най-основната роля на дулата е да предоставя непрестанна емоционална подкрепа и да се грижи за комфорта на майката.

Дулите специализират в използването на немедицински умения и не извършват клинични процедури като вагинални прегледи или следене на тонове. Дулите не поставят диагнози и не предписват лечение. Дулите не извършват никакви клинични или медицински задачи като премерване на кръвно налягане или температура, проверка на феталната сърдечна честота, вагинални прегледи, или клинична грижа след раждането.

ДУЛАТА...

... описва раждането като ключов житейски опит, който майката ще помни през целия си живот

... разбира физиологията на раждането и емоционалните нужди на жената по време на раждане

... подпомага жената и нейния партньор при подготовката и изпълнението на плановете им за раждането

... остава до раждащата жена по време на цялото раждане

... осигурява емоционална подкрепа, мерки за физически комфорт, обективна гледна точка и помощ на жената при получаване на информация, от която се нуждае, за да вземе добро решение

... улеснява комуникацията между раждащата жена, нейния партньор и медицинските специалисти.

Табл. 1 Специфични компоненти, които допринасят за емоционалното благополучие на родилката /3/

Компоненти на емоционалната грижа	**Лекар**	**Акушерка**	**Мед. сестра**	**Партньор**	**Дула**
Непрекъснато присъствие	-	?	–	+	+
Знания/разбиране на жената	-	?	–	+	?
Любов към майката и бебето	-	–	–	+	–
Познаване/разбиране на емоционалната физиология на раждането	?	+	+	?	+
Опит с други раждащи жени	+	+	+	–	+
Способност за запазване на спокойствие/обективност	+	+	+	–	+
Познания - лекар, акушерка, болнични политики	+	+	+	–	?
Перспектива за проблеми/възможности	+	+	+	–	+
Застъпничество за желанията/целите на майката	-	+	?	+	+
Освобождаване от други задължения/ други пациенти, задачи, клинично управление, болнични/ лекарски политики	–	–	–	+	+
Познаване на мерките за комфорт	?	+	?	?	+

+ представители на този компонент

- не важи за този представител

? варира

Подготовката за раждане включва и план за раждане, който представлява предпочитанията за това как жената би искала да протече раждането. Бременната жена бива запозната със ситуации, в които планът не може да бъде следван, както и че може да се наложи спешна медицинска намеса. /2/

Планът включва предпочитания относно:

• Обстановката – спокойствие и тишина; музика; без студенти, стажанти и други лица, неангажирани пряко в процеса; вагиналните прегледи да бъдат сведени до минимум.

• Първи етап на раждането – да не бъде ограничавана подвижността ú; да поема течности; варианти за потискане на болката като релаксация, смяна на позите, топло или студо-терапия, масаж, Но-шпа, Бусколизин, епидурална упойка; предизвикване/ускоряване на раждането с простагландини или окситоцин, ходене и смяна на позите, амниотомия .

• Втори етап на раждането – избор на поза при напъване; дирижиране на напъните; да може да вижда главата на бебето в огледало; превенция на епизиотомия чрез топли компреси; преценка на

екипа дали да бъде извършена епизиотомия; местна упойка при зашиване.

• Трети етап на раждането – отказ от рутинна доза Окситоцин/Метергин при раждане на плацента; запазване на плацентата; бебето да бъде поставено върху гърдите веднага след раждането; бебето да бъде до майката през целия трети етап; незабавно или отложено клампиране на пъпната връв; бащата или майката да отреже пъпната връв; кърменето да започне веднага след раждането, без адаптирано мляко; отказ от кърмене; бебето да не бъде отделяно от майката; през нощта да е в детско отделение.

• Секцио – по възможност избягване на секцио; информираност относно причините, които налагат секцио; спинална упойка; бащата да присъства на раждането; кърмене в интензивно отделение.

Активното раждане е удобен начин за описание на нормалното раждане и начинът, по който жената се държи, като следва собствените си инстинкти и контролира тялото си.

Активното раждане е инстинктивно. Това включва раждането да бъде съвсем естествено и спонтанно чрез собствена воля и решителност на жената, като има пълната свобода да използва тялото си, както и да избере и следва неговите нагони. Активното раждане е отношение на ума. Включва приемане и доверие в естествената функция и неволния характер на процеса на раждане, както и отношение или подходящо позициониране на тялото. Това не е просто вагинална екстракция, при която медицинският персонал има контрол, а жената е пасивен пациент. /1/

Някои жени, следвайки инстинктите си, знаят какво да правят по време на раждане, но повечето трябва да бъдат запознати с възможностите за използване на различни изправени позиции, дишане, релаксация, масаж, музика, свещи, възглавница, топка, студени или топли източници, за да открият инстинктите си. Това може лесно да се прави чрез упражняване на позициите за раждане и движения, които са най-подходящи и удобни по време на бременността, както и упражнения, базирани на йога. Такива например могат да бъдат:

1. Силата на гравитацията – земната гравитационна сила подпомага маточните контракции и намалява усилията. В изправени позиции като изправяне, клякане или коленичене, тялото на майките е в хармония със силата на гравитацията надолу.

- ъгълът на задвижване на матката – ъгълът между дългата ос на гръбначния стълб на новородените бебета и този на гръбначния стълб на майките е по-малък, когато е изправен, така че изисква по-малко усилия на матката. Мускул, работещ срещу гравитацията, има тенденция да се уморява и боли повече, така че наклонът напред е ефективен начин за намаляване на болката и на нуждата от аналгетици;

- между контракциите, повишеното налягане на коремната стена, диафрагмата и главата на бебето на свой ред увеличават натиска върху шийката на матката по време на фазата на покой;

- в изправени позиции тазовите стави са свободни да се разширяват, движат и приспособяват към формата на низходящата глава на бебето по време на раждането. когато сакрумът е свободен да се движи, изходът на таза може да се разшири с до 30 на сто повече, отколкото когато теглото на майката почива директно върху него и предотвратява всяко движение.

- изправените позиции улесняват успешното и спонтанно отделяне на плацентата

- в изправено положение перинеалните тъкани могат да се разширят равномерно и да се изтеглят обратно около главата на бебето и рискът от разкъсване е намален

2. Клек – най-близо е до законите на природата и е известен като физиологично положение. Позицията е физиологично ефективна, когато:

- няма компресия върху кухата вена и аортата

- когато тазът стане напълно мобилизиран

- позицията създава максимален натиск вътре в таза

- позицията създава минимални мускулни усилия

- позицията произвежда оптимално отпускане на перинеума

- позицията създава перфектен ъгъл на спускане спрямо гравитацията

3. Поддържано клякане – изправеният, поддържан клек използва оптимално гравитацията и е най-ефективната позиция за бързо спускане на бебето.

4. Поддържано клякане с двама души – тази позиция може да е идеална за жена, която може лесно да кляка или е упражнявала клякане през цялата бременност. Тазът е отворен най-широко и гравитацията помага на бебето да се спусне.

5. Поддържано клякане с помощта на стол – поддържащият седи на един стол или на ръба на леглото, а жената се прибира с тяло, сгушено между краката му и използва коленете му за опора.

6. Позиция на четири крака – идеално е, ако раждането и вторият етап са много бързи, тъй като жената ще има повече контрол и бебето ще слиза малко по-бавно. Може да бъде и много полезно, ако бебето е в заден вид, тъй като облекчава натиска върху гърба и майката може леко да движи бедрата си, за да помогне на бебето да се завърти при спускане.

7. Водно раждане – водата намалява ефекта на гравитацията, позволявайки свободно плуване или смяна на позиции. Много жени предпочитат водата за раждане, тъй като потапянето в топъл басейн е полезен начин за отпускане и облекчаване на болката и дискомфорта при силни контракции. Някои жени умишлено избират да останат в басейна през втория етап и да раждат под вода.

8. Дишане – при упражнението за дълбоко дишане част от препоръчителната практика е издишване през устата. Това е така, защото по време на силни контракции при раждането повечето жени естествено са склонни да издишват през устата.

9. Масаж – съчетан с движение, позиция и дишане, масажът може да бъде от голяма полза по време на бременност и раждане. Има много различни видове масаж, но основните са:

- поглаждане на повърхността - обикновено се прави с длан. При силна болка или спазъм или при малко бебе или дете, това много леко поглаждане често е единствената възможна форма на масаж

- дълбоко поглаждане – прави се по същия начин, но като се използва по-голям натиск

- дълбок натиск – прави се чрез силно натискане с върховете на пръстите или палците, дори кокалчетата на ръцете или лактите, върху малка площ наведнъж и след това с помощта на малки кръгови движения се разхлабват напрегнатите точки. Дълбокият масаж работи върху мускулната тъкан и костите, а не върху кожата.

- месене – прави се чрез използване на цялата ръка чрез притискане и освобождаване на мускул и е полезно за големи мускулни области като седалището и бедрата

- масаж на главата и врата

- масаж на гърба – по време на раждането долната част на гърба в сакралната област е частта, която най-много се нуждае от масаж, тъй като нервите, които преминават към таза, произлизат от долната лумбална и сакрална част на гръбначния стълб. Следователно масажирането на сакрума може да бъде ефективен начин за облекчаване на болката. Най-добре е да се масажира по време на контракции и след това да се направи пауза между тях.

- масаж на бедра, прасци и стъпала – по време на раждане масажът на краката може да бъде изключително полезен, особено в областта на петата и ахилесовото сухожилие, за които рефлексолозите казват, че влияят на матката и гениталната област.

- ребозо – представлява дълъг мексикански шал, който, в зависимост от позицията на майката и позициониране на шала, цели релаксация на гърба, кръста, таза и тазовото дъно. Ребозо може да се използва както през периода на бременността, по време на раждането, така и в следродилния период.

Следродилни грижи:

Дулите са обучени да познават приспособяването след раждането, характеристиките на новороденото, грижи, хранене и развитие и насърчаване на връзката родител-бебе.

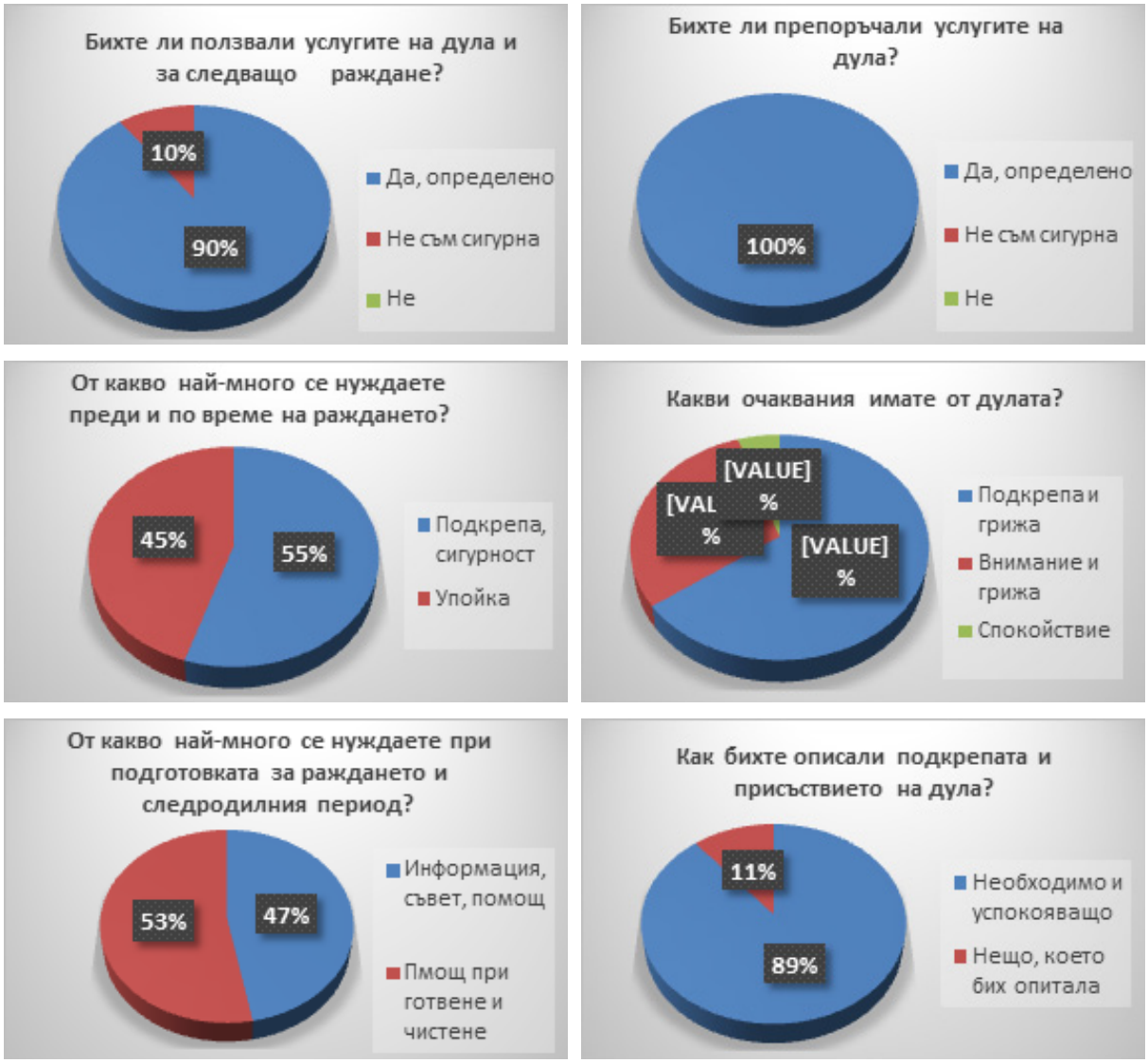
Влизайки в дома по време на четвъртия триместър след раждането, ролята на дулата е да осигури неосъждаща подкрепа и приятелство, да подпомага грижите за новороденото и приспособяването на семейството, приготвянето на храна и леките домакински задачи. Дулите в следродилния период предлагат информация, съвети относно кърменето на бебето, емоционалното и физическото възстановяване от раждането, уменията за успокояване и справяне с новородените за новите родители, бебеносене и могат да направят подходящи препоръки при необходимост.

Дулата може да служи като буфер за нови родители, които получават много нежелани и евентуално остарели съвети. Дулата може да помогне на приятели и членове на семейството да насърчават и подкрепят родителските решения на новите родители.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ:

За целта на изследването е направено проучване на отношението към дулите и готовността на бременните жени да използват услугите на дула по време на раждане. Методът, който е използван, е анонимна анкета, като в проучването са участвали 30 жени. Проучването съдържа 10 въпроса и е под формата на електронна анкета.

Резултатите от анкетата са представени в графична форма и са придружени от съответните анализи и изводи.



Резултатите от проведеното проучване показват, че все повече жени биха предпочели присъствието на дула и дават изключително висока оценка за цялостната ѝ дейност и ефективността от присъствието ѝ.

ИЗВОДИ:

През бременността дулата помага да се вземат информирани решения относно плана за раждане и запознаване с възможностите и вземане на решения в зависимост от предпочитанията на бременната жена. По време на цялото раждане дулата е непрекъснато до бременната жена и се грижи за нуждите ѝ в това уникално преживяване. След раждането я подкрепя в следродилния ѝ период и ѝ помага със съвети относно кърменето, както и емоционалното и физическото възстановяване.

Изследвания показват, че присъствието на дула намалява нуждата от медицински интервенции в хода на раждането и повлиява благоприятно на удовлетвореността на жената от раждането.

Все повече лекари и акушерки ценят допълнителното внимание, отделено от дулите на техните пациенти, както и по-високата удовлетвореност, изпитана от жените, които избират да бъдат подкрепяни от дула.

Дулата може да повлияе само положително върху преживяването по време на раждането.

Много жени, които стават дули, имат естественото желание да бъдат в услуга. Те споделят способността да се отнасят с търпение, вяра, грижа и страст към раждането. Мнозина наричат тази страст свое „призвание“. Това е повече от интерес или хоби, почти се чувства като необходимост в живота им.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА:

1. Janet Balascas, New Active birth
2. Dona International /https://www.dona.org/
3. Birth Doula, DONA International
4. https://www.pennysimkin.com/
5. https://parentacademy.bg/pozi-za-rajdane/ (https://www.thebump.com/a/birthing-positions)
6. https://www.mother.ly/lifestyle/yoga-poses-labor

НОВИ ПОСТИЖЕНИЯ В БОРБАТА СЪС СТЕРИЛИТЕТА И ПРИНОСА НА АКУШЕРКАТА

И. Кирякова, Н. Димитрова, Е. Екрем*

МУ – „Проф. д-р П. Стоянов“ – Варна

Факултет Обществено здравеопазване, Катедра Здравни грижи,

студенти от сп. „Акушерка“

**Медицински център за асистирана репродукция - Варна*

Научен ръководител: доц. В. Димитрова, д.оз.

Ivaila_2000@abv.bg

Увод: *Бурното развитие на медицинската наука и въвеждането на нови методи в асистираната репродуция допринасят за успех при до скоро нерешими проблеми на семействата, но и налагат премоделиране на участниците и ролите на специалистите в екипа, осъществяващ здравните интервенции.*

Цел: *Да се проучат различни методи за осъществяване на ин витро фертилизация и да се анализира ролята и задълженията на акушерката при осъществяването им.*

Материал и методи: *Проведено е проучване сред акушерки в Медицински център за асистирана репродукция – Варна, за периода август - септември 2020 г. Използвани методи – документален, социологически (дълбочинно интервю).*

Резултати и обсъждане: *Терминът „ин-витро“ в превод означава „в стъкло“ и представлява асистирана репродуктивна техника за извънтелесно оплождане. Първото бебе в следствие на ин-витро е родено през 1978 г. в Англия, а в България методът се осъществява от 1983 г. Въпреки липсата на регистър у нас, се счита, че около 250 хиляди двойки имат репродуктивни проблеми. На базата на направеното интервю успяхме да диференцираме основните стъпки при осъществяване на интервенцията – предварителна подготовка, хормонална стимулация, пункция на фоликул, ин витро оплождане и ембриотрансфер, проследяване на състоянието на жената. Изяснихме в детайли ролята на акушерката във всеки един от етапите, като поставихме акцент на дейностите, свързани с нейната компетентност.*

Изводи: *Акушерката има значима роля в екипа за ин витро фертилизация, но нейните знания и умения все още са недостатъчно използван ресурс при осъществяването на грижи за пациенти със стерилитет.*

Ключови думи: *акушерка, стерилитет, ин витро фертилизация*

NEW ACHIEVEMENTS IN THE FIGHT AGAINST INFERTILITY AND THE CONTRIBUTION OF THE MIDWIFE

I. Kiryakova, N. Dimitrova. E. Ekrem*

University of Medicine "Prof. doc P. Stoyanov" – Varna

Faculty of Public Health, Department of Health Care

scientific supervisor: Assoc. Prof. V. Dimitrova, Ph.D.

**Medical Center for assisted reproduction „Varna"*

e-mail: ivaila_2000@abv.bg

Introduction: *The rapid development of medical science and the introduction of new methods in assisted reproduction contribute to success in what used to be unsolvable problems of families, but also require remodeling of participants and the roles of specialists in the team implementing health interventions.*

Purpose: *To research different methods for carrying out in vitro fertilization and to analyze the role and duties of the midwife in their implementation.*

Material and methods: *A survey was conducted for the period August - September 2020 with midwifes at the Medical Center for assisted reproduction - Varna Methods used – documentary, sociological (deep interview).*

Results and discussion: *The term „in-vitro" in translation means „in glass" and means assisted reproductive technique for extra-body fertilization. The first in vitro baby was born in 1978 in England, and in Bulgaria the method has been carried out since 1983. Despite the lack of a registry, in our country it is considered that about 250 thousand couples have reproductive problems. Based on the interview, we were able to differentiate the main steps in the implementation of the intervention - preliminary preparation, hormonal stimulation, puncture of follicle, in vitro fertilization and embryotransfer, monitoring the condition of the woman. We have clarified in detail the role of the midwife in each of the stages, focusing on the activities related to her competence.*

Conclusions: *The midwife has a significant role in the in vitro fertility team, but her knowledge and skills are still an underused resource in the care of patients with infertility.*

Key words: *midwife, infertility, in vitro fertility*

Увод: Ин витро оплождането е процедура, даваща шанс на двойки, при които забременяването не е възможно по естествен път. Определя се като вид асистирана репродуктивна технология (АРТ). Ин витро оплождането е основен метод за лечение на безплодие (стерилитет), когато останалите АРТ не дават резултат. Представлява комплексен процес от лечебни процедури, включващ много етапи, като крайният резултат е оплождането на яйцеклетката и развитието на ембрион в лабораторни условия. Получените по този начин ембриони се поставят в матката за потенциално имплантиране.

Първата успешна бременност в резултат на инвитро процедура е постигната през 1977 г. във Великобритания, където д-р Робърт Едуардс и д-р Патрик Степто – двамата първооткриватели, прилагат метода на двойка, с установен проблем при жената – запушени фалопиеви тръби. С помощта на лапароскопски уреди д-р Степто успява да получи годна яйцеклетка от яйчниците на жената, която по-късно е оплодена със сперматозоидите на съпруга ѝ и върната обратно в матката, където се имплантира успешно. Така първото „бебе в епруветка" се появява на бял свят чрез цезарово сечение. В

България методът е въведен през 1987 г., като първите деца, заченати ин витро, се раждат в началото на 1988 г. Към 2010 г. вече десетки клиники в цялата страна предлагат ин витро процедури.

Причини и фактори, водещи до безплодие

Причините за безплодие в семейството са многообразни. Те са свързани както с патологични промени в репродуктивната система на жената и мъжа, така също и с наличието на извънгенитални заболявания. Условно можем да ги разглеждаме като:

❖***Причини за безплодие от страна на жената:***

- възпалителни заболявания на половите органи;

- дисфункция на овулацията – смущения в хипоталамо-хипофизарната ос, първични овариални увреждания, следконтрацептивна ановулация и аменорея и др.;

- запушване или дисфункция на маточните тръби - прекарани възпалителни заболявания на вътрешните полови органи, тазова ендометриоза, хламидийна инфекция, психо-соматични фактори, тубарната дисфункция, вродени аномалии на маточните тръби, генитална туберкулоза, последици от прекъсване на нежелана бременност, употреба на вътрематочни песари, стерилизация;

- маточни фактори – миоматоза, ендометриоза, полипи, синехии, хроничен ендометрит, малформации на маточното тяло и др.;

- аномалии на маточната шийка;

- неправилно положение на половите органи;

- влагалищни фактори – вагинизъм, вродени аномалии на химена и влагалището, тежки форми на колпит;

- ендокринни или метаболитни фактори – дабет, надбъбречни смущения, обменни нарушения, анемии и др.;

- имунологични фактори.

❖***Причини за безплодие от страна на мъжа:***

- патологични промени в сперматогенезата като следствие от прекаран орхит, херниотомия, варикоцеле, хормонално-ендокринни нарушения в сперматогенезата, травми и операции в коремната област и др.;

- запушване на ductus deferens – инфекциозен процес в частта след епидидима, вродена липса на ductus deferens и др.;

- смущения в депонирането на спермата във влагалището – еякулаторни смущения, хипоспадия, фимоза и др.;

- аномалии в морфологията на сперматозоидите;

- смущения в секрецията на хормони;

- вродени заболявания на мъжката полова система.

Различава се първично и вторично безплодие. Първичното безплодието се дефинира като невъзможност на една двойка да зачене дете след 12 месеца редовни и непротектирани полови контакти. За вторично безплодие се приема репродуктивен проблем при двойката, който се е появил след наличие на предходна бременност.

Основни форми на безплодие у жената

1. Причини за безплодие от страна на влагалището - вродени или придобити органични промени на влагалището, често затрудняват или правят невъзможно осъществяването на полов акт, което респективно намалява или изключва възможността за оплождане.

2. Причини за безплодие от страна на маточната шийка - равматичните увреждания на жлезите на цервикалния канал могат да бъдат пречка за забременяване поради промени във физико-химичните качества на цервикалния канал. Наличието на остър или хроничен ендоцервицит в редица случаи може да бъде сериозна пречка за пенетрацията на сперматозоидите. Стенозата на външния отвор на цервикалния канал може да играе роля като допълнителен фактор за безплодие у жената. При оскъдна секреция на цервикален секрет стеснението външен отвор на цервикалния канал подпомага нейното сгъстяване и коагулиране, което прави секрета негоден за проникване на сперматозоиди.

3. Причини за безплодие от страна на маточното тяло - хипоплазията на маточното тяло е често срещана предпоставка за безплодие у жената, като инфантилната матка обуславя още по-неблагоприятна прогноза. От туморите на матката като причина за безплодие най-голямо значение има миомата, особено когато възлите са разположени субмукозно или в областта на маточните рогове. Заболяванията на ендометриума (остър и хроничен ендометрит) също трябва да се имат в предвид при наличие на безплодие у жената. Нерядко като причина за безплодие се явява травматичното увреждане на ендометриума в резултат на вътрематочни манипулации като прекъсване на бременност или ревизия на маточната кухина след раждане.

4. Причини за безплодие от страна на маточните тръби - може да се дължи на пълното или частично запушване на маточните тръби, на стеснения на отделни участъци, на перитубарни сраствания, оказващи влияние върху подвижността на тръбите или ангажиращи фимбриалния апарат, на конглутинация на коремния отвор или на нарушена функця на тръбите. Основен фактор, предизвикващ възпалителен процес в областта на маточните тръби, се явяват патогенните и условнопатогенните микроорганизми - гонококи, стафилококи, хламидии, стрептококи, Candida albicans и др., които също предизвикват безплодие.

5. Причини за безплодие от страна на яйчниците - за ендокринното безплодие са характерни редица разстройства във функцията на ендокринната система, водещи до нарушавания в процесите на овулация. Функционалните смущения в ячниковата дейност са една от най-често срещаните причини за безплодие у жената. Причините за ячниковата инсуфициенция зависят от други органи и системи, подчинени на взаимната връзка хипоталамус-хипофиза.

6. Причини за безплодие извън половите органи на жената - тежките общи заболявания на организма се отразяват неблагоприятно върху фертилната способност на жената поради нарушаване на взаимовръзката главен мозък - междинен мозък - ендокринна система. Необходимо е да се имат предвид следните заболявания: захарен диабет,базедова болест,микседем,адисонова болест и др.

Въпреки, че в същността си методът ин витро е същия, от създаването си до наши дни, той е претърпял значителни промени, които свързваме с:

- бурното развитие на медицинската наука и практика;
- навлизане на нови тенологии „особено нанотехнологиите);
- усъвършенстване на медицинската апаратура;
- стремеж кам усъвършенстване на методиката;
- разширяване на индикациите за приложимост на метода;
- намаляване на рисковете за майката и плода при процедурата;
- стремеж към повишаване на дела на успешните ин витро процедури;
- намаляване на финансовата тежест;

- придобиване на професионален опит и рутина на екипите, осъществяващи процедурата.

Към настоящия момент се счита, че успеваемостта на процедурата е около 40%. Прилаганите методи са:

❖ *IUI – (Вътрематочната инсеминация (Intrauterine insemination)* е неинвазивна и лесно приложима процедура за лечение на стерилитет. **П**редставлява въвеждане на обработена семенна течност в маточната кухина на жената с помощта на специален тънък и гъвкав катетър няколко часа преди или след овулацията. Възможно е прилагане на ЧХГ (Pregnyl) с цел таймиране на овулацията, както и провеждане на инсеминацията при естествен или стимулиран цикъл;

❖ *IVF (Ин витро фертилизация)* - класическото ин витро оплождане представлява метод, при който в лабораторни условия се смесват добитите чрез фоликулна пункция яйцеклетки и предварително обработените сперматозоиди, в условия максимално доближени до естествените. При метода е налице естествена селекция;

❖ *ICSI - (Интрацитоплазмено инжектиране на сперматозоид в яйцеклетката)* е разновидност на ин витро оплождането. ICSI методът се прилага при двойки с неизяснен стерилитет, при жени в напреднала репродуктивна възраст, при жени с ендометриоза. Удачен е и при двойки с Олигозооспермия (по-малко от 20 млн/мл), Астенозооспермия (по-малко от 30% подвижност), Тератозооспермия (по-малко от 5% нормална морфология на сперматозоидите), лоша виталност, неуспешни предходни IVF процедури. Представлява инжектиране на един сперматозоид в яйцеклетката под микроскопски контрол с помощта на стъклена пипета. Процедурата се извършва с помощта на т.нар. инвертен микроскоп при увеличение 200-400 пъти, с размер на работната повърхност на пипетите 20 пъти (държаща пипета) и 60 пъти (инжекционна пипета). При тази процедура, яйцеклетките се освобождават от заобикалящите ги кумулусни клетки с помощта на ензим - хиалуронидаза. Следва обездвижване и захващане на подходящ сперматозоид чрез т.нар. инжекционна пипета, фиксиране на яйцеклетката чрез държаща пипета и инжектиране на сперматозоида в цитоплазмата на яйцеклетката. Инжектираната със сперматозоид яйцеклетка се връща в инкубатора и 16-18 часа по-късно се разглежда за наличие признаци на оплождане;

❖ *IVM – (Ин витро Матурация)* – Хормоналната стимулация понякога води до развитие на овариален хиперстимулационен синдром. В по-тежките си форми той може да предизвика сериозни усложнения, а в много редки случаи и смърт. Тези рискове са довели до търсене на алтернативни, по-безопасни методи за лечение на безплодието като Матурацията. Най-голямото му предимство е липсата на хормонална стимулация. Опира се на познанието, че в ранната фоликуларна фаза (около 6 – 7 ден от менструалния цикъл) в яйчниците се появяват множество фоликули, с незрели яйцеклетки. Те могат да се извадят и да узреят в подходяща хранителна среда извън организма и след това да бъдат оплодени, а получените ембриони се връщат в матката на жената.

Процедурата на ин витро фертилизация обхваща следните етапи:

❖ ***диагностика*** - изясняване на естеството на стерилитета и извършване на изследвания на двойката. Изследвания, необходими за провеждането на процедурата:

за жената:

- основни хормони (LH, FSH, Estradiol, Prolactin, TSH);

- тест за проходимост на маточните тръби чрез хидротубация под ултразвуков контрол;

- хистеросалпингография и/или лапароскопия;

- ултразвуков преглед за установяване на овулация;

- микробиологично изследване на влагалищен секрет;

- онкопрофилактична цитонамазка;

- изследване за Хепатит В и С, СПИН, Сифилис;

- ПКК и СУЕ.

за мъжа:

- спермограма;

- микробиологично изследване на семенната течност – до 30 дни преди инсеминацията;

- изследване за Хепатит В и С, СПИН, Сифилис – до 3 месеца преди процедурата.

❖ ***стимулация*** (прилага се медикаментозно стимулиране на яйчниковата функция на жената. Важен момент от стимулацията е лекарят да прецени какъв протокол за стимулация е най-подходящ. Предписват се медикаменти за стимулиране на яйчниците с цел формиране на оптимален брой фоликули, като процесът се контролира чрез редовни ехографски изследвания и проследяването на серумните нива на хормоните;

❖***фоликуларна пункция*** – представлява аспириране на яйцеклетки по трансвагинален път. Използва се вагинален трансдюсер на ултразвуково устройство, към който се добавя специален водач. През него преминава дълга игла с която се пунктират фоликулите и се аспирира течността. След това се изследва под микроскоп за наличие на яйцеклетки. Фоликуларната пункция се извършва под анестезия и се наблюдава от анестезиологичен екип. Пункцията продължава около 30 минути. Изолираните яйцеклетки се поставят в инкубатор, който поддържа необходимата температура и влажност. След фоликуларната пункция пациентите остават за около 2 до 6 часа за наблюдение. Манипулацията е амбулаторна и не налага болничен престой;

❖ ***подготовка на семенната течност*** - Изисква се въздържане между 3 до 5 дни преди деня на пункцията. Проба от семенната течност трябва да се предостави от партньора чрез мастурбация в деня, в който се аспирират яйцеклетките. След като пробата е дадена, спермата се подготвя за оплождане на яйцеклетките в лабораторията. В някои случаи, когато в еякулата няма сперматозоиди, се налага прилагането на специфични манипулации : MESA (Аспирация на сперматозоиди от епидидимиса), TESA (Аспирация на сперматозоиди от тестиса), TESE (Екстрация на сперматозоиди от тестиса);

❖ ***оплождане*** - Яйцеклетката и сперматозоидите се поставят заедно в специална среда. Оплождането става спонтанно между тях. На следващия ден всяка яйцеклетка се изследва за признаци на оплождане. Ако има такова в центъра на яйцеклетката се наблюдава образуване на два пронуклеуса. Единият от тях съдържа генетичния материал от яйцеклетката, а другият – от сперматозоида. Ако липсва оплодена яйцеклетка ембриологът предприема интрацитоплазмено инжектиране на сперматозоид в яйцеклетката (ICSI). Когато броя на сперматозоидите е намален се прилага методът **ICSI**. Дали ще се приложи стандартен **IVF** метод или **ICSI** могат да преценят биологът и акушер-гинекологът след предварителен спермален анализ;

❖ ***инкубиране*** - за дни оплодените яйцеклетки се превръщат в развиващи се ембриони;

❖ ***трансфер*** - ембриотрансферът може да се извърши на 2-ри, 3-ти или 5-ти ден. Гинекологът и ембриологът обсъждат с пациентите качеството на ембрионите и заедно вземат решение на кой ден да ги трансферират и колко от тях да бъдат пренесени в маточната кухина. Обикновено се трансферират 1-3 ембриона. Понякога може да препоръча да се изчака развитието на ембриона до пети ден , известен като стадий бластоцист. Трансферът на Бластоцист става все по-популярен, тъй като може да увеличи шанса за успех и да намали вероятността за близнаци, тризнаци или повече ембриони. Ембрионите се поставят в матката с помощта на катетър. Процедурата е безболезнена и не се налага анестезия. Ембрионите се поставят в малко количество течност в катетъра, който се въвежда през цервикалния канал до най-горните отдели на матката. При успех следва имплантация и развитие на оплодената яйцеклетка. След период от 14 дни се провежда теста за бременност.

Акушерски компетентности в различните етапи

на ин витро процедурата

1. Акушерката съблюдава спазването на правата на пациентите, проявява емпатия и създава атмосфера на конфиденциалност и доверие при комуникацията с двойката.

2. Акушерката има основни отговорности, свързани с качествено и своевременно изпълнение на лекарските назначения.

• Задължения на акушерката в етапа на диагностика:

- инструктира пациентите по отношение на специфичната подготовка на двойката за извършване на необходимите изследвания;

- планира, контролира, проследява и архивира резултатите от изследванията на двойката;

- изяснява същността на базови изследвания на пациента - напр. спермограма и хистеросалпингография;

- асистира на лекаря при извършване на гинекологичен преглед;

- работи със специфична документация, касаеща процедурата.

• Задължения на акушерката в етапа на Хормонална стимулация:

- наблюдава за стриктно спазване на стимулационната програма;

- обучава и разяснява на двойката спецификата при съхранението и транспорта на хормоналните препарати, еякулат и др.;

- обучава жената в алгоритъма за поставяне на стимулационна инжекция или извършва манипулациите;

- подготвя жената за гинекологичен преглед;

- взема информирано съгласие при всеки етап от стимулацията;

- взема кръв за изследвания;

- планира, контролира, проследява и архивира резултатите от изследванията;

- подготвя жената и асистира на лекаря при провеждане на ултразвуково проследяване на на хиперстимулацията;

- работи със специфична документация, касаеща процедурата.

- инструктира пациентката за специфични изисквания в деня на пункцията.

• Задължения на акушерката в етапа на Пункция на фоликул:

- приема и настанява пациентката в клиниката;

- подготвя жената за предстоящата манипулация;

- извършва влагалищна промивка;

- канюлира периферен венозен път;

- координира участието на анестезиологичния екип;

- подготвя необходимия инструментариум;

- асистира на лекаря (по време на пункцията са нужни 2 акушерки);

- активно проследява следоперативния период (жизнени показатели, кръвотечение);

- извършва дезинфекция и подготовка на инструментариума за стерилизация.

• Ин витро опложданe

• Ембриотрансфер:

- взема информирано съгласие;

- настанява жената на гинекологичния стол;

- извършва влагалищна промивка;

- подготвя необходимия инструментариум;

- асистира на лекаря по време на ембриотрансфера;

- активно наблюдава пациентаката след манипулацията;

извършва дезинфекция и подготовка на инструментариума за стерилизация.

- инструктира жената за проверка на успеха от процедурата;

- консултира жената с настъпила бременност.

Получените резултати ни дават основание да направим следните изводи:

1. Акушерката има значима роля в екипа за ин витро фертилизация.

2. Изработването на протоколи за акушерски дейности и грижи в различните етапи на процедурата биха подпомогнали изясняването на ролята на акушерката.

3. Знанията и уменията на акушерката са недостатъчно използван ресурс при осъществяване на грижи за пациенти със стерилитет.

ИЗПОЛЗВАНИ ИЗТОЧНИЦИ:

1. Димитрова, В., С. Тончева, Ролята на акушерката при консултирането на жени, Trakia journal of sciences, vol. 6, number 2, sup. 4, с. 44 – 49, 2008

2. Баклаваджян, М., В. Димитрова, М. Антонова, Клиничната практика – възможност за формиране на комуникационни умения с пациентите, Варненски медицински форум, бр.1, 2012

3. Димитрова, В., Проблеми на практикуващите акушерки, Варненски медицински форум, Vol (4), Supplement 3, с. 41 - 47, 2015

4. Димитрова, В., Сл. Илиева, Практическа гинекология за акушерки, МУ – Варна, 2020

5. Карагьзов И. и Доганов Н., Гинекология, Медицина и физкултура, София, 1995г.

СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ ОТНОСНО ИНФОРМИРАНОСТТА ЗА СЕКСУАЛНОТО ЗДРАВЕ СРЕД АКУШЕРКИТЕ И УЧИТЕЛИТЕ

Виолета М. Алексиева

COMPARATIVE ANALYSIS ABOUT THE LEVEL OF KNOWLEDGE ABOUT SEXUAL HEALTH AMONGST MIDWIVES AND TEACHERS

Violeta M. Aleksieva

ВЪВЕДЕНИЕ

Сексуалното здраве е съществен елемент на човешкото здраве и се основава на положителен, справедлив и уважителен подход към сексуалност, взаимоотношения и възпроизводство.

***Цел** на настоящата научна разработка е: Да се проучи нивото на информираност по отношение сексуалното здраве сред акушерките и учителите и тяхната подготвеност да бъдат обучаващи.*

***Материали и методи:** Проведохме структурирано анкетно проучване сред акушерките и учителите от област Сливен. Анкетираните бяха 36 акушерки и 228 учители.*

***Резултати:** Акушерките са посочили, че са подготвени да провеждат обучение на родителите и подрастващите свързани със сексуалното здраве.*

***Заключение:** Темата свързана със сексуалното здраве е с много въпросителни на световно и особено на национално ниво.*

INTRODUCTION

Sexual health is integral part of human wellbeing and is based on positive, honest and respectful approach towards sexuality, relationships and reproduction.

***The aim** of this research is: To study the level of sexual health awareness among midwives and teachers and their willingness to be educators.*

***Materials and methods:** We conducted a structured survey amongst midwives and teachers from the Sliven region. The respondents were 36 midwives and 228 teachers.*

***Results and discussion:** The midwives indicated that they were prepared to provide training to parents and adolescents related to sexual health.*

***Conclusion:** The topic of sexual health is full of questions on a global and especially on a national level.*

***Ключови думи:** сексуално здраве, сексуално образование, акушерки, учители*

***Key words:** sexual health, sexual education, midwives, teachers*

ВЪВЕДЕНИЕ:

През последните три десетилетия разбирането на термина „сексуално здраве" търпи непрекъснато развитие. Това разбиране е частично оформено от политически, социални и други исторически събития, като последиците от сексуалната революция от 60-те години, продължаващата борба за репродуктивни права и абортите, съзряването на движението за правата на хомосексуалистите, проблемите с пренаселеността и унищожителното въздействие на ХИВ/СПИН. Тези предизвикателства, касаещи общественото здраве, наложиха провеждането на редица консултации и научни проучвания, водещи до развитие на дефинициите на сексуалното здраве [4], [5].

Сексуалното здраве е съществен елемент на човешкото здраве и се основава на положителен, справедлив и уважителен подход към сексуалност, взаимоотношения и възпроизводство. Сексуалното здраве е състояние, позволяващо в пълна степен да се изпитва полово влечение и реализация, получавайки при това удовлетворение [2], [3].

ЦЕЛ

на настоящата научна разработка е: Да се проучи нивото на информираност по отношение сексуалното здраве сред акушерките и учителите и тяхната подготвеност да бъдат обучаващи.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ:

Проведохме структурирано анкетно проучване сред акушерките и учителите от област Сливен. Анкетираните бяха 36 акушерки, работещи на територията на област Сливен и 228 учители, избрани от различни училища на случаен принцип, на територията на област Сливен.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ:

За да се направи сравнителен анализ между доставчиците на сексуално обучение и потребителите, ние избрахме да проучим мнението на акушерки и учители. Анкетирани са акушерки, които работят в болничните заведения на територията на област Сливен и учителите, които преподават в училищата.

На (табл. 1) са представени резултатите от социодемографската характеристика на акушерките и учителите.

Табл. 1. Социодемографска характеристика на акушерките и учителите

Показател		**Акушерки (n/%)**	**Учители (n/%)**
Възраст	mean±SD	36.22 г. ± 11.07 г.	48.00 г. ± 10.03 г.
	вариране	21 – 60 г.	24 – 65 г.
Месторабота	град	36/ 100.0 %	228/ 100.0 %
	село	-	-
Образование	специалист	8/ 25.80 %	-
	висше-бакалавър	20/ 64.50 %	60/ 28.20 %
	висше-магистър	3/ 9.70 %	153/ 71.80 %
Трудов стаж	до 5 г.	9/ 25.00 %	21/ 9.50 %
	до 10 г.	11/ 30.60 %	21/ 9.50 %
	до 20 г.	9/ 25.00 %	30/ 13.50 %
	над 20 г.	7/ 19.40 %	150/ 67.60 %

Акушерките са по-млади от учителите (съответно 36,22 г. за акушерките и 48,00 г. за учителите), като няма съществена разлика при разпределението в отделните възрастови групи.

И двете групи специалисти посочват, че работят в града.

При анализа на образователната степен на акушерките и учителите се установи наличието на съществена разлика ($p<0.05$), която показа, че акушерките имат предимно бакалавърска степен (64,50 %), докато значителната част от учителите са с магистърска степен (71,80 %). Това се дължи на факта, че за практикуването на акушерската професия у нас се изисква ОКС „Бакалавър“.

Съществена разлика беше намерена и по отношение на стажа на специалистите ($p<0.01$), като 30,60% от акушерките са посочили, че имат стаж до 10 г., докато (67,60 %) от учителите са със стаж над 20 г. Социодемографската характеристика на изследваните лица показа, че обхвата на изследването е широк, което позволява по-детайлното разглеждане на резултатите.

При изследване на информираността на специалистите (акушерки и учители), относно сексуалното здраве установихме, че всички акушерки споделят мнението, че са запознати с термин „сексуално здраве“.

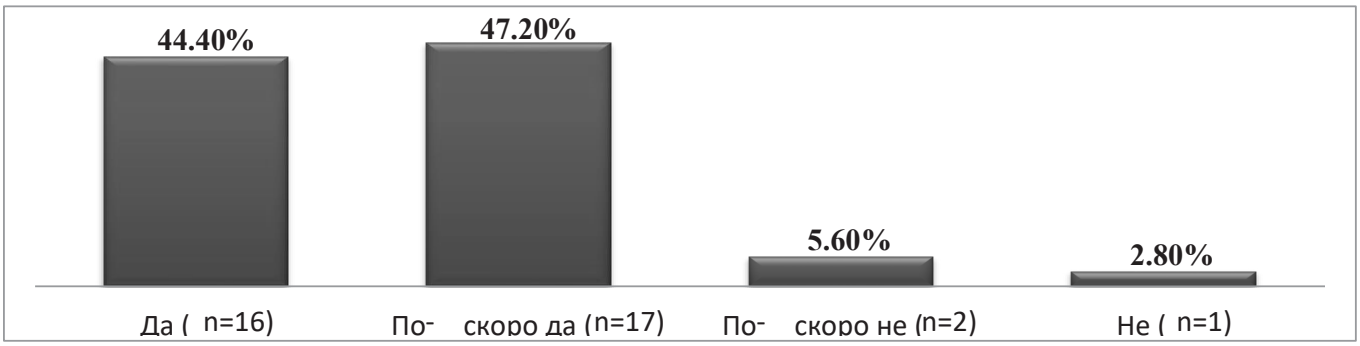
Учителите от друга страна дават различни отговори, свързани с предмета биология и осъзнаване и приемане на сексуалността.

Изследването на факторите, които оказват влияние върху сексуално здраве на подрастващите според двете групи специалисти показа, че на първо място се поставя семейната среда **(табл. 2).**

Табл. 2. Сравнителен анализ на мненията на акушерки и учители относно факторите, влияещи върху сексуалното здраве

Мнение на акушерките	**Мнение на учителите**
Семейната среда и училището – възпитание	Образование, здравна култура, семейна среда
Безразборни полови връзки	Семейно възпитание, училище, общество, медии
Образованието, семейната среда, икономическия статус	Семейна среда, приятелска среда, интернет, улицата, часовете по природни науки в училище
Околната среда	Навременната информация
Семейна среда, начинът на живот, интернет	Начин на мислене, семейство, обществото
Играта на улицата, родителите, филми, интернет	Семейно възпитание, социално положение на семейството и средата, в която се намират подрастващите
Информираност за ППБ, първия сексуален контакт, предпазване от забременяване	Училище, литература, интернет среда, улица

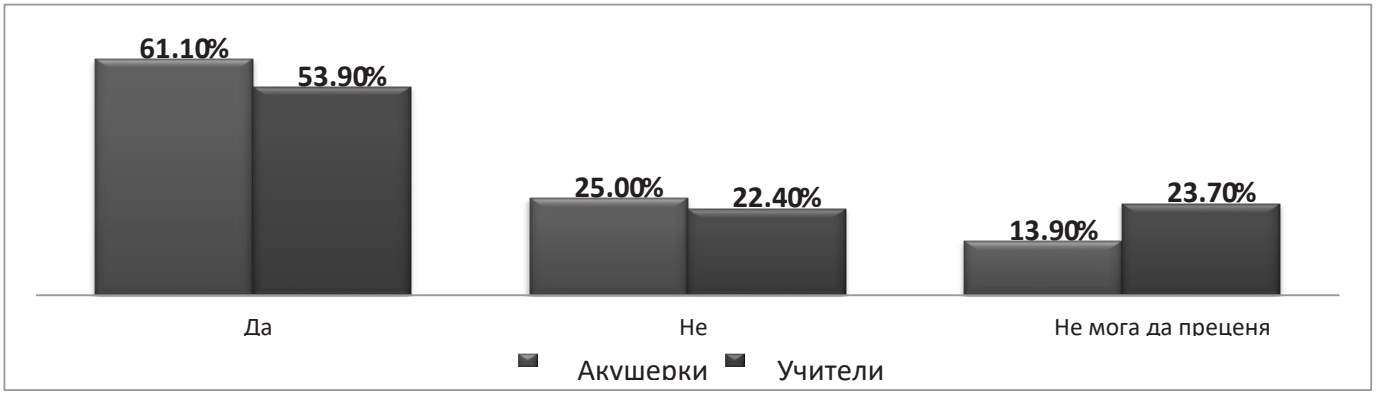
Почти всички акушерки се чувстват подготвени по въпросите за сексуалното здраве на подрастващите (91,70 %) (Фиг. 1).Това е очакван резултат, предвид знанията, които се получават в Медицинските висши училища относно сексуалността. Изучаването на репродуктивната функция на жената в норма и патология, както и принципите на семейното планиране, правят акушерката отлично подготвен специалист в областта на сексуалното здраве.



Фиг. 1. Мнение на акушерките относно подготвеността им по въпросите за сексуалното здраве

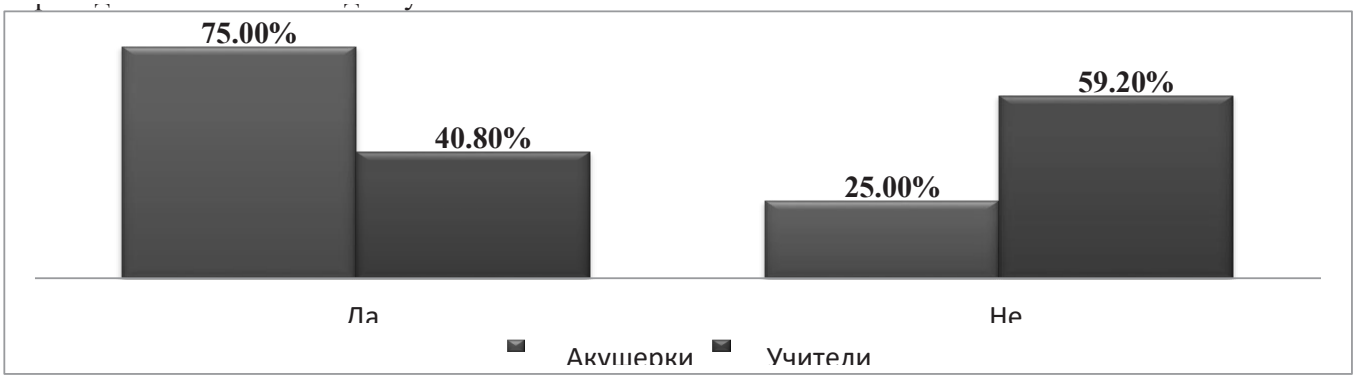
Въпреки, че не се доказа наличието на статистическа значима разлика, резултатите показват, че по-младите акушерки се чувстват по-малко подготвени, което се дължи на липсата на самочувствие и натрупан опит.

Не беше намерена съществена разлика относно мнението на акушерките и учителите за достъпа до информация по въпроси свързани със сексуалното здраве (фиг. 2). И двете групи специалисти са на мнение, че информацията е достатъчна и достъпна за подрастващите (съответно 61,10% за акушерки и 53,90% за учители).



Фиг. 2. Мнение на акушерките и учителите относно достъпността на информацията свързана със сексуалното здраве

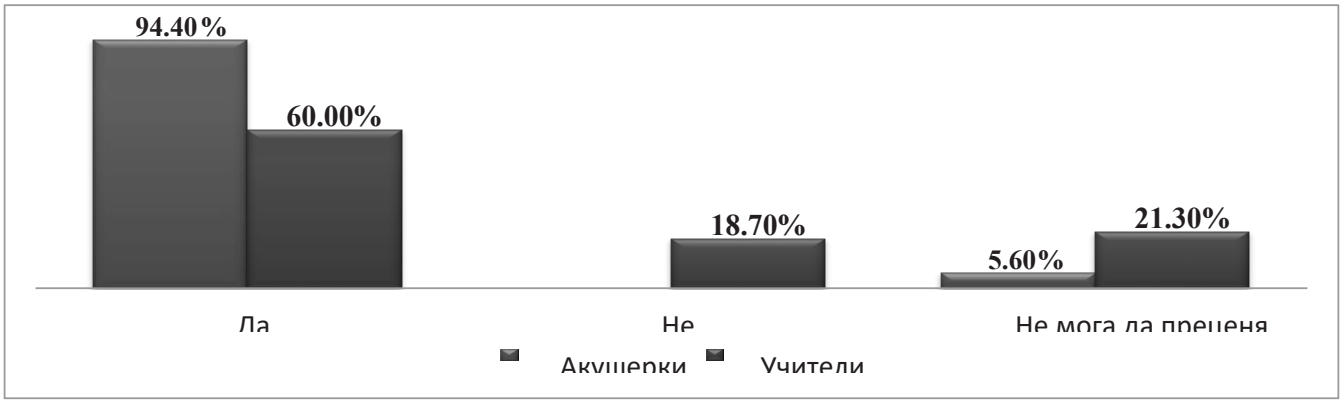
Беше намерена съществена разлика относно мнението на акушерките и учителите по отношение на трудностите при дискутирането на въпроси свързани със сексуалното здраве ($\chi 2=14,67$; $p<0,001$) (фиг. 3). Резултатите показват, че според ¾ (75%) от акушерките дискутирането на въпроси, свързани със сексуалното здраве с подрастващите е трудно, докато същото мнение подкрепят 40,80% от учителите. Според резултатите от анализа можем да приемем, че акушерките по-трудно комуникират с подрастващите по теми свързани със сексуалното здраве, което налага да се предприемат мерки в тази посока. Освен това учители са в непрекъснат контакт с учениците, имат изградени умения, обучени са в ефективно взаимодействие в училищната среда. Това ги прави поподготвени за преподаване на знания и дискусии.



Фиг. 3. Мнение на акушерките и учителите относно трудността при дискутиране на въпроси свързани със сексуалното здраве

Най-важният въпрос, който занимава обществеността през последните месеци: „Необходимо ли е въвеждане на сексуално образование е училище?“, разделя и мнението на учители и медицински специалисти.

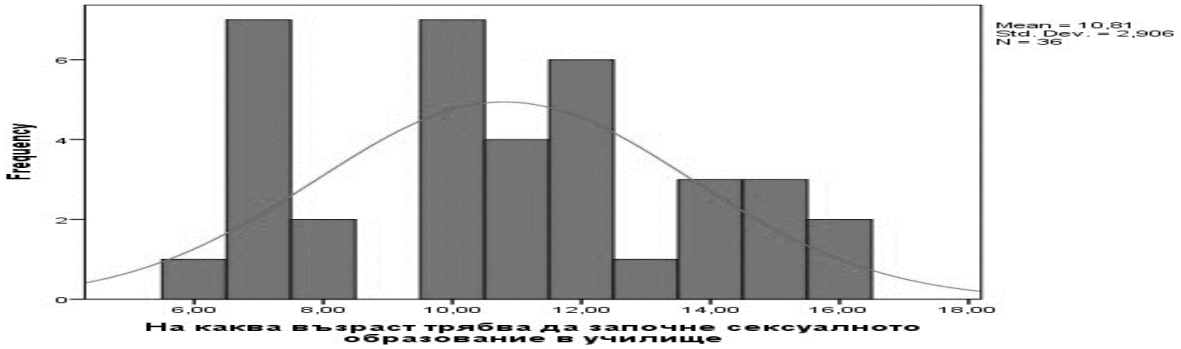
При анализа относно необходимостта от въвеждане на часове по сексуално здраве в училище установихме наличието на съществена разлика в мнението на двете групи специалисти ($\chi 2=16,44$; $p< 0,01$). Интересен е фактът, че учителите са тези, който са скептични относно въвеждането на такъв модул. Само 60% от тях застават твърдо зад идеята (въвеждане на сексуално образование), докато почти всички акушерки (94.4) са категорично „за“ (фиг. 4). Нито една акушерка не е посочила, че няма нужда от такова обучение, докато според 18,70% от учителите не е необходимо този проблем да се изучава в училищата. Тези мнения може да са отражения на страховете на преподавателите, че към тях ще бъдат предявени нови изисквания и ще се наложи да повишават квалификацията си в област, която не им е присъща. Според М. Желязкова обучението на подрастващите по каквито и да е въпроси, трябва да е подчинено на индивидуалните нужди на детето и семейството му [1]. В педагогическата подготовка на учителите у нас не е застъпена темата за спецификата на сексуалното образование, това заключение е напълно релевантно.



Фиг. 4. Мнение на акушерките и учителите относно необходимостта от въвеждане на часове по сексуално здраве в училище

Двете групи респонденти споделят сходни мнения относно възрастта в която трябва да започне сексуалното образование в училище (10,81 ±2,91) като минималната е 6 г., а максималната е 16 години. Имайки предвид указанията на СЗО за началото на сексуалното образование (12 години)

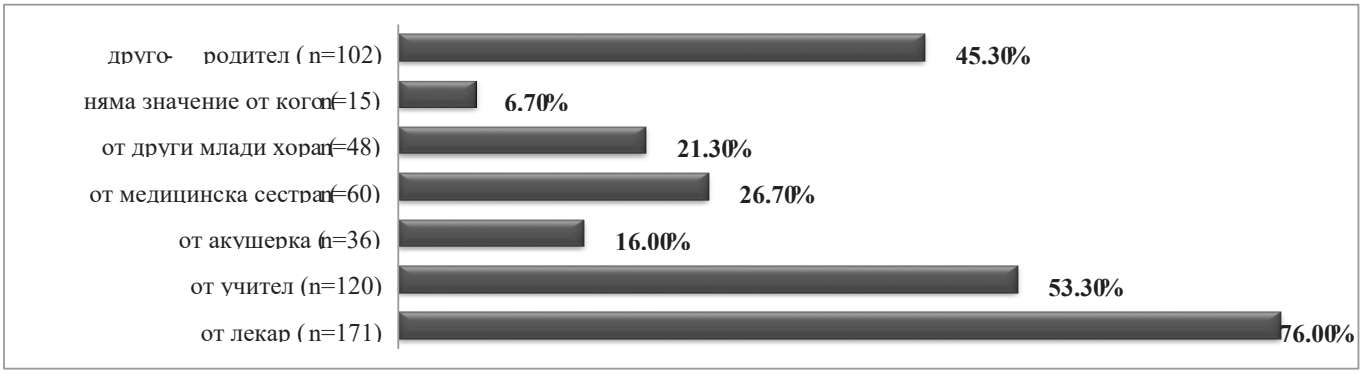
нашите данни показват, че българските учители и акушерки споделят това мнение (фиг. 5).



Фиг. 5. Възраст на която трябва да започне сексуалното образование в училище

Другият спорен въпрос, който разделя специалистите е кой трябва да предлага знания в областта на сексуалното здраве? Според три четвърти от анкетираните учители (76,0%), подрастващите трябва да получават информация за сексуалното здраве преди всичко от лекарите, следвани от учителите (53,30%) и на трето място от родителите (45,30%) (фиг. 6).

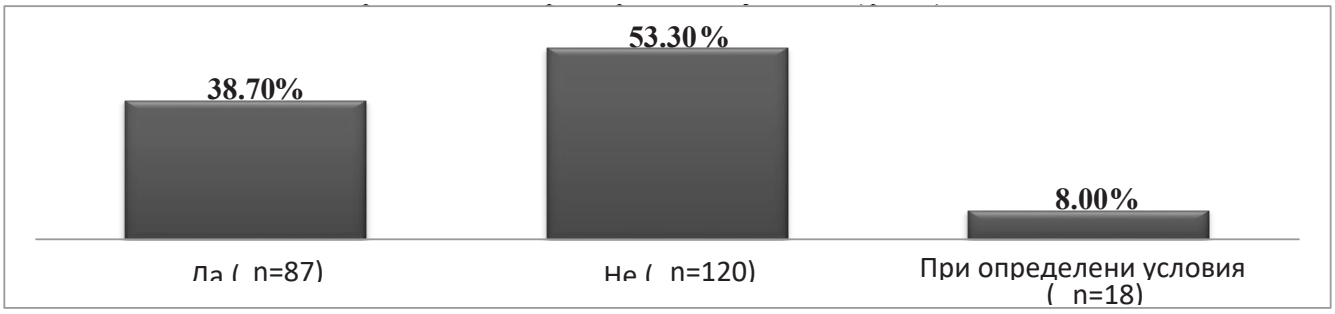
Акушерката като специалист, предоставящ информация не се разпознава от учителите. Само 16% допускат, че тя има нужните компетенции и я поставят след „други млади хора“ (21.30%).



Фиг. 6. Лице от което подрастващите трябва да получават информация за сексуалното здраве според учителите

При анализа на мнението на учителите относно въвеждането на часове по сексуално здраве в училище и лицето, от което подрастващите трябва да получават информация установихме, че има съществена разлика ($\chi2=30,0$; $p<0,001$). Над 1/3 (35,60 %) от учителите, които са посочили, че е необходимо да се въведат часове по сексуално здраве в училище, не подкрепят идеята учителите да предоставят тази информация. От друга страна, 57,10% от тези, които са против въвеждането на часове по сексуално здраве са на мнение, че лицето, което трябва да информира подрастващите е лекарят.

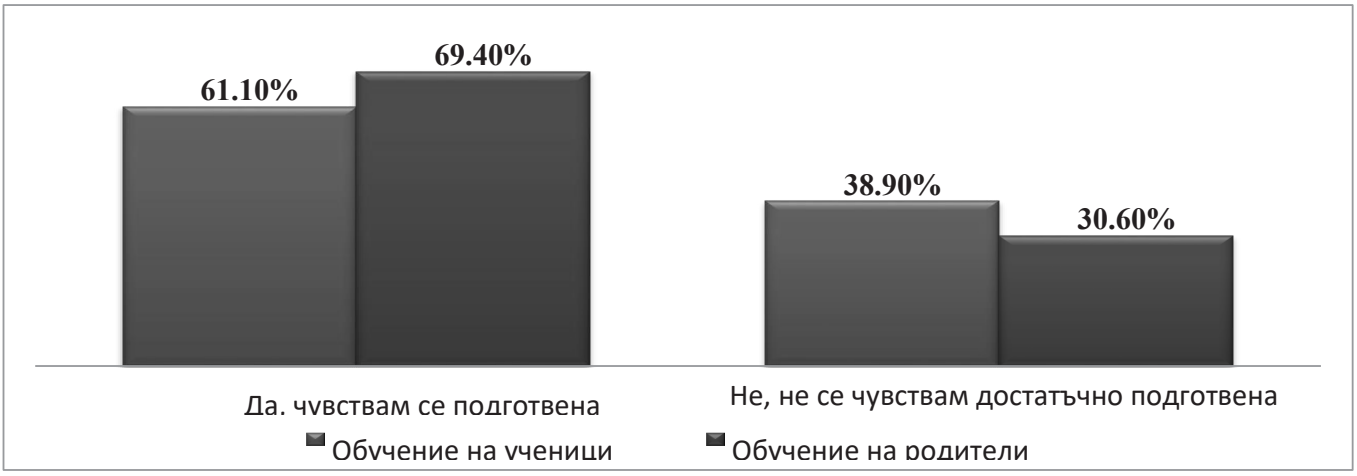
Готовност да провеждат обучение по сексуално здраве на учениците в училище изявяват само 38,70% от анкетираните учители, а 8,0% посочват, че биха го направили само при определени условия (фиг.7).



Фиг. 7. Готовност на учителите да провеждат обучение по сексуално здраве на учениците в училище

При изследването на готовността за провеждане на обучение на учениците от страна на учителите и лицето, което трябва да предоставя информация свързана със сексуалното здраве установихме съществена разлика в изразените мнения ($\chi2=35,44$; $p<0,001$). Над ¼ (27,60 %) от учителите, които изразяват готовност да провеждат обучение по сексуално здраве на учениците са на мнение, че учителят не е лицето, от което подрастващите трябва да получават информация относно сексуалното здраве. Възможно е това да се дължи на факта, че споделянето на тази информация изисква неформални отношения, в които учителите не желаят да влизат. От друга страна 35,0% от учителите, които не са съгласни да обучават учениците по проблемите на сексуалното здраве, в същото време посочват учителят, като лицето, което трябва да информира подрастващите по тези въпроси. Явно те не се чувстват подготвени (теоретично и емоционално) за това „препятствие“.

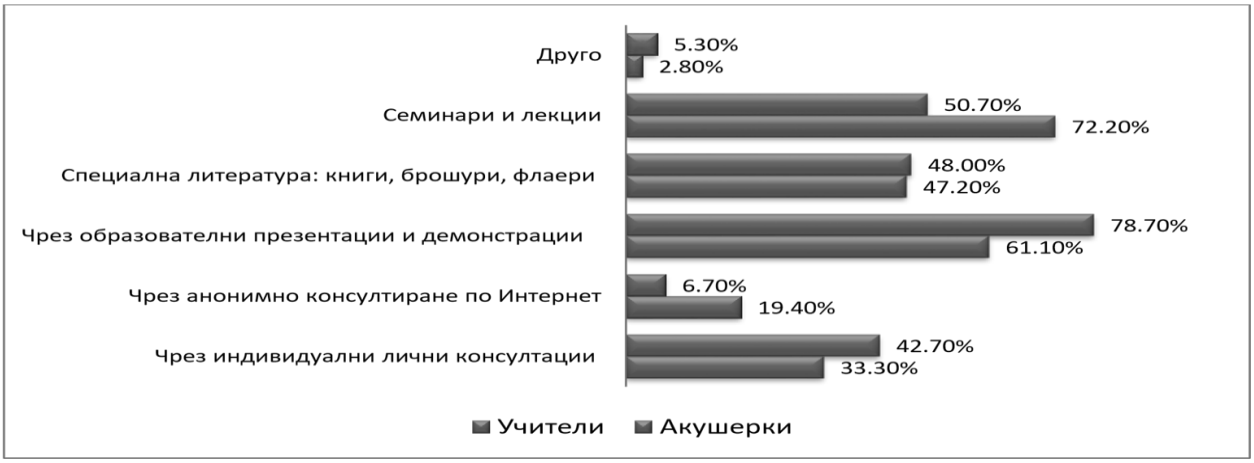
По-голямата част от акушерките посочват, че се чувстват подготвени да провеждат обучения на ученици и родители по проблеми за сексуалното здраве (фиг. 8). Желанието на акушерките да участват в обучението на учениците корелира с тяхното желание да повишават своята квалификация. Над 80% са изявили готовност да участват в следдипломни обучения, свързани със сексуалното и репродуктивно здраве на подрастващите.



Фиг. 8. Готовност за провеждане на обучение по въпроси за сексуалното здраве на ученици и родители (акушерки)

На фиг. 9 са представени резултатите от анализ на предпочитаните форми, под които акушерките и учителите биха предоставяли информация за сексуалното здраве на учениците и родителите ($p<0,001$). Учителите предпочитат образователните презентации и демонстрации (78,70 %), докато акушерките

имат предпочитания към провеждането на семинари и лекции (72,20 %). Най-малко предпочитана форма и от двете групи специалисти е анонимното консултиране по Интернет. Въпреки, че тази форма е сред предпочитаните сред младите хора, професионалистите я намират за по-малко ефективна.



Фиг. 9. Форма на информацията свързана със сексуалното здраве, предлагана от акушерките и учителите

ИЗВОДИ:

Резултатите от анализа на мнението на акушерките и учителите относно информираността и желанието за обучение на подрастващите по въпросите за сексуалното здраве установи някои съществени различия, които показват:

Голяма част от учителите абдикират от ролята на обучаващи по тези проблеми;

Акушерките изразяват готовност както да повишават своята квалификация, така и да бъдат обучаващи по въпросите за сексуалното здраве, както на подрастващите, така и родителите;

Акушерките предпочитат методи на преподаване, които предоставят възможност за двустранна комуникация между страните;

Учителите предпочитат методи, при които комуникацията е едностранна, като учениците се възприемат като „приемници“ на предоставяната информация.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Темата свързана със сексуалното здраве е с много въпросителни на световно и особено на национално ниво.

Недостатъчно специалисти в областта на изследваната тема, създава ниша за присъствието на акушерката в процеса на предоставяне на знания относно сексуалното здраве на подрастващите.

В основата на доброто сексуално здраве стои ранното и навременно сексуално образование сред учениците.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Желязкова М., Джеджева П., Димитров И „Проучване мнението на родители на деца със захарен диабет относно потребността от обучение за полагане на адекватни грижи“ Сборник доклади от юбилейна научна конференция с международно участие:,,Образование, наука и иновации в здравните грижи‘, Враца, 2017;30.11-01.12.стр.48-52;ISBN 978-954-9318-89-0

2. Coleman, E. (1997). Promoting sexual health: The challenges of the present and future., Sexuality and human rights: Proceedings of the XIIIthWorld Congress of Sexology (pp. 25–29)

3. Coleman, E. (1999, August). Revolutionary changes in sexuality in the new millennium: Sexual health, diversity and sexual rights. Presidential Address presented at the 14thWorld Congress of Sexology, Hong Kong

4. Edwards W.M., Coleman E. Defining Sexual Health: A Descriptive Overview. Archives of Sexual Behavior, Vol. 33, No. 3, June 2004, pp. 189–195

5. Trent K and Crowder K, Adolescent birth intentions, social disadvantage, and behavioral outcomes, Journal of Marriage and the Family, 59(3):523-535. 1997

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

Виолета Миткова Алексиева

Медицински университет

„Проф. д-р П. Стоянов“ гр. Варна,

Катедра „Здравни грижи“,

email: aleksieva_1968@abv.bg

НЕПРИСЪСТВЕНОТО ОБУЧЕНИЕ ПРИ СПЕЦИАЛНОСТ „АКУШЕРКА“

Климентина С. Георгакева, Лора И. Лазарова

Резюме: *Учебният процес е специфичен познавателен акт на целесъобразно и организирано обучение. Той формира понятия, знания, практически умения, предварително определени чрез формите и методите на преподаване и учене.В Медицински факултет на Тракийски университет – Стара Загора бе проведено анкетно проучване сред 25 студенти – специалност „Акушерка“ във втори и трети курс относно неприсъственото обучение.*

Цел: *Определяне на предимствата и недостатъците при неприсъственото обучение при специалност “Акушерка”*

Материали и методи: *Проведено анкетно проучване сред 25 студенти-специалност “Акушерка” във втори и трети курс в Медицински факултет на Тракийски университет – Стара Загора*

Резултати *от анкетното проучване сочат, че непрекъснатото обучение не е ефективно за обучението*

Ключови думи: акушерка, неприсъствено, обучение, предимства, недостатъци.

DISTANCE LEARNING IN SPECIALTY “MIDWIFE”

Klimentina S. Georgakeva, Lora I. Lazarova

Summary: *The learning process is a specific cognitive act of expedient and organised learning. It forms concepts, knowledge, practical skills, predetermined through the forms and methods of teaching and learning. In the Medical Faculty of the Thracian University – Stara Zagora was conduced a survey among 25 students – specialty “Midwife “ in the second and third year about distance learning.*

Objective: *Determining the advantages and disadvantages of distance learning in specialty “Midwife”.*

Materials and methods: *Conducted survey among 25 students- specialty “Midwife” in the second and third year.*

The results *of the study show that distance learning is not an effective way for studying.*

Key word: *midwife, distance, learning, advantages, disadvantages.*

ВЪВЕДЕНИЕ

През XX век човечеството започва да използва технологии, напълно непознати на предишните епохи. Развитието на компютрите дава възможност знанията да бъдат представяни в електронен вид и повишава много скоростта на работата с информация. Информационните технологии позволяват тази информация да бъде запазвана, пренасяна и разпространявана на далечни разстояния по всяко време. Тези технологии предоставят нови алтернативи за обучение по начин, немислим няколко десетилетия преди това.

Най-общо дистанционното обучение може да се опише като обучение, при което учащите се намират на различно място от това на преподавателя и осъществяват връзка помежду си чрез компютър или други комуникационни средства. Ето някои дефиниции за този начин на обучение:

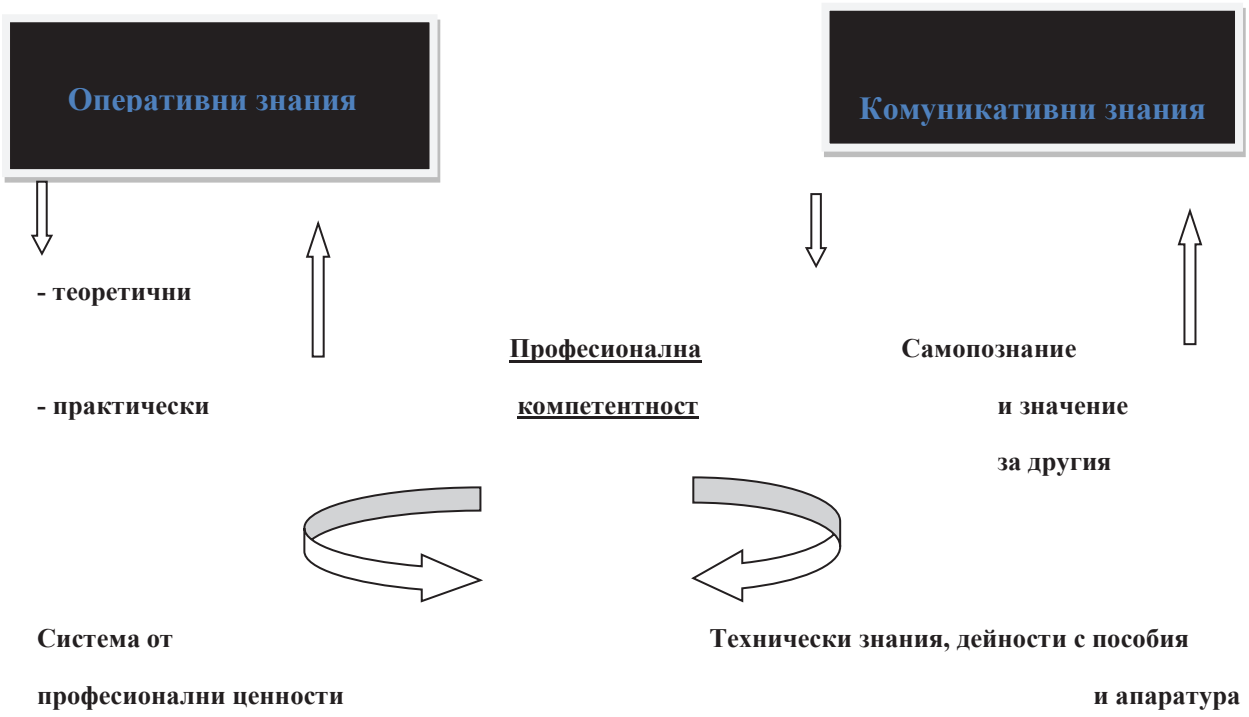
“Дистанционното обучение представлява напътствия посредством печатни или електронни медии към човек, който се обучава на различно място и време от това на преподавателите или другите обучаващи се” (Hill, 1997).

”Дистанционно обучение имаме когато преподавателят и обучаващите се са отделени физически и когато технологиите (звук, картина, печатни средства и др.), често пъти в съчетание с директно общуване, се използват за осъществяване на връзка между двете страни” (Willis & Dickinson, 1997).

Mielke (1999) дефинира дистанционното обучение като “метод на обучение, при който учащият физически е отделен от преподавателя и учебното заведение.” Този метод може да се прилага самостоятелно или в комбинация с други форми на обучение, включително традиционния начин на обучение “лице в лице” (face-to-face instruction). При всяко дистанционно обучение е необходимо да има преподавател, един или повече учащи и учебен курс или програма, която преподавателят да преподава на учащите. При дистанционното обучение, както и при традиционното, се изисква учащите да бъдат изпитвани, оценявани, да им се дава помощ, където е необходимо и да бъдат подготвяни за изпити. За тази цел е необходимо да има двупосочна комуникация. Ученето може да бъде индивидуално или групово, като и в двата случая то може да става без физическото присъствие на преподавателя. Учебният материал трябва да бъде структуриран в такава форма, че да позволява ученето от разстояние.

ОБСЪЖДАНЕ И РЕЗУЛТАТИ

Медицинските професии изискват висок професионализъм и висок морал, поддържане на високо ниво на компетентност, чрез участие в курсове и следдипломно обучение, защото знанията усвоени днес ще се окажат недостатъчни утре. Съвременното развитие на професията е немислимо без знания, умения, опит, перфекционизъм и формирана ценностна система, тясно свързана с грижата за човека. Следователно бихме могли да обобщим компонентите на професионалната компетентност, както следва:



Фиг. 1 Компонентите на професионалната компетентност

Практическата подготовка на студентите почива на научни, теоретични знания и се организира в педагогическа среда, адекватна на закономерностите на поетапното формиране на практически умения, навици и опит. Учебният процес формира не само професионална компетентност, но мотивира студентите за активна самостоятелна работа, повишава професионалния и познавателен интерес, което е гаранция за бъдещо самоусъвършенстване./1/

В акушерството важна роля има практическата дейност - извършване на манипулации или изпълнение на предписанията на лекаря. Това е хуманна професия, изискваща специфични личностни и професионални качества, нагласа и мотивация, насочени към първична профилактика, специални акушерски грижи за бременните жени, майките и новородените деца, жените с гинекологични заболявания, семейното планиране и др. Акушерката има специфична роля в системата на здравеопазването и притежава специална професионална идентичност. Като специалист, занимаващ се с личния живот на жените, ежедневната и дейност изисква емоционална сдържаност, тактичност, деликатност, емпатия и съчувствие към пациента. В професията на акушерката комуникативните умения се явяват неразделна част от професионалната им компетентност. Именно поради близостта на акушерката с пациента, към нея има едно, на практика безалтернативно изискване – да притежава и непрекъснато да развива своите комуникативни умения и навици.

Ясно се очертава необходимостта от присъствената форма на обучение при акушерките, 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 и предизвикателствата в работата си.

Формирането на професионални умения на акушерката става в процеса на обучението й в университета. Ефективното общуване между обучаем и обучител е процес, гарантиращ успех в образователния процес, а също и спомагащ за правилното формиране на личностни и професионални качества в студента. /2/

За повечето от студентите образованието не е цел, а средство за постигане на целта, т.е. придобиване на конкретна професионална квалификация. Затова една от основните задачи на обучението е

да се подготвят сами да вземат решение за собственото си учене, да поемат отговорност, да търсят и генерират нови идеи, да усвояват и прилагат в специфичните дейности теоретичните знания и практически умения. В процеса на организиране на учебната работа трябва да се отчитат специфичните особености на ученето при възрастните /студентите/, а именно:

❖ ученето е познавателен - когнитивен процес, но се влияе от емоции, настроения, чувства, предразсъдъци, предварителна нагласа;

❖ оперативни знания;

❖ комуникативни знания;

❖ професионална компетентност;

❖ самопознание и знание за другия;

❖ технически знания, дейности с пособия и апаратура - теоретични - практически

❖ всяка нова информация се свързва с налични знания и опит и има различна стойност за отделните студенти;

❖ микроклиматът подпомага ефективността на учене;

❖ постоянното оценяване и самооценяване са важни фактори за напредъка на студентите;

❖ контролът и отговорността в обучението да са балансирани;

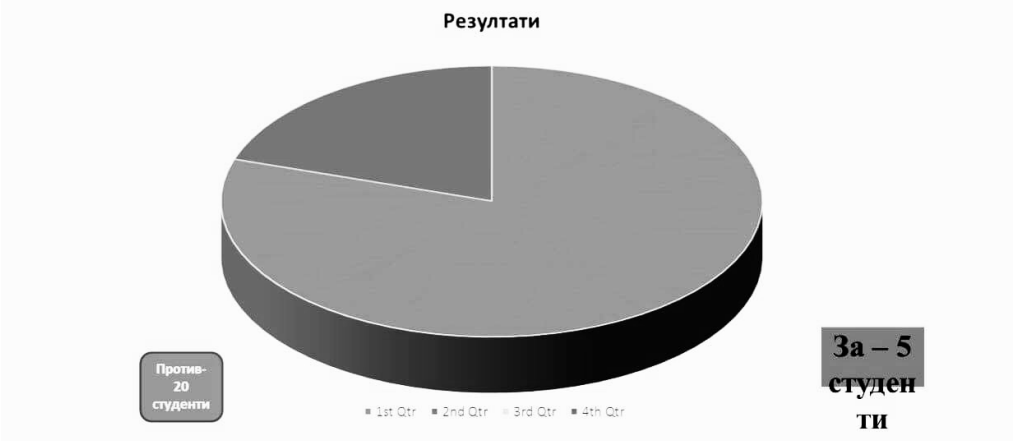
❖ обратната връзка е от решаващите фактори за ритмично и пълноценно протичане на учебния процес.

ИЗВОДИ

Резултатите показват, че 20 от анкетираните общо 25 студенти посочват неприсъственото обучение като неефективно. Основен недостатък - за ефективно изпълнение на многостранните и отговорни задачи на бъдещата акушерка, практическото обучение има водеща роля, защото то трябва да осигури готовност за осъществяване на адекватни здравни грижи, а този вид обучение е възможно само и единствено в присъствена форма.

5 от анкетираните общо 25 студенти изтъкват следните предимства на неприсъственото обучение - обучение по всяко време, на всяко място; информация, достъпна по заявка, чрез компютри и интернет; използване на добре проектирани мултимедийни учебни материали и повишаване на взаимодействието с учебните материали; благоприятстване на по-висши умения за учене, като решаване на проблеми, вземане на решения и критично мислене и други.

Извод: Резултатите от анкетнто проучване сочат, че неприсъственото обучение не е ефективно за обучението



Фиг.2 Резултати от анкетнто проучване

Направеното проучване сочи, че за ефективно изпълнение на многостранните и отговорни задачи на бъдещата акушерка, практическото обучение има водеща роля, защото то трябва да осигури готовност за осъществяване на адекватни здравни грижи, а този вид обучение е възможно само и единствено в присъствена форма.

По време на практическото обучение, което е възможно предимно в присъствена форма на обучение, студентите се срещат с пациентите и техните проблеми, които трябва да бъдат разрешени. Пациентът, като страна в обучението на специалистите по здравни грижи, издига бариери, които имат значимо влияние върху формирането на нужните качества и характеристики за професията „Акушерка".

Акушерската здравна грижа включва и личната грижа към човека, изразена в Загриженост, съчувствие, внимание, емоционална топлота, зачитане и подкрепа.

В този аспект, комуникативните умения на специалистите по здравни грижи играят важна роля при взаимоотношенията им с пациентите. Правилното общуване и ефективните комуникации изграждат доверието с пациента, формират морални и етични личностни качества в обучаваните. Всички анкетирани са единодушни, че прекия контакт с пациента формира нужната професионална комуникация. /3/

Медицинските специалности, придобивани като професии са пряко свързани с човешкото битие, отговарят на обществено - икономическото развитие и се усъвършенстват в полза на човека. Това изисква от практикуващия професията непрекъснато актуализиране на знанията и уменията му за подготовката на компетентни специалисти, конкурентноспособни на пазара на труда.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА:

1. Йорданова,М. ,Формиране на професионална компетентност у студентите при обучението им в Медицинските колежи , НАУЧНИ ТРУДОВЕ НА РУСЕНСКИЯ УНИВЕРСИТЕТ - 2010, том 49, серия 6.2

2. Хаджиделева, Д.,Комуникации в акушерските грижи, София, 2014, стр 5

3. Христова, Цв.,Корелацията case study –пациент –х студенти-акушерки за формиране на професионални компетенции

https://www.researchgate.net/publication/334495179_Korelaciata_case_study_-pacient-studenti-akuserki_za_formirane_na_profesionalni_kompetencii_The_Correlation_between_Case_Study_-Patient_-Student_Midwives_in_Developing_Professional_Competences

4. Hill, J. R. (1997) Distance Learning Environments Via the World Wide Web. In Badrul Khan Web-Based Instruction Educational Technology Publications, Englewood Cliffs, New Jersey.

5. Mielke, D. (1999) Effective Teaching in Distance Education. ERIC Digest. ERIC Clearinghouse on Teaching and Teacher Education Washington DC.

6. Willis, B., & Dickinson, J. (1997) Distance Education and the World Wide Web. In Badrul Khan Web-Based Instruction Educational Technology Publications, Englewood Cliffs, New Jersey.

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

E-mail

Klimentina.georgakeva.18@trakia-uni.bg

Lora.lazarova.19@trakia-uni.bg

НАРКОТИЧНИ ВЕЩЕСТВА И БРЕМЕННОСТ

Лора И. Лазарова, Климентина С. Георгакева

Резюме: *С оглед на темата,има смисъл да разгледаме какви свойства притежават наркотиците и най-вече какви са техните ефекти върху бременни жени и родилки.*

Цел: *Определяне на вредите от наркотични вещества,употребявани по време на бременността и влиянието им върху плода.*

Материали и методи: *Анализ на литературни източници и медицинска документация.*

Установи се,че най-честите видове наркомании са: хероин,метадон, активно и пасивно тютюнопушене,консумирането на алкохол и инжукционни наркотици. Те имат отрицателно влияние върху организма на бременната жена и състоянието на плода.

Ключови думи: *наркотични вещества, бременност, вреда, ембрион.*

NARCOTIC SUBSTANCES AND PREGNANCY

Lora I. Lazarova, Klimentina S. Georgakeva

Summary: *Having in mind the topic, we have to take a look on what of featured do narcotic substances possess and most importantly what are their effects on pregnant women and parturients*

Objective: *Defining the harms from narcotic substances used during pregnancy and their impact on the embryo*

Materials and methods: *Analysis on literary sources and medical documentation*

We came to the conclusion that the most common types of addiction are: heroin, methadone, active and passive smoking, the consumption of alcohol and injectable drugs. They have negative impact on the organism of a pregnant woman and the condition of the embryo.

Key words: *narcotic substances, pregnancy, harm, embryo.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Понятието наркотик има доста значения - сред тях най-лесно за разбиране е юридическото – наркотиците са вещества, които са сложени в специален списък и подлежат на забрани, контрол и регулация. тези списъци са различни за различните държави, но в по-голямата си част се припокриват. Това са вещества, които имат влияние върху психиката, въздействат върху сетивата, възприятията, мислите, паметта, реакциите, настроенията, волята и т.н. [1, 7 с.]

Разнообразието от наркотични вещества – природни или синтетични – е изключително голямо.

ХЕРОИН. Хероинът е опиат, един от първите полу синтетични производни на морфина и няколко пъти по-силен от него. Хероинът е по – силен от морфина, но ефектът им е сходен. При приема му, зениците се смаляват, очите изглеждат замъглени, драстично намалява чувствителността към болка. Хероинът предизвиква силна психическа и физическа зависимост.

АМФЕТАМИНИ. Дълго време са имали приложение в медицината - след изваждането им от медицинските лекарствени списъци, се превръщат в нелегален наркотик. [1, 9 с.] Не формира физическа зависимост, но при по-лабилна психика и особено при венозно инжектиране, психическата зависимост може да бъде изключително силна.

КОКАИН. Наркотик с естествен произход, който има два основни ефекта – той едновременно е локален анестетик и стимулант на цнс. Резултатът е кокаинова психоза – налудност за преследване, изблици на агресивност и параноични идеи. [1, 10 с.]

МЕТАДОН. Метадонът е субституиращо лекарство за опиева зависимост. При правилна дозировка няма значими ефекти и човек е абсолютно нормален. Ако се вземе повече от предписаната доза, води до силна сънливост, стеснение на зениците, облекчава болката и води до чувство на еуфория. [1, 11 с.]

ОБСЪЖДАНЕ И РЕЗУЛТАТИ

Бременността е събитие, което понякога настъпва неочаквано и непланирано и е началото на едно състояние, свързано с множество физически и психични промени в организма на майката. В ранните срокове на бременността ембрионът е изключително чувствителен на токсични вещества и употребата на наркотици или психоактивни вещества може да доведе до смущения в правилното формиране на структурите на плода, с други думи малформации или загуба на бременността – аборт или преждевременно раждане, както и до адаптационни смущения на новороденото и бповеденчески отклонения в по-късна възраст. Познаването на спецификата на бременността при жени, употребяващи наркотици, е необходимо, за да се прецени правилното поведение и терапия при проследяване на бременността, раждането и послеродовия процес, както и грижите за новороденото.

Понякога причината за късното разпознаване на бременност може да е и дълготрайно липсващата или нередовна менструация – симптом, обичайно съчетаващ се с употребата на опиати (хероин). [1, 35 с.]

Периодът, в който токсичните вещества най-силно оказват ефекта си върху човешките ембриони е приблизително до 8-ма гестационна седмица. В предимплантационния период, когато оплодената и развиваща се яйцеклетка се придвижва по маточните тръби и се изхранва от тяхната секреция, приети токсични вещества от майката могат да убият ембриона, но няма данни за причинени малформации. При лека увреда на клетки, те се заменят от новоформирани такива. След имплантацията на ембриона в маточната кухина, той претърпява бърза и важна трансформация, която е особено чувствителна на токсични фактори. Това най-вече важи за периода до 56-тия ден от оплождането. Поради тази причина групата на употребяващи наркотични вещества жени е рискова, тъй като в организма на майката има постоянен прием на токсични вещества. През феталния период токсичните нокси не могат да доведат до тежки малформативни синдроми, но могат да са причина за нарушен темп на растежа на плода, някои тежки акушерски усложенения, смърт на плода, както и проблеми при новороденото и поведенчески промени в по-късна възраст. [1, 36 с.]

ВЛИЯНИЕ НА НЯКОИ НАРКОТИЦИ ПО ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТТА

Хероинът е най-разпространеният у нас проблемен наркотик и затова при грижите за бременни жени, употребяващи наркотици, могат да се очакват най-много проблеми. Документираната токсичност за плода произхожда от майчината зависимост и употреба на хероин. [1, 37 с.]

Плацентата не е бариера за повечето наркотични вещества, така че приложени в достатъчно количество, те достигат до ембриона или фетуса. [1, 38 с.]

Проследяването на бременността при жени, употребяващи наркотици, е изключително важно да започне в ранни срокове, за да бъде възможно изключване на аномалии на плода, да се проследи нормалното му развитие, да се контролира приемът на наркотични вещества и да се прецени правилно постнаталното развитие. [1, 41 с.]

Метадон и бременност.

Синтетичен опиоид, използва се за лечение на хронична болка, но най-често за заместително лечение на хероинова зависимост, поради дългото време на действие. [1, 42 с.]

Метадоновата употреба по време на бременност е почти изключително свързана с лечение на хероинова зависимост. за съжаление понякога се съпровожда от едновременна употреба и на хероин, както и на други вещества като барбитурати, алкохол и тютюн. Неонаталният абстинентен синдром и ниското тегло при раждане се считат за най-сериозния проблем при тези новородени. Рисковете и последствията за бременността, която протича на фона на лечение с метадон, са значимо по-ниски от тези при употребата на опиати като хероин или морфин.

Новородените на зависими майки често са малки за гестационния срок – около 1/3 са под 2500 грама. Новородените от майки на метадонова терапия са със сигнификантно по-голямо тегло от бебетата, родени от майки, употребяващи хероин. Причината за това явление вероятно се корени в подобрените условия на живот и ангажираност към бременността при жени, включени в програма за продължително метадоново лечение. [1, 43 с.]

Лечение с метадон по време на бременност

Разпространено е схващането, че ако бременната се лекува с метадон, то първи метод на избор е дотоксификация, а не поддържаща терапия, но това не винаги е така. Особено като се има в предвид, поява на абстинентни симптоми трябва да се избягва през първите три месеца на бременността, поради повишен риск от аборт или преждевременно раждане. Когато се избере детоксификация, е много важно да се изработи план за предотвратяване на рецидив след раждането. Оптималното време за детоксификация е второто тримесечие от бременността. Максималното намаляване на дневната доза за всяка седмица не бива да превишава 10 мг. Финалната по – бавна фаза през последния триместър се провежда под стриктно медицинско наблюдение, като по този начин се избягва максимално рискът за плода, но само част от жените са способни да постигнат въздържание, избягвайки настъпването на рецидив или появата на акушеро - гинекологични усложнения. Повечето бременни предпочитат краткосрочни или дългосрочно поддържащо лечение с метадон. Тъй като най-доброто за майката и за плода, предписаният й метадон трябва да бъде в количества, които да й позволяват да не изпитва абстинетни симптоми и да се въздържа от употреба на хероин. [2, 151 с.]

Активно и пасивно тютюнопушене по време на бременност

Тютюнопушенето през бременността води до негативни последствия, като намаляване на растежа на плода в матката, преждевременно раждане и ниско тегло на новороденото.Установено е, че има вероятност жените пушачки да родят деца със забавено психично развитие с неизяснена етиология. Жените, които пушат през деветте месеца са изложени на риск от различни усложнения при раждането, мъртво раждане и висока честота на детска смъртност. Съществен е рискът от недоразвиване на белите дробове на плода, а в периода на ранно детство от астма и дихателни инфекции. [3, 5 с.]

Излагане на вторичен тютюнев дим – представлява вдишване на комбинация от страничния дим на тлееща цигара от издишания дим на пушача.

Последици от пиенето на алкохол по време на бременност

Консумацията на алкохол по време на бременност увеличава риска от спонтанен аборт, мъртво раждане или преждевременно раждане. При детето излагането на алкохол може да доведе редица поражения за цял живот – увреждане на мозъка, вродени дефекти, ограничаване на растежа, забавяне на развитието и множество познавателни, социални, емоционални и поведенчески дефицити. За описание на диапазона от проблеми, свързани с действието на алкохола във вътреутробния период, се използва терминът „разстройства от спектъра на феталния алкохолен синдром“. Най-тежкото последствие е самият фетален алкохолен синдром (ФАС), който се характеризира с намален растеж, характерни черти на лицето и увреждане на централната нервна система, водещо до забавяне на нервно-психичното развитие и силно ограничаване на интелектуалните способности и възможностите за учене. Изчислено е, че на всяко дете, родено с ФАС, се раждат три деца, които може да не при-

тежават физическите характеристики на синдрома, но също имат нервно-поведенчески дефицити, които засягат ученето и поведението. [4]

Инфекции при бременни и гинекологичноболни жени, системно употребяващи инжекционни наркотици

Рискът от такива инфекции е свързан с редовното инжектиране, което често се случва в нехигиенична среда, с нестерилни инструменти, както и съвместно с други наркозависими. Това поведение е индивидуално и зависи от социално-икономическата среда на живот на майката и от нейната обща здравна култура. Необходимо е при наличието на анамнеза за инжекционна употреба на наркотици, да се проведе консултиране на майката, при което да се изяснят обстоятелствата, при които се е инжектирала до момента, да се препоръчат при нужда съответните изследвания за вирусоносителство, както и да се дадат съвети за избягване на рисковото инжектиране по време на бременността и след нея /по възможност с насочване към специализирани програми за намаляване на щетите/.

ИЗВОДИ

➢ Резултатът от анализа сочи,че наркотичните вещества имат отрицателно влияние върху организма на бременната жена и състоянието на плода

➢ Проследяването на бременността при жени,употребяващи наркотици, е изключително важно да започне в ранни срокове,за да бъде възможно изключване на аномалии на плода и да се проследи нормалното му развитие

➢ През феталния период токсичните нокси не могат да доведат до тежки малформативни синдроми, но могат да са причина за нарушен темп на растежа на плода, някои тежки акушерски усложенения, смърт на плода, както и проблеми при новороденото и поведенчески промени в по-късна възраст.

➢ Новородените на зависими майки често са малки за гестационния срок – около 1/3 са под 2500 грама.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА:

1. Александрова, А., Любенова, А., Павлова, Е., Русинова, П.,Георгиева,Р., Шенева, Ц., Жените, употребяващи наркотици, и майчиното здравеопазване, Фондация Инициатива за здраве, 2008

2. Престън, А., Лечение с Метадон. Кратко практическо ръководство, Българска психиатрична асоциация, 2001

3. Пасивно тютюнопушене – нови аспекти и съвременни методи за преодоляване на никотинова зависимост, Списание 9 месеца, бр.287, март 2008.

4. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 2010. Fetal Alcohol Spectrum Disorders - fact sheet. USA: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

ГОТОВНОСТ НА СТУДЕНТИТЕ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ АКУШЕРКА ЗА ОБУЧЕНИЕ И РАБОТА В ИЗВЪНРЕДНА ОБСТАНОВКА ОТ COVID-19

Мария А. Немцова, Живка Г. Маргосян

READY FOR TRAINING AND EMERGENCY WORK FROM COVID-19 OF STUDENTS IN THE SPECIALTY «MIDWIFERY», SLIVEN BRANCH MU-VARNA

Maria A. Nemzova, Zhivka G. Margosyan

РЕЗЮМЕ:

Въведение: *Опазването здравето и живота на хората е приоритетна задача на здравеопазването. Затова е необходимо студентите от специалност „Акушерка“, в процеса на обучението във висшето училище да формират професионални качества за работа, необходими за оказване на ефективни и качествени здравни грижи в извънредни ситуации.*

Цел: *Научното съобщение има за цел да изследва готовността на студентите от специалност „Акушерка“ от Филиал Сливен на МУ-Варна за обучение и работа в обстановка от COVID-19.*

Материали и методи: *Обект на наблюдение са 43 студенти от специалностите акушерка от II,III и стажанти- IV курс при Филиал Сливен на МУ-Варна.*

Резултати и обсъждане: *Проведеното проучване показва цялостно добро отношение и желание Необходимо е обаче допълнително обучение за проблемите, които биха могли да възникнат по време на обслужване на неуточнен пациент.*

Ключови думи: *студенти, извънредна обстановка от COVID-19.*

SUMMARY

Introduction: *Protecting people's health and lives is a priority of healthcare. Therefore, it is necessary for students majoring in "Midwife", in the process of higher education to form professional qualities for work, necessary to provide effective and quality health care in emergencies.*

Purpose: *The scientific communication aims to examine the readiness of students majoring in „Midwife“ from the Sliven Branch of MU-Varna to study and work in an emergency environment from COVID-19.*

Materials and methods: *Object of observation are 43 students majoring in midwifery from II, III and interns - IV year at the Sliven Branch of MU-Varna.*

Results and conclusions: *The study shows an overall good attitude and desire. However, additional training is needed on the problems that may arise during the service of an unspecified patient..*

Key words: *students,emergency situation from COVID-19.*

ВЪВЕДЕНИЕ:

Съвременния живот на 21 век изисква от младите хора да бъдат гъвкави, креативни, да се адаптират бързо към динамиката и промените, които настъпват в ежедневието.Европейският парламент подчертава ролята и значимостта на креативността при ученето през целия живот като „движеща сила на иновациите и ключов фактор за развитието на лични професионални, предприемачески и социални компетенции, както и благоденствието на индивида в обществото“ (5). Опазването здравето и живота на хората е приоритетна задача на здравеопазването. Пандемията от коронавирус-COVID-19 промени живота на цялото човечество. От 31 декември 2019 г. и към 30 септември 2020 г. са съобщени **33 714 595** случая на COVID-19 (в съответствие с приложените дефиниции и стратегии за тестване в засегнатите страни).Повече от милион/ **1 008 932** смъртни случая/ станаха жертва на тази пандемия(4).

Клиничната практика е учебна дисциплина, заемаща приоритетно място в учебния план на студентите от специалност „акушерка”. Условията, в които се провежда тя са реални и предоставят оптимална възможност за изграждане на професионалните компетенции на обучаваните, но има и реална заплаха от заразяване от COVID-19 , при неспазване на мерките и наложените предписания за работа . Клиничната практика и преддипломния стаж се провеждат в съответствие с Наредбата за Единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалност «Акушерка”, утвърдените от Академичния съвет на университета учебна програма и учебен план. Разпределението им по семестри, бази на провеждане и хорариум от часове осигурява планомерно участие на студентите в лечебния процес и здравните грижи, съобразно етапа на обучение и натрупаните знания и умения на студентите. От гледна точка на методиката на провеждане, е необходимо да се посочи, че учебната дисциплина „Клинична практика” е педагогически обоснована система от научни знания и практически способности за дейност, изразяващи основните проблеми в здравните грижи. Структурата на учебния материал разкрива интердисциплинарния подход в учебно-възпитателния процес на висшето медицинско училище. Учебната дисциплина „Клинична практика” повтаря в разширен вид логическата структура на научните знания, умения и професионални компетенции, усвоени от лекционния курс и учебно-практическите занятия. Освен учебна дисциплина, клиничната практика се явява и една от основните организационни форми на обучение във висшето медицинско училище. Като такава тя представлява специфична организация на дейността на субектите /преподаватели и студенти/, изразена в тяхното взаимодействие, осигуряваща управление на активността на обучаваните в процеса на изграждане на професионалните им компетенции. Методиката за провеждане на клиничната практика на студентите от специалност „акушерка” следва да осигури приложението на усвоените вече чрез лекциите и учебнопрактическите занятия знания и умения. Тя е подчинена на основната цел на обучението - да формира и затвърди знания, умения и компетенции в бъдещите акушерки. Те са им необходими, за да работят във всички структури на акушеро-гинекологичната помощ и за да са в състояние да осъществяват грижи за бременните, родилките, гинекологично болните жени и новородените деца. Обосноваването на целите на клиничната практика е от особено важно значение за ефективното й методическо планиране, организиране и провеждане. Всяка отделна клинична практика има свои специфични цели и задачи, често многобройни. Учебновъзпитателните цели определят в голяма степен качеството на професионалната подготовка на студентите. Реализирането им означава постигане на желания краен резултат, а именно - изграждане на професионалните компетенции на бъдещата акушерка. Ел. Желева определя методиката на практическото обучение на медицинските специалисти като „научно обоснована съвкупност от средства, форми, методи и педагогически техники за целесъобразно организиране и оптимално реализиране на специфичния учебен процес във висшето медицинско училище. Тя се основава на теорията на обучението и теорията на възпитанието и осигурява базисна професионална подготовка на студентите от специалност „Здравни грижи” (6). Посредством методиката преподавателите планират, организират и провеждат обучението по „Клинична практика”, така че то оптимално да придвижва студентите към крайната цел – изграждане на професионалните компетенции на здравните специалисти. Тази година се наложи преди започването на клинична практика и преддипломния стаж да бъдат направени допълнителни

инструктажи от лечебните заведения, съгласно изискванията на Заповеди на директорите им и заповед на ректора на МУ-Варна, свързани с извънредната ситуация от COVID-19. Наложи се студентите, да формират професионални качества за работа, необходими за оказване на ефективни и качествени здравни грижипо базите в извънредни ситуации, в това число и при извънредна ситуация от COVID-19.

Преддипломния стаж е със значително завишена продължителност на работа, което налага допълнително внимание,стриктно спазване правилата на асептика, антисептика, дезинфекция, формиране на отговорност за опазване здравето на пациента, собственото здраве и здравето на близките.

Според СЗО „при обслужванена пациенти с пациенти с предполагаема COVID-19 инфекция“ е необходимо да се поставят „медицинска маска, изолационна манта, ръкавици, протекция за очи“ (9). Дезинфекцията на ръцете също се разглежда като една от важните мерки в превенцията на нозокомиалните инфекции и в частност на COVID-19 (7,8,9). Познанията и уменията относно превенцията на нозокомиалните инфекции се формират в цялостният процес на обучение на медицинските специалисти (2, 3, 4). Те са важна предпоставка както за недопускане на развитието и разпространението на нозокомиалните инфекции, за опазване на здравето и живота на пациентите и здравните професионалисти, така и … „за провеждането на качествени и безопасни здравни грижи”, според А. Георгиева (1). Особено значение те придобиват в условията на извънредна епидемична обстановка, каквато е настоящата свързана с COVID-19.

ЦЕЛ:

Настоящото научно проучване има за цел да изследва готовността за обучение и работа по базите в извънредна обстановка от COVID-19.

МЕТОДИ НА ПРОУЧВАНЕ:

Обект на наблюдение са 43 студенти от специалностите акушерка от II,III и стажанти- IV курс при Филиал Сливен на МУ-Варна. Разработена е анкетна карта, която да проучи готовността на студентите за работа в извънредна обстановкаот COVID-19.. Проведена е пряка индивидуална анкета, включваща 10 въпроса.

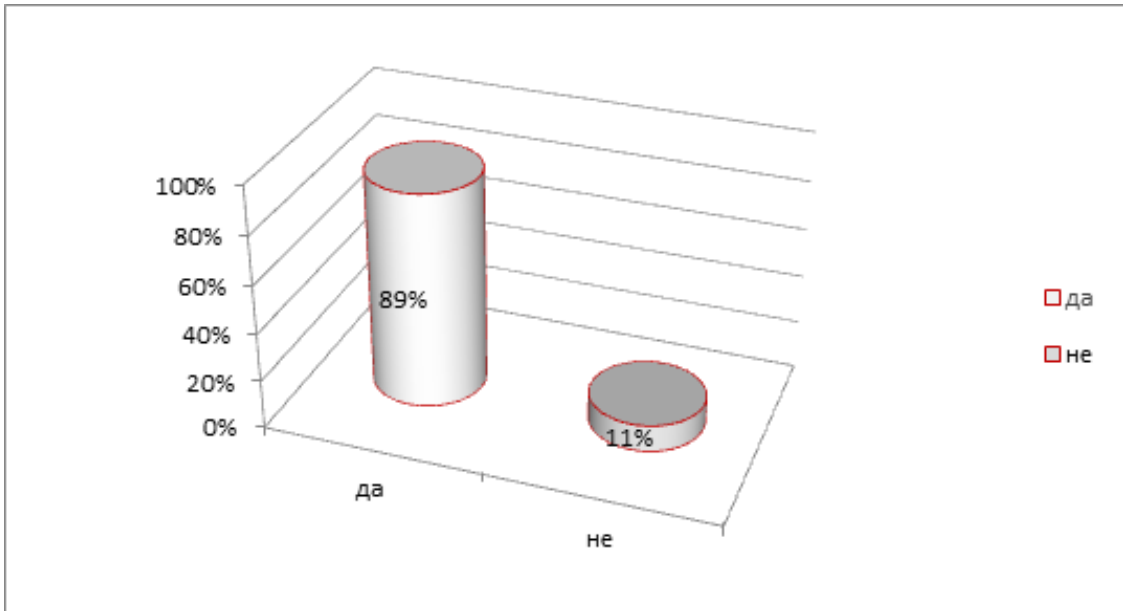
ОБСЪЖДАНЕ И РЕЗУЛТАТИ:

Бяха анкетирани 43 студенти специалност „Акушерка“ от II,III и стажанти- IV курс обучаващи се в Филиал Сливен на МУ-Варна.

Табл.1. Разпределение на студентите по курсове.

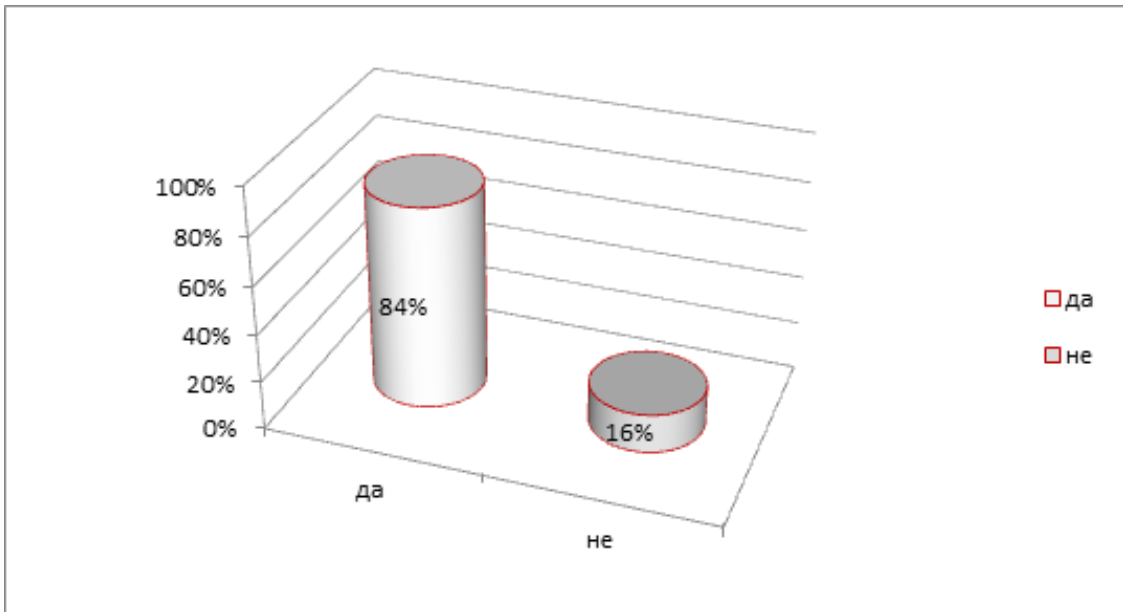
Специалност	Брой студенти II курс	Брой студенти III курс	Брой студенти IV курс	Общ брой студенти
Акушерка	14	14	15	43

На въпроса за съществуването на вируса COVID-19 всички студенти са отговорили положително. Всички са запознати със симптомите и протичането на заболяването. Малка част от студентите-11% споделят,че не са наясно с всички механизми на предаване на инфекцията (Фиг.1).



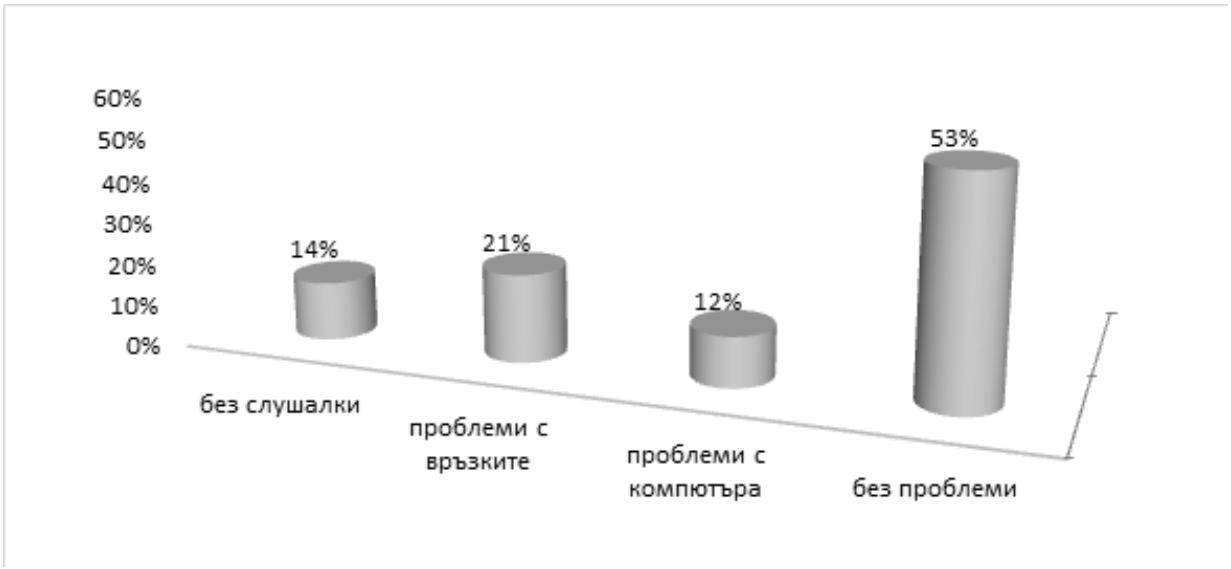
Фиг.1. Студентки, знаещи механизма на предаване на инфекцията.

Всички студенти посочват,че тази пандемия е променила начина им на живот.Голяма част-84% отговарят с „да“ на въпроса „Ограничихте ли контактите си ?“(Фиг.2).



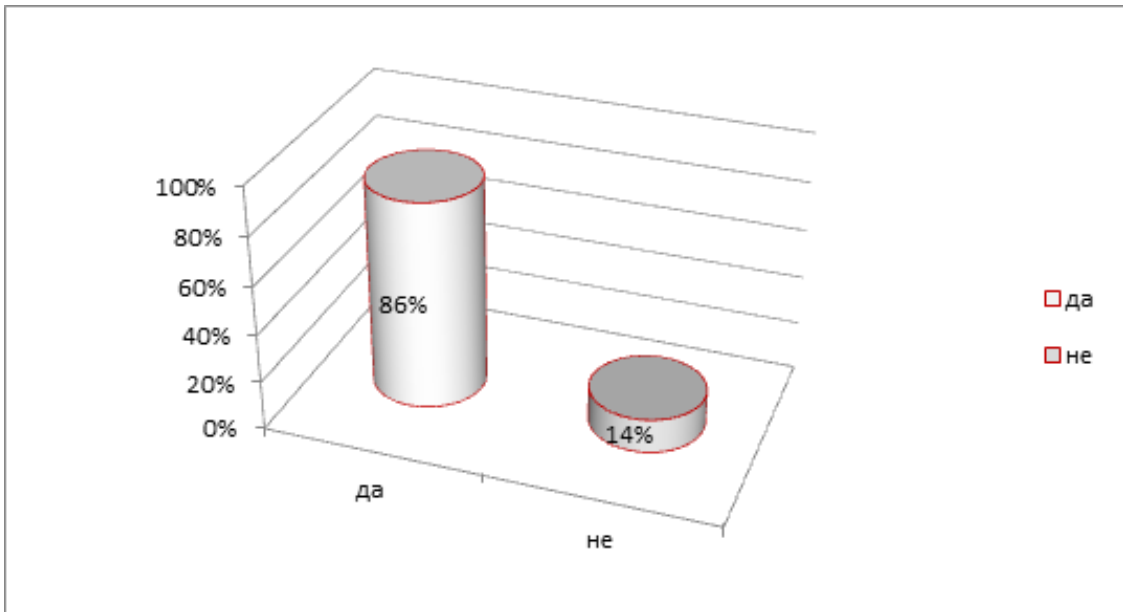
Фиг.2. Студенти ограничили контактите си.

На въпроса „Срещнахте ли трудности в онлайн обучението? голяма част- 53% са се справили без проблеми.Останалата част от студентите споделят,че са имали проблеми от техническо естество. Проблеми с компютъра са имали 12%. Проблеми с връзките поради слаб интернет 21%, 14% не са имали слушалки към компютрите си(Фиг. 3).



Фиг. 3. Студенти срещнали трудности в онлайн обучението.

Значителна част-86% от студентите-стажанти се чувстват подготвени да работят в извънредната обстановка.Останалата част споделят, че биха желали още информация, за сигурността и бързината на тестовете,тъй като това ще даде по-точна и навременна информация за неуточнените пациенти (Фиг. 4).



Фиг. 4. Желаещи допълнителна информация.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Проведеното проучване показва цялостно добро отношение и желани за работа в болничните бази. Значителна част-86% от студентите-стажанти се чувстват подготвени да работят в извънредната обстановка. Необходимо е обаче допълнително обучение за проблемите, които биха могли да възникнат по време на обслужване на неуточнен пациент.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Георгиева, А., Познания на медицинските сестри относно превенцията на вътреболничните инфекции, Здравни грижи, год. XVII, 2018, бр. 3, с. 18-23. ISSN 1312-2592

2. Георгиева А., С.Тончева, Сестрински грижи при болни с инфекциозни заболявания– учебник за студенти от специалност „Медицинска сестра", П/р на С. Тончева, Варна, МУ- Варна, 2012, с. 206. ISBN 978-954-9685-80-0

3. Георгиева А., С. Тончева, Сестрински грижи при болни с инфекциозни заболявания – учебник за студенти от специалност „Медицинска сестра", П/р на С. Тончева, второ преработено и допълнено издание, Варна, МУ- Варна, 2018, с. 308. ISBN 978-619-221-120-2

4. Георгиева А., С. Тончева, Сестрински грижи при болни с инфекциозни заболявания, учебно-практическо ръководство за студенти от специалност „Медицинска сестра", П/р на С. Тончева, Варна, ИЦ МУ-Варна, 2012, с. 99. ISBN 978-954-9685-79-4

5. Европейския център за превенция и контрол на заболяванията- Данни за разпространение на COVID-19 по света.

6. Желева, Е. 2008. Методика на практическата подготовка на медицинските специалисти. Габрово. Изд. "ЕКС-ПРЕС", с. 13.

7. Нури Н., А. Георгиева, Кр. Стамова, Значение на хигиената на ръцете на медицинския персонал за предпазване от нозокомиални инфекции, Юбилейна научна сесия „70 години Медицински колеж- Пловдив- традиции и бъдеще", 9-10.05. 2012г., Пловдив, Сборник доклади, с. 164-168. ISBN 978-954-9549-68-3Програма за „Учене през целия живот" -създадена с Решение № 1720/2006/ЕС на Европейския парламент и на Съвета от 15 ноември 2006 година.

8. Нури Н., А. Георгиева, Мнение и нагласи на студентите медицински сестри относно необходимостта от полагане на грижи за кожата на ръцете, Варненски медицински форум, изд. МУ-Варна, том 1, 2012, бр. 1, с. 103-106. 1314-8338

9. WHO Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19).

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

Живка Маргосян

Медицински университет

„Проф. д-р Параскев Стоянов" – Варна,

Филиал Сливен, Катедра по здравни грижи

ул. „Ген. Столетов" 30

Електронна поща: w.w.w.zhivkamargosyan@abv.bg,

w.w.w.p_petya@abv.bg.

ПОВЕДЕНЧЕСКИ РИСКОВИ ФАКТОРИ – РАБОТА И ПРОФЕСИОНАЛНИ РИСКОВЕ ПРИ БРЕМЕННАТА ЖЕНА

Велина Петкова Илиева

Студент Тракийски университет, Медицински факултет – Стара Загора

РЕЗЮМЕ:

Докладът описва професионалните рискове при бременната жена и нейните трудови права. Разгледани са възможностите за промяна в работната обстановка, предложения за по-лек работен ден, свързани с видове упражнения, чести почивки, приемане на повече течности, справяне с обичайните симптоми.

Обхванат е и въпросът за продължителността на майчинството, и е представена класация на различни държави по продължителност на майчинството, както и класация според данните на ОИСР, показващи къде се нарежда България по отношение на продължителност на платен отпуск, размер и еквивалент на обезщетенията. Представени са и възможности за по-ранно връщане на работа, съобразено с организацията на кърменето.

ABSTRACT:

The report describes occupational risks for a pregnant woman and her occupational entitlements. The possibilities for change in the work environment, suggestions for a lighter working day related to some types of exercises, frequent breaks, intake of more fluids, coping with the usual symptoms are considered as well.

The issue of the duration of maternity is also covered, and a ranking of various countries by length of maternity is presented, as well as a ranking according to OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) data, indicating where Bulgaria ranks in terms of paid leave, amount and equivalent of benefits. Possibilities for earlier return back to work in accordance with the organization of breastfeeding are also presented.

ВЪВЕДЕНИЕ:

Бременността не бива да се възприема като причина, заради която жената да загърби настоящия си начин на живот. Може съвсем спокойно да ходи на работа в границите на нормалното, да си посещава любимите занимания и т.н. Когато ежедневието е запълнено с физическа активност, тогава метаболизмът е по-засилен и тялото е по-енергично. Това може да помогне на жената в борбата с излишните килограми по време на бременността и след нея. Някои бременни също така имат отоци и движението определено би било полезно за този проблем. Ставането рано сутрин и спазването на ежедневния график създават мотивация и се грижат за жизнената енергия и тонуса.

Работата по време на бременност при нормални условия не е вредна за бъдещата майка, дори има известни предимства. Всъщност в своята професионална среда жената е по–добре информирана и е повече в състояние да се грижи за здравето си. В случая работата се явява като охраняващо условие.

Жената майка се ползва от особената закрила на държавата, която й осигурява платен отпуск преди и след раждане, безплатна акушерска помощ, облекчаване на труда и други социални помощи. Ако жената е здрава и бременността протича нормално, решението дали да продължи да ходи на работа или да си останете у дома е изцяло нейно.

ИЗЛОЖЕНИЕ:

Медиците са направили много изследвания, за да установят дали трудовата заетост е полезна за бременната жена. В резултат са установени важни взаимовръзки между вида и честотата на физическата дейност и нежеланите последици за бременността от това.

- Рискове – работата през бременността е свързана със слабо увеличение на телесната маса на бременната жена, преждевременно раждане, хипертония, IUGR (интраутеринна ретардация) и плацентарни инфаркти. Повечето изследвания установяват връзка между работата, ниската телесна маса на плода и преждевременното раждане.

- Умората от работа е неблагоприятна при бременност – Учени са изработили индекс на умората въз основа на 5 източника, за да прогнозират преждевременно раждане. Застрашени от преждевременно раждане са жени, в чието работно време е налице едно или няколко от изброените:

• Стоене в изправено положение повече от 3 часа на ден;

• Работа на конвейерна лента, работа с индустриална машина и напрежение при вибрации;

• Непрекъснато или периодично физическо усилие, носене на тежести над 10 кг;

• Психичен стрес – рутинна работа, различни задачи, изискващи малко внимание без стимулация;

• Околна среда – висок шум, ниска температура, висока влажност, работа с химични вещества;

- Факти и изследвания – Най-много преждевременни раждания има при магазинерките, медицинските работнички, чистачките, работничките със заангажираност повече от 40 часа седмично. Установява се, че бременни жени, чиято работа е свързана с продължително стоене, раждат деца по-малки със 150 - 400 гр. Плацентите на такива „правостоящи" бременни имат по-често инфаркти с диаметър 3 см.

- Медицинско обяснение за риска – Неблагоприятното влияние на работата върху бременността се дължи на намален утеро-плацентарен кръвен ток и понижен сърдечен минутен обем. При работа в изправено положение се установяват намален плазмен и сърдечен минутен обем на майката. Също така, жени с ниска предконцепционна телесна маса през бременността (често) са с хипотония (ниско кръвно налягане), намален кръвен обем и намален утероплацентарен кръвен ток.

ТРУДОВИ ПРАВА. КОДЕКС НА ТРУДА ЗА ЗАЩИТА НА БРЕМЕННИ И МАЙКИ С ДЕЦА ДО 3 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

Кодексът на труда е сравнително „социален закон", който наистина дава особена закрила на работещите бременни и майки. Тази особена закрила започва още с установяване на бременността и продължава до настъпване на тригодишна възраст на детето. Защитата на бременните започва от момента, в който те официално са съобщили новината на своя работодател. Закрилата, която държавата осигурява по отношение на бременните и майките, гарантирана чрез нормите на Кодекса на труда, се изразява в няколко много важни момента:

- Работодателят е длъжен да освобождава бъдещите майки за провеждане на медицински прегледи, когато е необходимо те да се извършват през работно време. Разбира се, с това право не бива да се спекулира. Добре би било от практическа гледна точка с писмена молба до работодателя да се посочи кога и какво налага отсъствието, а след извършването на прегледа да се представи документ, че такъв е проведен.

- Кодексът на труда изрично предвижда, че на бременни работнички или служителки, както и на работнички и служителки в напреднал етап на лечение инвитро не се разрешава полагането на извънреден труд. Според кодекса извънреден е трудът, който се полага по разпореждане или със знанието и без противопоставянето на работодателя или на съответния ръководител от работника извън установеното за него работно време – от 22:00 до 06:00ч.

- Работодателят не може да възлага, а и да задължава бременни жени и кърмачки, както и работнички и служителки в напреднал етап на лечение инвитро да извършват работа, която излага на опасност или застрашава сигурността и здравето им. Важно е да се знае, че съществува Наредба, издадена от Министъра на труда и социалната политика, съдържаща рисковите фактори, които се вземат предвид, когато се касае за този вид закрила.

- Бременната жена или кърмачката, както и работничката и служителката в напреднал етап на лечение инвитро, може да откаже изпълнението на работа, която е определена като вредна за здравето на майката или детето или за която след оценка на риска е определено, че представлява съществен риск за здравето на майката или на нейното дете. В такава ситуация е много важно да се отправи запитване към службата по трудова медицина, която да даде съответно становище съществува ли риск за здравето.

ПРОМЯНА В РАБОТНАТА ОБСТАНОВКА

Препоръките на специалистите към бъдещите майки, независимо от заетостта им, са едни и същи: да се избягват крайности в поведението, както обездвижването, така и усилената физическа дейност, да се редуват седене, стоене и движение през деня. Продължителното седене също е не по-малко неблагоприятно за здравето, и на майката, и на плода – създава риск от образуване на тромб, влошава кръвообращението, включително и снабдяването на организма на плода с кислород и хранителни вещества заради забавената циркулация на кръвта.

Препоръчителни са честите десетминутни паузи и спиране за почивка винаги, когато са налице симптоми на умора.

✓ Раздвижване – не е подходящ застоят дълго на едно място и в една поза.

✓ Осигуряване на начин за поддържане на краката на по-високо ниво – така се облекчава гърбът и се намаля оттокът в краката. За целта може да се използват ниско столче, офис скара, дори отворено чекмедже.

✓ Добре е да се намали носенето на високи токчета и тесни дрехи – обличането и обуването на удобни дрехи и обувки не спират притока на кръв към която и да е част на тялото.

✓ Носенето винаги на нещо за хапване предотвратява внезапен спад на кръвната захар или гадене.

✓ Приемане на повече вода. Задължително!

✓ Избягване на прекомерното затрупвате с работа.

Някои упражнения могат да помогнат за премахването на болката в гърба и кръста, осигуряват по-добър сън, а и стягат тазово дъно. Такива например са йога, упражнения с топка, стречинг и такива, които изправят и укрепват гърба, кръста и свода.

НЕПОДХОДЯЩО РАБОТНО МЯСТО ЗА БРЕМЕННИ ЖЕНИ:

Когато условията на работа са уморителни, те се превръщат в рискови фактори за раждането и по-специално за преждевременно раждане. Някои фактори биха били вредни за бъдещата майка и за детето: изправено положение повече от 6 часа на ден; работа на поточна линия; работа с машина,

изискваща усилие при големи вибрации; физически натоварвания; пренасяне на тежести повече от десет килограма; еднообразна работа; силен шум; ниска температура; ненормално суха или влажна атмосфера; работа с химически вещества.

Освен това е установено, че когато са налице едновременно пет от изброените условия, процентът на преждевременните раждания достига от 3,5 до 14 на сто.

Когато на работното място съществува риск за безопасността или здравето на бременната жена и плода ѝ, работодателят е задължен да предприеме необходимите мерки за временно приспособяване на условията на труд, както и на работното време. Ако работодателят не може да направи това поради основателни и обективни причини, той е длъжен да я премести на друга подходяща работа с подходящо работно време.

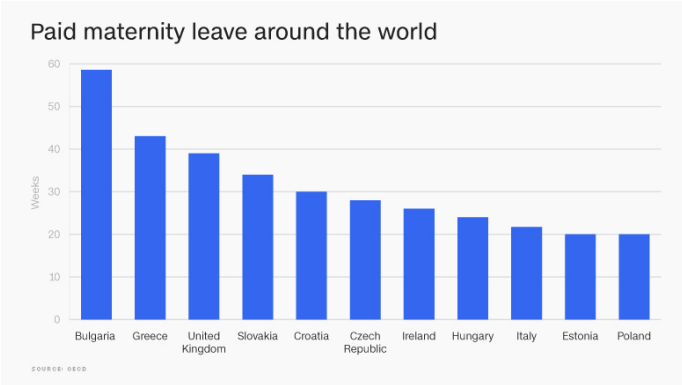
ИЗЛИЗАНЕ В МАЙЧИНСТВО

Ако всичко протича нормално, всяка работеща бременна жена има право да си остане вкъщи през последните 45 дни преди датата на термина – личният гинеколог издава задължителните болнични за този период. През останалото време има право на обичайния платен или неплатен отпуск, както и на отпуск по болест, ако обстоятелствата го налагат. Всяка бъдеща майка има право през работно време и на медицински прегледи, свързани с бременността.

В България майчинството се заплаща шест седмици преди раждането на детето, като до края на първата година след раждането майката получава 90% от работното си възнаграждение (за 410 дни). През втората година майчинството е в размер на 83% от минималната работна заплата. Размерът на платения годишен отпуск за страната ни е 90% за първата година и 25% за втората година.

Поради демографската криза в страната дебатът по темата често е емоционален и не отразява действителното състояние на политиките в тази сфера. Независимо дали правим съпоставка на база размер на обезщетенията или на база период на майчинството, България е сред страните, предлагащи най-добри условия.

CNN публикува класация за държавите с най-дълго платено майчинство в света по данни на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР), от която става видно, че България е на първо място /фиг. 1 /. /7/



Фиг. 1 Класация за държавите с най-дълго платено майчинство по данни на ОИСР

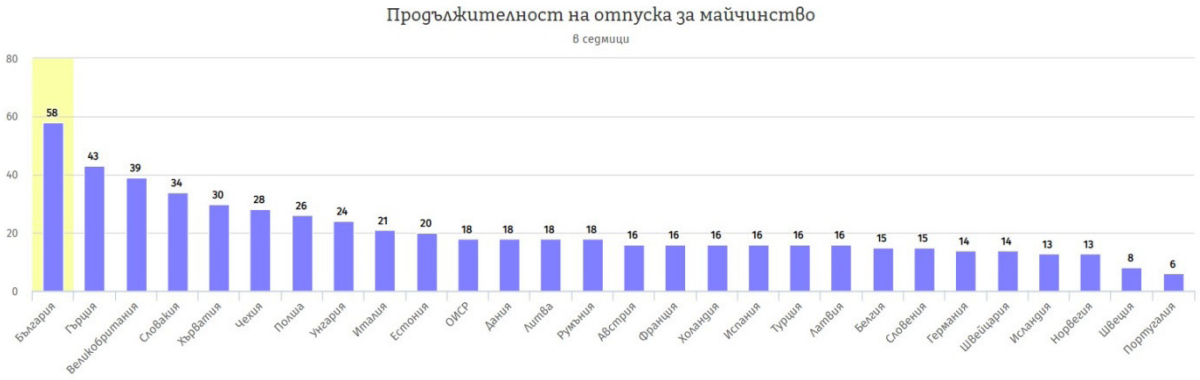
Въпреки че страната ни не е членка на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР), сравнителните анализи на тази организация относно системите за обезщетение на майките в различни страни по света, включват и нашата страна. От последното изследване се вижда, че:

• Майките в България имат по-продължителен отпуск при бременност и раждане на дете от този

във всички държави от ОИСР;

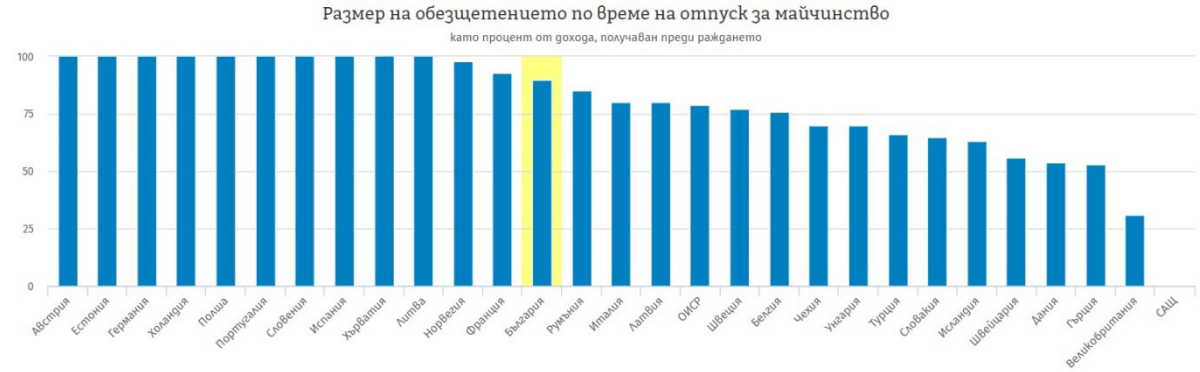
• Обезщетението в България, измерено като процент от дохода, получаван преди раждането, е най-високо сред трите държави с най-продължителен отпуск за бременност и раждане (България, Гърция и Великобритания).

Данните на ОИСР показват, че България се нарежда на първо място от всички изследвани страни по продължителност на платения отпуск при бременност и раждане (Фиг. 2). Той е 58,6 седмици (или 410 календарни дни, 45 от които се взимат преди раждането), което е повече от три пъти по-високо от средното за държавите от ОИСР – 17,7 седмици. На второ място в класацията е Гърция, следвана от Великобритания. /7/



Фиг. 2 Продължителност на платения отпуск при бременност и раждане

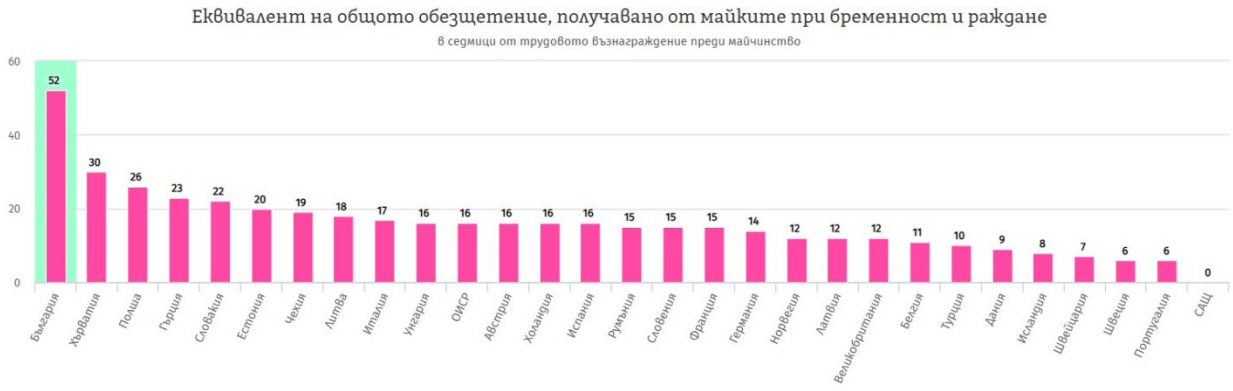
В страните, в които отпускът е сравнително дълъг, размерът на обезщетението е по-нисък (Фиг. 3). Именно България е изключението тук: при голяма продължителност на отпуска се предоставя и сравнително високо обезщетение - 90% от предишния доход. Макар че има много страни (като Австрия, Естония, Германия, Холандия и др.), където майките получават 100% от предишното си възнаграждение, средният период на майчинството там е значително по-кратък. От тези страни най-дълъг е той в Хърватия – 30 седмици. Изключение, но в другата крайност, е САЩ, където няма определен задължителен размер на продължителността на отпуска и на обезщетението, изплащано през този период. /7/



Фиг. 3 Размер на обезщетението

Що се отнася до еквивалента на обезщетенията, България се нарежда отново на първо място (Фиг. 4). Този показател се получава, като продължителността на отпуска (измерен в седмици) се

умножи по размера на обезщетението (измерено като процент от предишния доход). Така по време на 58,6-те седмици отпуск, майките у нас получават обезщетение, равняващо се на 52,7 седмици от предходното им възнаграждение. Сред държавите, в които обезщетението е високо спрямо времетраенето на отпуска, се нареждат Хърватия (30 седмици) и Полша (26 седмици).



Фиг. 4 Еквивалент на обезщетенията

Тези данни ни позволяват да заключим, че голямата продължителност на отпуска поради бременност и раждане у нас е сред изключенията в световната практика. Проблемът с размера на обезщетенията, доколкото съществува, е друг и по-скоро е следствие от ниския размер на трудовите възнаграждения у нас, които в крайна сметка формират и размера на получаваните обезщетения.

ВРЪЩАНЕ НА РАБОТА

Според Кодекса на труда, работещите майки, които кърмят, имат право на отпуск и облекчения. Чл. 166 дава възможност на кърмещата жена да ползва отпуск от два часа дневно до навършване на 8 месеца на детето, а след това - 1 час дневно. Ако има близнаци, часовете съответно са 3 до навършване на 8 месеца и 2 часа след това.

В България през последните години няколко компании направиха сериозна крачка към изграждането на среда, която да позволява на служителите да бъдат спокойни за отглеждането на децата си. На пръв поглед голямата им инвестиция (между 200 и 500 хил. лв.) е със съмнителна възвращаемост, но въпреки това компании като «Мобилтел», Siemens, «Софарма» АД, «Овергаз“, гръцката „Viohalco“ и „Progress“ изграждат вече съществуващи детски центрове, наподобяващи детска градина, които са създадени специално за децата на служителите. /5/ Те включват:

✓ специализирани пространства за развитие на когнитивни и креативни умения и логическо мислене

✓ кабинет „Монтесори“

✓ кухня с кът за малки готвачи

✓ детска библиотека за четене и почивка

✓ външно и вътрешно игрище

✓ кът за кърмене

В таблица 1 са изброени част от предимствата, които допринасят за успешното връщане на работа на майката, като паралелно с това се запази и кърменето, както и това, че бебето не се отделя от майката.

Табл. 1 Предимства, които допринасят за успешното връщане на работа на майката

За родителя	За бебето
позволява по-бързо връщане на работа	близо е до мама или татко, тоест то е щастливо, спокойно и усеща, че е обградено с така нужната му любов и топлина
действа успокояващо, сваля нивото на стреса и притесненията, защото отрочето е под ръка	свиква с нови хора, с различна обстановка, израства по-уверено и способно да комуникира с околния свят
увеличава шансовете за успешно кърмене, което е най-доброто за бебето ти, а и примера действа насърчаващо за другите жени	не расте в стерилната среда на детската стая и кошчето, изгражда си адекватен имунитет и умения да комуникира

Защо това се случва в момент, в който повечето бизнеси съкращават разходите си за корпоративна социална отговорност? Защото плюсовете от подобно начинание са по-големи от размера на инвестицията. Основните ползи, които компаниите припознават, са свързани с по-високия и социален работодателски имидж, по-висока ефективност на работните процеси, по-висока ангажираност и мотивация на служителите, по-малко текучество и не на последно място – отгледани щастливи деца.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Установено е, че много жени, които работят през половината или през по-голяма част от бременността, се чувстват много по-щастливи и удовлетворени. Това е напълно обяснимо. Трудът се използва за лечение и психотерапия от психолозите. Ежедневното изпълняване на любимата професия, комуникацията с колеги и клиенти, влагането на творческа енергия и осъществяването на проекти или цели носят щастие на жената и не е нужно тя да се отказва от всичко това.

Доброто емоционално състояние се отразява благоприятно на имунната система и на бременността като цяло. Съсредоточаването, например, върху този фактор е по-важно, отколкото отговора на въпроса да работи или не бъдещата майка

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА:

1. https://www.noi.bg/benefits/benefits/100-nerabotosposobnost/1860-ma13

2. Интернет (Изследователският център на УНИЦЕФ – Иноценти, публикува нов доклад за политиките в подкрепа на семействата. Докладът използва данни от 2016 г. от ОИСР и Евростат за платения отпуск за майки и бащи при пълно заплащане и обхванатите в детски заведения деца под 3 г. и между 3 г. и училищна възраст.)

3. https://www.unicef.org/bulgaria/sites/unicef.org.bulgaria/files/2019-06/UNICEF%20Innocenti%20report%202019.pdf

4. https://www.manager.bg/politika/200-firmi-s-shans-za-subsidii-za-detski-kt-v-ofisa

5. https://www.karieri.bg/k3/management/1847076_s_deca_v_ofisa_misiiata_vuzmojna/)

6. http://palitrastyle.com

7. https://www.infograf.bg/article/1458409889000#)

8. https://9m-bg.com/bremennost/adv-maria-petrova-za-pravata-po-vreme-na-bremennost/)

9. https://www.puls.bg/bremennost-i-razhdane-c-36/vnimavaite-bremenni-stoeneto-vredi-no-n-10599

„ЗАЩО АКУШЕРКА?“ СТУДЕНТИТЕ ОТ СПЕЦИАЛНОСТТА ЗА ИЗБОРА СИ НА ПРОФЕСИЯ

Здравка Д. Атанасова, Кремена К. Митева

Резюме: *Изборът за професионална реализация в сферата на Акушеро-гинекологичната помощ се предопределя от множество фактори.*

Цел: *Да се изследват мотивите на студентите от специалност „Акушерка“ в Медицински факултет, Тракийски университет – Стара Загора за избора на професия.*

Материал и методи: *проведено е анонимно анкетно проучване на 61 студенти от първи до четвърти курс специалност „Акушерка“ в Медицински факултет, Тракийски университет в началото на учебната 2020/2021 година. Резултатите са обработени с надеждни математически и статистически методи и дават основание да се направят съответните изводи.*

Установи се, че студентите са водени от различни мотиви при избора си за обучение по специалност „Акушерка“. Приоритетно място заемат: „да помагам на всяко момиче и жена“, „да хващам в ръцете си новия живот“ и „да се грижа за новородените деца“. Всички студенти застават твърдо зад избора си на професия.

Ключови думи: *акушерка, мотиви, избор, професия.*

«WHY A MIDWIFER?» STUDENTS FROM THE SPECIALTY FOR THEIR CHOICE OF PROFESSION

Zdravka D. Atanasova, Kremena K. Miteva

Summary: *The choice for professional realization in the field of Obstetrics and Gynecology is determined by many factors.*

Objective: *To study the motives of students majoring in „Midwife“ at the Faculty of Medicine, Thracian University - Stara Zagora for choosing a profession.*

Material and methods: *an anonymous survey was conducted on 61 students from first to fourth year majoring in Midwifery at the Faculty of Medicine, Thracian University at the beginning of the 2020/2021 academic year. The results are processed with reliable mathematical and statistical methods and give grounds to draw the appropriate conclusions.*

It was found that the students were guided by different motives in their choice to study in the specialty „Midwife“. Priority is given to: „helping every girl and woman“, „taking the new life in my hands“ and „taking care of newborns“. All students stand firmly in their choice of profession.

Key words: *midwife, motives, choice, profession.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Устойчивостта на здравеопазването в страната ни, както и качеството на предоставяното медицинско обслужване в голяма степен зависят от мотивацията и квалификацията на работещите в сектора /акушерки, медицински сестри и асоциирани медицински специалисти/ като важен и ценен ресурс в системата на общественото здраве.

През последните години се засилва тенденцията към недостиг на медицински персонал не само в България, но и в целия Европейски съюз. Обезпокоителна е прогнозата, според която към края на 2020 година се очаква дефицит на квалифицирани кадри в системата на европейското здравеопазване в размер на около 2 милиона души. У нас е значителен делът на емигриращите здравни професионалисти. Повишава се средната възраст на работещите в здравеопазването. По данни на Българския лекарски съюз /БЛС/ и Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи /БАПЗГ/ приблизително 50% от работещите лекари и здравни професионалисти са на възраст 46-60 г., а 15% от специалистите по здравни грижи са над 60 г. Разкрива се негативната тенденция броят на постъпващите новозавършили специалисти в системата на здравеопазването да е недостатъчен, за да компенсира емигриращите в чужбина кадри и темпа на пенсиониране на застаряващата работна сила. (13;14)

По данни на НСИ към 31.12.2019 г. на основен трудов договор в лечебните и здравните заведения в страната практикуват: общо 46 491 медицински специалисти по „Здравни грижи“; акушерки - 3269 и лекари акушер-гинеколози - 1 737. Според съсловната организация на професионалистите по здравни грижи още 8000 акушерки са нужни, за да отговорят на нуждата от качествени грижи за бременните и раждащите у нас. (14)

На фона на тази реалност трябва да се осигури устойчивост на здравеопазването в страната ни и качество на предоставяното медицинско обслужване.

П. Запрянова (старша акушерка в Родилно отделение, УМБАЛ „Свети Георги“ – Пловдив) – победител за цяла Европа в специализирания международен конкурс „Kate Granger Awards 2020“- „най-добрия професионалист в своята сфера на Стария континент“ споделя, че „все по-трудно младите хора избират професията, защото е трудна, отговорна и недобре платена, а младите хора комерсиализираха своето мислене и избират професии, които бързо и лесно да има възвращаемост.” (15)

Изборът на професия е важен момент в живота на всеки човек, особено за избралите професиите в областта на здравните грижи, поради социалната значимост и емоционалната обагреност на специалностите в направлението. (1, с.10)

При професионалното ориентиране трябва да се съблюдават следните принципи:

- Индивидуално личностен подход – да се отчитат личните характеристики, склонности и др.;

- хармонично съчетание на личните и обществените интереси;

- максимално съвпадение на професиограмата и личните качества – наличие на професионално значими качества и липса на противопоказания. (6)

Изборът на професия от професионално направление «Здравни грижи» трябва да бъде свободно и мотивирано решение. Провеждането от младите хора на предварително проучване и разясняване на същността и спецификата на професията, нагласата за работа в здравната сфера спомагат за психологическата им готовност като студенти, за преодоляване на трудности от емоционално-психически характер и за готовност за физическо натоварване при обучението по специалността. (2, с. 43). Подчертаният интерес към професиите в сферата на общественото здраве и желанието за професионална реализация е предпоставка за сериозно отношение към учебния процес. (12, с.29)

А.Андонова подчертава, че мотивацията за обучение се засилва при добра организация на учебния процес и оптимално структурирани учебни програми. Компетентността и авторитетът на преподавателския състав също оказват влияние за създаване на положително отношение към обучението и изучаваната професия. (3, с.14)

Избралите професията „акушерка“ имат възможност да продължат образованието си в образователно-квалификационна степен „бакалавър“ и/или „магистър“ по специалността „Управление на здравните грижи“. В тази насока Г. Петрова провежда проучване върху мотивацията на медицинските специалисти към продължаващото обучение. Установява, че обучаващите се в специалността притежават висока мотивация за продължаващо обучение („силна академична мотивация“ при всички първокурсници, която след три годишен период на обучение при завършващите е „умерена“) и са удовлетворени от избраната професия. (12, с.24-29)

Според Хр. Милчева удовлетвореността и мотивацията биха могли да се приемат като критерии за успешна професионална дейност. Тези две понятия са с голяма значимост при обучението на медицинските специалисти. (9, с.36)

ЦЕЛ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Да се изследват мотивите на студентите от специалност „Акушерка“ в Медицински факултет, Тракийски университет – Стара Загора за избора на професия.

МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО

Проведено е анонимно анкетно проучване на студенти от първи до четвърти курс специалност „Акушерка“ в Медицински факултет, Тракийски университет – Стара Загора в началото на учебната 2020/2021 година.

Анкетирани са 61 студенти (съставляващи 95,3% от всички обучаващи се към момента на изследването), от които:

- първи курс – 20 студента;
- втори курс – 13 студента;
- трети курс – 13 студента;
- четвърти курс - 15 стажанта.

Резултатите са обработени обработени с помощта на пакета Microsoft Office Excel.

РЕЗУЛТАТИ

Проучванто установи, че изборът за професионална реализация в сферата на Акушеро-гинекологичната помощ се предопределя от множество фактори.

На въпроса „Защо избрахте да се обучавате по специалност „Акушерка“?“ студентите свободно са изложили мотивите си за професионално ориентиране и са посочили по няколко отговора. Не са попълнили отворения въпрос 6,6% от анкетираните.

Значителна част от отговорите на студентите разкриват вълнение и любов към професията, както и огромно желание да я практикуват. Позволяваме си да цитираме някои от тях:

✓„Със започване на следването в университета пред мен се разкриха хоризонтите на акушерската професия. Преподавателите ми и всички, с които се срещнах при обучението си, ме накараха да осъзная, че съм направила правилния избор. Акушерките не просто израждат бебетата. Те имат честта да бъдат част от това специално преживяване в живота на всяка жена. Всяко раждане е различно, уникално, както всяка жена и всяко бебе. Да бъдеш свидетел на първата глътка въздух на малкото човече, да бъдеш свидетел на първата среща на майка и бебе, дори само заради тези две неща си струва да бъдеш акушерка. А колко още много емоционални моменти има в акушерската професия, не биха ми стигнали думи да ги опиша...“

✓„Акушерката е „богоизбрана“. Тя е е тази, която първа държи в ръце си новия живот, още преди

да го прегърне майка му. Тя е тази, която му помага да поеме първите си глътки въздух.“

✓ „Искам да съм свидетел и участник в нещо толкова свято, като раждането.“

✓ „Несравнимо е усещането да виждаш сълзата от щастие в очите на в майката, на която току-що си помогнала да даде нов живот.“

✓ „От малка бях насочена към професия свързана с медицина. Най-вече имах желанието да работя с деца (новородени и кърмачета). Или щях да стана педиатър, или акушерка, но като се замислих специалността „Акушерка“ ме привлече повече, с чувството „да поемеш новия живот в ръцете си първи и да даряваш първите глътки въздух. Искам да стана акушерка и след раждането да се грижа за новородените деца.“

✓ „Акушерската професия е мисия и призвание. Изисква много търпение и любов. Всяка акушерка трябва да обича това, което прави и да бъде горда, че е поела тази мисия. Акушерката става свидетел на появата на новия живот, но и на зараждането на една дълготрайна връзка между майката и детето. Привилегия е да бъдеш пряк свидетел на нещо толкова свято. Тази мисъл ме прави горда и радостна, че един ден, аз също ще бъда акушерка.“

Резултатите разкриват, че сред водещите мотиви при избора на професия са желанието и възможността за осъществяване на основните акушерски компетинции:

✓ грижи за бременната, раждащата жена и родилката /акуширане/ - 50,8 %;

✓ грижи за новородените деца – 26,2%;

✓ грижи, консултиране и съветване на жената през различните периоди на живота й - 19,7 %.

Акушерската професия е „мисия и призвание“ за 11,4% от анкетираните. Същия процент студентите са избрали професията, защото е престижна и считат, че хората и най-вече жените уважават акушерките.

Посочените резултати разкриват, че кандидатите са направили съзнателен избор за бъдещата си професия. В съдържателен аспект обстойните свободни отговори, включително и на обучаващите се в първи курс, доказват, че преобладават студентите, които имат предварителна представа за същността на професията. Данните тълкуваме като задоволителни, защото съзнателният и мотивиран избор на професия има голямо значение за ефективността на обучението по специалността и е важна предпоставка за успешна кариера, професионално самочувствие и удовлетвореност.

На фигура 1 са представени водещите мотиви при избора на професия сред студентите от специалността в Тракийски университет.

грижи за бременната, раждащата жена и родилката /акуширане/	50,8%
грижи за новородените деца	26,2%
грижи за жената през различните периоди на живота й	19,7%
мисия и призвание	11,4%
престижна /благодарна професия	11,4%
обичам да помагам на хората	3,3%
моя мечта	9,8%
лесно ще намеря работа	3,3%

Фиг.1 Мотиви при избора на професия „Акушерка“

на студентите от специалността в Тракийски университет

Очертава се и тенденция „младите хора да се ориентират към медицинските професии, за да намерят по-бърза и сигурна реализация, с оглед на сериозния дефицит на кадри“.(10,с.47) За 8,2% от бъдещите акушерки предопределящо за професионалната им ориентация е „лесното намиране на работа сред завършване“ .

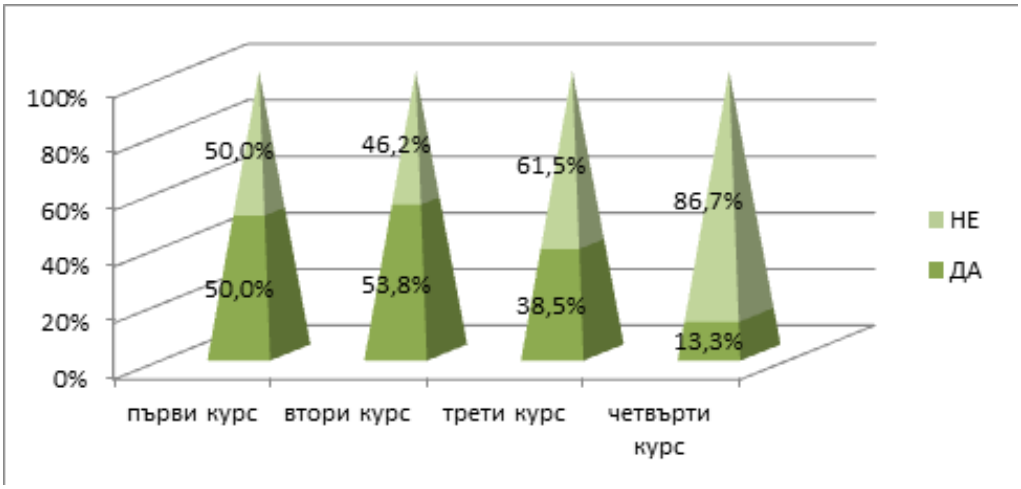
В проучванията си за мотивацията за обучение на студентите в избраната специалност, включващи и специалност „акушерка“ (2012г.), А.Андонова посочва, че значително висок процент от анкетираните (64%) са взели самостоятелно решение за избора на професия. (2, с.49) Ние установихме, че 4,9% от студентите изучават случайно специалността, защото са приети в нея, макар да не е първото им желание. По „напътствие и настояване от родителите“ за акушерки се обучават 6,6% от анкетираните.

Посоченият по-горе автор изследва влиянието на ефектите на различни фактори върху академичната мотивация. Установява, че:

- избралите професията самостоятелно показват по-висока средна академична мотивация;

- избралите професията чрез родители показват по-ниска средна академична мотивация, което се приема като очакван резултат,тъй като е решение взето по принуда. (2, с.53)

Към настоящият момент, значителен процент (39,3%) от студентите обучаващи се за акушерки са от семейства с медицински професии. Считаме, че това е повлияло при професионалното ориентиране. Разпределението на резултатите на въпроса „Има ли медицински специалисти в семейството ви?“ са представени на фигура 2, а това на броя родители с медицинска специалност по курсове - в таблица 1.

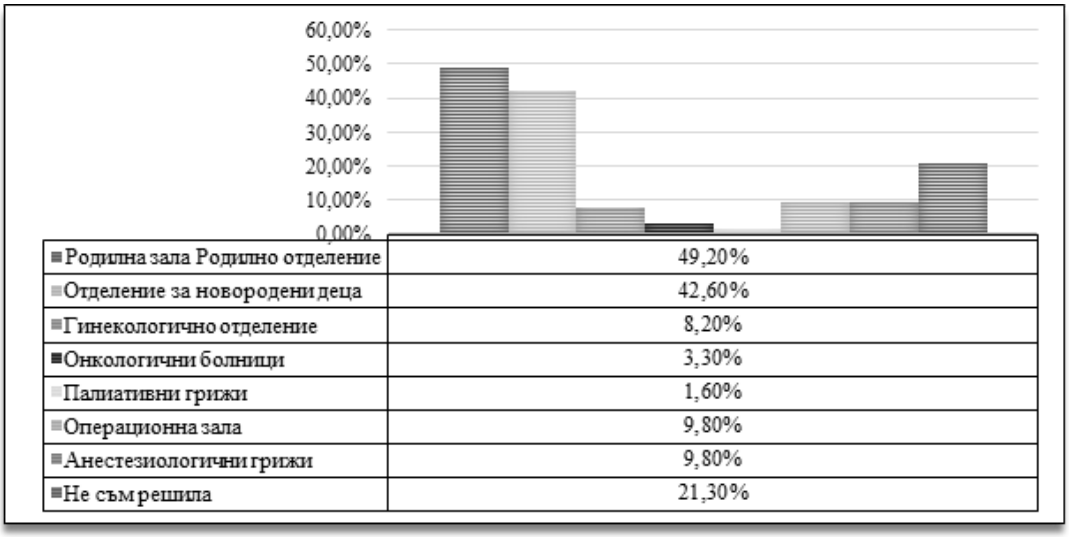


Фиг. 2 „Има ли медицински специалисти в семейството ви?“

Таблица 1 Брой работещи роднини в сферата на здравеопазването - по курсове

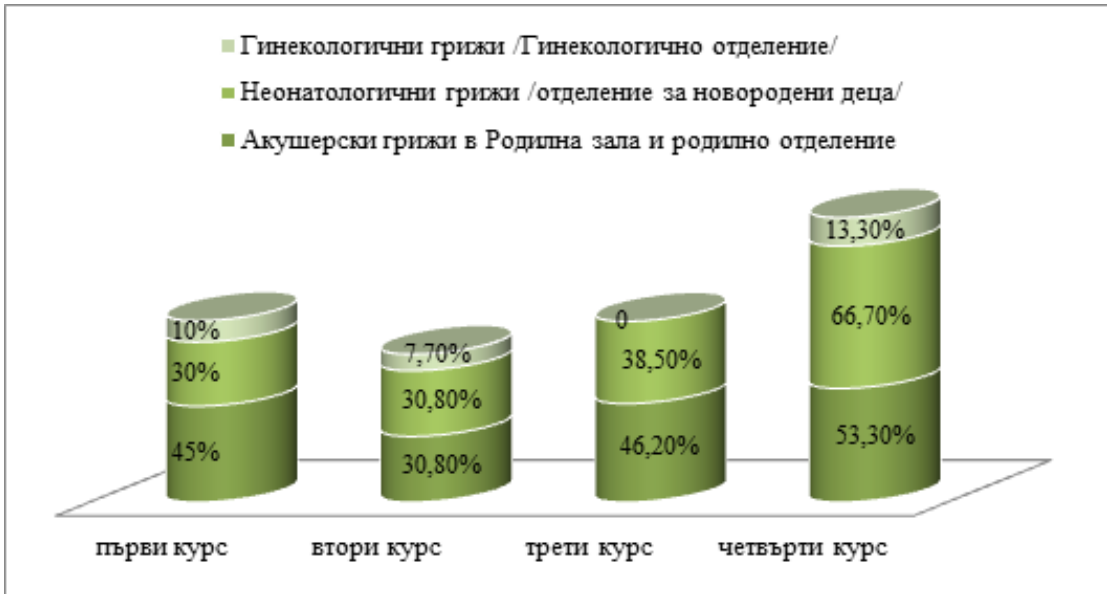
Медицинска специалност	**брой родители с медицинска специалност на студенти от:**			
	Първи курс	**Втори курс**	**Трети курс**	**Четвърти курс**
лекар	3	4	0	2
акушерка	1	0	1	0
медицинска сестра	6	5	3	1
фармацефт	0	0	1	0

Бъдещите акушерки имат различни предпочитания за сферите на здравни грижи, в която биха искали да се реализират професионално, като са посочили повече от един сектор. Близо половината от бъдещите акушерки желаят да работят в родилна зала/ родилно отделение (49,2%). Близък е делът желаещите да полагат неонатологични грижи в отделенията за новородени деца (42,6%). Единици са студентите, които изразяват готовност да започнат работа в Комплексните онкологични центрове и в областта на палиативните грижи. Не са взели решение професионалната си реализация 21,3 % от анкетираните. Резултатите са визуализирани на фигура 3.



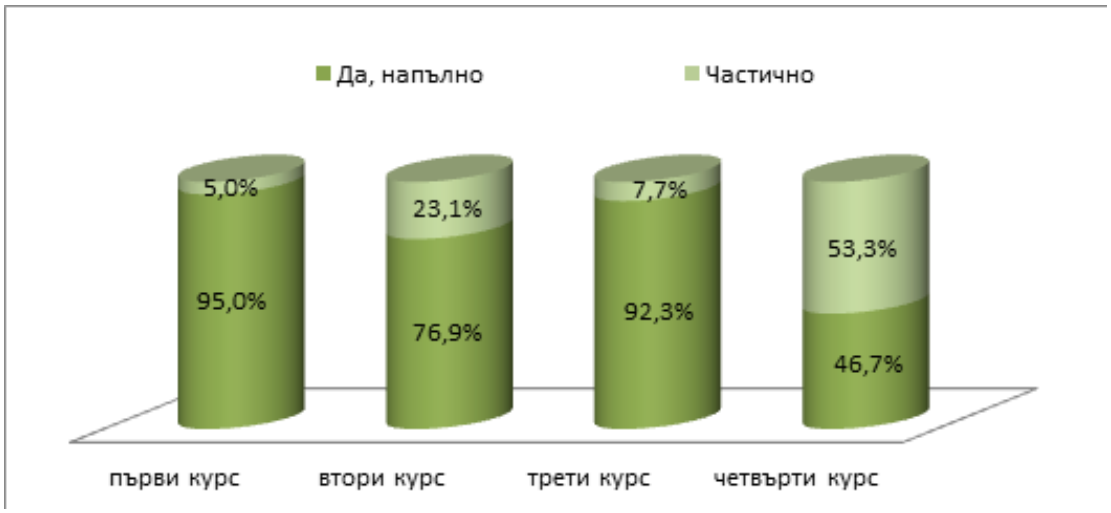
Фиг. 3 Предпочитани звена за професионална реализация на студентите в лечебните заведения за АГ- помощ

След завършването си студентите биха желали да работят главно в три от основните звена в лечебните заведения за АГ- помощ, а именно: родилна зала / родилно отделение и отделенията за новородени деца и гинекологично отделение (виж фигура 4). Резултатът не ни изненадва, защото по учебен план студентите от първи и втори курс все още не са изучили дисциплините „Анестезиология и интензивно лечение“, „Акушерски и сестрински грижи за онкологично болни жени“ и т.н., както и частично или изцяло не са провели практическата си подготовка в секторите.



Фиг. 4 Предпочитани звена за професионална реализация - по курс на обучение

Учебният процес е многостранен и въздества върху обучаващите се акушерки с всички свои елементи. При анализа на въпроса: „Обучението Ви по специалността поддържа ли вашата мотивация?“ се установяват две групи студенти. Първата група (78,7%) оценяват високо обучението си по специалността и са „напълно“ удовлетворени от него. Втората група (21,3%) счита, че обучението „частично“ поддържа мотивацията им. Няма демотивирани от организацията и провеждането на обучението студенти. Резултатите по курс на обучение са визуализирани на фигура 5.



Фиг. 5 Резултати на въпроса „Обучението Ви по специалността поддържа ли вашата мотивация?“

Потвърждаване на позитивната нагласа на студентите към акушерската професия е резултатът от отговора на въпроса: „Ако сега избирате професия, бихте ли избрали отново да станете акушерка?“. 98,4% от анкетираните са посочили категоричното „да“. и застават твърдо зад избора си на професия. Посоченото е доказателство, че студентите от специалност „акушерка“ в Медицински факултет на Тракийски университет разпознават себе си в професията.

ИЗВОДИ

Анализът на резултатите от проведеното изследване позволява да се направят следните **изводи**:

➢ Изборът за професионална реализация в сферата на здравните грижи се предопределя от множество фактори.

➢ Водещи мотиви при избора на професия са желанието и възможността за осъществяване на основните акушерски компетинции: грижи за бременната, раждащата жена и родилката /акуширане/; грижи за новородените деца и грижи, консултиране и съветване на жената през различните периоди на живота й.

➢ Значителен е дялът са студентите, които имат предварителна представа за същността на професията и са направили съзнателен избор за бъдещата си професионална реализация.

➢ Разкриват се различни предпочитания за бъдеща професионална реализация като сектор на здравната система и на акушерските грижи.

➢ Студентите от специалност „акушерка“ в Медицински факултет на Тракийски университет разпознават себе си в професията и застават твърдо зад избора си.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА:

1. Андонова, А., Мотивация за обучение на студентите в сферата на Здравните грижи и общественото здраве, Автореферат на дисертационен труд за присъждане на ОНС „Доктор“, Научна специалност „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията“ – 03.01.53, Стара Загора, 2012

2. Андонова, А., Обучението на медицинските сестри. Роля на мотивацията, Стара Загора, 2013

3. Андонова, А., Структурно-функционалният модел на факторите, влияещи върху академичната мотивация на студентите от специалност „Медицинска сестра“ „Акушерка“, сп. Сестринско дело, МУ, ЦМБ, бр.3, 2013, с.13-16

4. Василева, Н., Мотивацията за избор, работа и кариерно развитие в сестринската професия, Автореферат на дисертационен труд за присъждане на ОНС „Доктор“, София, 2014

5. Грънчарова, Г. Управление на здравните грижи, изд. МУ - Плевен, 2005.

6. Десев, Л., Педагогическа психология, изд. Аскони – Издат“, София, 1996г.

7. Димитрова, В., Обучението в специалност „Акушерка” – осъзнат избор или случайност, сп. Здравни грижи, кн.3, 2012.

8. Дойновска, Р., Д. Величкова, Т. Тодорова, Мотивационни фактори за избора на професия „медицинска сестра“ и „акушерка“ , PROCEEDINGS OF UNIVERSITY OF RUSE - 2017, volume 56, book 8.3.

9. Милчева, Хр., Етико-деонтологични аспекти на обучението, изд. Кота- принт, Стара Загора, 2007.

10. Милчева, Хр., Креативен стил в обучението на здравните професионалисти, изд. Лакс бук, Стара Загора, 2019.

11. Милчева, Хр., От традицията към иновацията при обучението на медецинските сестри и акушерките, изд. ЕКС-ПРЕС, Габрово, 2012.

12. Петрова, Г., Обучението на бакалаври по „Управление на здравните грижи” (Управленски и организационни аспекти), изд. ЕКС-ПРЕС, Габрово, 2009

13. http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index_bg.htm

14. https://www.nsi.bg/bg/content/3316

15. standartnews.com

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

Ас. Здравка Динева Атанасова, д.м.

Доц. Кремена Кънчева Митева, д.п.

Тракийски университет, Медицински факултет, катедра „Здравни грижи“

6000 Стара Загора, България

ул. „Армейска” № 11

E mail: zdravka.atanasova@trakia-uni.bg

ПСИХИЧНА АДАПТАЦИЯ НА СТУДЕНТИТЕ В СФЕРАТА НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ И ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ КЪМ ДИСТАНЦИОННА ФОРМА НА ОБУЧЕНИЕ

Надежда Г. Иванова [1], Мариана П. Радичева[2], Надя В. Влаева[3], Ален Т. Петров, Мира Н. Христова

РЕЗЮМЕ:

Във връзка с дистанционната форма на обучение, през 2020 г. се проведе анкетно проучване на студенти от Медицински факултет на Тракийски университет в град Стара Загора.

Висок процент от анкетираните имат желание за провеждане на обучението присъствено (83,5%). При сравнителното анализиране се установи, че по-висок процентен дял от студентите (54,9%) определят адаптацията си към дистанционната форма на обучение като активна.

Ключови думи: *адаптация, студент, дистанционна форма, обучение*

MENTAL ADAPTATION OF STUDENTS IN THE FIELD OF HEALTH CARE AND PUBLIC HEALTH TO DISTANCE FORM OF TRAINING

Nadezhda G. Ivanova[1], Mariana P. Radicheva[2], Nadya V. Vlaeva[3], Alen T. Petrov, Mira N. Hristova

ABSTRACT

In connection with the distance form of education, in 2020 a survey was conducted of students from the Medical Faculty of the Trakia University in Stara Zagora. A high percentage of respondents are willing to conduct the training in person (83.5%). In the comparative analysis it was found that a higher percentage of students (54.9%) define their adaptation to distance learning as active.

Key words: *adaptation, student, distance form, training*

„На основание чл. 63 от Закона за здравето и във връзка с усложняващата се епидемична обстановка, свързана е разпространението на COVID-19 на територията на страната и обявеното с Решение от 13.03.2020 г. на Народното събрание на Република България извънредно положение и препоръки на Националния оперативен щаб, създаден със заповед № Р-37/26.02.2020 г. на министър-председателя на Република България, със Заповед на Министъра на здравеопазването (РД-01-124/13.03.2020 г.):

…2. Преустановяват се учебните занятия и всички извънкласни мероприятия (занимални, клубове, зелени училища, екскурзии и други) в училищата, университетите и в другите обучителни институции и организации. При възможност се въвежда дистанционна форма на обучение…" [11,12]

Според В. Гюрова, *„дистанционното обучение най-често се свързва с физическата дистанция между учащия (учащите) и водещия обучението."* [7,с.365]

Хр. Милчева, защитава тезата че „въвеждането на иновационните подходи, методи и форми при обучението на медицинските сестри и акушерките през последното десетилетие е продиктувано от процесите на реформиране с цел подобряване качеството на образованието в сферата на общественото здраве и здравните грижи." [4,с.45]

Д. Тодорова и А. Андонова, изказват становището „непрекъснатото обучение на медицинските специалисти трябва да е приоритет на здравната система". [9]

Основната цел е ***осигуряване на непрекъснатост на процеса на обучение***. За нейното постигането се изработиха *задачи за изпълнение*:

1. Актуализиране на информацията (СМК, активна комуникация между преподаватели и студенти и др.)

2. Продължаване на учебния процес в съответствие с учебната програма.

3. Организиране и обучение от разстояние чрез електронни платформи (Google meet, Google Classroom и др.).

4. Адаптация на участниците в процеса на обучение.

5. Качество на обучението.

Адаптация (рус. "адаптация", лат. "adaptatio") е термин, чието книжовно значение е „приспособяване", „пригодяване", а биологично- „приспособяване на организмите към условията на средата за съществуване". [10,с.34]

Изхождайки от континуума за здравето като единство на физическо, психическо здраве и социално благополучие, ***адаптацията е биологична, психична и социална****.* [1] Същото диференциране прави и К. Мечков, който определя и трите разновидности като: ***пасивна*** *– „нагаждане, без извършване на изменения в средата"* и ***активна*** *– „чрез извършване на изменения в средата с оглед да се получат от нея желаните въздействия"*.[2,с.38]

К. Мечков класифицира потребностите *по критерия обусловеност – на биологични и социални, по критерия принадлежност – на материални и духовни*. Той определя здравето като ***„сложна система от материални и духовни, биологични и социални потребности"***. [2,с.42]

По отношение на енергетичния заряд на потребностите, Т. Танева обсъжда също и възможната неосъзнатост на базовите потребности, които движат човешкото поведение.[8]

Според Б. Минчев, „първичното равнище на подбудителност е системата на потребностите". Той класифицира потребностите *според жизнения фактор, който отразяват на функционални, веществени и информационни*. [3,с.123,125] Той диференцира *три функции на потребностите: сигнална, прогностична и активираща адекватно поведение*. [3,с.125]

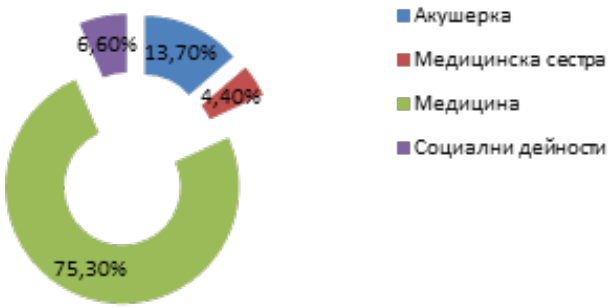
В таблична форма са представени *функциите, които изпълнява потребността от осигуряване на непрекъснатост на обучението*.

Табл. 1. Функции на потребността от осигуряване на непрекъснатост на обучението

Функции на потребността от осигуряване на непрекъснатост на обучението		
Сигнална	**Прогностична**	**Активираща адекватно поведение**
✓ необходимост от преустановяване на присъствените учебните занятия в университетите; ✓ необходимост от дистанционна форма на обучение ✓ потребност от придобиване на нови знания, умения и навици; ✓ формиране на качества и компетенции на личността; ✓ ограничаване на разпространението на COVID-19; ✓ необходимост от социална дистанция; ✓ динамичен характер на информацията; ✓ оценъчно отношение към индивидуалното здраве и това на другите; ✓ формиране на здравна култура и др.	✓ продължаване на обучението, съгласно учебната програма; ✓ организация на учебния процес в новата среда; ✓ придобиване на теоретични знания от студента; ✓ придобиване на практически умения и навици от студента; ✓ използване на съвременни технологични средства за дигитално сътрудничество; ✓ формиране на качества и компетенции на личността; ✓ активна комуникация между преподавател и студент; ✓ качество на обучението и др.	✓ включване на всички преподаватели и студенти; ✓ подбор и използване на съвременни технологични средства; ✓ осигуряване на Интернет достъп; ✓ обучение за правилно използване на електронни платформи; ✓ адаптиране на учебния процес към новите условия; ✓ поддържане на активна обратна връзка; ✓ преодоляване на всички трудности при дистанционна форма на обучение и създаване на условия за активна адаптация към новата среда; ✓ насоченост към успешно дигитално сътрудничество; ✓ насоченост към резултативно педагогическо взаимодействие и др.

Във връзка с дистанционната форма на обучение, през 2020 г. се проведе анкетно проучване на студенти от Медицински факултет на Тракийски университет в град Стара Загора. Анкетираните лица са от специалност „Медицина”, „Акушерка”, „Медицинска сестра” и „Социални дейности”. Оценката на здравните потребности и здравните грижи се осъществява от мултидисциплинарен екип специалисти (лекар, акушерка, медицинска сестра, социален работник, психолог и др.), което ни мотивира да включим тези специалности.

Общият брой анкетирани лица са 182. На фиг.1 е визуализирано процентното съотношение на различните специалности.



Фиг.1 Разпределение на анкетираните студенти по специалности (%)

Висок процент от анкетираните лица имат желание за провеждане на обучението присъствено (83,5%), като на другият полюс са 14,3 % - неприсъствено. Този резултат е релевантен на особеностите на обучението във ВМУ:

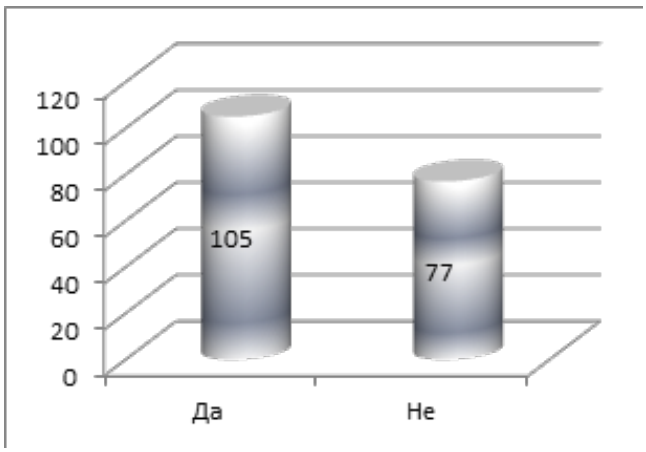
„Спецификата на ***учебно-възпитателния процес на студентите във ВМУ произтича от интегрирането му в лечебно – диагностичния процес на пациентите в ЛЗ***.

Двата процеса се ***намират в сложна симбиоза и ако тя бъде нарушена, започват да протичат като изолирани процеси.***

Точно както учебно-възпитателния процес е в сложна симбиоза с лечебно-диагностичния процес, така и ***преподаването, ученето и лекуването са взаимно обусловени***, особено при обучение в реална клинична обстановка.” [1]

На всички анкетирани лица, беше поставен въпрос *„Използвали ли сте до сега приложения/платформи за дистанционно обучение?”*. Мотивацията ни да направим проучване по този срез, беше откриване на *корелация* между *практически опит при опериране със съвременни технологични средства, мотивация, адаптация и удовлетвореност.* В съвремието, виртуалната среда е място за комуникация, бързо информиране от различни източници, извършване на трудова дейност, развлечения и не на последно място за дистанционно обучение.

На фиг.2 е визуализиран резултатът – 105 лица, отговарят „Да” (57,7%). Не е малък и процента на негативно отговорилите – 42,3%.



Фиг.2. Практически опит от вече използвани приложения/платформи за дистанционно обучение (брой)

При сравнителното анализиране се установи, че по-висок процентен дял от студентите (54,9%) определят адаптацията си към дистанционната форма на обучение като активна. Това е потребен модел, който се детерминира от качества на мисленето, личностни качества и компетенции, умения за справяне в кризисна (спешна, непозната) ситуация, мотиви за избор на медицинска професия и визията за професионално бъдеще. [1]

Като пасивна, оценяват психичната си адаптация 25,3% от анкетираните лица. Пасивното възприемане на промените в академичната среда се детерминира от фактори като липса на визия на професионално бъдеще; затруднения при опериране на съвременни технологични средства; липса на технологични средства; нежелание за самостоятелна работа, самовъзпитание и самообучение; затруднение при анализиране на информация, качества на личността и др. [1]

В ЗАКЛЮЧЕНИЕ НАПРАВИХМЕ СЛЕДНИТЕ ИЗВОДИ:

✓ *Висок процент от анкетираните лица имат желание за провеждане на обучението* ***присъствено (83,5%)****;*

✓ *При сравнителното анализиране се установи, че по-висок процентен дял от студентите* ***(54,9%) определят адаптацията си към дистанционната форма на обучение като активна.***

Насочеността към успешно дигитално сътрудничество и резултативно педагогическо общуване и взаимодействие са предпоставка за преодоляване на всички трудности при дистанционна форма на обучение, както и създаване на условия за активна адаптация на студента към новата среда.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА:

1. Иванова, Н., Формиране на професионално-клинично мислене при студентите в сферата на здравните грижи и общественото здраве, дисертация, том I, Стара Загора, 2016

2. Мечков, К., Медицинска психология, „ПИК”, Велико Търново, 1995

3. Минчев, Б., Обща психология, „Сиела софт енд паблишинг” АД, София, 2008

4. Милчева, Хр., От традициите към иновацията при обучението на медицинските сестри и акушерките, „Екс-прес”, Габрово, 2012

5. Попов, Т., съавт., Медицинска педагогика,„Екс-прес”, Габрово, 2011

6. Попов, Т., съавт., Педагогика - Теория на възпитанието I част, МУ, ИИК „ВЕЗНИ”, София, 2007

7. Попов, Т., съавт., Педагогика - Теория на обучението, Дидактика, II част, МУ, ИИК „ВЕЗНИ”, София, 2009

8. Танева, Т. Мотивация и склонност към риск, Българско списание по психология, №2, София, 2002.

9. Тодорова Д., А. Андонова, Проучване на нагласите на медицинските специалисти работещи в центровете за спешна медицинска помощ за участие в курсове за гериатрични здравни грижи в доболничната помощ. Бургас, 2019, академично списание „Управление и образование”, том XV (5), стр.95-97

10. Филипова – Байрова, М., С. Бояджиев, Е. Машалова, К. Костов, Речник на чуждите думи в българския език, изд. на БАН , София, 1993

11. https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2020/03/13/rd-01-124-vuvejdane-protiepidemichni-merki.pdf

12. www.mh.government.bg/bg

МОТИВАЦИЯ НА СТУДЕНТИТЕ В СФЕРАТА НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ И ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ ЗА ДИСТАНЦИОННА ФОРМА НА ОБУЧЕНИЕ

Надежда Г. Иванова [1], Надя В. Влаева[2], Мариана П. Радичева[3], Ален Т. Петров, Мира Н. Христова

РЕЗЮМЕ:

Във връзка с дистанционната форма на обучение, през 2020 г. се проведе анкетно проучване на студенти от Медицински факултет на Тракийски университет в град Стара Загора. „Мотивиране и насърчаване от преподавател" е водещият фактор, провокиращ интерес към дистанционна форма на обучение.

Ключови думи: *мотивация, студент, дистанционна форма, обучение*

MOTIVATION OF STUDENTS IN THE FIELD OF HEALTH CARE AND PUBLIC HEALTH TO DISTANCE FORM OF TRAINING

Nadezhda G. Ivanova[1], Nadya V. Vlaeva [2], Mariana P. Radicheva[3], Alen T. Petrov, Mira N. Hristova

ABSTRACT

In connection with the distance form of education, in 2020 a survey was conducted of students from the Medical Faculty of the Trakia University in Stara Zagora. "Motivation and encouragement by a teacher" is the leading factor provoking interest in distance learning.

Key words: *motivation, student, distance form, training*

„На основание чл. 63 от Закона за здравето и във връзка с усложняващата се епидемична обстановка, свързана е разпространението на COVID-19 на територията на страната и обявеното с Решение от 13.03.2020 г. на Народното събрание на Република България извънредно положение и препоръки на Националния оперативен щаб, създаден със заповед № Р-37/26.02.2020 г. на министър-председателя на Република България, със Заповед на Министъра на здравеопазването (РД-01-124/13.03.2020 г.):

…2. Преустановяват се учебните занятия и всички извънкласни мероприятия (занимални, клубове, зелени училища, екскурзии и други) в училищата, университетите и в другите обучителни институции и организации. При възможност се въвежда дистанционна форма на обучение…“ [11,12]

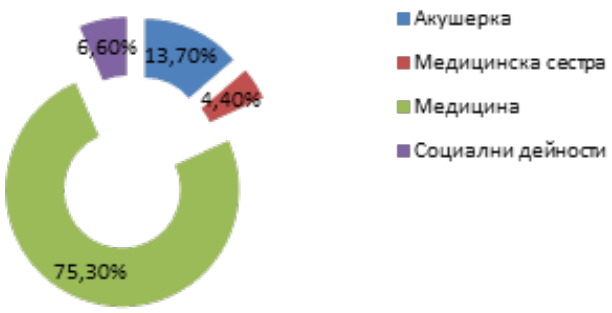
Според А. Андонова, „отражение върху мотивацията на личността оказват социалната среда, образованието, самообучението и други. Поддържане на високо ниво на мотивация на студентите за обучение и стремеж към непрекъснато усъвършенстване и усвояване на иновациите в медицината се постига от високо квалифицирани преподаватели, използване на подходящи методи и средства за обучение, високотехнологично оборудване и др.“ [13]

Хр. Милчева, защитава тезата че „за формиране на професионалните компетенции от значение е прилагането на адекватни подходи, методи и форми, които да съответстват на спецификата на обучението и да съдействат за поддържане на положителна мотивация при овладяване на професията.“ [5,с.45]

С. Кючукова поставя акцент на здравното възпитание и здравната грамотност, които трябва „да бъдат качествени и базови и опирайки се на тях, те да формират критичното си отношение при работата си в болнична среда. В същото време студентите трябва да намерят синхрона между академичната си подготовка и тази в реалната работа с пациентите/клиент.“ [2] М. Николова посочва мотивацията като основен фактор за запазване на служителите във всяка организация“. [6, с.234]

Във връзка с дистанционната форма на обучение, през 2020 г. се проведе анкетно проучване на студенти от Медицински факултет на Тракийски университет в град Стара Загора. Анкетираните лица са от специалност „Медицина“, „Акушерка“, „Медицинска сестра“ и „Социални дейности“. Оценката на здравните потребности и здравните грижи се осъществява от мултидисциплинарен екип специалисти (лекар, акушерка, медицинска сестра, социален работник, психолог и др.), което ни мотивира да включим тези специалности.

Общият брой анкетирани лица са 182. На фиг.1 е визуализирано процентното съотношение на различните специалности.



Фиг. 1 Разпределение на анкетираните студенти по специалности (%)

Потребността от проучване на факторите, провокиращи интерес към дистанционна форма на обучение във ВМУ, при студентите в сферата на здравните грижи и общественото здраве се базира

на няколко хипотези:

• Между отделните фактори има причинно-следствена връзка;

• Причинно-следствената връзка има динамичен характер;

• Един и същи фактор може да бъде причина и следствие;

• Проучваните фактори са генерализирани въз основа на ясно диференцирани базови фактори, намиращи се в пряка връзка.

Ние квалифицирахме интересът към дистанционна форма на обучение като *„първа стъпка" към активна психична адаптация на студента във ВМУ*. Анализираха се четири основни фактори. Анкетираните лица можеха да предоставят повече от един отговор. В таблица 1 представяне статистическите резултати на изследваните фактори.

Табл.1. Факторите, провокиращи интерес към дистанционна форма на обучение във ВМУ

Фактори, които провокират интерес на студента към дистанционно обучение	**Фактори, намиращи се в причинно-следствена връзка**
Мотивиране и насърчаване от преподавател – 56 %	⇨ Личността на преподавателя; ⇨ Личностни качества и компетенции на преподавателя; ⇨ Личностни качества и компетенции на студента; ⇨ Оценъчно отношение на студента към учебно-възпитателния процес във ВМУ; ⇨ Мотивация за избор на професия на студента; ⇨ Провеждане на обучение от преподавател за работа с електронни платформи; ⇨ Активна обратна връзка; ⇨ Адекватен подбор на методи, форми и средства на обучение.
Желание за самостоятелна работа и себеутвърждаване на студента – 53,8%	⇨ Личностни качества и компетенции на студента; ⇨ Самовъзпитание на студента; ⇨ Самообразование на студента; ⇨ Самообучение на студента; ⇨ Успешно дигитално сътрудничество между: преподавател и студент; отделните членове на групата; преподавател и всички членове на групата; ⇨ Успешно изпълнение на индивидуално поставени задачи от студента; ⇨ Оценка от преподавателя в реално време на изпълнените задачи; ⇨ Готовност и желание за преодоляване на трудностите при опериране със съвременни технически средства; ⇨ Умения за работа в екип на студента; ⇨ Умения за справяне в кризисна ситуация на студента; ⇨ Осигуряване на материално-технически средства от студента– учебници, учебни помагала, технически средства, Internet достъп и др. ⇨ Осигуряване на необходимата „атмосфера" в домашни условия – тишина в помещението, добро осветление, учебни материали и др.

Възможност за придобиване на висококачествено образование, без посещаване на учебното заведение -37,9%	⇨ Активна адаптация към провеждане на обучение on-line; ⇨ Предварителна подготовка по поставена тема от студента; ⇨ Своевременно усвояване на теоретични знания от студента; ⇨ Активно участие по време на учебен час; ⇨ Осигуряване на необходими материали за УПЗ (по възможност и съобразно СУЦ); ⇨ Изпълнение на поставена задача за самостоятелна работа – в срок, съобразно поставените критерии; ⇨ Своевременно коригиране от преподавателя при допуснатите грешки – неточни дефиниции на понятия, пропуснати/грешни пособия при извършване на манипулации; грешна техника на изпълнение и др. ⇨ Осигуряване на оптимални условия за провеждане на дистанционна форма на обучение в дома; ⇨ Удовлетвореност от учебно-възпитателният процес във ВМУ.
Активна гражданска позиция - 9,3%	⇨ Обща култура на студента; ⇨ Здравна култура на студента; ⇨ Здравно възпитание на студента; ⇨ Гражданско самосъзнание на студента; ⇨ Гражданско възпитание на студента; ⇨ Оценъчно отношение към собственото здраве и това на другите; ⇨ Познаване на медико-социалните проблеми на различните групи от населението от студента; ⇨ СМК; ⇨ Семейно възпитание и традиции на студента; ⇨ Очаквания на обществото към медицинския специалист; ⇨ Доброволен труд; ⇨ Обществени явления, нагласи и процеси.

Потребността на личността от обучение във ВМУ е предпоставка за висока резултативност на учебно-възпитателния процес. [1] По отношение на енергетичния заряд на потребностите, Т. Танева обсъжда също и възможната неосъзнатост на базовите потребности, които движат човешкото поведение.[10] Прилагането на педагогически стратегии за отстраняване на негативно действащите и стимулиране на позитивно действащите фактори, ще доведе до високо качество на учебно-възпитателния процес, провеждан в електронна среда.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА:

1. Иванова, Н., Формиране на професионално-клинично мислене при студентите в сферата на здравните грижи и общественото здраве, дисертация, том I, Стара Загора, 2016

2. Кючукова С., КРИТИЧНАТА ЗДРАВНА ГРАМОТНОСТ НА СТУДЕНТИТЕ ПРИ РАБОТАТА ИМ В БОЛНИЧНА СРЕДА, 42ра НТС КОНТАКТ 2018, изд. ТЕМТО, С., 2018, с.162-169

3. Мечков, К., Медицинска психология, „ПИК", Велико Търново, 1995

4. Минчев, Б., Обща психология, „Сиела софт енд паблишинг" АД, София, 2008

5. Милчева, Хр., От традициите към иновацията при обучението на медицинските сестри и акушерките, „Екс-прес", Габрово, 2012

6. Николова, М., „Студентите и мотивацията им за работа", XXXVIII НТС, София, 2016

7. Попов, Т., съавт., Медицинска педагогика,„Екс-прес", Габрово, 2011

8. Попов, Т., съавт., Педагогика - Теория на възпитанието I част, МУ, ИИК „ВЕЗНИ", София, 2007

9. Попов, Т., съавт., Педагогика - Теория на обучението, Дидактика, II част, МУ, ИИК „ВЕЗНИ", София, 2009

10. Танева, Т. Мотивация и склонност към риск, Българско списание по психология, №2, София, 2002.

11. https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2020/03/13/rd-01-124-vuvejdane-protiepidemichni-merki.pdf

12. www.mh.government.bg/bg

13. Андонова, А. Н., Роль мотивации в процессе обучения студентов в Вузе по медицинским специальностям, V международной научно-практической конференции-Актуальнье проблемь образования и общества, Ярославль, 2014, том I, стр. 58-60

МЕДИЦИНСКА И СОЦИАЛНА РЕХАБИЛИТАЦИЯ КАТО СРЕДСТВА ЗА ОКАЗВАНЕ НА ПОДКРЕПА ЗА ХОРАТА С УВРЕЖДАНИЯ

Надежда Г. Иванова [1], Надя В. Влаева [2], Мариана П. Радичева[3],

Тракийски университет,Медицински факултет, катедра „Здравни грижи”

e-mail: n.ivanova.uni.sz@abv.bg

РЕЗЮМЕ:

Статията се базира на разбирането, че хората с увреждания са част от обществото и трябва да живеят пълноценно и равноправно. Актуалността на въпроса за ролята на медицинската и социалната рехабилитация за социалното приобщаване нахората с увреждания е свързан с предоставяне на подкрепа, която допринася за реализиране натехния пълноценен начин на живот.

Ключови думи: *медицинска рехабилитация, социална рехабилитация, хора с увреждания, подкрепа*

MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION AS A MEANS OF PROVIDING SUPPORT FOR PEOPLE WITH DISABILITIES

Nadezhda G. Ivanova[1], Nadya V. Vlaeva[2], Mariana P. Radicheva[3]

ABSTRACT

The article is based on the understanding that people with disabilities are part of society and must live fully and equally.The topicality of the issue of the role of medical and social rehabilitation for the social inclusion of people with disabilities is related to the provision of support that contributes to therealization of theirfullway of life.

Key words: *medical rehabilitation, social rehabilitation, people with disabilities, support*

Хората с увреждания са част от обществото и трябва да прилагат своите човешки права както всички останали. Те имат същата потребностот достъп до различни видове услуги (*медицински и социални*).

К. Мечков класифицира потребностите *по критерия обусловеност – на биологични и социални, а по критерия принадлежност – на материални и духовни*. Той определя здравето като ***„сложна система от материални и духовни, биологични и социални потребности”.*** [5,с.42] Потребностите също имат *динамичен характер* (нараства, намаляват, доминиращи и т.н.). [3]По отношение на енергетичния заряд на потребностите, Т. Танева обсъжда също и възможната неосъзнатост на базовите потребности, които движат човешкото поведение. [9]

За целите на настоящата разработка, гореизложените тези позволяват следната работна дефини-

ция: ***здравето е сложна динамична система от материални и духовни, биологични и социални потребности, с различна степен на осъзнатост***.

Хората с увреждания трябва пълноценно да участват във всички сфери на обществения живот, което означава да могат да удовлетворяват базовите си потребности, като за тази цел им се ***осигурява подкрепа***. Те предпочитат „субективно сигурни ориентири, на които могат да разчитат и в настоящето и в бъдещето".[10]

В допълнителни разпоредби на Закона за хората с увреждания са дадени следните легални определения:

„1. **„Хора с увреждания"** са лица с физическа, психическа, интелектуална и сетивна недостатъчност, която при взаимодействие с обкръжаващата ги среда би могла да възпрепятства тяхното пълноценно и ефективно участие в обществения живот.

2. **„Хора с трайни увреждания"** са лица с трайна физическа, психическа, интелектуална и сетивна недостатъчност, която при взаимодействие с обкръжаващата ги среда би могла да възпрепятства тяхното пълноценно и ефективно участие в обществения живот, и на които медицинската експертиза е установила вид и степен на увреждане 50 и над 50 на сто."[1]

Подкрепата може да се тълкува катосъдействие при удовлетворяване на потребност, помощ при предвижване, социална защита и закрила, законодателство, насърчаване за трудова дейност и др.

Подобряването на качеството на живот на хората с увреждания е уредено в Националната стратегия за хората с увреждания 2016-2020 г., в която е разписано, че:„основния принцип на здравната политиката по отношение на хората с увреждания се свързва с това, че медицинските дейности, свързани с първичната и вторичната превенция на увреждванията са от изключително значение за осигуряване на равнопоставен достъп до качествена медицинска помощ за хората с увреждания". [7]

В Националната здравна стратегия 2020хората с увреждванияса разгледани в частта Политика 1.6 „Възможно най-добро здраве за хората с увреждания" към Приоритет 1: Създаване на условия за здраве за всички през целия живот, където разписано, че: „Създаването на условия за постигане на възможно най-доброто здраве на хората с увреждания има ключова роля за подобряването на качеството им на живот и гарантиране на техните права, в т.ч. недопускането на дискриминация по признак „увреждане"". [6]

Основният нормативен акт, свързан с подкрепата за хората с увреждания е Законът за хората с увреждания катов чл. 5 са определени областите на подкрепа за тези лица:1. здравеопазване;2. образование;3. заетост;4. жилищно осигуряване;5. достъпна среда в урбанизираните територии и обществените сгради;6. транспорт; 7. култура;8. спорт;9. личен живот;10. обществен и политически живот; 11. правосъдие;12. други области. [1]

Средствата за оказване на подкрепа за хората с увреждания, с цел социално приобщаване, са изрично определени в същия закон и включват:

1. медицинска, професионална, социална, трудова и психологическа рехабилитация;

2. образование и професионално обучение;

3. услуги, подпомагащи трудовата реализация;

4. достъпност и разумни улеснения;

5. социални услуги;

6. финансова подкрепа;

7. достъпна информация;

8. достъп до правосъдие и правна защита;

9. осигуряване на лична мобилност с максимална степен на независимост;

10. лична помощ;

11. универсален дизайн;[1].

От изброените в Законът за хората с увреждания средства за оказване на подкрепа в статията се прави акцент върху значението на медицинската и социална рехабилитация. Рехабилитация – „(лат. „rehabilitatio”) мед. комплекс от физиотерапевтични, балнеолечебни и други методи на лечение, прилагани обикновено след преминаване на острия стадий на заболяването”. [11,с.740]

На хората с увреждания трябва да се осигури възможност за избор на рехабилитация, която да отговаря на техните индивидуални потребности.

В допълнителните разпоредби на горе описания нормативен акт се дава определение за понятието «рехабилитация» катопоследователен и непрекъснат възстановителен процес, който подпомага човека с увреждане да достигне оптимално физическо, интелектуално, психическо и социално равнище на дейност, като му се осигуряват възможности за промяна на живота към по-висока степен на независимост. [1]

В същия закон в чл. 29, ал. 2 е разписана медицинската рехабилитация и е определена като лечебна дейност, осъществявана от мултидисциплинарни екипи при условията и по реда на Закона за лечебните заведения и на Закона за здравното осигуряване, и включва:

1. идентификация на увреждaнията;

2. медицинска и функционална диагностика;

3. физикална терапия;

4. говорна и зрителна терапия;

5. кинезитерапия;

6. хидротерапия;

7. ерготерапия;

8. психотерапия;

9. поддържаща медикаментозна терапия;

10.назначаване на помощни средства, приспособления, съоръжения и медицински изделия за хората с увреждания. [1]

В Закона за хората с увреждания се посочва, че медицинската рехабилитация е насочена към:

1. постигане на максимална функционална годност и успешна ресоциализация;

2. подпомагане на медико-биологичното възстановяване и профилактика на усложненията;

3. поддържане на функционалното състояние и ограничаване на патологичните последствия;

4. компенсиране по различни начини и чрез различни средства на загубата на функционална годност на увредените органи и системи.[1]

Съгласно разпоредбите на Закона за хората с увреждания социалната рехабилитация е свързана със„създаване на умения за водене на независим живот в обществото чрез рехабилитация на зрението, слуха и говора, двигателна рехабилитация, психологична помощ, психо-социално консултиране, трудова и професионална дейност, предоставяне на социални и рехабилитационни услуги и други дейности“. [1]

В същия нормативен акт са определени и дейностите, които се извършват в областта на социалната рехабилитация:

1. изграждане на умения и способности за справяне при осъществяването на дейностите в живота;

2. изграждане на подкрепяща среда за човека за водене на независим живот;

3. създаването на условия за социални контакти, творчество и художествено-творчески изяви, рекреационни дейности, информация и други. [1]

В глава четвърта, раздел първи, чл.21 на Правилника за прилагане на Закона за хората с увреждания е разписана социалната рехабилитация и е определено, че Агенцията за хората с увреждания разработва програми и финансира проекти за рехабилитация и интеграция на хората с увреждания съгласно чл. 10, ал. 3, т. 8 от Закона за хората с увреждания в рамките на предвидения финансов ресурс за съответната бюджетна година.[8]

Изпълнителният директор на горе посочената агенция утвърждава методика, на базата на която се извършва финансиране на програмите и проектите, описани в предходния абзац. [8]

Горе изложените характеристики потвърждават необходимостта от медицинската и социална рехабилитация за хората с увреждания с цел пълноценното им участие в обществото, упражняване на техните права и осигуряване на подкрепа.

Медицинската и социална рехабилитация изискват нужната ресурсна осигуреност с квалифициран персонал и специалисти. *Грижата за пациента се осъществява от мултидисциплинарен екип* (лекар, акушерка, медицинска сестра, социален работник, психолог и др.). [3]

От всичко изложено до тук произтича и значението на мултидисциплинарните екипи, които имат потенциал да предложат набор от услуги за подкрепа на хората с увреждания. [4]

Именно тук проличава и нуждата от кадри с добра теоретико-практическа подготовка от висшите учебни заведения. Тази подготовка трябва да се базира на широк спектър от знания придобити от изучаването на различни дисциплини като медицина, право, социална работа, психология, социология, етика и др.

Н. Влаева прави следния извод свързан с подкрепата за хората с увреждания: „Обществото ни е задължено да оказва адекватна подкрепа на работещите социални и здравни работници в защита на лицата с увреждания и осигуряващи тяхната социална подкрепа, защото те в най-голяма степен разбират проблемите на тези лица“. [2]

Анализът на реда, условията и възможностите за медицинска и социална рехабилитация на хората с увреждания като средство за подкрепа, дава основание да се направят следните **изводи**:

1. Предоставянето на медицинска и социална рехабилитация има ключова роля за реализиране правото на достоен живот на хората с увреждания. Оказването на ефективна подкрепа води до подобряване на качеството на живот на хората с увреждания.

2. Хората с увреждания са група нуждаеща се от подкрепата, която медицинската и социалната работа може да им осигури. За да бъде ефективна тази подкрепа трябва да се използват ресурси, с които да се удовлетворяват техните потребности чрез осигуряване на равнопоставеност и социално приобщаване.

3. Защитата на правата на хората с увреждания, е елемент насистемата за оказване на подкрепа чрез медицинска и социална рехабилитация.

4. На хората с увреждания трябва да се осигури по-добра информираност за видовете рехабилитация, която може да им се предостави като средства за оказване на подкрепа с цел социално приобщаване.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Закон за хората с увреждания, Обн. ДВ. бр.105 от 18 Декември 2018 г., изм. ДВ. бр.67 от 28 Юли 2020 г.

2. Влаева, Н. Социална подкрепа и здравни грижи за хората с увреждания. XXXIX Научно-технологична сесия „КОНТАКТ“ 2017 30.06. 2017, София, изд. „ТЕМТО“, ISSN: 1313-9134

3. Иванова, Н., Формиране на професионално-клинично мислене при студентите в сферата на здравните грижи и общественото здраве, дисертация, том I, Стара Загора, 2016

4. Иванова, Н., Н. Влаева, К. Бенкова. Роля на професионалистите по здравни грижи при решаване на медико-социалните проблеми на съвременното общество , XXXIX Научно-технологична сесия, „КОНТАКТ“ 2017 30.06. 2017, София, изд. „ТЕМТО“, ISSN: 1313-9134

5. Мечков, К., Медицинска психология, „ПИК”, Велико Търново, 1995

6. Национална здравна стратегия 2020

7. Национална стратегия за хората с увреждания 2016-2020

8. Правилник за прилагане на закона за хората с увреждания, Обн. ДВ. бр. 27 от 2 Април 2019 г., доп. ДВ. бр.48 от 26 Май 2020 г.

9. Танева, Т. Мотивация и склонност към риск, Българско списание по психология, №2, София, 2002.

10. Танева, Т. Субективна перцепция на икономическия риск, Ст. Загора, Контраст, 2009, с. 122.

11. Филипова – Байрова, М., С. Бояджиев, Е. Машалова, К. Костов, Речник на чуждите думи в българския език, изд. на БАН , София, 1993

СЕКЦИЯ „ОБРАЗОВАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ НА ПРОФЕСИОНАЛИСТИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ“

КРЕАТИВНИЯТ СТИЛ – ФАКТОР ЗА КАЧЕСТВЕНО ОБУЧЕНИЕ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ И АКУШЕРКИТЕ

Христина Милчева,

Тр. У, Стара Загора, Медицински факултет, Катедра „Здравни грижи“,

hristina.milcheva@trakia_uni.bg

РЕЗЮМЕ

Въведение. *Приложението на креативният стил в обучението е важен фактор за подобряване на качеството на образованието на медицинските сестри и акушерките.*

Цел *Да се установи ролята на креативния стил за формирането на професионално-клинично мислене у студентите – медицински сестри и акушерки и значението му за подобряване на качеството на обучение.*

Материали и методи: *анонимно анкетиране, наблюдение, анализ на научна литература*

Обсъждане и резултати: *Приложението на новите технологии, включително и on line обучението създава образователна среда на студентите по-различна от традиционната, което се оценява високо от всички анкетирани. В заключение: Реализирането на креативен стил чрез интерактивност, иновативност, и професионално-клиничното мислене е ключов фактор за качествена професионална подготовка на студентите бъдещи здравни професионалисти.*

Ключови думи: *креативен стил, обучение, професионално-клинично мислене, качество, изисквания*

THE CREATIVE STYLE - FACTOR FOR QUALITY TRAINING OF NURSES AND MIDWIVES

Hristina Milcheva,

Trakia University, Stara Zagora, Faculty of Medicine, Department of Healthcare,

hristina.milcheva@trakia_uni.bg

SUMMARY

Introduction. *The application of creative style in education is an important factor in improving the quality of education of nurses and midwives.*

Objective: *To establish the role of creative style in the formation of professional and clinical thinking in students - nurses and midwives and its importance for improving the quality of education.Materials and methods: anonymous survey, monitoring, analysis of scientific literature.*

Discussion and results: *The application of new technologies, including online learning, creates an educational environment for students different from the traditional one, which is highly appreciated by all respondents.*

In conclusion: *The realization of creative style through interactivity, innovation, and professional-clinical thinking is a key factor for quality professional training of students, future health professionals, without which the educational process in the Medical University could not meet modern requirements.*

Key words: *creative style, training, professional-clinical thinking, quality, requirements.*

ВЪВЕДЕНИЕ.

Приложението на креативният стил в обучението е важен фактор за подобряване на качеството на образованието на медицинските сестри и акушерките. Допринася за развитие на тяхното професионално-клинично мислене, което в реална работна среда помага на студентите често да използват нестандартни подходи и да търсят непопулярни решения на проблемите. Европейският парламент подчертава ролята и значимостта на креативността при ученето през целия живот като „движеща сила на иновациите и ключов фактор за развитието на лични професионални, предприемачески и социални компетенции, както и благоденствието на индивида в обществото“ (6.7).

Креативността (творчеството) и иновацията са тясно свързани, но се различават по това, че иновацията използва креативността – привеждане на креативните идеи в употреба под формата на продукти или приложения (5). Основните идеолози на “психометричния” подход към изучаването на творчеството са Дж. Гилфорд и Е. П. Торънс.“Дж.Гилфорд идентифицира четири основни параметъра на творчеството: оригиналност ; 2) семантична гъвкавост; 3) фигуративна и адаптивна 4) семантична спонтанна гъвкавост (8).

При обучението по здравните професии креативното мислене и креативността са много важни. Попадането в реалната работна среда, често налага използването на нови, нестандартни подходи и търсенето на адекватни, често непопулярни решения на проблемите при сериозен дефицит на здравни професионалисти.Това се отнася до здравните мениджъри, които работят често в условия на финансов, икономически дефицит и прилагат адекватни решения. Особено днес в условията на пандемия здравните професионалисти са поставени в стресова ситуация, и условия на труд, изпълнени с рискове за здравето и живота им.

Общуването при здравните професии е ключов фактор за ефективна работа и средство за преодоляване на конфликти и проблеми, както и за проява на креативност. „Едно от най-съществените свойства на общуването е възможността да се обединят всички човешки взаимоотношения, които водят до чувството на пълноценност на отделната личност, предпблагащо възможност за реализация на креативните възможности“ (4).

Креативното обучение предполага активно въздействие вурху мисълта на студентите. Както подчертава проф. В. Борисов, академичният преподавател не е само и просто предавател на информация и разказвач на учебници, а е будител на мисълта. Това изисква самият преподавател да бъде креативна личност, което принципно променя критериите и подходите за подбор на академични преподаватели (1).

Според Б.Борисова и В. Борисов, ключова роля за реализацията на креативното обучение имат следните учебни форми: проблемно базирано обучение (problem based learning); проблемна лекция; мозъчна атака; есета, анализ на казуси; интервюта, анкети и индивидуални беседи (1)

Важно място при креативното обучение заемат интерактивните методи - за илюстрация, за получаване на обратна връзка, за формиране на умения и навици, за тренинг, за затвърдяване на знанията и уменията, за проверка и оценка. Към тях спадат: ситуационен метод; казус, игрови метод (ролева игра), симулация, дискусия, обсъждане, дебат, анкетен метод, брейнсторминг (мозъчна атака), опитни методи и др. (2).

Прилагането на интерактивните методи при обучението (особено при практическото) на здравните професионалисти допринася за пълноценната им професионална подготовка и възможността да се справят с реалните работни ситуации. Независимо от напредъка на технологии значителна част от практическото обучение изисква участие на преподавател или наставник за да се гарантира живота и здравето на пациента, а също и правилното овладяване на манипулации, здрави грижи, технически и медицински дейности.

Като се базирам на проведените изследвания в областта на здравните грижи, бих допълнила, че прилагането на определени иновационни подходи, методи и форми при обучението на здравните професионалисти би допринесло до повишаване на качеството на учене у студентите, на техния ин-

терес и мотивация. От друга стана би допринесло и до повишаване качеството на преподаване, тъй като иновационните подходи са и средство за обучение и управление.

ЦЕЛ:

Да се установи ролята на креативния стил за формирането на професионално-клинично мислене у студентите – медицински сестри и акушерки и значението му за подобряване на качеството на обучение.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ:

анонимно анкетиране, наблюдение, анализ на научна литература

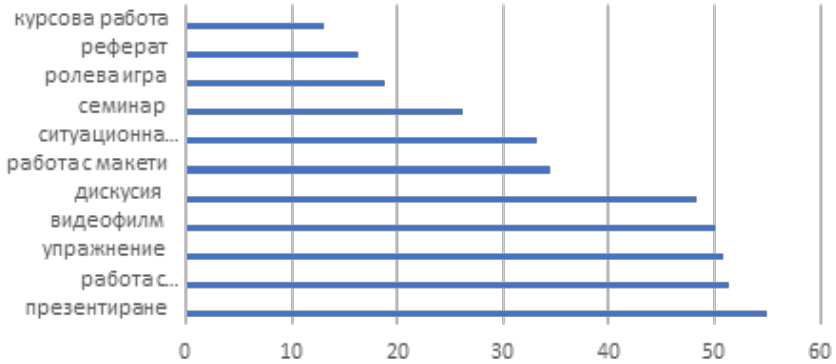
Анонимна анкета сред 150 студенти медицински сестри и акушерки от професионално направление „Здравни грижи“ в Тр. У и МУ – Варна, Филиал велико Търново. Проучването е проведено в две последователни учебни години2018/19 и 2019/20 г.

По отношение на изследвания контенгент студенти, разпределението им по специалности е в полза на медицинските сестри (Фиг. 1).

Фиг. 1 Изследвани лица

ОБСЪЖДАНЕ И РЕЗУЛТАТИ:

Приложението на новите технологии, включително и on line обучението създава образователна среда на студентите по-различна от традиционната, което се оценява високо от всички анкетирани. Поради това те предпочитат тези педагогически методи и подходи, които дават повече информация, по-лесно се възприемат и запомнят и способстват за ефективния трансфер на теоретичните знания в практика. Според студентите методите, които най-силно провокират тяхната креативност и въображение са презентирането(54,9), работата с реален пациент (51,3%), упражнението (50,8%), видеофилма (50%), дискусията (48,3%). Останалите методи - работа с макети (34,4%), ситуационни задачи (33,16%), семинар – (26,2%), ролева игра (18,8 %), реферат (16,3%), курсова работа (13,1%) са по-малко предпочитани от студентите (Фиг.2).



Фиг. 2 Методи провокиращи въображение и творчество у студентите

Това до известна степен подвърждава резултатите и от предишни мои изследвания (Хр. Милчева, 2012), където разглеждаме дискусията и презентирането като методите, които провокират най-много студентите за творчество. Необходимо е творческата активност на повечето студентите да се развива и поощрява и чрез участие в научни проекти, семинари и др.

Като краен резултат от приложението на интеративните и иновативни подходи, методи и средства при обучението в МВУ се формират здравните професионалните компетенции и професионалн- клиничното мислене на здравните професионалисти, развиват се и необходимите личностни качества за професията. „Професионално-клиничното мислене е предпоставка за подобряване качеството на грижите, личен принос за подобряване на здравето на нацията и холистичен подход към пациента“ (3).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Реализирането на креативен стил чрез интерактивност, иновативност, и професионално-клиничното мислене е ключов фактор за качествена професионална подготовка на студентите бъдещи здравни професионалисти, без който образователният процес в Медицинското висше училище не би могъл да отговори на съвременните изисквания.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Б.Борисова, Креативното обучение – фактор на творчески стил на мислене у студента, глава 3.2 от монография на Милчева Хр., „Креативен стил в обучението на здравните професионалисти – път към европейска интеграция“ - монография, Лакс бук, Пловдив, 2019, с. 150, ISBN 978-619-189-136-8

2. Господинова Цв., Годишник, том 2, Нов Български университет, ISSN1313-78-75, http://ebox.nbu.bg

3. Иванова Н., XXXVI НТС „Интердисциплинната идея в действие”, 30 октомври 2015 г., ”Фактори, оказващи въздействие при формиране на професионално-клиничното мислене на студентите в сферата на здравните грижи и общественото здраве”, София 2015 , с.46, ISSN 1313-9134

4. Трендафилова А., Обучение в професионално общуване на медицинските специалисти, изд. „ЕКС-ПРЕС“, Габрово, 2018, с. 14

5. Matthew C. E. Gwee, Medical and health care professional education in the 21 st century: institutional, national and global perspectives, Blackweii Publishing Ltd 2010. Medical Education 2011, 45: 25-278

6. www.communication-academy.eu

7. https://ec.europa.eu)

8. https://studfiles.net/preview/4189963/page:3

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

гр. Стара Загора 6000

ул. „Армейска“ 11

Медицински факултет

Катедра „Здравни грижи“

Проф. Христина Милчева, дп

E-mail: hristina.milcheva@trakia_uni.bg

НЕОБХОДИМОСТ ОТ ВЪВЕЖДАНЕ НА СЛЕДДИПЛОМНО ОБУЧЕНИЕ И СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ ЗА МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ В ОБЛАСТТА НА МИНИИНВАЗИВНАТА ХИРУРГИЯ

Милена П. Нанкова, Силвия Б. Димитрова, Антон Йо.Тонев

NEED TO INTRODUCE POSTGRADUATE TRAINING AND SPECIALIZATION FOR NURSES IN MINIMALLY INVASIVE SURGERY

Milena P. Nankova, Silvia B. Dimitrova, Anton Y. Tonev

Лапароскопската и роботизираната технология и увеличеното използване на минимално инвазивни хирургични подходи променят средата и това оказва влияние върху медицинските сестрите, които се грижат за пациентите.

Цел: *Да се анализира мнението на 336 респондента от девет болници в Република България за необходимостта от въвеждане на следдипломно обучение и специализация за медицински сестри, работещи в областта на лапароскопска и или раоботизирана хирургия.*

Методи: *Документален метод- анализ на литературни източници и социологически метод- стандартизирано интервю и преки анонимни анкети.*

Ключови думи: *медицинска сестра, миниинвазивна хирургия, обучение*

Laparoscopic and robotic technologies and the increased use of minimally invasive surgical approaches are changing the environment and this is affecting nursing care for patients.

Aim: *To analyze the opinion of 336 respondents from nine hospitals in the Republic of Bulgaria on the need to introduce postgraduate training and specialization for nurses working in the field of laparoscopic or robotic surgery.*

Methods: *Documentary method - analysis of literature sources and sociological method - standardized interview and direct anonymous poll.*

Key words: *nurse, minimally invasive surgery, training*

ВЪВЕДЕНИЕ:

Напредъка в хирургията се съсредоточи върху минимизиране на инвазивността на хирургичните процедури, така че се наблюдава значително изместване на парадигмата при някои процедури, при които хирурзите вече не се докосват директно или виждат структурите, върху които оперират. (5)

Терминът “лапароскопска” хирургия се разшири. Внедрена е “торакоскопската” хирургия. По подобен начин се манипулира в ретроперитонеалното пространство, в коремната стена, в ставите и др. Понятието “миниинвазивна” хирургия от своя страна също се разшири, като включи оперативни по своята същност манипулации, изпълнявани под ендоскопски, ехографски или рентгенологичен контрол (1).

Роботизираната хирургия е използването на компютърни технологии, които работят заедно с роботизирани системи за извършване на медицински процедури. Технологията е известна още като компютърна хирургия и операция с помощта на роботи (10). Хирургически робот е самостоятелно задвижвано, компютърно управлявано устройство, което може да бъде програмирано да помага при позиционирането и манипулирането на хирургически инструменти, позволявайки на хирурга да изпълнява по-сложни задачи (4). Иновацията се въвежда във всички хирургични полета и тесни специалности като гръдни, колоректални, жлъчно-чернодробни, гинекологични и урологични операции (2 ,6). Закупуването и използване на роботизирани системи, увеличава броя на обучените и работещи хирурзи в областта, което създава много предизвикателства от гледна точка на работата, обучението, развитието и реализацията на медицинските сестри в този вид хирургия (8).

Лапароскопската и роботизираната технология и увеличеното използване на минимално инвазивни хирургични подходи променят средата, в която работи персонала на операционната зала и оказва влияние върху медицинските сестрите, които се грижат за пациентите. Необходимо е да се изучи историята на миниинвазивната хирургия, настоящите приложения на технологията и отговорности на специалистите по здравни грижи през периоперативния период, за да се осигури качествена грижа за пациентите вследствие на продължаващия напредък в технологиите (3).

ЦЕЛ:

Да се анализира мнението на 336 респондента от девет болници в Република България за необходимостта от въвеждане на следдипломно обучение и специализация за медицински сестри, работещи в областта на лапароскопска и или раоботизирана хирургия.

ЗАДАЧИ:

1. Да се анализира потребността от следдипломно обучение и специализация за медицинските сестри, според лекари, лекари специализанти, главни и старши медицински сестри в областта на миниинвазивната хирургия, чрез направено стандартизирано интервю.

2. Да се анализира нуждата от следдипломно обучение и специализация за медицинските сестри, според хирургичните и операционни медицински сестри, работещи в областта на миниинвазивната хирургия, чрез направени анонимни анкети.

МЕТОДИ:

Документален метод - анализ на литературни източници и социологически метод- стандартизирано интервю и преки анонимни анкети.

Общия брои на респондентите включени в проучването е 336, от девет болници в Република България. Критерии за избор беше да работят лапароскопска и или роботизирана хирургия. Общият брой респонденти отговорили на стандартизирано интервю е n=122. А чрез анонимна анкета са

проучени n= 214 медицински сестри.

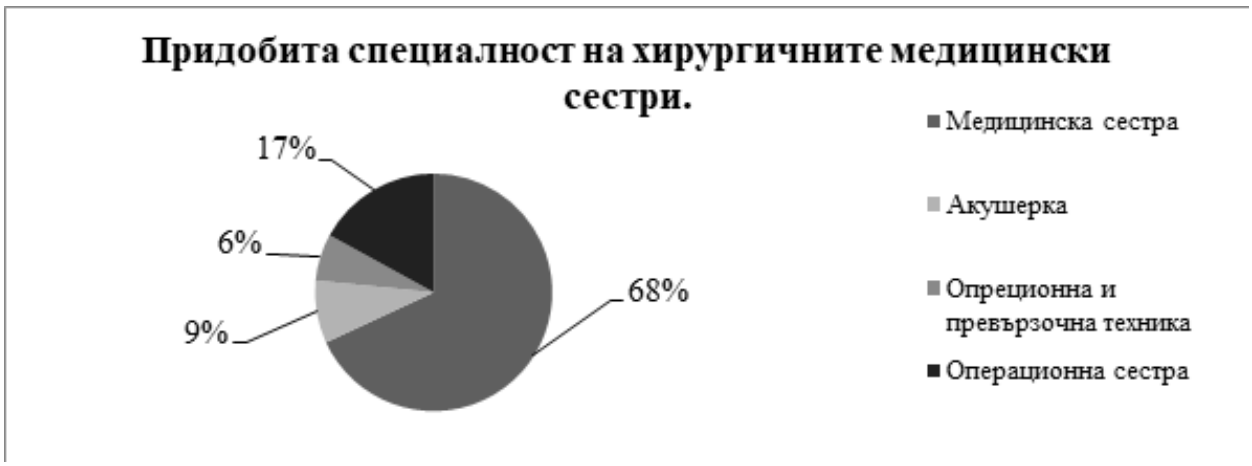
Образование и специалност на медицинските сестри участващи в периоперативния период в проучването:

В анонимните анкети за хирургични и операционни медицински сестри, зададохме въпроси за придобита образователно квалификационна степен и специалност. В таблица 1 медицинските сестри са посочили своята образователно квалификационна степен и тя е различна, защото професията медицинска сестра през годините е преминала през различни промени на степени и продължителност на образование. При двете групи респонденти най-многобройни са медицинските сестри с ОКС- Висше образование-специалист «Медицинска сестра».

Табл. 1 Образователно квалификационна степен на хирургичните и операционни медицински сестри, работещи мининвазивна хирургия

Образователно квалификационна степен	**Frequency**	**Percent**	**Valid Percent**	**Cumulative Percent**
Хирургични медицински сестри				
Средно специално образование „Медицинска сестра“	4	2,7	2,7	2,7
Полувисше образование „Медицинска сестра“	33	22,4	22,4	25,2
Висше образование-специалист „Медицинска сестра“	50	34,0	34,0	59,2
Висше образование-бакалавър „Медицинска сестра“	42	28,6	28,6	87,8
Висше образование-бакалавър „Управление на здравни грижи“	8	5,4	5,4	93,2
Висше образование-магистър „Управление на здравни грижи“	10	6,8	6,8	100,0
Общо	**147**	**100,0**	**100,0**	
Операционни медицински сестри				
Средно специално образование „Медицинска сестра“	1	1,5	1,5	1,5
Полувисше образование „Медицинска сестра“	16	23,9	23,9	25,4
Висше образование-специалист „Медицинска сестра“	19	28,4	28,4	53,7
Висше образование-бакалавър „Медицинска сестра“	13	19,4	19,4	73,1
Висше образование-бакалавър „Управление на здравни грижи“	11	16,4	16,4	89,6
Висше образование-магистър „Управление на здравни грижи“	7	10,4	10,4	100,0
Общо	**67**	**100,0**	**100,0**	

Едва 6 % от респондентите хирургични медицински сестри са посочили, че имат придобита специалност след ОКС, общо броя на отговорилите на въпроса е 48 от 147 анкетирани. (фиг. 1).



Фиг. 1 Придобита специалност на хирургични медицински сестри (n=48)

Прави впечатление отговора на същия въпрос за придобита специалност, че почти половината от операционните медицински сестри посочват „ Операционна и превързочна техника”. Тези данни са обнадеждаващи, че с напредъка на хирургията, медицинските сестрите, работещи в операционната са склонни да се обучават и усъвършенстват. Те посочват с точност съществуваща в момента за обучение и необходимата им за работа специалност към момента- Операционна и превързочна техника (фиг. 2).

Фиг. 2 Придобита специалност на операционните медицински сестри (n=67)

Изчислихме коефициента на контингенция 0,256 и 0,296 които показва слаба права връзка между двете променливи- образователно квалификационна степен (ОКС) и придобита медицинска специалност при хирургичните и операционни медицински сестри . Коефициентите могат да бъде приети за статистически надеждни (Significance p=0,038 и p=0,266 < α=0,05), предвид това, че изчисленото гранично равнище на заетост Significance p е по – малко от възприетият риск за грешка 5 %, табл. 2.

Табл.2 Корелационна връзка между ОКС и придобита медицинска специалност

Променливи	**Корелационен коефициент r**	**N**	**p**
Каква е Вашата образователно-квалификационна степен? * Имате ли придобита медицинска специалност? (хирургични медицински сестри)	0,256	147	0,038
Каква е Вашата образователно-квалификационна степен? * Имате ли придобита медицинска специалност? (операционни медицински сестри)	0,296	67	0,266

Според настоящте закони и разпоредби, медицинските сестри и други асоциирани специалисти е препоръчително да участват в курсове за следдипломна клалификация, с цел повишаване на знанията и уменията, и събиране на кредитни точки.

Съществура вече изготвена Квалификационна рамка за професионално развитие на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти. В нея ясно са описани възможностите за сертификация, права, и правомощия на медицинските сестри и другите специалисти, съобразно стажа и непрекъснато следдипломно обучение.

Интервюирахме лекари (специалисти и специализанти), главни и старши медицински сестри, има ли нужда и от какви курсове за медицинските сестри, работещи лапароскопска и роботизирана хирургии? Всички 122 респонденти са отговорили, като 96 от тях, са посочили, че според тях има нужда от теоретичен и практически курс за специалистите по здравни грижи. Почти по равен брой от интервюираните са посочили само теоретичен или практически курс (фиг.3).

Фиг. 3 Необходимост от въвеждане на СДО курсове по лапароскопска и роботизирана хирургия за специалисти по здравни грижи, според лекари, главни и старши медицински сестри

На следващите две фигури е мнението на хирургичните и операционни медицински сестри. Прави впечатление, че и двете групи анкетирани посочват, най- голяма нужда въвеждане на комбиниран СДО курс- теоретичен и практически. (фиг. 4 и фиг. 5).

Фиг. 4 Необходимост от въвеждане на СДО курсове по лапароскопска и роботизирана хирургия за специалисти по здравни грижи, според хирургични медицински сестри

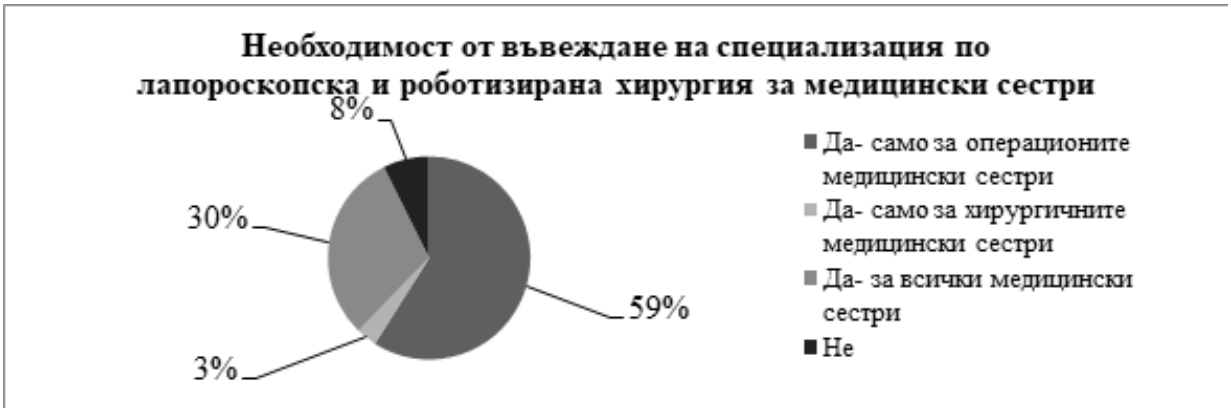
Фиг. 5 Необходимост от въвеждане на СДО курсове по лапароскопска и роботизирана хирургия за специалисти по здравни грижи, според операционните медицински сестри

Специалностите съгласно действащата Наредба № 1 от 22.01.2015 г. на МЗ се делят на клинични и неклинични. Редът за започване на специализация е различен, спрямо това деление.

Клинична специалност е обучение за придобиване на специалност, при която се извършва лечебно-диагностична дейност или здравни грижи. Бази за обучение са лечебни заведения, получили акредитация за обучение на специализанти по конкретни специалности. В базите за обучение се провежда практическото обучение. (9)

Според НАРЕДБА № 1 ОТ 22 ЯНУАРИ 2015 Г. ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА СПЕЦИАЛНОСТ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО специалности за лица с професионална квалификация по медицинска професия от професионално направление „Здравни грижи“ (7) няма клинична специалност за момента, която ясно да регламентира възможност за компетенция и работа в областта на миниинвазивната хирургия.

Зададохме въпрос на лекарите (специалисти и специализанти), главни и старши медицински сестри, относно необходимостта от въвеждане на специалнизация по лапароскопска и роботизирана хирургия? Повече от половината интервюирани отговориха положително за операционните медицински сестри, а една трета са посочили, че е необходимо за всички медицински сестри, участващи в периоперативния период (фиг.6).



Фиг. 6 Необходимост от въвеждане на специализация по лапароскопска и роботизирана хирургия за медицински сестри, според лекари, главни и старши медицински сестри

Анкетирахме хирургичните медицински сестри, необходимо ли е въвеждане на специализация по лапароскопска и роботизирана хирургия. От всички отговорили n= 147, едва 28 посочват негативен отговор (фиг.7). На същия въпрос от 67 операционните медицински сестри само четири посочват отговор- Не (фиг.8).

Фиг. 7 Необходимост от въвеждане на специализация по лапароскопска и роботизирана хирургия за медицински сестри, според хирургични медицински сестри

Фиг. 8 Необходимост от въвеждане на специализация по лапароскопска и роботизирана хирургия за медицински сестри, според операционните медицински сестри

В табл.3 сме обобщили мнението на всички респонденти от трите групи (n=336) и 241 от тях са на мнение, че е добре продължителността на специализация по лапароскопска и роботизирана хирургия да бъде една година (табл.1).

Табл.3 Мнение на всички респонденти за продължителността на специализация за медицински сестри по лапароскопска и роботизирана хирургия.

Продължителност на специализация	**Frequency**	**Percent**	**Valid Percent**	**Cumulative Percent**
Мнение на лекари, главни и старши медицински сестри.				
1 година	89	73,0	73,0	73,0
1 година и половина-половин година теория и една година практика	24	19,7	19,7	92,6
2 години	9	7,4	7,4	100,0
Мнение на хирургични медицински сестри				
1 година	94	63,9	78,3	78,3
1 година и половина-половин година теория и една година практика	22	15,0	18,3	96,7
2 години	4	2,7	3,3	100,0
Мнение на операционни медицински сестри				
1 година	58	86,6	90,6	90,6
1 година и половина-половин година теория и една година практика	5	7,5	7,8	98,4
2 години	1	1,5	1,6	100,0
Общо	**336**	**100,0**	**100,0**	

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

След анализ на получените резултати, по-голямата част от участниците в изследването са на мнение, че е необходимо следдипломно обучение по лапароскопска и роботизирана хирургии. Трите групи респонденти смятат, че най-подходящ е комбинирания курс- теоретичен и практически.

Отчитат се положителни нагласи относно включването в специализация по лапароскопска и роботизирани хирургии, като най-висок процент на потребност се наблюдава за операционните медицински сестри. Според респондентите оптимален срок за повеждане на специализация е една година.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА:

1. МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТИ ПО ХИРУРГИЯ: 6

2. Anderson JE et. al The first national examination of outcomes and trends in robotic surgery in the United States. J Am Coll Surg. 2012;215:107–14. discussion 14-6. (PubMed) (Google Scholar)

3. Francis P., Winfield H. (2006) Medical Robotics: The Impact On Perioperative Nursing Practice, Urologic nursing.Volume 26 Number 2: 99-108

4. Gomez G. Sabiston Textbook of Surgery. 17th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Saunders; 2004. Emerging Technology in surgery: informatics, electronics, robotics.

5. Mack, M. J. (2001). Minimally invasive and robotic surgery. Journal of the American Medical Association, 285(5), 568–572. https://doi.org/10.1001/jama.285.5.568

6. http://journals.mu-varna.bg/index.php/conf/article/view/4284

7. https://www.lex.bg/laws/ldoc/2136417712

8. http://www.libma.ru/medicina/operativnaja_hirurgija/p56.php

9. http://mu-varna.bg/BG/sdo/Pages

10. https://searchenterpriseai.techtarget.com/definition/robotic-surgery-robot-assisted-surgery

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

Милена Панчева Нанкова,
Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов" – Варна,
ФОЗ, Катедра „ Здравни грижи", УС „ Медицинска сестра",
email: Milena.Nankova@mu-varna.bg

Силвия Борисова Димитрова,
Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов" – Варна,
ФОЗ, Катедра „ Здравни грижи",
email: Silvia.Borisova@mu-varna.bg

Антон Йорданов Тонев,
УМБАЛ „Св. Марина" ЕАД, Първа клиника по хирургия,
Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов" – Варна,
email: anton.tonev@mu-varna.bg

МОТИВАЦИЯ И ВЪЗМОЖНОСТИ НА ДИСТАНЦИОННОТО ОБУЧЕНИЕ ПРЕЗ ПОГЛЕДА НА СТУДЕНТИТЕ ОТ МЕДИЦИНСКИ КОЛЕЖ ПО ВРЕМЕ НА ПАНДЕМИЯТА ОТ COVID-19

Петя Ст. Каснакова, Божидарка Р. Хаджиева

MOTIVATION AND OPPORTUNITIES OF DISTANCE LEARNING AT THE VIEW OF MEDICAL COLLEGE STUDENTS DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Petya St. Kasnakova, Bozhidarka R. Hadzhieva

РЕЗЮМЕ:

С въвеждане на извънредно положение с цел ограничаване разпространението на COVID-19 се налага физическо дистанциране и процесът на обучение преминава в дистанционна електронна среда за обучаващите се медицински специалисти. Изследването проучва студентското мнение относно мотивацията и възможностите на дистанционното обучение в условия на пандемията COVID-19. Ефективното дистанционно обучение в значителна степен се определя от възможностите на технологичната електронна среда, от педагогическите умения на обучаващите и мотивацията на студентите да формират ключови компетенции, съгласно собствените си потребности за придобиване на професионални знания и умения по време на пандемията COVID-19.

Ключови думи: *мотивация, дистанционно обучение, медицински колеж*

With the introduction of a state of emergency in order to limit the spread of COVID-19, physical distancing is required and the learning process moves to a remote electronic environment for trainee medical professionals. The research studies the student's opinion about the motivation and opportunities of distance learning in the context of the COVID-19 pandemic. Effective distance learning is largely determined by the capabilities of the technological electronic environment, the pedagogical skills of trainers and the motivation of students to form key competencies, according to their own needs for acquiring professional knowledge and skills during the COVID-19 pandemic.

Key words: *motivation, distance learning, medical college*

ВЪВЕДЕНИЕ

С въвеждане на извънредно положение с цел ограничаване разпространението на COVID-19 се налага физическо дистанциране и процесът на обучение преминава в дистанционна електронна среда за обучаващите се медицински специалисти. Наложилото се дистанционно провеждане на лекции, учебно-практически занятия, учебна практика, тестове и изпити предизвика дигитален скок в обучението на медицински специалисти. По време на пандемията от COVID-19 познаването и прилагането на дигиталните технологии и свободното боравене с тях вече не са „допълнителни“ умения нито за студентите, нито за техните преподаватели.

Съвременният свят се променя активно поради бързото развитие на технологиите. През 21 век дигитализацията се превърна в глобален феномен и фактор за развитието на всички сфери на човешката дейност [12].

Цифровата трансформация е дълъг процес за създаване на „цифрова организация“, в който повечето процеси се извършват без човешко участие. В същото време цифровите образователни технологии нямат за цел да заменят традиционната педагогика, а да я подкрепят и направят по-удобна и достъпна [14].

Студенти и преподаватели успяват да си сътрудничат от разстояние, да задават въпроси и да получават отговори, да комуникират един с друг, като същевременно личните им данни остават напълно защитени.

Взаимодействието между преподавателя и студентите при традиционното присъствено медицинско образование е заменено с електронно дистанционно, което се реализира чрез функционална избрана система за обучение. Интерактивната образователна среда в условия на пандемия измества традиционното обучение, като осигурява условия за реализация на ефективна групова динамика между субектите в учебния процес, ръководена и направлявана от преподавателя. Интерактивният подход при дистанционното обучение изисква създаване на партньорски взаимоотношения между страните в образователния процес с цел реализиране на ефективна познавателна комуникация между всички. Създаването на подкрепяща и стимулираща за обучаваните интерактивна образователна среда, която да им осигури свобода на избор, повишена познавателна активност, поддържане на положителен микроклимат е основна задача и отговорност на преподавателя. Целесъобразността на използването на иновативни методи на обучение при формирането на бъдещите медицински специалисти зависи пряко от променените му основни функции. Основната функция на преподавателя вече не е само източник на медицинска информация, той е и мениджър, който е длъжен да управлява чрез подходящ демократичен стил на управление и съуправление учебния процес, което предполага наличието на интеракция и изграждането на редица социално-значими качества на личността. Дългогодишната му традиционна роля на водещ и недвусмислен авторитет и експерт постепенно се измества от тази на умел модератор на група и консултант [2].

При електронното дистанционно обучение преподавател и студент са разделени по време и място – липсва или е силно ограничен контактът на живо. Новите условия и противоепидемичната обстановка ускоряват прилагането на електронното обучение при подготовката на медицински специалисти, посредством различни платформи.

Moodle се използва като платформа за създаване на електронни курсове в Медицински колеж към Медицински университет – Пловдив от 2011 г [19]. Moodle е популярна, широко използвана в България и по света, платформа за изграждане на виртуални учебни среди, която реализира конструктивната теория за ученето и предлага гама от функционалности за изграждане на обучения с фокус върху студента. Предназначението на обучителните уроци в платформата е създаването на цялостна учебна единица, при усвояването на която обучаемият следва собствена учебна пътека, определена от степента на успеваемост [15] [17].

Според Киркова-Богданова А, Moodle уроците са подходящи в проектирането на електронно обучение за дистанционно учене [5].

Комуникационните средства в образователната среда Moodle (форум, задания, съобщения, етикети, класирания, словесно оценяване и др.) дават възможности на преподавателя да покаже позитивното си отношение към постигнатото от студента, както и да използва подходящи ресурси и дейности, които да отговорят на потребностите на студента.

Мотивацията на студентите в създалата се противоепидемична обстановка е ключов фактор за тяхната удовлетвореност от електронното дистанционно обучение. От психологическа гледна точка с мотивацията се обозначава активирането, насочването и регулирането на поведението и дейността им в учебния процес. Факторите, които определят мотивацията за учене на студентите могат да се определят по следния начин:

- заинтересованост - умерената заинтересованост стимулира учебния процес;

- влияние на чувствата и емоциите върху учебния процес – студентите са склонни да вложат много усилия, когато им е интересно и предвкусват успеха от работата си;

- успех – важен фактор, който оказва влияние върху мотивацията за учене;

- интерес - той се създава, предимно от преподавателя;

- обратна връзка - рефлексия. Тя помага както на преподавателя, така и на студентите да осъзнаят нивото на усвоеност на учебния материал.

Тези пет фактора, управляващи мотивацията, определят т.нар. външна мотивация за учене. Всеки човек носи в себе си и вътрешен стремеж за извършване на някаква работа [8].

За да се постигне успех в обучението е необходимо студентите да са мотивирани за учене.

От значение е и начинът на преподаване, и личността на преподавателя. Преподавателят, успял да създаде интерес към своя учебен предмет, постига високи резултати, изразени във висок среден успех и висока учебна активност. Успехът ще зависи и от това дали е успял да синхронизира интелектуалното ниво на преподаване с това на обучаващите се. От изключително важно значение е прилагането на разнообразни методи и средства за обучение, насочени към повишаване на ефективността на обучението чрез развиване на познавателни мотиви. Съвременните дидактически технологии в наложилото се дистанционно обучение развиват качества на личността като дигитална активност, инициативност, творческо мислене и бързина. Овладяват се нови, социално значими похвати на поведение и общуване [1].

Ролята на преподавателя за засилване на мотивацията за учене у студентите е от изключителна важност. Той е мениджъра на учебния процес, той трябва да използва постиженията на технологиите и науката, за да формира у студентите мотивация не само за учене, а за личностен растеж и професионално развитие.

Мотивацията за учене определя отношението към ученето и означава поведение, насочено към знанието. Мотивираният студент се стреми към максимално усвояване на знания в дадена област, преодолява трудности и усвоява начини за придобиване на тези знания независимо от тези трудности. Той идва в университета с големи очаквания за качествено образование и ако не го получи, става немотивиран за учене, губи интерес към присъствието си в университета. Некоректна ситуация, при която усилията на студента не се оценяват по достойнство и той да остава незабележим за преподавателя, също би могла да доведе до намаляване на мотивацията за учене [8].

За да извлечем максимално полза от предимствата на електронното и дистанционно обучение пред конвенционалното присъствено, трябва да бъде изграден активен и ориентиран към потребителя дизайн на обучението, който да осигури взаимодействие между обекти и субекти на учебния процес

Студентите имат различно ниво на компютърни умения и невинаги всички имат персонален компютър и достъп до интернет. Студентите възприемат различно. Младите хора от т.нар. интернет поколение имат добра визуална грамотност. Те не се затрудняват да възприемат от екран, за разлика от по-възрастните, които предпочитат печатния вид на материалите. Темпът на усвояване на материала също можем да очакваме да е различен [4] [9] [16].

ЦЕЛТА

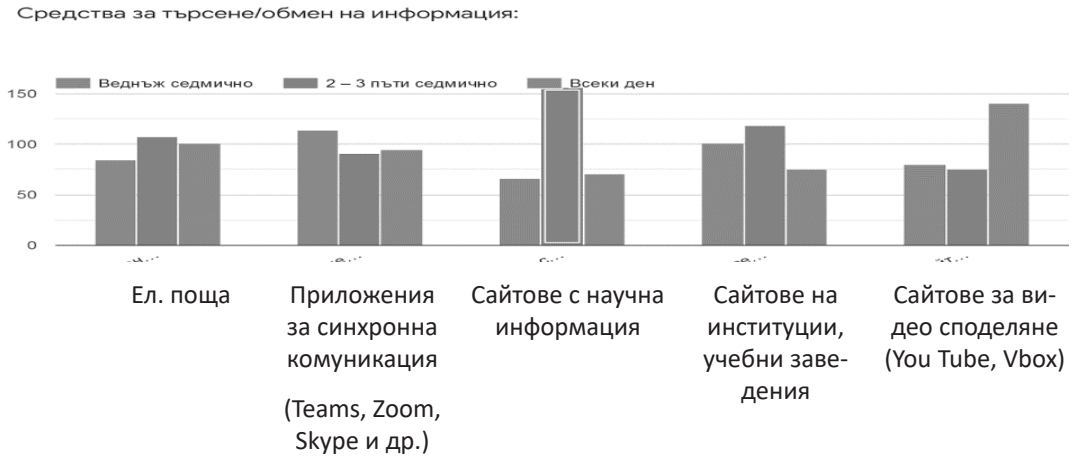
на изследването е проучване на студентското мнение относно мотивацията и възможностите на дистанционното обучение в условия на пандемията COVID-19.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ.

Проведено е анонимно онлайн анкетно проучване, чрез Google платформа, сред студенти от специалност „Помощник-фармацевт“ и „Рехабилитатор“ от медицинските колежи в Пловдив, София, Варна и Плевен през юни 2020 г. В него взеха участие 293 студенти - 225 (77.5%) помощник-фармацевти и 65 (22.5%) рехабилитатори; от първи (42.3%), от втори (37.5%) и трети (20.2%) курс.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ.

Анкетираните 293 студенти споделят, че 53,24% използват сайтове с научна информация 2-3 пъти седмично и 48,12% са посочили, че всеки ден използват сайтове за видео споделяне (You Tube, Vbox). Фигура 1.



Фигура 1. Средства за търсене/обмен на информация

От получените резултати става ясно, че респондентите използват социалните мрежи не само като средство за комуникация.

Причината студентите да използват ежедневно платформата за видео споделяне You Tube е възможността на достъп до специфични плейлисти с материали по даден предмет, достъп до лекции, записани извън аудиторията, а също така за стимулиране на креативно мислене у тях чрез възлагане на конкретна задача за създаване на видеоматериал.

Интернет все повече рефлектира и върху начина на учене, което проличава и в отговорите на студентите – 53,24% от тях споделят, че 2 – 3 пъти седмично използват сайтове с научна информация, за да подготвят реферати, курсови проекти и др. задания.

С навлизането на информационно-комуникационните технологии в здравеопазването безусловно се налага предлагането на гъвкаво и съвременно обучение на здравните кадри. Търсенето на нови подходи в преподаването и ученето ще доведат до нов модел на образование, който да отговори подобаващо на съвременната динамична реалност [3].

Участниците в анкетата посочват, че недостатъчно мотивирани се включват в дистанционното обучение (52,90%), предпочитат да имат възможност за избор на обучителна платформа и самостоя-

телен темп на работа (38,22%) и с известно насочване от страна на преподавателя (50,85%). Обучаващите се специалисти успешно организират задачите си във времето (45,73%) и се справят с научната литература за подготовката на реферати, курсови работи и др. (61,43%). Фигура 2.

Фигура 2. Мотивация и възможности по време на дистанционното обучение

Повече от половината анкетирани предпочитат писмената форма на комуникация и са удовлетворени от получаване на бърз коментар и консултация от преподавателя.

Студентската оценка за ефективността на дистанционната форма на обучение насърчава комуникацията с преподавателите и довежда до съвместно участие в процеса на преподаване и обучение, което повишава качеството на обучителния процес в условия на пандемия и електронна обучителна среда [11] [13] [18].

В нашето проучване е изследвано мнението на студентите като важен компонент на комплексната оценка за образованието. За да бъде качествена услугата образование, една от страните оценители – студентите, трябва да я оценяват като такава. Необходимо е предоставяне на възможност на студентите активно да участват в управлението на качеството на обучение. Анкетното проучване дава на преподавателя обратна информация за обучение по дисциплината и за това как студентите оценяват личните му качества – компетентност, методичност и етика, както и за качествата на представяне на учебния материал.

Бъдещите здравни специалисти демонстрират критично мислене и позитивно отношение към електронната форма на обучение, която се налага като удобна възможност за разработване на интерактивно електронно обучение. Една от основните черти на качественото електронно обучение е неговата персонализираност – чрез избор на подходящ стандарт за пакетиране на учебните единици и чрез висока интерактивност могат да бъдат удовлетворени различни стилове на учене, обработване на информация и стратегии за учене.

Според Хр. Милчева и съавтори (2018) „трансферът на компетенции от теорията към практиката е процес, върху който оказват влияние редица фактори като: професионалните компетентности на

академичния преподавател и на клиничния наставник; добрата колаборация между висшето медицинско училище и клиничната база; организацията на обучението. Поддържането на интересът на студентите към овладяване на медицинската професия е важна предпоставка за последващата им успешна реализация. Достигането на желано високо качество на обучение на студентите е основна цел и задача на висшите медицински училища“ [7].

Хр. Милчева (2020) анализира проблемите на интерактивните методи на преподаване, визира пътя към европейска интеграция посредством креативен стил в обучението на здравните професионалисти и адаптивните възможности при промени в здравната система [6].

Качественото обучение се определя с възможностите, които предоставя на студентите да се развиват съгласно собствените си желания и потребности, да формират ключови компетенции, които са универсални по своя характер и приложимост, като нивото им е обвързано с нивото на придобитите знания и умения.

Особено важно за всеки университет е да поддържа високи стандарти на медицинското образование, които да осигурят на завършващите научни основи и практически умения, от които се нуждаят за медицинската си практика [10].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ефективното дистанционно обучение в значителна степен се определя от възможностите на технологичната електронна среда, от педагогическите умения на обучаващите и мотивацията на студентите да формират ключови компетенции, съгласно собствените си потребности за придобиване на професионални знания и умения по време на пандемията COVID-19.

Предизвикателството да бъдат част от учебната общност от различни части на страната и света, са позитивни фактори, допринесли за осъществяването на онлайн обучението.

Подробният анализ на обучението, обучаемите и средата е задължителен за формулирането на целите, избора на стратегии и разработването на материали за обучение в рамките на електронен курс, за да се осигури оптималното качество и за да се повиши конкурентоспособността на висшето училище.

ЛИТЕРАТУРНИ ИЗТОЧНИЦИ

1. Гюрова, В. и колектив. Интерактивността в учебния процес. С., 2006.

2. Каснакова П. Основни моменти при професионалното формиране на рехабилитатори в процеса на обучение в Медицински колеж. Монография. Под научната редакция на проф. Б. Торньова., изд. „Лакс букс“ Пловдив, 2018, с. 113-114

3. Килова, Кр. Информационна система за оценка на качеството на обучение във висшите медицински училища. Автореферат на дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „доктор”, 2017, с. 5

4. Киркова А., Д. Танева, Й. Марчев. Електронно обучение по здравен мениджмънт – възможна перспектива. Здравна икономика и мениджмънт, год. 13, 2013 г., бр.4(50), ИК „Стено” – Варна, стр. 66-70

5. Киркова-Богданова А., Кр. Килова, А. Янева и др. Интерактивни уроци в Moodle за студенти по здравни грижи. Втора Варненска конференция за електронно обучение и управление на знанието

6. Милчева Хр. Креативен стил в обучението на здравните професионалисти. Монография. Изд. Лакс бук, Пловдив, 2020

7. Милчева Хр., П. Тенева, К. Молова, А. Андонова. Трансфер на компетенции (от теорията към практиката) при здравните професионалисти. KNOWLEDGE – International Journal, Vol. 28.2, December,

2018, с. 663

8. Пинк, Д. Мотивацията. Изненадващата истина за това, които ни движи напред. София: Изток-Запад, 2012

9. Jones J. E-Learning in Healthcare Market Will Reflect Significant Growth Prospects during 2019 – 2026.

10. Kasnakova P., B. Hadzhieva. Analysis of the opinion of medical college students of the quality of the provided educational service. World Journal of Pharmaceutical Research. Volume 5, Issue 10, 2016, pp. 10-11

11. Kilova K. Distance Learning in the Conditions of a Pandemic through the View of the Students from Medical University – Plovdiv. BOOK OF ABSTRACTS. VIIIth International Conference of Young Scientists-Plovdiv 2020, p. 85

12. Kirilov Rosen, Technological Opportunities for the Digitization of the Career Development Processes, Economic Alternatives, Issue 1, 184 -195 doi.org/10.37075/EA.2020.1.10

13. Kitova T. Social Aspects of Distance Learning During the COVID-19 Pandemic. BOOK OF ABSTRACTS. VIIIth International Conference of Young Scientists-Plovdiv 2020, p. 86

14. Popova O. I., Gagarina N. M., Karkh D. A., Digitalization of Educational Processes inUniversities: Achievements and Problems, Advances in Social Science, Education and Humanities Research, Vol. 437, p. 738-742, International Scientific Conference “Digitalization of Education: History, Trends and Prospects” (DETP 2020), April 23-24, 2020, Yekaterinburg, Russia

15. Sharpe, Rh., G. Benfield, G. Roberts, R. Francis. The undergraduate experience of blended learning: a review of UK literature and practice. UK: The Higher Education Academy, 2006.

16. Smith, P. L., T. J. Ragan, Instructional Design, Third Edition, Wiley Jossey-Bass Education, 2004.

17. WHO. Elearning for undergraduate health professional education. Edited by Najeeb Al-Shorbaji, Rifat Atun, Josip Car, Azeem Majeed and Erica Wheeler. London: Imperial College, 2015

18. Наръчник по качеството МУ – Пловдив. http://meduniversity-plovdiv.bg/images/MU_PLOVDIV_TEXT/SUK_ISO9001/Normativ/

19. http://eomk.medcollege-plovdiv.org

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

Петя Станкова Каснакова

Специалност „Рехабилитатор“, Медицински колеж,

Медицински университет – Пловдив,

ул. Братя Бъкстон 120, 4004 Пловдив, България

Petya.Kasnakova@mu-plovdiv.bg

Божидарка Радославова Хаджиева

Специалност „Помощник фармацевт“, Медицински колеж,

Медицински университет – Пловдив,

ул. Братя Бъкстон 120, 4004 Пловдив, България

Bozhidarka.Hadzieva@mu-plovdiv.bg

ИЗВЪНАУДИТОРНАТА САМОСТОЯТЕЛНА РАБОТА В ОБУЧЕНИЕТО НА АКУШЕРКИ

Кремена Митева, Здравка Атанасова

Тракийски университет, Медицински факултет, катедра „Здравни грижи“

РЕЗЮМЕ:

Стремежът към висока ефективност на обучението на акушерките и изграждането им като специалисти, притежаващи базови професионални компетенции налага прилагане на подходи за стимулиране на познавателната и творческата активност на студентите. Възлагането на задачи за извънаудиторна самостоятелна работа поставя студентите в позиция на субекти в процеса на обучение и е един от начините за постигане на по-високо равнище на усвояване на професионалните знания, умения и компетенции.

***Целта** на научното съобщение е да открои ролята на извънаудиторната самостоятелна работа в процеса на формиране на професионални компетенции у студентите от специалност „акушерка“. Изследването обхваща 77 респонденти - студенти от специалност „акушерка“, обучаващи се в Тракийски университет, Медицински факултет – Стара Загора.*

***Ключови думи:** извънаудиторна самостоятелна работа, студенти, обучение.*

EXTRACURRICULAR INDEPENDENT WORK IN THE TRAINING OF MIDWIVES

ABSTRACT:

The pursuit of high efficiency of midwifery training and their development as specialists with basic professional competencies requires the application of ways to stimulate the cognitive and creative activity of students. Assigning tasks for extracurricular independent work puts students in the position of subjects in the learning process and is one of the ways to achieve a higher level of acquisition of professional knowledge, skills and competencies.

***The purpose** of the scientific communication is to highlight the role of extracurricular independent work in the process of forming professional competencies in students majoring in midwifery. The study covers 77 respondents - students majoring in midwifery, studying at the Trakia University, Faculty of Medicine - Stara Zagora.*

***Key words:** extracurricular independent work, students, training.*

ВЪВЕДЕНИЕ:

Съвременната образователна парадигма поставя акцент на целенасочената и организирана самостоятелна работа на студентите като едно от средствата за формиране на техните професионални компетенции.

Компетентностноориентираното обучение визира тези компетенции, които личността трябва да овладее, за да бъде конкурентноспособна на пазара на труда. Неговата поява се свързва с ускорените темпове на развитие и информатизация на обществото, глобализацията, интензивните социални и икономически промени.

Все по-ясна е тенденцията за нарастване на изискванията към качеството на грижите за пациента. Това налага стремеж за висока ефективност на обучението на акушерките и изграждането им като специалисти, притежаващи базови професионални компетенции. Съвременната акушерка притежава не само специфичните за професията знания и умения, но и способности за самостоятелно решаване на различни проблеми в областта на здравните грижи на основата на собствения социален и практически опит.

Университетското обучение трябва да обезпечават формирането, тренирането и усъвършенстването на компонентите на професионалните компетенции на акушерката като комплекс от знания, умения, отношения и личностни качества /теоретични знания за анатомията и физиологията на човешкия организъм, манипулативни умения, комуникативни умения, умения за работа в екип, умения за клинично мислене, умения за планиране и организиране на дейността, етично поведение/.

Самостоятелната работа като понятие е тясно свързана с личностното качество „самостоятелност“. М. Грудева формулира самостоятелността като „качество на личността, която се изразява в умението на обучаващите се сами да откриват проблеми, начини и пътища за тяхното решаване; проявява се и се формира в процеса на самата дейност, предоставяйки възможност на обучаващите се сами да намират решения на поставените им задачи“ (по Грудева, 2018).

Професионалното формиране на здравния специалист изисква висока степен на самосъзнание, контрол и самоконтрол, самоуправление и саморегулиране на студентите в процеса на обучение. Справедливо П. И. Пидкасисти отбелязва, че „обучението е ефективно тогава, когато обучаваните проявяват познавателна активност и са субекти на дейността, осъзнават целите на обучението, планират и организират своята работа” /7, с. 183/.

Поставянето на задачи за извънаудиторна самостоятелна работа е един от начините за стимулиране на познавателната и творческата активност на студентите, за въвличането им като субекти в процеса на обучение.

Д. Георгиева отбелязва, че „извънаудиторната студентска заетост активира мисловната дейност на студентите, спомага за учене чрез анализ, синтез и намиране на самостоятелни пътища за решаване на конкретни учебни задачи“ /1, с. 78/.

В обучението на бъдещи акушерки извънаудиторната самостоятелна работа включва работа със специализирана литература, интернет източници, изготвяне на реферати, есета, доклади, презентации и други. Прилагат се индивидуалната и групова форма на самостоятелна работа. Индивидуалната самостоятелна работа позволява да се отчитат личностовите особености, да се усъвършенства творческия потенциал на студента, съобразно неговите потребности и възможности.

Основателно Д. Николова и съавтори посочват, че „в процеса на самостоятелна работа, студентите проявяват своята творческа мотивация, формират умения за поставяне на цели и индивидуален стил на учебна и изследователска дейност; повишават самоконтрола си; постигат самостоятелно развитие на важни за тях личностови качества, които са необходими за първоначалното усвояване на практическия опит в периода на обучение във висшето медицинско училище“ /5/.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ:

Целта на настоящото проучване е да се открои ролята на извънаудиторната самостоятелна работа в процеса на формиране на професионални компетенции у студентите от специалност „акушерка“. Изследването обхваща 77 респонденти - студенти от специалност „акушерка“, обучаващи се в Тракийски университет, Медицински факултет – Стара Загора. Анкетирането е проведено през учебните 2018/19г. и 2019/20г.

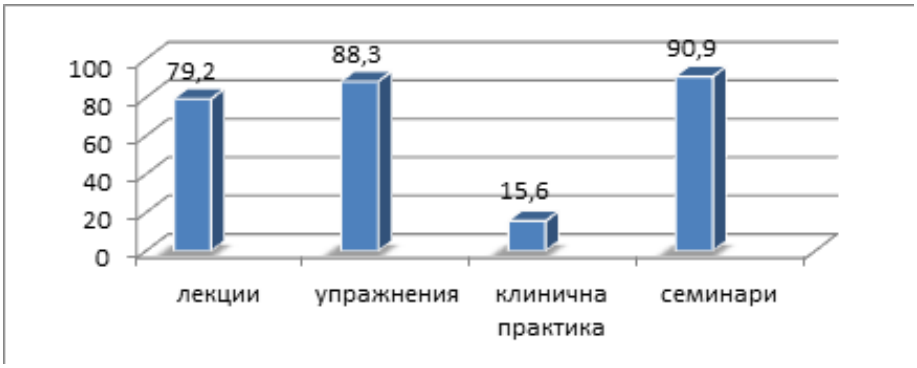
За реализиране на поставената цел са използвани следните методи: документален метод /проучване и анализ на специализирана литература/, анкетно проучване на значението на самостоятелната работа в процеса на обучение /чрез изработена за целта анкетна карта, съдържаща 9 въпроса от открит и закрит тип/, статистическо представяне и обработка на получените резултати чрез програма Microsoft Excel 2010.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ:

Поставянето на задачи за извънаудиторна самостоятелна работа е един от начините за стимулиране на познавателната и творческата активност на студентите във всички организационни форми на обучение. Преподавателят определя времето за изпълнение, начинът на представяне пред аудиторията, поставя параметри и изисквания за изпълнение.

С. Кючукова посочва, че „самостоятелната работа може да бъде извършена от студента по негова лична инициатива или да бъде препоръчана и насочена от преподавателя. Тук стремежът е да се активизира творческото мислене на обучавания, като се стъпи на вече усвоени академични и практични знания, умения и навици“ /2/.

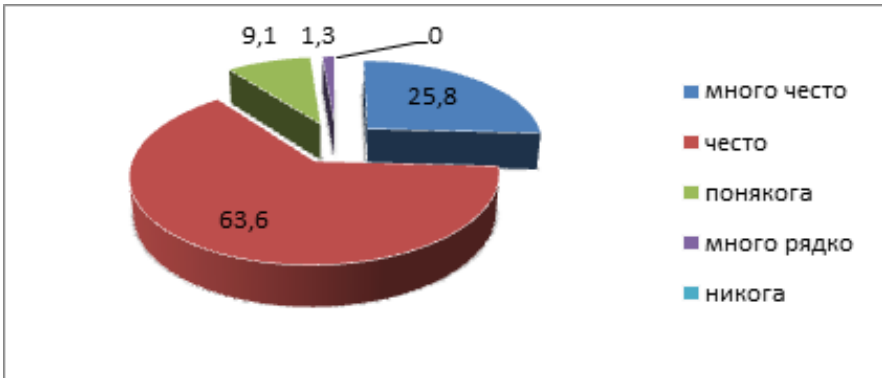
Студентите-акушерки посочват, че най-често /90,9%/ по време на семинари преподавателите поставят задачи за извънаудиторна самостоятелна работа /фиг. 1/



Фиг. 1 Извънаудиторната самостоятелна работа в различните форми на обучение

Висока е честотата на поставяне на задачи за извънаудиторна самостоятелна работа и в упражненията и лекциите. Клиничната практика е определена като организационната форма на обучение, в която на студентите най-рядко се налага да подготвят задачи за извънаудиторна самостоятелна работа /15,6%/. Този отговор вероятно кореспондира с възможността на студентите за активно участие в лечебния процес по време на клинична практика и високата степен на ангажираност в учебния процес.

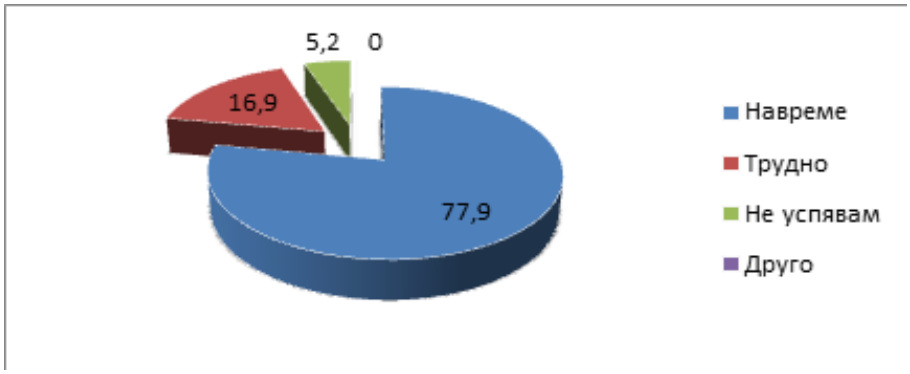
Изследването установи висока честота на поставяне на задачи за извънаудиторна самостоятелна работа в процеса на обучение /фиг. 2/. Почти 90% от респондентите /n=69/ считат, че често и много често им са възлагат извънаудиторни задачи.



Фиг. 2 Честота на възлагане на извънаудиторна самостоятелна работа

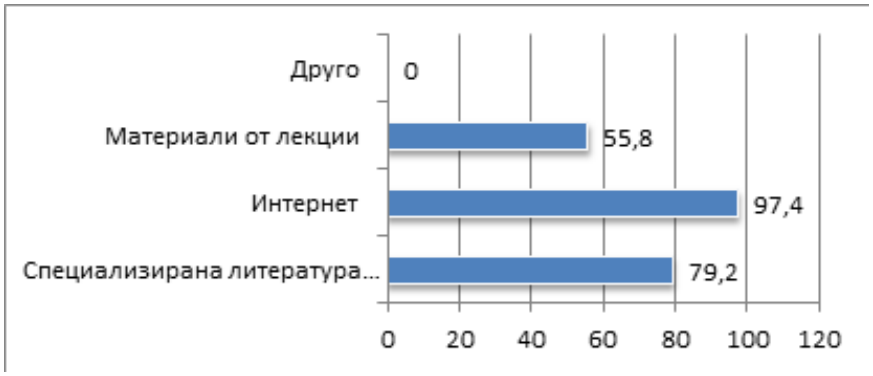
Резултатът потвърждава високата оценка на преподавателите относно целесъобразността и ефективността на извънаудиторната дейност на студентите като инструмент, осигуряващ преподаване и учене, основано на придобиване на професионални компетенции чрез активно участие на студентите.

Проучването установи подчертано предпочитание от страна на преподавателите за поставяне на задачи за извънаудиторна самостоятелна работа на студентите. Интерес представлява и отношението на студентите към тази форма на учебна дейност.



Фиг. 3 Време за изпълнение на поставените задачи за извънаудиторна самостоятелна работа

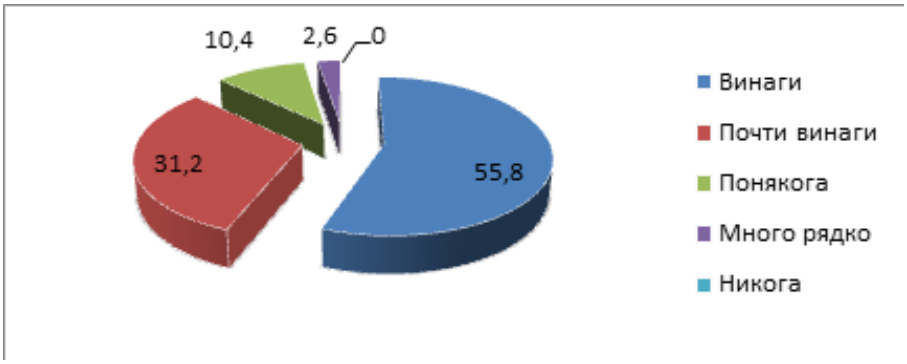
Най-висок е относителният дял на студентите-акушерки, които успяват да се справят навреме с поставените задачи - 77,9% /фиг. 3/. Близо 17% от тях //n=13/ се справят трудно в срока, определен от преподавателя. Едва 5,2% от респондентите не успяват. Резултатът позволява да се счита, че преподавателите съобразяват изискванията си със студентската натовареност, възможности и капацитет за самостоятелност в ученето. В унисон с това, С. Кючукова посочва, че „разполагайки с добра библиотечна база, професионално-педагогическа подкрепа от преподавателите и собствената си воля и амбиции студентите могат да се афишират чрез добре свършена самостоятелна работа“ /3/.



Фиг. 4 Източници на информация

Самоподготовката изисква от студента самостоятелна и целенасочена работа с различни източници на информация, необходима за успешно изпълнение на задачата за извънаудиторна самостоятелна работа. Почти всички студенти използват предимно интернет пространството за набавяне на материал по конкретен проблем. Наблюденията на автора показват, че често е необходимо разяснение или корекция на изпълнената задача, поради факта, че не се „отсява“ строго научната информация от тази, предназначена за широката аудитория. Близо 80% от студентите боравят със специализирана литература, а най-малък относителен дял /55,8%/ използват материали от лекционния курс по съответната учебна дисциплина /фиг. 4/. В тази връзка, преподавателите трябва да акцентират на изискването при подготовката на извънаудиторни самостоятелни работи, студентите да използват предимно специализирана информация от учебници, научни статии или лекционен материал. По този начин се създават условия за придобиване на строго научни теоретични знания по конкретния здравен проблем, както и за изграждане на необходимия адекватен стил на изразяване, присъщ на здравния професионалист.

Според 87% от студентите, преподавателите винаги и почти винаги контролират и оценяват постиженията им в самоподготовката /фиг. 5/.



Фиг. 5 Контрол и оценка на поставените задачи за извънаудиторна самостоятелна работа

Контролът и оценяването на начинът на изпълнение на извънаудиторните самостоятелни дейности е от изключително важно значение за стимулиране на мотивацията за учене, за насърчаване на съзнателността и активността на студентите в ученето, за затвърждаване на самостоятелността като присъща на здравния специалист. Навременната корекция в пропуските и грешките, регулярното и адекватно оценяване стимулират студентския интерес към ученето, убеждават обучаваните в смисъла на самостоятелната извънаудиторна работа.

В тази връзка, висок относителен дял от студентите /67,5%/ определят самостоятелната извънаудиторна работа като много полезна в цялостния учебно-възпитателен процес. 11,7% от тях изпълняват

поставените задачи само, защото са задължителни, а едва 9,1% я намират за излишна /фиг. 6/.

Фиг. 6 Отношение на студентите към извънаудиторна самостоятелна работа

Проведеното изследване позволява да се очертаят следните изводи:

⇨Извънаудиторната дейност на студентите е инструмент, осигуряващ преподаване и учене, основано на придобиване на професионални компетенции чрез активно участие на студентите;

⇨ Ефективността на извънаудиторната самостоятелна дейност на студентите се влияе от нейното съобразяване със студентската натовареност, възможности и капацитет за самостоятелност в ученето;

⇨ За да изпълнява адекватно целите на обучението, преподавателите трябва да акцентират на необходимостта при подготовката на извънаудиторни самостоятелни работи, студентите да използват предимно специализирана информация от учебници, научни статии или лекционен материал;

⇨ Регулярният контрол и своевременната корекция на пропуските и грешките, както и адекватното оценяване стимулират студентския интерес към ученето,убеждават обучаваните в смисъла на самостоятелната извънаудиторна работа, насърчават съзнателността, активността и самостоятелността на студентите в ученето.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА:

1. Георгиева, Д., Извънаудиторната студентска заетост като възможност за постигене на успешна адаптация на студентите от първи курс – специалност „Медицинска сестра“, Сб. Научни трудове на РУ „Ангел Кънчев“, том 52, серия 8.3., с. 75-80, 2013.

2. Кючукова, С., Особенности самостоятельности в студенческом обучения, VII Международной научно-практической интернет-конференций, Чита, Забайкальский государственный университет, УДК 37.041, 2016

3. Кючукова, С., Свободата в извънаудиторната работа на студентите, Управление и образование том X(5), Унив.издателство „проф. д-р Асен Златаров”,Бургас, с.99-102, 2014.

4. Митева, Кр.; Компетентностният подход в обучението на здравни специалисти, XXIX научно-технологична сесия КОНТАКТ 2012, София, 2012, ISSN: 1313-9134, с. 167-170.

5. Николова, Д., М. Грудева, Ст. Павлова, Самостоятелната работа като средство за формиране на висока професионална компетентност у студентите здравни специалисти, сп. Управление и образование, т. XIV (3), с. 75-81, 2018.

6. Николова, Д., М. Грудева, Специфика на самостоятелната работа като средство за формиране на професионална компетентност у студентите от специалност „рехабилитатор“, Педагогически форум, бр. 2, 2018 http://www.dipku-sz.net/izdanie/495/

7. Пидкасисты, П. И., Педагогика, Москва, 1996.

ПРАКТИЧЕСКОТО ОБУЧЕНИЕ КАТО ФАКТОР ЗА ФОРМИРАНЕ НА ПРОФЕСИОНАЛНО-КЛИНИЧНО МИСЛЕНЕ НА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „ЛЕКАРСКИ АСИСТЕНТ”

Анушка Н. Димитрова, Санела Е.Борисова

Медицински университет-София, ФОЗ, катедра „Здравни грижи”

PRACTICAL TRAINING AS A FACTOR IN THE FORMATION OF PROFESSIONAL-CLINICAL THINKING OF STUDENTS FROM THE SPECIALTY «MEDICAL ASSISTANT»

Anushka N. Dimitrova, Sanela E. Borisova

Medical University-Sofia, FPH, Health care department

РЕЗЮМЕ:

Професията лекарски асистент е сред регулираните медицински професии в направление „Здравни грижи” в Република България. Упражняването на специалността изисква придобиване на познания по клинични дисциплини по отношение на етиологията, клиничната изява, диагностика, лечение и рехабилитация на заболяванията, както и овладяване на алгоритмите за поведение при спешни състояния. Усвояването на знания в различните научни области, води до развиване на личностни качества и компетенции, като: любознателност, проницателност, аналитичност, компетентност, ерудиция, самовъзпитание и др. Провежданото обучение на студентите в Медицинските университети полага основите за формиране на бъдещите специалисти и съдейства за придобиване на базови специфични знания, практически умения и компетенции.

Ключови думи: *лекарски асистент, практическо обучение, клинично мислене*

SUMMARY:

The profession of medical assistant is among the regulated medical professions in the department “Health Care” in the Republic of Bulgaria. The exercise of the specialty requires the acquisition of knowledge of clinical disciplines with regard to the etiology, clinical expression, diagnosis, treatment and rehabilitation of management of emergency behavior algorithms. The absorption of knowledge in different scientific fields leads to the development of personal qualities and competencies, such as: inquisitiveness, insight, dimension, competence, erudition, self-education, etc. The training of students in medical universities lays the groundwork for the formation of future specialists and assists in the acquisition of basic specific knowledge, practical skills and competence.

Keywords: *medical assistant, practical training, clinical thinking*

ВЪВЕДЕНИЕ

Професията лекарски асистент е сред регулираните медицински професии в направление „Здравни грижи” в Република България. Упражняването на специалността изисква придобиване на познания по клинични дисциплини по отношение на етиологията, клиничната изява, диагностика, лечение и рехабилитация на заболяванията, както и овладяване на алгоритмите за поведение при спешни състояния. Усвояването на знания в различните научни области, води до развиване на личностни качества и компетенции, като: любознателност, проницателност, аналитичност, компетентност, ерудиция, самовъзпитание и др. Дори когато се усвоят необходимите знания в определена научна сфера, това не води до равенство в придобитите личностни качества, като ерудиция, проницателност и адаптация. Следователно трябва да се търсят подходите за формиране на професионално-клинично мислене в процеса на обучение.

Безспорен е факта, че учебните планове и програми за обучение по специалността са съобразени с европейските стандарти и създават възможност за по-добра професионална подготовка на студентите. Провежданото обучение в Медицинските университети полага основите и съдейства за придобиване на основни знания, специфични практически умения и професионални компетенции. Подготвените специалисти могат самостоятелно или в екип под ръководството на лекар да оказват квалифицирана медицинска помощ, да поемат осъзнати професионални отговорности и да развиват умения за вземане на професионални решения в практиката. Нивото на професионална квалификация по специалността отговаря на съвременните постижения на медицинската наука и практика и допринася за решаване на актуалните потребности на здравните системи в страната и Европа.

В процеса на обучение по специалността студентите придобиват теоретични знания по голям обхват клинични специалности свързани с диагностиката, лечението, рехабилитацията, профилактиката и промоцията на различните заболявания. Теоретичното обучение предоставя базови знания по съответните клинични дисциплини. Учебната практика в повечето случаи следва тематиката на лекционния курс и учебно-практическите занятия. Трите форми на обучение са функционално обединени от обща педагогическа цел, от характера на учебното съдържание, от специфичните функции на учебния процес, учебните задачи и други.

Клиничната практика на студентите провеждани в учебните бази на ФОЗ има изключително важна роля за цялостното професионално формиране на бъдещите медицински специалисти. На студентите се предоставя възможност за участие в провежданите лекарски визитации, при преглед и оценката на общото състояние на пациентите, в провежданите медико-диагностични процедури и изследвания. Пациентът е носител не само на обективни симптоми, но и на субективни личностни преживявания, за които са необходими умения да се разговаря и изслушва, да се подпомага пациента в хода на лечението. При водене на разговор с пациента значение има не само комуникативните умения на медицинския специалист, но и знанията по медицинска етика, лична култура, интелект, възпитание и професионален опит.

ЦЕЛ

Целта на проведеното изследване е да се проучат и анализират факторите оказващи въздействие за формиране на професионално-клинично мислене в процеса на практическото обучение на студенти от специалност „Лекарски асистент”.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

В проучването са използвани документален метод за събиране на информация от нормативни документи, социологически метод (анкетно проучване) и графичен анализ. Обект на изследване са 37 студенти след завършен първи курс на обучение по специалност „Лекарски асистент” от Факултета по обществено здраве при Медицинския университет – София през учебната 2019/2020 година.

РЕЗУЛТАТИ

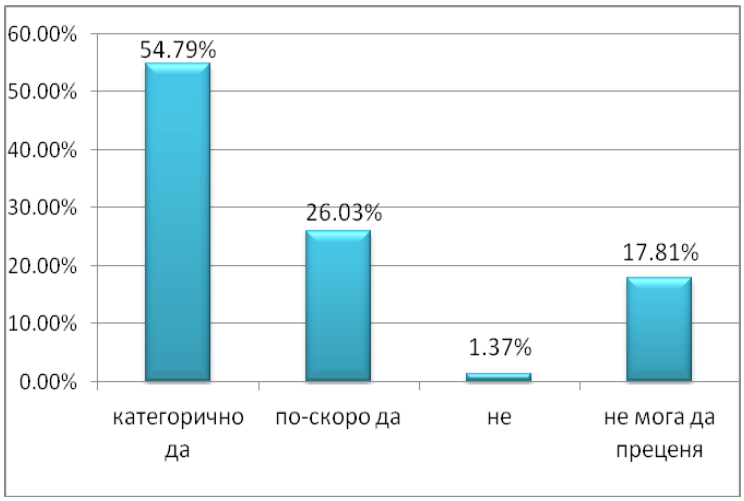
Възрастовата характеристика на анкетираните студенти показва, че с най-голям относителен дял (43,24%) са лицата на възраст между 31 до 40 години, следвани от тези във възрастовата група от 20-30 години (29,73%), а с най-малък относителен дял (27,03%) са лицата между 41-50 години.

С най-голям относителният дял са студентите обучаващи се в трети курс (43,24%), на второ място са студентите от втори курс на обучение (32,43%), на трето с 24,32% са анкетираните от четвърти курс (седми семестър) на обучение. Проучването сочи, че значителна част от анкетираните (75,68%) са удовлетворени от практическото си обучение, като организация и база за провеждане, за 18,92% от тях това донякъде е така и само 5,40% са посочили отрицателен отговор (табл.1).

Таблица 1. Година на обучение към удовлетвореност на студентите от практическото обучение

	Удовлетвореност от организацията на практическо обучение, като планиране, продължителност и база на провеждане							
курс на обучение	**да**		**не**		**донякъде**		**общо**	
	Бр.	**Отн. дял %**	**Бр.**	**Отн. дял %**	**Бр.**	**Отн. дял %**	**Бр.**	**Отн. дял %**
втори	9	24,33	1	2,70	2	5,41	12	32,43
трети	11	29,73	1	2,70	4	10,80	16	43,24
четвърти	8	21,62	0	0	1	2,70	9	24,32
Общо	**28**	**75,68**	**2**	**5,40**	**7**	**18,92**	**37**	**100**

В учебните бази психоклимата на работната среда и отношението на персонала към практическото обучение на студентите оказват влияние върху качеството на формиращия се обучителен процес. В процеса на изследване проучихме връзката между удовлетвореността от практическото обучение в лечебното заведение и формирането на професионални знания и умения на студентите. С най-висок относителен дял (80,82%) са студентите посочили положителни отговори „категорично да" и „по-скоро да", следвани от тези, които не могат да преценят (17,81%) и само 1,37% посочват отрицателен отговор (фиг.1).



Фигура 1. Връзка между практическото обучение и формирането на професионални умения

По време на практическо обучение се усвояват знания, умения и компетенции, необходими за бъдещата самостоятелна работа на студентите. В реална работна среда им се предоставя възможност да присъстват на лекарски визитаци, да участват в провеждане на клинико-лабораторните изследвания,

да прилагат превръзки, манипулативни техники и инфузионна терапия по назначение и контрол на преподавател или наставник от структурното звено. Редица взаимнообуславящи се фактори оказват индивидуално влияние за формиране на професионално-клинично мислене на студентите по време на практическото им обучение. На анкетираните студенти се предостави възможност да подредят по йерархичен ред и да изкажат мнение по отношение на посочените четири фактора: практически умения и навици, придобити в процеса на обучение; умения за работа в екип; умения за справяне със спешни ситуации; работа с пациенти.

Резултатите от изследването на въздействието на фактора „практични умения и навици придобити в процеса на обучение”, върху формирането на професионално-клинично мислене на студентите показват, че 86,49% от анкетираните дават положителен отговор, за 5,41% от тях това донякъде е така, а 10,81% немогат да преценят. Проучихме и значението на теоретичната подготовка върху усвояването на практически умения и навици в процеса на практическото обучение. С най-голям относителен дял (75,68%) са студентите посочили положителен отговор, близо една четвърт от тях немогат за преценят, а с еднакъв относителен дял от 2,70% са посочилите отговори „не” и „донякъде” (табл.2).

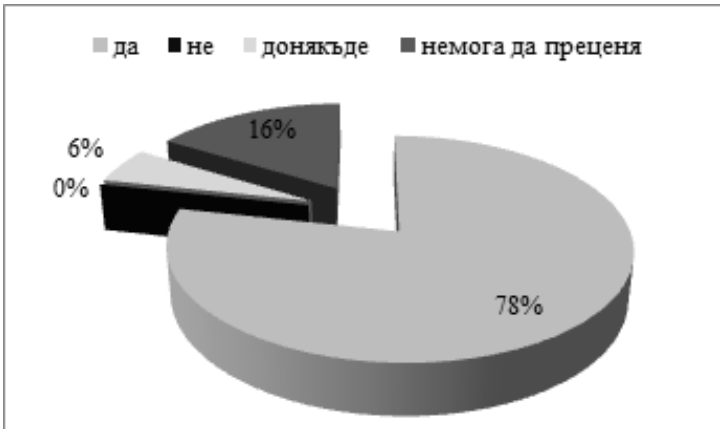
Таблица 2. Влияние на теоретичните знания върху придобиване на практически умения и навици

	Практични умения и навици придобити в процеса на обучение									
	да		**не**		**донякъде**		**не мога да преценя**		**общо**	
	Бр.	Отн. дял в %	Бр.	Отн. дял в %	Бр.	Отн. дял в %	Бр.	Отн. дял в %	Бр.	Отн. дял %
Усвояване на теоретични знания	28	75,68	1	2,70	1	2,70	7	18,92	37	100

Бъдещите специалисти трябва да усвоят многобройни практически умения. Понятието „практически умения” се дефинира, като способност да се извършва дадена дейност. Практическите навици се придобиват, чрез многократно повторение на действието, т.е. упражняване. Те се основават на задълбочени теоретични познания и владеене на техниката на изпълнение. Придобиването на технически умения за манипулации започва в практическите кабинети оборудвани с необходимите консумативи, материали и мулажи. След усвояване на знания и доказани умения за прилагане на манипулации, студентите придобиват право да прилагат наученото в клиничната си практика под контрол на преподавател или наставник от съответната структура.

Медицинската помощ е екипна дейност от специалисти притежаващи различна професионална компетентност. Резултатите от изследването относно влиянието на фактора «умения за работа в екип» върху формиране на професионалното-клинично мислене представяме на фиг.2. Категорично мнение по отношение влиянието на посочения фактор изразяват 78,38% от респондентите, следвани от тези, които немогат да преценят (16,22%), а за 5,41% от тях това донякъде е така.

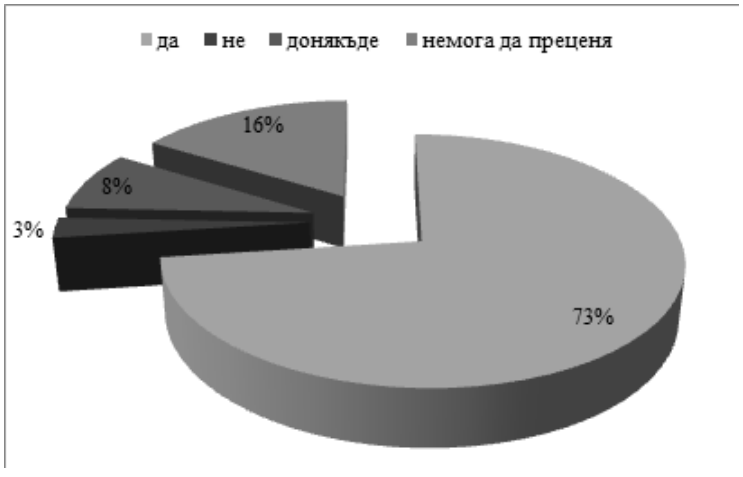
По време на практическото обучение провеждано в лечебни заведения (учебни бази на ФОЗ), студентите наблюдават взаимоотношенията «лекар-пациент», както и взаимоотношенията между самите членове на медицинския екип. Работата в екип се утвърждава, като най-ефективна в медицинската практика отговаряща на биопсихосоциалния модел на отношение към болния. В мултидисциплинарните екипи е необходимо да съществува дисциплина, сплотеност, колегиалност, взаимно уважение, съобразителност, сръчност и точно изпълнение на задачите, съобразно професионалната квалификация на медицинските специалисти.



Фигура 2. Влияние на фактора „Уменията за работа в екип»

По отношение «Уменията за справяне със спешни ситуации», като фактор оказващ въздействие при формиране на професионално-клиничното мислене на студентите резултатите показват, че за 83,78% от анкетираните дават категоречен отговор, 13,51% немогат да преценят, а за 2,70% това донякъде е така. Отрицателни отговори не се посочват. Способностите за справяне в спешни ситуации зависи от качествата и придобитите компетенции на студента: преодоляване на страха и напрежението, бързи мисловна дейности и реакции, адекватно поведение и самоконтрол. Спешна ситуация може да бъде прием на пациент в шок или кома, рязко настъпило влошаване на състоянието на пациента, както и някакви извънредни и аварийни ситуации. Студентите трябва да запазят самообладание, да съдействат при оказване на интензивни грижи, да сътрудничат на медицинските екипи, съобразно тяхната практическа подготовка и компетентност.

По време на практическото си обучение студента усвоява различни модели на общуване при работа с пациенти, повишава професионалната си сигурност, осъществява корелация между обучение и реална практика. Формират се личностни качества като: комуникативност, милосърди, етичност, съзнателност, самоконтрол, самооценка и др. Резултатите от изследването за това дали този фактор повлиява на професионално-клиничното мислене на студента са представени на фиг. 3.



Фигура 3. Влияние на фактора „Работа с пациенти"

Анализът на резултата показва, че за 72,97% от студентите работата с пациентите допринася за формиране на професионално-клиничното мислене, 16,22% немогат да преценят, за 8,11% това донякъде е така. С най-малък относителен дял (2,70%) са посочилите отрицателен отговор.

Степента на усвояване на ключови професионални компетенции е важен индикатор за качеството на провежданото практическото обучение и водещ фактор при формиране на клинично мислене и поведение към пациента. Различните модели на общуване повишават професионалната сигурност и допринасят за корелация между обучението и практиката в реална работна среда.

Въз основа на проведеното проучване и представените резултати можем да направим следните **изводи**:

1. Студентите от специалност „лекарски асистент” са удовлетворени от организацията на учебната практика и възможностите, които им се предоставят за практическо обучение.

2. Значителен дял от студентите са удовлетвореност от организацията на практическото обучение, като планиране, продължителност и база на провеждане.

3. Установява се връзка между практическото обучение на студентите и формирането на професионални умения и навици.

4. Водещ фактор за формиране на професионално-клиничното мислене в процеса на практическото обучение, студентите поставят „практични умения и навици в процеса на обучение”, на второ място са „уменията за справяне със спешни ситуации”, на трето „умения за работа в екип”, следван от фактора „работа с пациенти”

ЛИТЕРАТУРА:

1. Благоева, Д., Г. Чанева, Т. Попова.(2018). Заинтересованост и удовлетвореност от образователните програми на студентите от специалност „медицинска сестра” в МУ-ФОЗ, сп.Сестринско дело, бр. 3(50), 17-21.

2. Закон за професионалното образование и обучение (изм. и доп. ДВ. бр.59 от 29 юли 2016 г.)

3. Миглена А., Приложна психология в медицината и здравните грижи., изд. КОТИ ЕООД, С., 2001

4. Младенова,С. (2015). Методика на обучението по практика по специалностите от професионално направление „Здравни грижи”, изд. Централна медицинска библиотека, МУ-София.,С.,

5. Митева, Кр. (2011). Процесът на обучение за изграждане на професионалните компетенции на медицинските специалисти, сп. «Сестринско дело», С., бр.1-2.

6. Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите «медицинска сестра», «акушерка» и «лекарски асистент» за образователно-квалификационна степен «бакалавър» (загл. изм. и доп. - дв, бр. 32 от април 2016 г.).

7. Попов, Т., Студентът като субект на обучението., изд.Везни, С.,

8. Стамболова, И. (2012). Сестрински грижи при соматични заболявания., изд. Централна медицинска библиотека, МУ-София., С.

9. Терзиева, А. Н. Василева, Г. Чанева, К. Богданова, „Фактори влияещи върху мотивацията на студентите от специалност „Медицинска сестра“ по време на практичното им обучение“, Университет „Проф. д-р Асен Златаров“, Бургас , Том XIII (5), 2017, с. 24 – 29, ISSN 13126121

10. Учебен план за обучение на студенти по специалност „Лекарски асистент”, образователно-квалификационна степен „бакалавър”, Факултет по обществено здраве, Медицински университет – София.

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

Анушка Димитрова

Медицински университет-София,ФОЗ

e-mail: anushka_dimitrova@abv.bg

Санела Емилова Борисова

Медицински университет-София,ФОЗ

e-mail: sunnib1607@gmail.com

ПРОДЪЛЖАВАЩОТО ОБУЧЕНИЕ НА ЗДРАВНИТЕ ПРОФЕСИОНАЛИСТИ – НЕОБХОДИМО УСЛОВИЕ ЗА КАЧЕСТВЕНИ ЗДРАВНИ ГРИЖИ

CONTINUING TRAINING OF HEALTHCARE PROFESSIONALS - A NECESSARY CONDITION FOR QUALITY HEALTH CARE

Розалина Д. Йорданова, Милена Г. Пенчева

Медицински колеж, Тракийски университет, гр. Стара Загора, България

РЕЗЮМЕ

Въведение: *Здравната индустрия демонстрира високи темпове на растеж както в развиващите се, така и в развитите региони по света. Прогнозите в световен мащаб са увеличаване на работните места в секторите здравеопазване и социално подпомагане. Съществува съмнение по отношение на това обаче дали професионалистите, запълващи тези работни места ще бъдат висококвалифицираните и мотивирани служители, от които тези сектори се нуждаят. Цел: Акцетиране върху продължаващото обучение на здравните професионалисти като необходимо условие за осигуряване на качествени здравни грижи. Материали и методи: Преглед и анализ на научна литература по отношение на поставената цел. Резултати и обсъждане: В много региони по света има нарастваща липса на опитен и добре обучен персонал в сектор здравеопазване. За да се противодейства на тази тенденция, е необходимо да се повиши осведомеността, че образованието е непрекъснат процес, а не епизодично събитие, че образованието не приключва, след като хората са в средата на професионалната си кариера. Продължаващото обучение не е просто за притежание, а абсолютна необходимост за всеки здравен специалист, който желае да предоставя висококачествена грижа за пациентите. За здравните професионалисти продължаващото обучение е нормативно регламентирано. Необходимо е те редовно да бъдат запознавани с новите техники и технологии и да разширяват своите знания и умения в професионалната си област.* ***Заключение:*** *Предлагането на висококачествено продължаващо обучение на здравните професионалисти означава да се достигнат високи постижения в здравеопазването и адекватен отговор на здравните нужди на населението. Без инвестиции в продължаващо образование на здравните специалисти, ще бъде много трудно осъществима визията за висококачествено, основано на факти съвременно здравеопазване.*

Ключови думи: *продължаващо обучение, здравни професионалисти, качествени здравни грижи*

ABSTRACT

Introduction: *The healthcare industry is showing high growth rates in both developing and developed regions of the world. Globally, work places in the healthcare and social assistance sectors are projected to increase. . However, there are doubts whether the professionals filling these jobs will be the highly qualified and motivated employees that these sectors need. Objective: Emphasis on the continuing training of healthcare professionals as a necessary condition for providing quality health care. Materials and methods: Review and analysis of scientific literature in relation to the set goal. Results and discussion: There is a growing shortage of experienced and well-trained healthcare staff in many regions of the world. To counter this trend, it is necessary to raise awareness that education is an ongoing process, not an episodic event and*

that education does not end once people are in the middle of their professional careers. Continuing education is not just a possession, but also an absolute necessity for any healthcare professional who wants to provide high quality care for patients. For health professionals, continuing education is legally regulated. They need to be regularly acquainted with new techniques and technologies and to expand their knowledge and skills in their professional field. ***Conclusion:*** *Offering high-quality continuing education to health professionals means achieving excellence in healthcare and an adequate response to the health needs of the population. Without investment in continuing education of health professionals, it will be very difficult to implement the vision of high quality, evidence-based modern health care.*

Key words: *continuing education, healthcare professionals, quality health care*

ВЪВЕДЕНИЕ:

Здравната индустрия е постоянно променяща се област, която изисква широки умения и обучение. Тя демонстрира високи темпове на растеж както в развиващите се, така и в развитите региони по света, което поставя големи изисквания към работната сила. Работната сила от опитни здравни професионалисти е от решаващо значение за откриването и прилагането на здравни практики за предотвратяване на заболявания и насърчаване на благосъстоянието на населението. За да се поддържат висококачествени здравни грижи, е необходимо образование и обучение, за да се осигурят на персонала необходимите знания и умения, за по-лесна адаптация към променящите се роли. Прогнозите в световен мащаб са увеличаване на работните места в секторите здравеопазване и социално подпомагане. Съществува съмнение по отношение на това обаче дали професионалистите, запълващи тези работни места ще бъдат висококвалифицираните и мотивирани служители, от които тези сектори се нуждаят, а именно те са от ключово значение за функционирането на здравната система и качеството на предоставяните здравни услуги.

ЦЕЛ:

Акцетиране върху продължаващото обучение на здравните професионалисти като необходимо условие за осигуряване на качествени здравни грижи.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ:

Преглед и анализ на научна литература по отношение на поставената цел.

ОБСЪЖДАНЕ:

В много региони по света има нарастваща липса на опитен и добре обучен персонал в сектор здравеопазване. За да се противодейства на тази тенденция, е необходимо да се повиши осведомеността, че образованието е непрекъснат процес, а не епизодично събитие, че образованието не приключва, след като хората са в средата на професионалната си кариера. Продължаващото обучение не е просто за притежание, а абсолютна необходимост за всеки здравен специалист, който желае да предоставя висококачествена грижа за пациентите. За здравните професионалисти продължаващото обучение е нормативно регламентирано. През 2005 г. в България, се приема Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти и с това се поставя началото на изграждането на системата за продължаващо професионално обучение на специалистите по здравни грижи. В началото на XXI век хармонизирането на българското законодателство с европейското поставя нови изисквания както към базовото, така и към продължаващото обучение на здравните професионалисти [6]. Според Законът за здравето – член 182 и Закона за

съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, организацията, координирането, провеждането, регистрирането и контрола на продължаващото обучение на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти е задължение на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи [3, 4]. От 2016 г., промяна в последния, поставя категорично изискване за участия в продължаващо професионално обучение на всички специалисти по здравни грижи, с цел да се гарантирана на пациентите и обществото, че предоставяните здравни грижи са качествени, ефективни, безопасни и базирани на етични принципи [5].

Придобиваните знания и умения по време на университетското обучение по специалността не са достатъчни за изпълнение на съвременните непрекъснато нарастващи изисквания към професията. Необходимо е здравните професионалисти редовно да бъдат запознавани с новите техники и технологии и да разширяват своите знания и умения в професионалната си област. Една от основните цели на продължаващото професионално обучение е да допринася за придобиването на нови знания и умения, чрез които да бъдат посрещани потребностите на съвременната медицинска практика, като по този начин се постига едновременно кариерно развитие на здравните професионалисти и повишаване качеството на здравните услуги [8, 9].

Новите предизвикателства пред здравните професионалисти пораждат необходимост от добре обучени кадри, които лесно се адаптират, поемат отговорност за работата си, компетентни са да работят в многопрофилен и многосекторен контекст в болниците и общностите и могат да управляват промените, необходимо условие на професията през XXI век [1].

Ролята на продължаващото обучение е от съществено значение за качеството на здравните грижи и безопасността на пациентите. С продължаващото обучение здравните професионалисти получават търсените от тях нови знания и надграждат своето образование, за да бъдат адекватни на иновациите, мобилни и конкурентноспособни при непрекъснато променящите се условия в здравеопазването, а за пациентите се гарантират безопасни и висококачествени здравни грижи.

Продължаващото обучение означава „професионален напредък“. Придобиването на нови знания и умения е необходимо за успешна професионална реализация и е важна перспектива в професионалната биография. Значението и важността на непрекъснатото професионално развитие и ученето през целия живот на здравните специалисти са широко признати. Те гарантират, че професионалната практика е в крак със съвременните постижения на медицинската наука и практика, допринасят за подобряване на резултатите на пациентите и повишават общественото доверие в здравните професии.

Продължаващото обучение осигурява конкурентно предимство на работното място, тъй като увеличава професионалния капацитет, респективно квалификацията на здравните професионалисти. Недостатъчната квалификация води до невъзможност за посрещане на промените в осъществяването на здравни грижи и избор на по-добро работно място. Притежаването на знания и умения е основна предпоставка за сигурност на работното място и очаквания за по-добро заплащане на труда, тъй като един от най-важните критерии за набиране на персонал е именно квалификацията. Обучението на работното място също е от съществено значение за качеството и ефективността на всяка професия и гарантира редица ползи – пълноценна изява, повишаване на професионалното самочувствие, себеуважение. Обучените служители са по-щастливи, мотивирани, удовлетворени и продуктивни на работното място, защото знаят, че техните умения ще бъдат оценени. Освен това непрекъснатото повишаване на професионалната квалификация осигурява по-голяма гъвкавост и професионална мобилност и дава определена гаранция за запазване на работното място или намиране на ново в случай на нужда.

За да могат здравните работници да осигурят качествени грижи и да отговорят на променящите се здравни нужди на своите общности, те трябва да бъдат ученици през целия живот, посветени на актуализирането на своите професионални знания, умения, ценности и практики. Систематичното

и непрекъснато предоставяне на възможности за поддържане, актуализиране, развитие и подобряване на професионалните умения, знания и нагласи ще доведе до подобряване на здравния опит и здравните резултати за общността.

Продължаващото обучение, отговарящо на съвременните изисквания за адекватно осигуряване на качествени здравни грижи и използващо ефективно новите информационни и комуникационни технологии, осигурява възможности на здравните професионалисти да придобиват знания и умения, необходими за успешна личностна и професионална реализация. Здравните грижи за пациентите изискват уменията и компетенциите на здравните професионалисти да се обогатяват чрез интегриране на ученето с работа и на работата с учене [2, 7].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Предлагането на висококачествено продължаващо обучение на здравните професионалисти означава да се достигнат високи постижения в здравеопазването и адекватен отговор на здравните нужди на населението. Без инвестиции в продължаващо образование на здравните специалисти, ще бъде много трудно осъществима визията за висококачествено, основано на факти съвременно здравеопазване.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Александрова, М. Съвременни тенденции в обучението на медицинските сестри, София, 2007; Димитрова, Е. Клиничната подготовка а студентите медицински сестри, София, 2009, изд. „Артик 2001“.

2. Лебикян, Е., П. Василева. Компетенциите на медицинските сестри в променящото се съвременно общество. Научни трудове на русенския университет, 2009, том 48, серия 8.1, 150-152.

3. Закон за здравето Обн., ДВ, бр. 70 от 10.08.2004 г., в сила от 1.01.2005 г., Чл. 182. (1) Изм. - ДВ, бр. 85 от 2005 г., бр. 75 от 2006 г.

4. Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти Обн. ДВ. бр.46 от 3 Юни 2005г.

5. Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти Обн. ДВ. бр.46 от 3 Юни 2005г.; изм. и доп. ДВ. бр.103 от 27 Декември 2016г.

6. Спасова М., Продължаващото обучение на медицинските сестри в България: организация и развитие, KNOWLEDGE – International Journal, Vol. 28.3, December, 2018.

7. Тончева, С., С. Борисова. Образователни възможности за повишаване компетенциите на медицинската сестра. Здравни грижи, № 4, 2006, 12-17.

8. Brunt, B., & Aucoin, J. (2014). Nursing Professional Development Competencies: Tools to Evaluate and Enhance Educational Practice. Danvers: HCPro.

9. Ross, K., Barr, J., & Stevens, J. (2013). Mandatory continuing professional development requirements: what does this mean for Australian nurses. BMC Nursing, 12(9).

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

Д-р Розалина Димитрова Йорданова

Медицински колеж, Тракийски университет, гр. Стара Загора, България

УИН - 1700004568

email: rozalina_@abv.bg

СЕКЦИЯ ВАРИЯ И МЕНИДЖМЪНТ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ

THE ROLE OF REHABILITATION NURSES IN THE MANAGEMENT OF PATIENTS' ILLNESSES IN THE COMMUNITY

Joshua Godwin

London Medical Academy, 86 - 90 Paul Street, London EC2A 4NE, England, UK

Introduction

Rehabilitation can be defined as the action of restoring someone to health or normal life through training and therapy after imprisonment, addiction, traumatic injuries, or illness and Rehabilitation Nurses play a variety of significant roles in management of patients' with different cases of illness.

Purpose

The purpose of this abstract is to explore the role of rehabilitation nurses in managing patients in the community, by examining specific rehabilitation problems including management of spasticity, nutrition, traumatic injuries, pressure sores, and rehabilitation of self-management exercise.

Materials and Methods

A Qualitative research was conducted from databases, books, periodicals and grey literature from January 1966 to 13 September 2020, to understand the concepts, opinions, and patients' experience of rehabilitation.

Results and discussion

The research explored the role of rehabilitation nurses to manage patient with serious injuries, stroke survivors, etc. As the patients' goals of recovery changed overtime from regaining physical functions, independent living, and participating in work, and leisure activities to maintaining functions or returning to normality, the rehabilitation nurses duties extended to psychosocial support upon patients and their families.

Conclusion

The roles of rehabilitation nurses are extremely valuable in the community. Interventions will be needed to address issues like motivation, stigma, psychological factors, social support, and community integration.

Keywords: *Stroke, rehabilitation, qualitative research, traumatic injuries, management*

INTRODUCTION

Rehabilitation nurses play a variety of significant roles in the management of patients' with severe cases of illness and offers a gratifying career for nurses who want to invest all of their clinical skills to make a visible difference in their patients' lives, and work as part of a collaborative healthcare professional team[1]. Rehabilitation nursing is a fast-paced specialty that involves helping patients and their families deal with short-term, progressive, or long-term impediments and disabilities in ways that constructively facilitate the highest level of function possible.

Rehabilitation nurses manage the care of patients, perform a wide array of nursing skills, respond to changes in condition, and bestow psychosocial support upon patients and their families[2]. The nurses work with patients of all ages, and their families or caregivers, soon after the onset of a disabling injury or chronic illness occurred. They restore patients' lives so they have freedom and independence again[3].

The rehabilitation nurses play many roles including the role of collaborators, educators, care coordinators, advocates, and change agents. Rehabilitation can be defined as the action of restoring someone to health or normal life through training and therapy after imprisonment, addiction, traumatic injuries, or illness1-3. The purpose of this article is to explore the role of nurses in rehabilitation nursing and management of patients in the community, which is a specialty in its own right by examining specific rehabilitation problems including the management of spasticity, nutrition, traumatic injuries, spinal cord injury, pressure sores, and rehabilitation of self-management exercise[4].

MATERIALS AND METHODS

This is healthcare systematic review research conducted from databases, books, periodicals and grey literature from January 1966 to 13 September 2020, to understand the concepts, opinions, and patients' experience of rehabilitation4. It was intended to examine the origin of rehabilitation medicine, the roles of the rehabilitation nurses and their duties, the roles and duties of the advanced practice rehabilitation nurse, and ethical issues are discussed under the heading of results and discussion before conclusion[3-4,5].

RESULTS AND DISCUSSIONS

The results and discussions are stated below:

THE ORIGIN OF REHABILITATION MEDICINE

The origin of rehabilitation medicine evaluates outcomes for the complex client in relation to life-long function and health management and promotes physical medicine and rehabilitation (PM&R), as it is sometime known as physiatry, is a medical specialty focused on prevention, diagnosis, rehabilitation, and therapy for patients who experience functional limitations resulting from injury, disease, or malformation6. The origin of rehabilitation facilities is a story of how human beings have attempted to understand the tough parts of our nature, and in doing so, how they have shed more light on the human condition[5,6].

The development of PM&R has its origins both in comprehensive rehabilitative programs for polio survivors and veterans and in academic departments and medical centres[7]. The word "therapy" comes from the ancient Hebrew word refua (healing) 8. Rehabilitation therapy, an essential component of the PM&R treatment approach, has a long history. Thousands of years ago the ancient Chinese employed Cong Fu, a movement therapy, to relieve pain; the Greek physician Herodicus described an elaborate system of gymnastic exercises for the prevention and treatment of disease in the fifth century BCE7,[8,9] ; and the Roman physician Galen described interventions to rehabilitate military injuries in the second century CE. During the Middle Ages, the philosopher-physician Maimonides emphasized Talmudic principles of healthy exercise habits, as well as diet, as preventive medicine in Medical Aphorisms, published between 1187-1190; and in 1569 the philologist-physician Mercurialis promoted gymnastics as both a preventive and a rehabilitative method in The Art of Gymnastics[8,9]. In the eighteenth century, Niels Stenson explored the biomechanics of human motion and Joseph Clement Tissot's 1780 Medical and Surgical Gymnastics promoted the value of movement as an alternative to bed rest for patients recovering from surgery, facing neurological conditions, and recuperating after strokes[10] . In the nineteenth century, the concept of neuromuscular re-education was proposed by Fulgence Raymond (1844-1910) [11] . In 1864, it was the first single-purpose hospital in the United States specifically designed and built for the treatment of alcoholism as a mental condition12. Three years later, the Martha Washington Home in Chicago became the first dedicated rehabilitation centre for alcoholic women in America[11-12].

Over the years, rehabilitation evolved as many 20th Century wartime soldiers, young men for the most part, survived injury but faced serious disability. As a result, military hospitals established rehabilitation

units that focused extensive efforts on returning these young men to society. Soon, rehabilitation units and hospitals sprang up around the country and the interdisciplinary specialty of rehabilitation gained importance[13]. Today, the Physical Medicine Rehabilitation therapy defines physiatrists as "nerve, muscle, and bone experts who treat injuries or illnesses that affect how one moves, diagnose, and treat pain, restore maximum function lost through injury, illness or disabling conditions, treat the whole person, not just the problem area, lead a team of medical professionals, provide non-surgical treatments, and explain your medical problems and treatment/prevention plan[13,14]" .

By emphasising prevention, diagnosis, and treatment of patients' functional limitations resulting from many different medical conditions, PM&R helps to maintain and restore optimal function for patients in many spheres of life including the social, emotional, medical, and vocational[15]. Known as the quality-of-life medical specialty, PM&R aims to enhance a person's functional prognosis through a dynamic team-oriented approach. The physiatrist leads a multidisciplinary team that includes practitioners from physical therapy, occupational therapy, nursing, speech and language pathology, and other specialties[16].

THE ROLES OF THE REHABILITATION NURSES

The roles of the rehabilitation nurses are to work with other healthcare professional team members including, physiatrists, occupational therapy (OTs), neuropsychiatrists, speech therapists, and many more specialists to create comprehensive care plans based on patient goals and maximum potential[16,17]. Rehabilitation nursing is a philosophy of care, not a work setting or a phase of treatment[18].

Rehabilitation nurses provide care to patients across the life span with numerous afflictions and diagnoses. Patients who are recovering from strokes (also known as cerebrovascular accidents), heart attacks (also known as myocardial infarctions), pneumonia, multiple trauma, fractures, spinal cord injuries, traumatic brain injuries, and general deconditioning often end up on rehabilitation units15-18. Rehabilitation nurses also care for patients who need extended recovery after surgical procedures such as knee replacements (also known as total knee arthroplasties), hip replacements, limb amputations, hysterectomies, back surgeries, coronary artery bypass grafts, colectomies, and laryngectomies[19]. Patients who have chronic disease processes such as uncontrolled diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, Parkinson's disease, morbid obesity, and exacerbation of congestive heart failure frequently receive care provided by rehab nurses17,18. The role of the rehabilitation nurses includes[14,15,16,17,18,19]:

- Administrator
- Clinical nurse leader
- Clinical nurse specialist
- Consultant
- Nurse practitioner

Rehabilitation nurses work with patients of all ages, and their families or caregivers, soon after the onset of a disabling injury or chronic illness. They restore patients' lives so they have freedom and independence once again. As a collaborator, educator, care coordinator, advocate, and change agent, rehabilitation nurses work with other healthcare team members, including physiatrists, occupational therapists, physical therapists, neuropsychiatrists, speech therapists, and others, to create comprehensive care plans based on patient goals and maximum potential[18-19].

Consequently, the rehabilitation nurses over the years have developed Role Descriptions for each of the following roles[20]:

- Advanced Practice Rehabilitation Nurse
- Gerontological Rehabilitation Nurse

- Home Care Rehab Nurse
- Licensed Practical Nurse (LPN) or Licensed Vocational Nurse (LVN) on the Rehabilitation Team
- Paediatric Rehabilitation Nurse
- Rehabilitation Admissions Liaison Nurse
- Rehabilitation Nurse Case Manager
- Rehabilitation Nurse Educator
- Rehabilitation Nurse in Pain Management
- Rehabilitation Nurse Manager
- Rehabilitation Nurse Researcher
- Rehabilitation Staff Nurse

The rehabilitation nurses can treat the following medical conditions[19,20,21]:

- Amyotrophic lateral sclerosis (ALS)
- Amputation
- Brain injury
- Burns
- Cancer
- Cardiovascular
- Cerebral palsey
- Guillain-Barre syndrome
- Parkinson’s disease
- Major joint replacements
- Multiple sclerosis
- Organ transplant
- Pulmonary disease
- Spinal cord injury
- Stroke

The Rehabilitation Nurses Practice across the Post-Acute Care Continuum and hospitals[19,20,21]:

- Community hospitals
- Freestanding rehabilitation facilities
- Home health agencies
- Hospitals (inpatient & outpatient rehab units)
- Insurance and HMOs
- Long-term acute care
- Private practice
- Skilled nursing with rehab
- Subacute facilities
- Universities and teaching hospitals
- Department of VA and Government

THE ROLES AND DUTIES OF THE ADVANCED PRACTICE REHABILITATION NURSE

Advanced practice rehabilitation nurses may function in a variety of roles including nurse practitioners, clinical nurse specialists, case managers, administrators, educators, researchers, staff nurses, and consultants; and in health care settings throughout the continuum of care. The advance practice rehabilitation nurse could play the following roles[19,20,21,22]:

Direct Care Provider

- Independently manages patients with complex rehabilitation needs
- Serves as clinical expert regarding rehabilitation nursing
- Serves as a clinical expert in complex clinical nursing situations
- Acts as a resource for crisis intervention
- Assesses the appropriateness of admission and delivery of services
- Provides discharge planning
- Collaborates with the interdisciplinary team
- Promotes client/family adaptation to lifestyle changes
- Recognizes opportunities to implement new cost effective technologies for patients with disability and/or chronic illness
- Evaluates outcomes for the complex client in relation to life-long function and health management

Educator

- Provides education to clients, families, and communities
- Performs staff orientation
- Guides individual staff development
- Provides continuing education programming
- Acts as a mentor to nurses and students

Consultant

- Performs case finding
- Provides case management
- Serves as a liaison with third-party payers
- Serves as a resource and a process consultant to staff
- Evaluates and coordinates the interdisciplinary care program
- Serves as a client advocate
- Performs marketing and community relations activities
- Implements programs to enhance staff recruitment and retention
- Functions as a liaison with other community health professionals
- Works with individuals, communities, and populations to set goals for reducing risk, promoting health, and preventing disability
- Development of clinical guidelines, policies and procedures

Researcher

• Communicates relevant research results to staff

• Guides the development of research-based nursing practice

• Contributes to or conducts research activities

• Incorporates relevant research findings into practice

• Collaborates with the inter-professional team to develop new technologies to improve client outcomes

• Directs the data evaluation process to promote optimal rehabilitation outcomes

Manager

• Selects, evaluates, and guides the development of staff

• Establishes operational policies and procedures

• Collects program data to evaluate the client and family care transition experience for the purpose of program management and improvement

• Initiates, monitors and ensures the safety of the environment and the quality of services delivered to establish organizational efficacy

The advance rehabilitation nurses may function in a variety of roles including nurse practitioners, clinical nurse specialists, case managers, administrators, educators, researchers, staff nurses, and consultants[21].

MORAL AND ETHICAL DILEMMAS OF REHABILITATION

Ethical issues commonly associated with rehabilitation and how they are applied within the field of physical medicine and rehabilitation are extremely important because they addresses the public health policies to promoting greater diversity, tolerability, and functionally that are appropriate for environments of the patients who are often poor, underserved, marginalised, and physically disabled. Ethical issues are regarded as a situation in which there is a choice to be made between two options, neither of which resolves the situation in an ethically acceptable fashion[23].

As a result, it has been reported by a researcher that the role of rehabilitation nurses are to manage patient with serious injuries, stroke survivors, etc and as the patients' goals of recovery changed overtime from regaining physical functions, independent living, and participating in work and leisure activities to maintaining functions or returning to normality[23], the rehabilitation nurses duties extended to bestow psychosocial support upon patients and their families. Again, over the years, as rehabilitation evolved as many 20th Century wartime soldiers returned home with severe injuries, young men for the most part, survived injury but faced serious disability. As a result, military hospitals established rehabilitation units that focused extensive efforts on returning these young men to society. Soon after that period, the rehabilitation units and hospitals sprang up around the country, across different nations all over the world and the interdisciplinary specialty of rehabilitation gained importance momentum year by year[24].

With the historical growth and evolution of the rehabilitation medicine, a variety of ethical and moral issues has emerged. A researcher identified general subsets of ethical issues confronted by physiatrists in contemporary practice and categorised their frequency: 24 percent involved health care reimbursement changes; 17 percent involved conflict among patients, physicians, interdisciplinary team members, and families around goal setting; and 7 percent involved assessing patients' decision-making capacity[25]. Generally, these issues can be explored below by selecting a few of the major ethical flashpoints below[23,24,25]:

• Scarce resource allocation and the potential for discrimination against disabled people,

• The ethics of accommodating people with disability and chronic neuromuscular disorders, including

in medical settings,

• Identifying optimally inclusive nomenclature and terminology for example, “physical diversity” rather than “disability” sedation,

• Conflict between the goals of promoting acceptance and accommodation for people with disability on one hand and securing resources for restoration of functional efficiency and meaningful mission on the other hand,

• The ethics of rehabilitating people with neurological and behavioural disorders with nosognosia (i.e., deficits of awareness), in which maximising rehabilitation may mean abandoning or overriding patient autonomy.

The medical ethics provides a set of moral principles that guide the everyday practice of medicine25. It has been proposed by a researcher that clinical problems of medical ethics rehabilitation be analysed in light of four priorities or four topics, namely: medical indications, patient preferences (according to the principle of respect for autonomy, assessment of patients’ expected quality of life, and context, such as economic constraints, procedures, and laws[26,27].

In these circumstances, a rehabilitation nurse working in physiatrists department must carefully and judiciously consider each of the above elements when making a decision. Additionally, consultation with the hospital medical ethics committee may be necessary to review their policies and consider the above elements too[25-27]. It may be challenging to reach consensus about a patient’s treatment plan because healthcare professionals consistently rate the quality of life of patients with disability or chronic illness lower than the patients rate it themselves, constantly fostering disagreement between patient and treatment team[28].

Furthermore, patient-centred care was defined by a scholar as a care that shares decisions and interventions with the patient and views the patient as a ‘whole person with social roles’, rather than as an impaired organ[29]. The role and ultimate obligation of the physiatrist of rehabilitation nurse is to thoroughly know and understand the patient as a person including his or her interactions with family, employment, community, and environment[30]. A physiatrist nurse must have sufficient knowledge and experience to predict functional outcomes following rehabilitation for each patient[31]. The rehabilitation nurse must provide sufficient evaluation, which must be carried out to confirm the diagnosis and prognosis[32]. The nurse must maintain an optimal communication with the patient, family, and the interdisciplinary team must take place throughout the patient’s care to ensure that the needs of the patients are met[33].

CONCLUSIONS

From the analysis stated above, it can be seen that the roles of rehabilitation nurses are a valuable asset within rehabilitation practice and is essential for the continued growth and expansion of rehabilitation nursing as a specialty. In every setting in which the advanced practice rehabilitation nurse functions, he or she acts as a role model for rehabilitation nurses. The value of the practice of rehabilitation nurse can be measured by the improved cost effectiveness of patient care, increased nursing staff clinical knowledge and skill, reduced frequency of complications for the rehabilitation patient, increased quality of nursing care, development of new knowledge and innovations, and savings on expenses resulting from the availability of a resident expert for consultation services. The nurses encourage the development and expansion of the specialty of rehabilitation nursing through further promotion and utilisation of the practice and skills.

A person who wishes to become a rehabilitation nurse must have completed an approved nursing program. Licensed practical nurses (LPN) and registered nurses (RN) may secure employment as rehabilitation nurses. Rehabilitation nurses are employed at acute care hospitals, specialty rehabilitation hospitals, long term acute care (LTAC) hospitals, long term care facilities, and outpatient rehabilitation centres. They function as bedside nurses, case managers, nurse managers, chief nursing officers, supervisors, infection control nurses, wound clinicians, and nurse educators.

In some countries, certification in rehabilitation nursing is optional, but highly desirable. Registered nurses (RNs) are eligible to attain professional certification. A rehabilitation nurse who has attained certification is called a certified rehabilitation nurse (CRRN). The Rehabilitation Nursing Certification Board (RNCB) develops, administers, and evaluates programs for certification in rehabilitation nursing (ARN 10).

Above all, a rehabilitation nursing is a rewarding specialty that requires scientific knowledge, quick thinking, and a passion for helping people maintain or recover their independence. The rehab nurse is a multifaceted professional who encounters multiple challenges, triumphs, setbacks, and successes during the course of a routine shift. Therefore, rehabilitation nursing is a specialty in its own right.

REFERENCES

1. Nas. K, Yazmalar. L, Sah. V, et al.(2015) Rehabilitation of spinal cord injuries. World Journal of Orthopedics 2015;6(1):8-16.

2. Gillespie. L.D, Robertson. M.C, Gillespie. W.J, et al. (2012) Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012(9) doi: 10.1002/14651858. CD007146.pub3

3. Silow-Carroll. S, Edwards. J, Lashbrook. (2011) A. Reducing hospital readmissions: lessons from top-performing hospitals. The Commonwealth Fund, April 2011.

4. Held N, Moss M (2019). Optimizing post-intensive care unit rehabilitation. Turkish Thoracic Journal 2019;20(2):147-52.

5. Kate, (2012), Rehabilitation Nursing: A Specialty In Its Own Right, published by AllNurses organisation on June 19, 2012. https://allnurses.com/rehabilitation-nursing-a-specialty-in-t437140/, Accessed on 26 September 2020

6. History of Rehabilitation Nursing, published by Rehabnurse Organisation, April 2015,

https://rehabnurse.org/about/history , Accessed on 26 September 2020.

7. Origin of English word therapy. Edenics. http://edenics.net/english-word-origins.aspx?word=THERAPY. Accessed on 21 April 2015.

8. Dreeben. O. Development of the physical therapy profession. Introduction to Physical Therapy for Physical Therapist Assistants. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 2007:3-22.

9. Conti. A.A. Western medical rehabilitation through time: a historical and epistemological review. Sci World J. 2014(2014):432506.

10. Verville RE, Ditunno JF. Franklin Delano Roosevelt, polio, and the Warm Springs experiment: its impact on physical medicine and rehabilitation. PM R. 2013;5(1):3-8.

11. Opitz. J.L, Folz T.J, Gelfman. R, Peters D.J. The history of physical medicine and rehabilitation as recorded in the diary of Dr. Frank Krusen: part 1. Gathering momentum (the years before 1942). ArchPhys Med Rehabil. 1997;78(4):442-445.

12. Krusen. F.H. The future of physical medicine with special reference to the recommendations of the Baruch Committee on Physical Medicine. JAMA. 1944;125(16):1093-1097.

13. Verville RE, Ditunno JF. Franklin Delano Roosevelt, polio, and the Warm Springs experiment: its impact on physical medicine and rehabilitation. PM R. 2013;5(1):3-8.

14. American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation. What is a physiatrist?. http://www.aapmr.org/patients/aboutpmr/Pages/physiatrist.aspx, published by AAPMR Organisation. Accessed 21 April 2015.

15. Puhan MA, Scharplatz M, Troosters T, et al. Respiratory rehabilitation after acute exacerbation of COPD may reduce risk for readmission and mortality – a systematic review. Respiratory Research 2005;6(1):54. doi: 10.1186/1465-9921-6-54

16. What Does A Gerontological Rehabilitation Nurse Do?, published by Rehabnurse Organisation: This role description was originally developed by the Gerontology Special Interest Group of the Association of Rehabilitation Nurses in 2008. Subsequent revisions were made in 2011, 2015. https://rehabnurse.org/about/roles/gerontological-rehab-nurse, Accessed on 26 September 2020.

17. American Nurses Association (2010). Nursing's Social Policy Statement: The Essence of the Profession. Silver Spring, MD.

18. Rehabilitation Nurses Play a Variety of Roles, published by Rehabnurse Organisation, April 2015. https://rehabnurse.org/about/roles-of-the-rehab-nurse, Accessed on 26 September 2020.

19. Association of Rehabilitation Nurses (2014). ARN Competency Model for Professional Rehabilitation Nursing. Chicago, IL.

20. Association of Rehabilitation Nurses (2014). Standards & Scope of Rehabilitation Nursing Practice, (6th ed.). Chicago, IL.

21. Association of Rehabilitation Nurses (2014). ARN Competency Model for Professional Rehabilitation Nursing. Chicago, IL: Author.

22. What Does an Advanced Practice Rehabilitation Nurse Do? , published by Rehabnurse for the Advanced Practice Nurses Special Interest Group of the Association of Rehabilitation Nurses in 2002. Subsequent revisions were made in 2011, 2015. https://rehabnurse.org/about/roles/advanced-practice-rehab-nurse, Accessed on 26 September 2020.

23. Trovato. E, Lau. T. M, Chang. L, and Pechman. K (??)Ethical issues commonly managed during rehabilitation, published 30 July 2020. https://now.aapmr.org/ethical-issues-commonly-managed-during-rehabilitation/, Accessed on 26 September 2020.

24. Oeyen. S.G, Vandijck. D.M, Benoit. D.D, et al. (2010) Quality of life after intensive care: a systematic review of the literature. Crit Care Med 2010;38(12):2386-400. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181f3dec5 [published Online First: 2010/09/15]

25. Atanelov. L, Stiens. S. A, and Young. M. A, History of Physical Medicine and Rehabilitation and Its Ethical Dimensions, May 2018, https://journalofethics.ama-assn.org/article/history-physical-medicine-and-rehabilitation-and-its-ethical-dimensions/2015-06

26. Jonsen. A.R, Siegler. M, Winslade. W.J. Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine. 7th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2010.

27. Robison. J, Wiles R, Ellis-Hill C, et al. Resuming previously valued activities poststroke: who or what helps? Disabil Rehabil 2009;31(19):1555-66. doi: 10.1080/09638280802639327

28. Albrecht. G.L, and Devlieger. P.J. The disability paradox: high quality of life against all odds. Soc Sci Med. 1999;48(8):977-988.

29. Lewin. S.A, Skea. Z.C, Entwistle. V, Zwarenstein. M, Dick .J. Interventions for providers to promote a patient-centered approach in clinical consultations. Cochrane Database Syst Rev. 2001(4):CD003267.

30. Krusen. F.H. The future of physical medicine with special reference to the recommendations of the Baruch Committee on Physical Medicine. JAMA. 1944;125(16):1093-1097.

31. Association of Academic Physiatrists Residents/Fellows Council. PM&R medical student interest group guidebook. http://c.ymcdn.com/sites/www.physiatry.org/resource/resmgr/medical_student_interest_gro.pdf , Accessed on 25April 2015.

32. Hunt MR, Ellis C. A patient-centered care ethics analysis model for rehabilitation. Am J Phys Med Rehabil. 2013;92(9):818-827.

33. Jacelon, Cynthia S. (Ed.). (2011). The Specialty Practice of Rehabilitation Nursing: A Core Curriculum (6th ed.), Glenview, IL: Association of Rehabilitation Nurses.

ISSUES IN SCOLIOSIS: CHRONIC ORTHOPAEDIC MANIFESTATIONS IN THE COMMUNITY

Maria Jana Kingsley-Godwin

London Medical Academy, 86 - 90 Paul Street, London EC2A 4NE, UK

ABSTRACT

Introduction

Scoliosis is an abnormal lateral curvature of the spine. It is most often diagnosed in childhood or early adolescence, however, it may be diagnosed in adults. Other conditions related to scoliosis include kyphosis and lordosis.

Purpose

To examine the issues in scoliosis and other related conditions in the community.

Material and Methods

Clinical systematic review and experts' opinions on the various issues.

Results and Discussion

Scoliosis is a sideways curvature of the spine that occurs most often during the growth spurt just before puberty. While scoliosis can be caused by conditions such as cerebral palsy and muscular dystrophy, the cause of most scoliosis is unknown. About 3% of adolescents have scoliosis. Scoliosis affects 2-3 percent of the population, or an estimated six to nine million people in the United States. Scoliosis can develop in infancy or early childhood. However, the primary age of onset for scoliosis is 10-15 years old, occurring equally among both genders. Females are eight times more likely to progress to a curve magnitude that requires treatment. Every year, scoliosis patients make more than 600,000 visits to private physician offices, an estimated 30,000 children are fitted with a brace and 38,000 patients undergo spinal fusion surgery.

Conclusion

Most cases of scoliosis are mild, but some spine deformities continue to get more severe as children grow.

Keywords: *scoliosis, kyphosis, lordosis, diagnosis, treatment*

INTRODUCTION

Scoliosis is an abnormal lateral curvature of the spine. It is most often diagnosed in childhood or early adolescence1. The spine's normal curves occur at the cervical, thoracic and lumbar regions in the so-called "sagittal" plane[1,2]. These natural curves position the head over the pelvis and work as shock absorbers to distribute mechanical stress during movement. Scoliosis is often defined as spinal curvature in the "coronal" (frontal) plane[2]. While the degree of curvature is measured on the coronal plane, scoliosis is actually a more complex, three-dimensional problem which involves the following planes: coronal plane, sagittal plane, and axial plane.

The coronal plane is a vertical plane from head to foot and parallel to the shoulders, dividing the body into anterior (front) and posterior (back) sections. The sagittal plane divides the body into right and left halves. The axial plane is parallel to the plane of the ground and at right angles to the coronal and sagittal planes.

Again, scoliosis is a sideways curvature of the spine that occurs most often during the growth spurt just before puberty. While scoliosis can be caused by conditions such as cerebral palsy and muscular dystrophy, the cause of most scoliosis is idiopathic. The purpose of this paper is to examine the issues in scoliosis and other related conditions in the community.

TYPES OF SCOLIOSIS

While people are most familiar with three main types of scoliosis, there are actually four types that can develop3:

- congenital
- neuromuscular
- adolescent idiopathic scoliosis
- adult denovo scoliosis.

While these different types have different causes and age groups they affect, they progress relatively in the same way.

Although there are still many unanswered questions regarding how and why the bulk of scoliosis cases develop, there are known causes for three of the four main types of the condition: congenital, neuromuscular, and adult denovo scoliosis[2,3]. The third category, idiopathic, is mainly associated with children but can develop in adults as well[3].

While congenital, neuromuscular and some types of adult-onset denovo scoliosis have known causes, these only make up 20 percent of diagnosed scoliosis cases, and the remaining 80 percent are defined as idiopathic, meaning they have no known single cause.

Congenital, neuromuscular, and idiopathic scoliosis are mainly associated with children. The different types and causes of scoliosis are stated below[2,3]:

Congenital Scoliosis

Congenital scoliosis is a spinal deformity that people are born with. In these cases, there is a bone malformation that can cause a scoliosis to develop. Although we understand how incorrect bone formations can cause a spinal deformity, experts are still unsure why people are born with the bone malformation to begin with.

The major cause of congenital scoliosis is a hemivertebra, a defect in formation leading to development of an asymmetrical vertebral body that may be segmented or unsegmented. If a normal spinal cord can be described as rectangles stacked on top of each other like bricks, with congenital scoliosis, one of those bricks is shaped like a triangle and that causes the spine to tilt or curve.

Neuromuscular Scoliosis

Neuromuscular scoliosis develops in children with medical conditions that impair the body's ability to control the muscles supporting the spine. Some of the most common medical conditions that cause neuromuscular scoliosis to develop include Marfan syndrome, muscular dystrophy, cerebral palsy, and spina bifida.

In most cases of neuromuscular scoliosis, the scoliosis that develops is secondary to the other medical problems the patient has.

Marfan syndrome

Marfan syndrome is understood as a genetic disorder of the body's connective tissue. It commonly affects tall and thin people with long limbs. Approximately six out of ten people with Marfan also have scoliosis. While the scoliosis that can develop with Marfan syndrome is not typically severe, a growth spurt in a child with Marfan can cause the scoliosis to progress.

Muscular Dystrophy

Muscular dystrophy (MD) is a rare progressive disease that affects voluntary muscles that control movement of the legs, arms, and trunk. Scoliosis is a common problem for people with muscular dystrophy.

Duchenne MD accounts for 75-to-90 percent of scoliosis cases that develop as a result of the body's muscle impairment.

Cerebral Palsy

Cerebral Palsy is a condition characterized by impaired muscle coordination. In many cases, cerebral palsy develops in children as a result of brain damage that occurred before or during delivery.

Children with cerebral palsy have significantly elevated chances of developing scoliosis. They are most likely to develop the condition during their early years and into adolescence. The severity of the scoliosis is closely linked to the severity of cerebral palsy and can progress beyond skeletal maturity.

Spina Bifida

Spina bifida is a congenital spinal defect where a gap in the backbone exposes part of the spinal cord and its meninges. It can cause paralysis of the lower limbs and can also affect mental function.

Approximately 50% of people with spina bifida will develop scoliosis. Children with spina bifida are at an elevated risk for rapid progression and large spinal curvatures. These patients are monitored closely to watch for progression during growth spurts.

Idiopathic Adolescent Scoliosis

When most people think of scoliosis, a 16-year-old girl comes to mind. While idiopathic scoliosis can develop in infants and juveniles, as well as adolescents, the most common age of diagnosis is between 10 and 18. This stage covers puberty and carries with it the highest risk of progression as growth spurts are a huge factor for this age group.

Idiopathic adolescent scoliosis is the most common form of the condition, affecting 4-to-5 percent of adolescents. Idiopathic adolescent scoliosis is more common in females, and while the reasons aren't fully understood, a commonly-accepted theory is that it's to do with postural maturity. As females tend to have larger growth spurts in shorter amounts of time, this tendency increases the likelihood of females developing idiopathic adolescent scoliosis.

Multifactorial Causation

Understanding multifactorial causation is an important aspect of understanding the nature of idiopathic conditions. When a condition is defined as idiopathic, the condition's development can't be tied down to one single specific cause. That's not to say that an idiopathic condition can't have multiple causes; this is referred to as multifactorial causation.

When it comes to idiopathic scoliosis, it's generally accepted that it likely develops due to a combination of variables and that those variables can differ from patient to patient. From possible genetic predispositions, environmental factors to hormone and muscle imbalances, we just don't know which variables result in the development of abnormal spinal curvatures.

Adult De Novo Scoliosis

Adult de novo scoliosis makes up the fourth type of the condition. While many cases of adult scoliosis are extensions of adolescents who weren't diagnosed and progressed into adulthood with the condition, do novo scoliosis cases are different.

Adults with no history of scoliosis during adolescence who develop the condition fall into the 'de novo scoliosis' category. In the majority of these cases, spinal deformities develop because of degenerative changes to the spine that accompany aging.

Under this umbrella, there are four types of scoliosis that adults can develop: degenerative, traumatic, pathological, and idiopathic.

Degenerative Scoliosis

Degenerative scoliosis occurs in older individuals whose spinal discs are deteriorating due to the natural effects of aging, and this can lead to the development of an abnormal spinal curvature.

Traumatic Scoliosis

While experts are unsure of how severe a trauma has to be to cause the development of the condition, accidents can cause spinal deformities to develop.

Pathological Scoliosis

Pathological scoliosis develops when tumours are present and pressing on the spine. The pressure the tumors exert on the spine can cause a curvature to develop.

Idiopathic Adult Scoliosis

While they can develop, instances of adult idiopathic scoliosis are rare. In most cases, as mentioned earlier, they are extensions of AIS cases that went undiagnosed, but of course, these cases are difficult to confirm and track.

SYMPTOMS

There are different signs that may indicate the possibility of scoliosis, which include[1,4]:

• Uneven shoulders – one or both shoulder blades may stick out or one shoulder blade that appears more prominent than the other

• Head is not centered directly above the pelvis

• One or both hips are raised or unusually high, i.e., One hip higher than the other

• Rib cages are at different heights

• Uneven waist

• The appearance or texture of the skin overlying the spine changes (dimples, hairy patches, colour abnormalities)

• The entire body leans to one side

In one study, about 23 percent of patients with idiopathic scoliosis presented with back pain at the time of initial diagnosis. Ten percent of these patients were found to have an underlying associated condition such as spondylolisthesis, syringomyelia, tethered cord, herniated disc or spinal tumor. If a patient with diagnosed idiopathic scoliosis has more than mild back discomfort, a thorough evaluation for another cause of pain is advised.

Due to changes in the shape and size of the thorax, idiopathic scoliosis may affect pulmonary function. Recent reports on pulmonary function testing in patients with mild to moderate idiopathic scoliosis showed diminished pulmonary function.

If a scoliosis curve gets worse, the spine will also rotate or twist, in addition to curving side to side. This causes the ribs on one side of the body to stick out farther than on the other side.

AETIOLOGY

The causes the most common types of scoliosis are unknown, although it appears to involve hereditary factors, because the disorder tends to run in families. Scoliosis can be classified aetiologically as **idiopathic**, **congenital** or **neuromuscular**. Idiopathic scoliosis is the diagnosis when all other causes are excluded and comprises about 80% of all cases4. Adolescent idiopathic scoliosis is the most common type of scoliosis and is usually diagnosed during puberty[1,3,4].

Congenital scoliosis[4] results from embryological malformation of one or more vertebrae and may occur in any location of the spine. The vertebral abnormalities cause curvature and other deformities of the spine because one area of the spinal column lengthens at a slower rate than the rest. The geometry and location of the abnormalities determine the rate at which the scoliosis progresses in magnitude as the child grows. As these abnormalities are present at birth, congenital scoliosis is usually detected at a younger age than idiopathic scoliosis[3,4].

Neuromuscular scoliosis[4] encompasses scoliosis that is secondary to neurological or muscular diseases. This includes scoliosis associated with cerebral palsy, spinal cord trauma, muscular dystrophy, spinal muscular atrophy and spina bifida. This type of scoliosis generally progresses more rapidly than idiopathic scoliosis and often requires surgical treatment.

Less common types of scoliosis may be caused by[1,4]:

• Neuromuscular conditions, such as cerebral palsy or muscular dystrophy

• Birth defects affecting the development of the bones of the spine

• Injuries to or infections of the spine

RISK FACTORS

Risk factors for developing the most common type of scoliosis include[4]:

• **Age**. Signs and symptoms typically begin during the growth spurt that occurs just prior to puberty.

• **Sex**. Although both boys and girls develop mild scoliosis at about the same rate, girls have a much higher risk of the curve worsening and requiring treatment.

• **Family history.** Scoliosis can run in families, but most children with scoliosis don’t have a family history of the disease.

DIFFERENCES BETWEEN SCOLIOSIS, KYPHOSIS AND LORDOSIS

The human spine consists of seven cervical vertebrae, twelve thoracic vertebrae, five lumbar vertebrae, five fused sacral vertebrae, and 3 to 5 fused coccyx vertebra.

Scoliosis is a medical condition in which a person's spine has a sideways curve[4]. The curve is usually "S"- or "C"-shaped over three dimensions[4,5]. In some, the degree of curve is stable, while in others, it increases over time[6,7]. Mild scoliosis does not typically cause problems, but severe cases can interfere with breathing[6-8]. Typically, no pain is present[8].

In the normal human spine, there is some degree of kyphosis in the thoracic spine and some degree of lordosis in the cervical and lumbar spine. Kyphosis is defined as an increase in the forward curvature of the spine that is seen along the sagittal plane, whereas lordosis is an increase in the backward curvature seen along the sagittal plane. When the forward curvature becomes excessive, this is called hyperkyphosis. Note that this is different than scoliosis, which is the curvature of the spine along the frontal plane. The biomechanics that influences the curvature lies in the shape of the vertebral body and intervertebral disc, with an anterior wedge increasing the angle of kyphosis[10]. The natural history of kyphosis is not exactly well known; however, an increased amount of curvature in the thoracic spine is seen starting at the age of 40 years old with women having a more rapid rate compared to men[11].

Consequently the differences between Lordosis, kyphosis, and scoliosis can be summarised thus[9-11]:

Scoliosis is a common medical condition in which a person's spinal axis has a three-dimensional deviation. Although it is a complex three-dimensional condition, on an X-ray, viewed from the rear, the spine of a patient with scoliosis often resembles an "S" or a "C" rather than a straight line. Diagnosis is confirmed with plain X-rays.

Kyphosis refers to the abnormally excessive convex kyphotic cuvature of the spine as it occurs in the thoracic and sacral regions. It can result from degenerative diseases such as arthritis; developmental problems, most commonly Scheuermann's disease; osteoporosis with compression fractures of the vertebra; multiple myeloma; or trauma. Scheuermann's kyphosis is the most classic form of hyperkyphosis and is the result of wedged vertebrae that develop during adolescence.

The term **lordosis** refers to the normal inward lordotic curvature of the lumbar and cervical regions of the spine. Excessive curvature of the lower back is known as lumbar hyperlordosis. A major feature of lumbar hyperlordosis is a forward pelvic tilt, resulting in the pelvis resting on top of the thighs.

COMPLICATIONS

While most people with scoliosis have a mild form of the disorder, scoliosis may sometimes cause complications, including[10,11]:

• **Lung and heart damage.** In severe scoliosis, the rib cage may press against the lungs and heart, making it more difficult to breathe and harder for the heart to pump.

• **Back problems.** Adults who had scoliosis as children are more likely to have chronic back pain than are people in the general population.

• **Appearance**. As scoliosis worsens, it can cause more noticeable changes — including uneven hips and shoulders, prominent ribs, and a shift of the waist and trunk to the side. Individuals with scoliosis often become self-conscious about their appearance.

DIAGNOSIS

Clinicians will initially take a detailed patient medical history, and may ask questions about the patient recent growth. During the physical examination, the doctor may ask the child to stand and then bend forward from the waist, with arms hanging loosely, to see if one side of the rib cage is more prominent than the

other. The doctor may also perform a neurological examination to check for[1,2,4,11]:

• Muscle weakness

• Numbness

• Abnormal reflexes

• Imaging tests

Imaging tests like plain X-rays can confirm the diagnosis of scoliosis and reveal the severity of the spinal curvature. If a doctor suspects that an underlying condition — such as a tumour — is causing the scoliosis, he or she may recommend additional imaging tests, such as a Magnetic Resonance Imaging (MRI) scan.

Again, scoliosis is usually confirmed through a physical examination, an x-ray, spinal radiograph, Computed Tomography (CT) scan or MRI. The curve is measured by the Cobb Method and is diagnosed in terms of severity by the number of degrees. A positive diagnosis of scoliosis is made based on a coronal curvature measured on a posterior-anterior radiograph of greater than 10%. In general, a curve is considered significant if it is greater than 25 to 30 degrees. Curves exceeding 45 to 50 degrees are considered severe and often require more aggressive treatment.

A standard exam that is sometimes used by paediatricians and in grade school screenings is called the Adam's Forward Bend Test. During this test, the patient leans forward with his or her feet together and bends 90 degrees at the waist. From this angle, any asymmetry of the trunk or any abnormal spinal curvatures can easily be detected by the examiner. This is a simple initial screening test that can detect potential problems, but cannot determine accurately the exact type or severity of the deformity. Radiographic and imaging tests are required for an accurate and positive diagnosis[3,4,11]:

• **X-ray** : Application of radiation to produce a film or picture of a part of the body can show the structure of the vertebrae and the outline of the joints. X-rays of the spine are obtained to search for other potential causes of pain, i.e. infections, fractures, deformities, etc.

• **Computed tomography scan (CT or CAT scan)**: A diagnostic image created after a computer reads X-rays; can show the shape and size of the spinal canal, its contents and the structures around it. Very good at visualizing bony structures.

• **Magnetic resonance imaging (MRI)** : A diagnostic test that produces three-dimensional images of body structures using powerful magnets and computer technology; can show the spinal cord, nerve roots and surrounding areas, as well as enlargement, degeneration and deformities.

IN CHILDREN

Scoliosis in children is classified by age[4,11]:

• Infantile (0 to 3 years)

• Juvenile (3 to 10 years)

• Adolescent (age 11 and older, or from onset of puberty until skeletal maturity).

Idiopathic scoliosis comprises the vast majority of cases presenting during adolescence. Depending on its severity and the age of the child, scoliosis is managed by close observation, bracing and/or surgery.

In children with congenital scoliosis, there is a known increased incidence of other congenital abnormalities. These are most commonly associated with the spinal cord (20 percent), the genitourinary system (20 to 33 percent) and the heart (10 to 15 percent)3,4,11. It is important that evaluation of the neurological, genitourinary and cardiovascular systems is undertaken when congenital scoliosis is diagnosed.

IN ADULTS

Scoliosis that occurs or is diagnosed in adulthood is distinctive from childhood scoliosis, since the

underlying causes and goals of treatment differ in patients who have already reached skeletal maturity. Most adults with scoliosis can be divided into the following categories[4,11]:

• Adult scoliosis patients who were surgically treated as adolescents;

• Adults who did not receive treatment when they were younger;

• Adults with a type of scoliosis called degenerative scoliosis.

In one 20-year study, about 40 percent of adult scoliosis patients experienced a progression. Of those, 10 percent showed a very significant progression, while the other 30 percent experienced a very mild progression, usually of less than one degree per year[4,11].

Degenerative scoliosis occurs most frequently in the lumbar spine (lower back) and more commonly affects people age 65 and older. It is often accompanied by spinal stenosis, or narrowing of the spinal canal, which pinches the spinal nerves and makes it difficult for them to function normally[3,4,11]. Back pain associated with degenerative scoliosis usually begins gradually and is linked with activity[3,4,11]. The curvature of the spine in this form of scoliosis is often relatively minor, so surgery may only be advised when conservative methods fail to alleviate pain associated with the condition[4,11].

TREATMENT

When there is a confirmed diagnosis of scoliosis, there are several issues to assess that can help determine treatment options[4,10,11]:

• Spinal maturity – is the patient's spine still growing and changing?

• Degree and extent of curvature – how severe is the curve and how does it affect the patient's lifestyle?

• Location of curve – according to some experts, thoracic curves are more likely to progress than curves in other regions of the spine.

• Possibility of curve progression – patients who have large curves prior to their adolescent growth spurts are more likely to experience curve progression.

After these variables are assessed, the following treatment options may be recommended[49-11]:

• Observation

• Bracing

• Surgery

OBSERVATION

In many children with scoliosis, the spinal curve is mild enough to not require treatment. However, if the doctor is worried that the curve may be increasing, he or she may wish to examine the child every four to six months throughout adolescence.

In adults with scoliosis, X-rays are usually recommended once every five years, unless symptoms are getting progressively worse.

BRACING

Braces are only effective in patients who have not reached skeletal maturity. If the child is still growing and his or her curve is between 25 degrees and 40 degrees, a brace may be recommended to prevent the curve from progressing. There have been improvements in brace design and the newer models fit under the arm. There are several different types of braces available. While there is some disagreement among experts as to which type of brace is most effective, large studies indicate that braces, when used with full compliance, successfully stop curve progression in about 80 percent of children with scoliosis. For optimal

effectiveness, the brace should be checked regularly to assure a proper fit and may need to be worn 16 to 23 hours every day until growth stops.

SURGERY

In children, the two primary goals of surgery are to stop the curve from progressing during adulthood and to diminish spinal deformity. Most experts would recommend surgery only when the spinal curve is greater than 40 degrees and there are signs of progression. This surgery can be done using an anterior approach (through the front) or a posterior approach (through the back) depending on the particular case.

Some adults who were treated as children may need revision surgery, in particular if they were treated 20 to 30 years ago, before major advances in spinal surgery procedures were implemented. Back then, it was common to fuse a long segment of the spine. When many vertebral segments of the spine are fused together, the remaining mobile segments assume much more of the load and the stress associated with movements. Adjacent segment disease is the process in which degenerative changes occur over time in the mobile segments above and below the spinal fusion. This can result in painful arthritis of the discs, facet joints and ligaments.

In general, surgery in adults may be recommended when the spinal curve is greater than 50 degrees and the patient has nerve damage to their legs and/or is experiencing bowel or bladder symptoms. Adults with degenerative scoliosis and spinal stenosis may require decompression surgery with spinal fusion and a surgical approach from both the front and back.

A number of factors can lead to increased surgical-related risks in older adults with degenerative scoliosis. These factors include the following: advanced age, being a smoker, being overweight and the presence of other health/medical problems. In general, both surgery and recovery time are expected to be longer in older adults with scoliosis. The following surgical methods and approaches are descrdibed[3,4,8,11]:

Posterior approach: The most frequently performed surgery for adolescent idiopathic scoliosis involves posterior spinal fusion with instrumentation and bone grafting. This is performed through the back while the patient lies on his or her stomach. During this surgery, the spine is straightened with rigid rods, followed by spinal fusion. Spinal fusion involves adding a bone graft to the curved area of the spine, which creates a solid union between two or more vertebrae. The metal rods attached to the spine ensure that the backbone remains straight while the spinal fusion takes effect.

This procedure usually takes several hours in children, but will generally take longer in older adults. With recent advances in technology, most people with idiopathic scoliosis are released within a week of surgery and do not require post-surgical bracing. Most patients are able to return to school or work in two to four weeks post-surgery and are able to resume all pre-surgical activities within four to six months.

Anterior approach: The patient lies on his or her side during the surgery. The surgeon makes incisions in the patient’s side, deflates the lung and removes a rib in order to reach the spine. Video-assisted thoracoscopic (VAT) surgery offers enhanced visualization of the spine and is a less invasive surgery than an open procedure. The anterior spinal approach has several potential advantages: better deformity correction, quicker patient rehabilitation, improved spine mobilization and fusion of fewer segments. The potential disadvantages are that many patients require bracing for several months post-surgery, and this approach has a higher risk of morbidity – although VAT has helped to reduce the latter.

Decompressive laminectomy: The laminae (roof) of the vertebrae are removed to create more space for the nerves. A spinal fusion with or without spinal instrumentation is often recommended when scoliosis and spinal stenosis are present. Various devices (like screws or rods) may be used to enhance fusion and support unstable areas of the spine.

Minimally invasive surgery (MIS) : Fusion can sometimes be performed via smaller incisions through MIS. The use of advanced fluoroscopy (X-ray imaging during surgery) and endoscopy (camera technology) has improved the accuracy of incisions and hardware placement, minimizing tissue trauma while enabling a

MIS approach. It is important to keep in mind that not all cases can be treated in this manner and a number of factors contribute to the surgical method used.

The benefits of surgery should always be weighed carefully against its risks. Although a large percentage of scoliosis patients benefit from surgery, there is no guarantee that surgery will stop curve progression and symptoms in every individual.

Furthermore, most children with scoliosis have mild curves and probably won't need treatment with a brace or surgery[1,3,4,11]. Children who have mild scoliosis may need regular check-ups to see if there have been changes in the curvature of their spines as they grow[3,4,7,11,12].

While there are guidelines for mild, moderate and severe curves, the decision to begin treatment is always made on an individual basis. Factors to be considered include[1,3,4,9-12]:

• **Sex**. Girls have a much higher risk of progression than do boys.

• **Severity of curve.** Larger curves are more likely to worsen with time.

• **Curve pattern.** Double curves, also known as S-shaped curves, tend to worsen more often than do C-shaped curves.

• **Location of curve.** Curves located in the centre (thoracic) section of the spine worsen more often than do curves in the upper or lower sections of the spine.

• **Maturity**. If a child's bones have stopped growing, the risk of curve progression is low. That also means that braces have the most effect in children whose bones are still growing.

As recommended, if your child's bones are still growing and he or she has moderate scoliosis, your doctor may recommend a brace[3,4,11,12]. Wearing a brace won't cure scoliosis or reverse the curve, but it usually prevents further progression of the curve[1-4,5,9,11,12].

Equally, severe scoliosis typically progresses with time, so the doctor might suggest scoliosis surgery to reduce the severity of the spinal curve and to prevent it from getting worse[6,11,12]. The most common type of scoliosis surgery is called spinal fusion.

In spinal fusion, surgeons connect two or more of the bones in the spine (vertebrae) together, so they can't move independently[7-11]. Pieces of bone or a bone-like material are placed between the vertebrae. Metal rods, hooks, screws or wires typically hold that part of the spine straight and still while the old and new bone material fuses together[9,11,12].

If the scoliosis is progressing rapidly at a young age, surgeons can install a rod that can adjust in length as the child grows[9,11]. This growing rod is attached to the top and bottom sections of the spinal curvature, and is usually lengthened every six months[9,11,12].

Complications of spinal surgery may include bleeding, infection, pain or nerve damage. Rarely, the bone fails to heal and another surgery may be needed[9,11,12].

EPIDEMIOLOGY

Scoliosis affects 2-3 percent of the population, or an estimated six to nine million people in the United States. Scoliosis can develop in infancy or early childhood[13]. However, the primary age of onset for scoliosis is 10-15 years old, occurring equally among both genders[12,13]. Females are eight times more likely to progress to a curve magnitude that requires treatment[11,13]. Every year, scoliosis patients make more than 600,000 visits to private physician offices, an estimated 30,000 children are fitted with a brace and 38,000 patients undergo spinal fusion surgery[13].

INTERESTING STATISTICS ABOUT SCOLIOSIS

Scoliosis is a complex condition that is still a subject of great debate in the medical community. While statistics aren't the most important factor to consider, they do help give people a better understanding of the condition's commonality. The following are some interesting facts and stats about scoliosis[7-13]:

• Congenital, neuromuscular, traumatic, and pathological scoliosis are the only forms of the condition with known causes; these only make up 20 percent of scoliosis cases in the United States.

• Approximately 80 percent of scoliosis cases are classed as idiopathic with no known single cause.

• There are more than 4 million people living with scoliosis in the United States

• Scoliosis is the most common spinal deformity amongst school-aged children.

• Scoliosis is the cause of 20 percent of all spinal-deformity cases in the United States.

• Specialised chiropractic treatment for scoliosis helps 95 percent of scoliosis patients achieve a reduction and avoid invasive surgery.

• Congenital scoliosis is only present in 1 out of 10,000 newborns.

• Cerebral palsy is a neuromuscular condition with a 25 percent incidence rate for developing scoliosis.

• Duchenne muscular dystrophy is a neuromuscular condition with a 90 percent incidence rate for developing scoliosis.

• Approximately 60 percent of the population of people over the age of 60 has mild degenerative scoliosis.

CONCLUSION

Scoliosis is the leading cause of spinal deformities amongst children and can affect infants, juveniles, and adolescents. While the condition is mainly associated with children, it can affect adults as well. Most people are familiar with the three types of the condition associated with children - congenital, neuromuscular, and adolescent idiopathic scoliosis - while the fourth type that affects adults is often overlooked. This tendency to focus on the three condition types is understandable; the majority of adult de novo scoliosis cases have known causes, but cases of the condition with known causes only make up 20 percent of known diagnosed cases. These numbers are significant and indicate the commonality of idiopathic cases, versus cases of adult de novo scoliosis. Regardless of what has caused a patient's scoliosis to develop, progression is relatively similar across the board, with growth being the big factor. Notwithstanding of whether or not the cause of a patient's condition is known, effective treatment is still very possible. Since scoliosis and other related conditions like kyphosis and lordosis are common in the community, they are being managed by multi-professionals healthcare workers like doctors, nurses, midwives and therapist. Hence more evidence-based guidelines for the diagnoses and treatments of patients with these conditions are required. Therefore, future work will involve, undertaking a detailed meta-analysis and systematic review on the disease with a view of producing the best and effective guidelines for management of the conditions in the community.

REFERENCES

1. Kingsley-Godwin D. Understanding Scoliosis and related conditions in the community. London: IAHCP Publications, 2007.

2. IAHCP Book on Congenital Spine Problems in Society. London: IAHCP Publications, 2003.

3. https://www.scoliosisreductioncenter.com/blog/what-are-the-4-types-of-scoliosis Accessed on 5 September 2020.

4. "Questions and Answers about Scoliosis in Children and Adolescents". NIAMS. December 2015. Archived from the original on16 August 2016. Accessed on 5 September 2020.

5. “adolescent idiopathic scoliosis”. Genetics Home Reference. September 2013. Archived from the original on 16 August 2016. Accessed on 5 September 2020.

6. “adolescent idiopathic scoliosis”. Genetics Home Reference. September 2013. Archived from the original on 16 August 2016. Accessed on 5 September 2020.

7. Illés TS, Lavaste F, Dubousset JF (April 2019). “The third dimension of scoliosis: The forgotten axial plane”. Orthopaedics & Traumatology, Surgery & Research. 105 (2): 351–59. doi:10.1016/j.otsr.2018.10.021. PMID 30665877.

8. Yang S, Andras LM, Redding GJ, Skaggs DL (January 2016). “Early-Onset Scoliosis: A Review of History, Current Treatment, and Future Directions”. Pediatrics. 137 (1): e20150709. doi:10.1542/peds.2015-0709. PMID 26644484. S2CID 557560.

9. Agabegi SS, Kazemi N, Sturm PF, Mehlman CT (December 2015). “Natural History of Adolescent Idiopathic Scoliosis in Skeletally Mature Patients: A Critical Review”. The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons. 23 (12): 714–23. doi:10.5435/jaaos-d-14-00037. PMID 26510624. S2CID 6735774.

10. Rohlmann A, Klöckner C, Bergmann G. [The biomechanics of kyphosis]. Orthopade. 2001 Dec;30(12):915-8. [PubMed].

11. Roghani T, Zavieh MK, Manshadi FD, King N, Katzman W. Age-related hyperkyphosis: update of its potential causes and clinical impacts-narrative review. Aging Clin Exp Res. 2017 Aug;29(4):567-577. [PMC free article] [PubMed].

12. https://www.aans.org/Patients/Neurosurgical-Conditions-and-Treatments/Scoliosis Accessed on 5 September 2020.

13. National Scoliosis Foundation - https://www.scoliosis.org/ *, June 2007.* Accessed on 5 September 2020.

CORRESPONDENCE

Maria Jana Kingsley-Godwin

Author and Medical Writer

MJ Publications, Association of Health Care Professionals

London Medical Academy, 86 - 90 Paul St, London EC2A 4NE, England, United Kingdom

Email: info@mariajana.co.uk

Website: www.mariajana.co.uk

ДЕЦА С УВРЕЖДАНЕ - ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА РАННА ИНТЕРВЕНЦИЯ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ГРАД ВАРНА

Тодорка В. Боева, Румяна Н. Лалева, Мария Й. Атанасова

CHILDREN WITH DISABILITIES - EARLY INTERVENTION ON THE TERRITORY OF THE CITY OF VARNA

Todorka V. Boeva, Rumyana N. Laleva, Mariya Y. Atanasova

“

РЕЗЮМЕ

Ранната интервенция повлиява съществуващите проблеми в развитието на децата с увреждания и предотвратява появата на нови. На територията на град Варна услуги за деца с увреждания от 0 до 3 г. се предоставят Центърът за ранна интервенция и рехабилитация към Дома за медико-социални грижи за деца гр. Варна в и Центъра за ранна интервенция към Фондация „Карин дом”.

***Целта** настоящото изследване е да се проучи и анализира възможността за ранна интервенция за деца с увреждания във Варна.*

Характер и обем на проучването

Проучени са услугите предоставяни от Центърът за ранна интервенция и рехабилитация към Дома за медико-социални грижи за деца гр. Варна и Програмата Ранна интервенция за деца на „Карин дом”

Резултати

***Целевите групи** на Центърът за ранна интервенция и рехабилитация към Дома за медико-социални грижи за деца гр. Варна са деца от Варна и цялата страна, насочени от различни медицински специалисти, с направление от Отдела за закрила на детето по местоживеене.*

Програмата Ранна интервенция за деца на „Карин дом” се предлага на доброволни начала за семействата. Програмата позволява лесен достъп на родителите и децата до предлаганите услуги. Включването се предхожда от оценка на потребностите на семейството и скрининг на детето. С най- голям брои са децата насочени от медицинските специалисти за включване в програмата на Ранна интервенция за деца на „Карин дом”. Анализа на данните сочи, че с най-голям дял (45%) са заявените езиково-говорни нарушения, изоставяне в познавателното развитие, следвани от децата с ниско тегло при раждане.

Заключение

Програмата Ранна интервенция на „Карин дом” е най- необходима и подходяща за възрастова група 0-3 г. Това се отнася в по-голяма степен на достоверност, ако ранната интервенция за деца се разбира като услуга в домашна среда или услуга, предоставяна в естествената среда на детето.

***Ключови думи:** деца с увреждания, ранна интервенция, Карин дом*

ABSTRACT

Early intervention will affect existing development problems and prevent the occurrence of new problems. The family-oriented approach is innovative for Bulgaria. The focus of the work is not only on the child, but also on the whole family.

The objective of this study and analyze the possibility of early intervention for children with disabilities in Varna.

Nature and Scope of the Study

On the territory of the city of Varna services for children with disabilities from 0 to 3 years are provided by the Center for Early Intervention and Rehabilitation at the Home for Medical and Social Care for Children in Varna and the Center for Early Intervention at the Karin Dom Foundation.

The center for early intervention and rehabilitation in the home for medical and social services for children in Varna carries out diagnoses and early interventions for high-risk children as well as complex rehabilitation of children with cerebral palsy and other neuromuscular, orthopedic and mental diseases, as well as rehabilitation of children with speech problems. The target groups are children from the city of Varna and the whole country who are referred by various medical specialists and by the Child Protection Department at the place of residence.

The early intervention program for children at Karin Dom is offered to families on a voluntary basis free of charge. The program allows easy access for parents and children to the services offered. Involvement is preceded by an assessment of the needs of the family and screening of the child. Most children are referred by specialist doctors for inclusion in the early intervention program for children at Karin Dom. Among those admitted, the percentage (45%) of those who reported problems with speech and language disorders and cognitive disabilities was the highest, followed by children with low birth weights. The data show that the children who visited the center in 2019 upon entering the Early Intervention.

Conclusion

Karin Dom's early intervention program clearly shows that an early intervention service is most necessary and most suitable for the age group 0-3. This is especially true if the early intervention for children is at home or in the child's natural environment.

Keywords: *children with disabilities, early intervention, „Karin Home"*

I. ВЪВЕДЕНИЕ

Известно е, че темповете на физическо и нервно-психично развитие на индивида са най-бързи в началния етап от живота. Когато съществува риск за детето, времето за интервенцията е от особено значение. Намесата в най-сензитивния период дава шанс за ефективна корекция и за придобиване на знания и умения, характерни за възрастовия период. Ако моментите или етапите на максимална готовност не се оползотворят, детето ще ги усвои по-трудно или на по-късен етап.

Ранната интервенция се отнася за деца на възраст от 0 до 6 години, които имат увреждане или са в риск от развитие на увреждане. Ранната интервенция допринася за ранно идентифициране на рисковете за здравето и развитието на децата и за ранна намеса.

Интервенцията осигурява на децата с проблемно или рисково развитие и на техните семейства намаляване на ефектите от увреждащото състояние. Ранната интервенция е мобилна услуга с превантивен характер. Семейно-ориентираният подход, който се използва е иновативен за България. Той поставя във фокуса на работа не само детето, но и цялото семейство. Родителите имат възможност в партньорство със специалиста да определят приоритетите в развитието на своето дете и да работят заедно за постигането на поставени от тях цели по отношение на подобряване състоянието на детето и създаване на подкрепяща среда.

Ранната интервенция носи и ползи за обществото. С нейна помощ се предотвратява институционализацията на децата, повишава се способността на семействата да се справят в житейски ситуации и се подобряват шансовете на детето за успешна житейска реализация. Услугите по ранна интервенция имат смисъл за детето, семейството и общността. Те помагат на децата да постигнат по-добри резултати, подпомагат социалното включване, защитават човешките права, подкрепят семействата и спестяват ценни ресурси за общността.

II. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Цел на настоящото изследване е да се проучи и анализира възможността за ранна интервенция за деца с увреждания във Варна

За постигане на целта са формулирани следните **задачи на научното изследване**:

1. Да се проучи и анализира достъпната по разглеждания проблем литература,

очертаваща стратегии и добри практики по проблема.

2. Да се проучат критериите за ползване на услугите на Център за ранна интервенция към Фондация „Карин дом”.

3. Да се идентифицират най-често срещаните проблеми на постъпилите деца в Център за ранна интервенция към Фондация „Карин дом” (2019 година).

ОБЕКТ НА НАБЛЮДЕНИЕ

са преминалите деца през Центъра за ранна интервенция към към Фондация „Карин дом“ през 2019 г.

ХАРАКТЕР И ОБЕМ НА ПРОУЧВАНЕТО

Обработени и анализирани са данните на постъпили за 2019 г.

МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕ:

А. Социологически методи:

Документален метод – литературен анализ, сравнително-правен анализ, проучен международен опит по проблема.

Б. Статистически методи за обработка

III. АНАЛИЗ И ОБСЪЖДАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

Услугите по ранна интервенция за деца обикновено се предоставят от мултидисциплинарен екип, съставен от лица с квалификация в дисциплини като рехабилитация, кинезитерапия, ерготерапия, специална педагогика и логопедия. Интервенциите са съобразени с нуждите на детето и ситуацията на семейството и подхождат към всеки проблем, свързан с развитието на детето, чрез семейно-ориентиран подход за осигуряване на добро здраве, физическо и интелектуално развитие, социални умения и емоционално благосъстояние.

Съществуващите услуги за деца с увреждания от 0 до 3 г. в България могат да бъдат категоризирани в два вида според институциите, които регулират тяхното предоставяне - социални услуги и медицински рехабилитационни услуги.

Услуги в общността които могат пряко да подкрепят развитието на децата и капацитета на се-

мейството са следните:

• Личен асистент - услуга за лице с увреждания, което се нуждае от постоянни грижи. Услугата се предоставя като механизъм за подпомагане на семейството.

• Социален асистент - услуга, която подпомага посрещането на ежедневните нужди и организирането на свободното време на хората с увреждания и изпълнението на дейности за тяхното социално включване.

• Център за социална рехабилитация и интеграция - осигурява пакет от социални услуги, които включват: рехабилитация, социално-правни консултации, образователно и професионално обучение и консултиране, осъществяване на индивидуални програми за социално включване.

• Звено „Майка и бебе" - осигурява подслон и подкрепа за самотни майки и бременни жени.

• Център за обществена подкрепа - предоставя пакет от социални услуги за деца и семейства в риск. Те включват семейна консултация, семейно планиране, превенция на отпадане от училище, подкрепа на жертвите на насилие, както и индивидуална работа с деца с увреждания.

В допълнение към социалните услуги, деца с увреждания на възраст 0-3 г. имат достъп до медицински рехабилитационни услуги, които също така целят подпомагане на тяхното развитие. Услугите включват физикална терапия, трудова терапия, кинезитерапия, речева и визуална терапия, психотерапия, поддържаща медицинска терапия, осигуряване на подкрепящи помощни средства и други медицински материали. Тези услуги могат да бъдат предоставени от медицински центрове, специализирани институции (ДМСГД) или частни доставчици, специализирани в подобен род медицинска помощ.

На територията на град Варна услуги за деца с увреждания от 0 до 3 г. се предоставят от Центърът за ранна интервенция и рехабилитация към Дома за медико-социални грижи за деца гр. Варна и в Център за ранна интервенция към Фондация „Карин дом".

В Центърът за ранна интервенция и рехабилитация в Дома за медико-социални грижи за деца гр. Варна се извършва ранна интервенция и рехабилитация, диагностика, ранно лечение на деца с увреждане на централната нервна система - обикновено детска церебрална парализа, увреждане на нервната периферна система – родово травматични увреждания, вродени, генетични, ортопедични заболявания, увреждания след хирургични интервенции, ортопедични и неврологични. Целевите групи са деца от гр. Варна и цялата страна, насочени от различни медицински специалисти, с направление от Отдела за закрила на детето по местоживеене и обслужва около 300 деца годишно. Центърът осигурява подкрепа и опора на семействата на тези деца в процеса на рехабилитация, обучава родителите като ко-терапевти във времето на рехабилитационния процес. В него работят 170 високо квалифицирани медицински и немедицински специалисти – лекари /специалност – педиатрия/, медицински сестри, физиотерапевти, рехабилитатори, кинезетерапевти, психолози, специални педагози, логопеди, Монтесори терапевти, ерготерапевт, тифлопедагог, социални ръботници, и др.

Началото на Ранна интервенция за деца (РИД) във фондация „Карин дом" датира от 1996 г., когато фондацията е създадена в подкрепа на децата с увреждания и техните семейства чрез предоставяне на терапия и консултиране. По това време РИД в Карин дом е предимно услуга, базирана в центъра. През 2009 г. „Карин дом" официално стартира своята ***Програма Ранна интервенция за деца на възраст 0-4 г.***, в партньорство с Община Варна, местния Отдел за закрила на детето, родилните отделения в две болници във Варна (МБАЛ „Св. Анна" и СБАГАЛ „Проф. Д-р Д. Стаматов") и сдружение „Цветно бъдеще". Програмата предоставя услуги за деца, които са с увреждане, забавяне в една или повече области на развитие или са изложени на риск от забавяне в развитието (например, когато едно дете е родено недоносено). Програмата прилага семейно-ориентиран подход и включва следните услуги – домашни посещения, групи за игра родител-дете, родителска мрежа за подкрепа за кърмене. Мултидисциплинарният екип на Програмата се състои от рехабилитатор, психолог, логопед и социален работник. Екипът се ръководи от лекар-педиатър. Програмата позволява лесен достъп

на родителите и децата. Включването се предхожда от оценка на потребностите на семейството и скрининг на детето. Услугата е гъвкава и се адаптира към нуждите на семействата.

Основната услуга на програмата е ***домашното посещение.*** По време на домашните посещения специалистът работи със семейството върху оценката на детето, определяне на цели и изготвяне на индивидуален план за шестмесечен период. Чрез поредица от домашни посещения, специалистът прави практически демонстрации на родителите за това как да учат своите деца на различни умения чрез игра или рутинни дейности като обличане, хранене, къпане и т.н.

Втората услуга е ***група за игра родител-дете***. Групата за игра предлага възможност за родителите и децата да си взаимодействат едни с други, да се учат чрез игра, да срещат нови хора, нови приятели и да се забавляват заедно. Сесиите на групите за игра се извършват в определен час в специално оборудвана за целта стая в сградата на „Карин дом”, с подходящи за възрастта играчки.

Третата услуга в програмата на „Карин дом” е ***Родителската мрежа за подкрепа***.

Ролята на тази услуга е да се овластят родителите да отстояват своите права и правата на децата си. Услугата предоставя информация и психологическа или материална подкрепа.

Подаването на информация за дете с увреждане, затруднения в развитието или в риск от изоставяне е първата стъпка в процеса на ранната интервенция. Тя изисква изграждането на работеща „система за сигнализация” в рамките на общината, която да включва всички страни и институции (вкл. организации, личности и институции), които са в контакт с деца в ранна детска възраст, включително родители и роднини, лечебни заведения и медицински специалисти от извънболничната и болничната помощ, социални работници, детски заведения, доставчици на социални услуги и неправителствени организации. Тази система трябва да осигурява и информираност на семействата и общността като цяло с оглед улесняване на достъпа.

Включването на деца за ранна интервенция се осъществява, когато родителите на детето самозаявят своето желание за ползване на услугата Център Ранна интервенция Прави се специализирана оценка от специалист на потребностите на детето и семейството и график за предоставяне на услугата. Ползването на социалната услуга е доброволно от страна на семействата.

С най- голям брои са децата насочени от медицинските специалисти за включване в програмата на Ранна интервенция за деца на „Карин дом”. С равни дялове са други специалисти и познати.

Фиг.1. Постъпили деца според източника на насочване

Критерии за допустимост за ползване на услугата

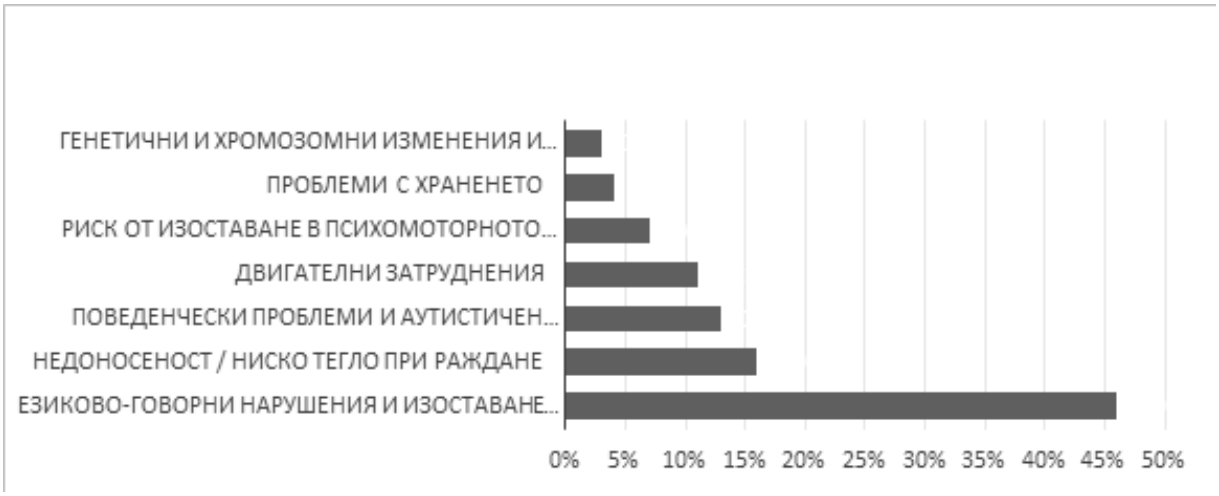
- Възраст на детето 0-3г., като след 3-годишна възраст се предлагат единични консултации;
- Риск от изоставяне от родителите и настаняване в институция;

• Увреждане или риск от развитие на увреждане;

• Изоставане в една или няколко области на развитие – познавателна, двигателна, речева, социална, емоционална;

• Местожителство – семейството да живее в рамките на Община Варна, където е възможно да се извършват регулярни домашни посещения.

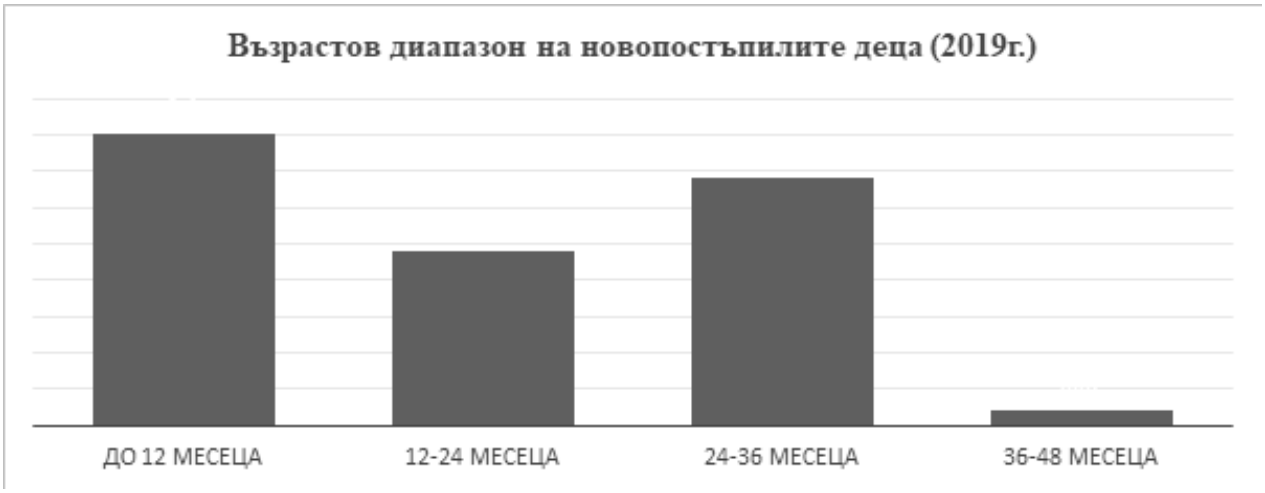
На фиг. 2 са представени данни за разпределението на децата според проблемите и заявените притеснения от родителите при постъпване в Програмата на Център през 2019 г.



Фиг.2. Разпределение на децата според проблемите при постъпване

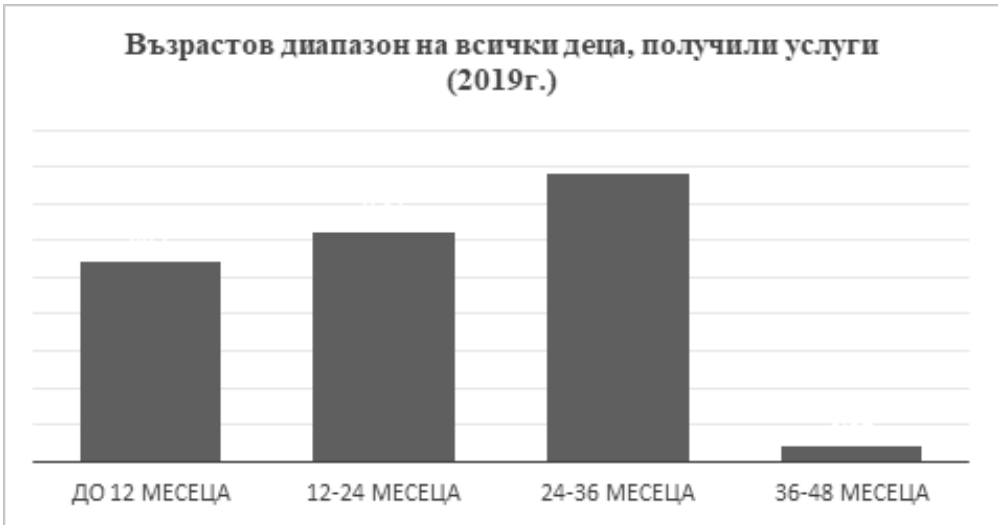
С най- висок дял (45%) са заявилите проблеми в езиково – говорни нарушения и изоставяне в познавателното развитие, следвани от децата с ниско тегло при раждането. Като съществен проблем при децата с увреждания е липсата на възможности за планиране на ранна интервенция, както и на последващи интегрирани здравно-социални услуги и рехабилитация. За България тревожна тенденция е големият брой на децата до 16-годишна възраст, освидетелствани и признати с първична инвалидизация. През 2010 г. те са 3833 или 3,5/1000. Най-голям е делът на инвалидизираните деца с 50-90% трайно намалена възможност за социална адаптация – 72,9%. Най-чести причини за инвалидизиране при децата са болестите на дихателната система, вродени аномалии, болестите на нервната система, психични и поведенчески разстройства, болести на ендокринната система и обмяната.[4]

За осигуряване на оптимални резултати от ранната детска интервенция е добре да се започне възможно най-рано при установяване на проблем в развитието. На фиг. 3. са представени данни за възрастта на децата при постъпване в Програма Ранна интервенция на Карин дом през 2019 г. Преобладава делът на децата във възрастовия диапазон до 1 година. Ранната намеса е предпоставка за постигане на по добри резултати и намаляване на риска от развитие на увреждане.



Фиг.3. Възраст на постъпилите деца през 2019 г.

За разлика от новопъстъпилите деца при изследване на възрастовия диапазон на всички постъпили се установява, че с най-голям дял са децата на възраст от 2 до 3 години, следвани от децата на възраст между 1 и 2 години. Това обяснява и високия дял на постъпилите деца с заявени езиково-говорни нарушения и изоставяне в познавателното развитие.



Фиг. 4. Възраст на децата преминали през центъра за 2019 г.

Усилията на специалистите в лечебната дейност се отразяват върху **резултатите** от тяхната работа. Най-важният показател за ефективността на прилаганите методи и интервенции е отразено в обратната връзка от родителите, чиито деца са потребителите на услугата. Изключително ценен индикатор, както за доставчика на услугата, така и за местната власт, за успеваемостта на програмата е обратната връзка от родителите, чиито деца са потребители на услугата.

Таб. 1. Удовлетвореност от прилаганите методи

Ефективност на програмата според родителите на включените деца		
93% от родителите са удовлетворени от програмата	***97%*** от родителите отбелязват напредък в развитието на детето	***92%*** от родителите придобиват умения да работят самостоятелно с детето

VI. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Услугите за ранна детска интервенция са световно доказан начин за предоставяне на подкрепа и се превръщат в глобален приоритет. Те дават възможност на родителите да научат повече за спецификите на своето дете и за начините, по които те могат да му бъдат полезни, както и как с тяхна помощ да достигне пълния си потенциал. В дългосрочен аспект, целта е социализация и интеграция на децата в обществото. Анализа на показват, че едно на всеки три деца, които са получили услуги по ранна интервенция за деца, вече не се нуждае от специално обучение в предучилищна възраст или класификация за увреждане (Jones, L.2009). В подкрепа на това е и твърдението че, РИД води до успешното включване на децата в системата на формалното образование (Hodes, 2007).

Програмата Ранна интервенция на „Карин дом" ясно показва, че услуга ранна интервенция е най-необходима и подходяща за възрастова група 0-3 г. Това е особено вярно, ако ранната интервенция за деца се разбира като услуга в домашна среда или услуга, предоставяна в естествената среда на детето.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Апостолов А., Веселина Василева, Холи Хикс-Смол, Десислава Кузнецова, Ружа Панчева, Услуги по ранна интервенция за деца с увреждания в България: алтернатива на институционалните грижи за деца на възраст 0-3 г., Изследователски доклад, Варна, 2013 г.

2. Владимирова С., Стивън Кийли, Ранна интервенция Наръчник за специалисти, Изд. Българска асоциация за лица с интелектуални затруднения

3. Национална здравна стратегия (2014-2020)

4. Цветкова Т., Ст. Павлова, К. Генова, Устройство, рехабилитация и интеграция на деца в обществото от Дневен център за рехабилитация и психотерапия на деца от 0 до 6 години към Дом за Медико- социални грижи за деца – гр. Варана, Scripta Scientifica Medica, 2011; vol. 43 ISSN 0582-3250

5. http://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/04/08/nacionalna-zdravnastrategia_2014-2020.pdf

6. http://www.strategy.bg/FileHandler.ashx?fileId=4872

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

Тодорка Великова Боева,

Медицински университет – Варна,

Катедра „Здравни грижи"

e-mail: boevat@mail.bg

СЕРУМНА ЕКСПРЕСИЯ НА МИКРО-РНК 142 В КОХОРТА ОТ БЪЛГАРСКИ ПАЦИЕНТИ С ВЪЗПАЛИТЕЛНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ЧЕРВАТА И КОРЕЛАЦИЯТА Ѝ СЪС СТЕПЕНТА И ТЕЖЕСТТА НА ЗАБОЛЯВАНЕТО

Антония Й. Атанасова

SERUM EXPRESSION OF MICRORNA-142 IN A COHORT OF BULGARIAN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASES AND ITS CORRELATION WITH DISEASE EXTENT AND SEVERITY

Antonia Y. Atanassova

Резюме: *Изследването има за цел да оцени серумната експресия на miRNA-142_3p и miRNA-142_5p при пациенти с възпалителни болести на червата и тяхната корелация със степента на заболяването, активността и тежестта. Изследвани са 35 пациенти с язвен колит (ЯК) и 35 пациенти с болест на Крон (БК). Експресията на miRNA-142 в серума се оценява, като се използва количествена PCR в реално време с обратна транскриптаза (RT-qPCR) и след това резултатите се корелират с тези на група от 30 здрави индивид. Експресията на miRNA-142 корелира със степента на заболяването и индексите на активността и тежестта на заболяването (CDAI, S - Монреалска класификация, частичен Mayo score). Групата на пациентите показа средна експресия на miR-142_3p в серума от 2.69 за БК, 1.66 за УК и 1.25 за контролната група и серумна експресия на miR-142_5p от 2.42 за БК, 1.61 за УК и 1.21 за контролната група със значителна разлика между групите.*

Abstract:*The study aims to assess the expression of serum miRNA-142_3p and miRNA-142_5p in IBD patients and its correlation with disease extent, activity and severity. It was performed on 35 patients with ulcerative colitis (UC), 35 patients with Crohn's disease (CD). Serum miRNA-142 expression was assessed using reverse transcriptase quantitative real time PCR (RT-qPCR), and then correlated with that of a group of 30 healthy subjects. It was also correlated with disease extent and disease activity and severity indices (CDAI, Montreal classification, Partial Mayo score). The patients'group showed mean serum miR-142_3p expression of 2.69 for CD, 1.66 for UC and 1.25 for the control group and serum miR-142_5p expression of 2.42 for CD, 1.61 for UC and 1.21 for the control group with a significant difference between groups.*

Ключови думи: *miR-142, язвен колит, болест на Крон, възпалителни болести на червата*

Key words: *miR-142, ulcerative colitis, Crohn's disease, inflammatory bowel diseases*

ВЪВЕДЕНИЕ:

Хроничните възпалителни болести на червата (ХВБЧ) включват язвен колит (ЯК), болест на Крон (БК), недетерминиран колит и микроскопски колит.Те се характеризират с хетерогенност – генетична, имунологична и клинична. Превключването от имунен толеранс към специфична имунореактивност води до неправилна активация на вродения и придобития имунитет – това е ключовият момент, който предразполага към появата на ХВБЧ. Някои фактори на околната среда могат да играят роля на пусков механизъм с началната активация и последващи релапси на заболяванията. По-доброто разбиране на механизмите, които са включени във възпалението и имунния отговор, предоставя възможности да се повлияе терапевтично, да се контролира, а може би и да се модифицира протичането на ХВБЧ.

Множество проучвания разкриват, че микро-РНКите играят съществена роля във всеки един етап от възпалението. Микро-РНКите са неразделна част от диференциацията, регулирането и клетъчната сигнализация на имунната система. Неправилната адаптация в рамките на тези процеси може да доведе до остро или хронично продължаващо възпаление, с което се характеризират инфламаторните нарушения при ХВБЧ. (3, 8, 19)

Редица автори разкриват, че микро-РНКите играят ключова роля в изграждането и правилното функциониране на придобития и вродения имунитет. (1, 2, 14)

Те представляват малки 21-24 нуклеотидни двуверижни РНК молекули, които с помощта на комплекс от белтъци могат да предизвикат нарязване на определени информационни РНКи (иРНКи) молекули. Тези и-РНКи се явяват техни мишени и нарязването им предизвика РНК заглушаване (RNAsilencing) на съответните гени.

В тази статия се разглежда експресията на miRNA-142_3p и miR-142_5p, тъй като наскоро бе установена тяхната роля в процесите на възпаление. miR-142_5p има съществена роля в множество патологични процеси: прогресия на тиреоидит на Хашимото, развитие на колоректален карцином и бъбречен карцином (9, 10, 24).

Екип от автори установява, че miR-142_5p има повишена експресия при пациенти с ЯК, като освобождава възпалителни молекули и потиска функцията на SOCS 1, като е необходимо да се изясни ролята на тези микро-РНКи във възпалението на колона (6). Други автори установяват, че miR-142_5p усилва диференциацията на Th1 клетките (11, 16), докато miR-142_3p допринася за зреенето и диференциацията на неутрофилите (5)

От друга страна miRNA-142_3p регулира синтеза на проинфламаторните NF-kB1, TNF-α и IL-6 в макрофагите, като се прицелва в гена IRAK1 и понижава белтъчната експресия на IRAK1 (15, 20) Zhai et al. през 2014 г. публикуват данни, че miRNA-142_3p контролира автофагията чрез ATG16L1, като повишената експресия на микро-РНКата води до понижаване на афтофагичната активност при пациенти с БК. (23) Paraskevi et al. през 2012 г. установяват, че понижената експресия на miRNA-142_3p се свързва с възпаление , което е регулирано от NOD2 гена, който се свързва с процесите на автофагия (12)

ЦЕЛ:

Целта на проучването е да се оцени серумната експресия на miR-142_3p и miR-142_5p при пациенти с хронични възпалителни болести на червата и корелацията на експресията на тези микро-РНКи с обхвата активността и тежестта на болестта на Крон и язвен колит.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ:

Изследвани са 35 пациенти с болест на Крон, 35 пациенти с язвен колит и 30 здрави контроли. Серумната експресия е оценена с обратна транскриптаза – real time количествена верижна полимеразна реакция PCR (RT-qPCR). Резултатите са обработени статистически с SPSS v. 20.0 for

Windows, като са използвани варационен, дисперсионен, корелационен, сравнителен анализи, ROC curve анализ и анализ за оценка на риска.

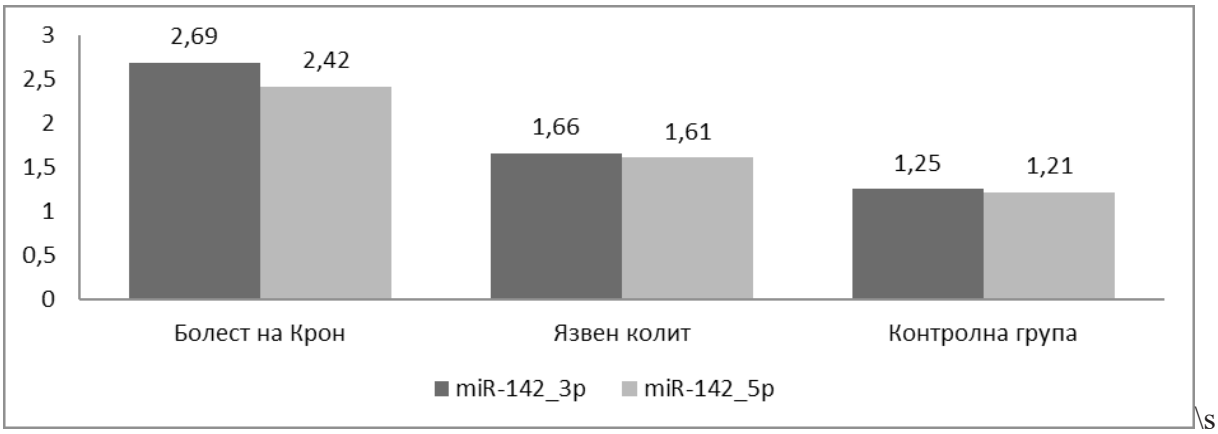
РЕЗУЛТАТИ:

На табл. 1 е представена характеристиката на пациентите с БК, ЯК и здрави контроли. Не се наблюдава съществена разлика в средната възраст на пациентите с ЯК и БК. Разпределението по пол също не показа наличието на съществена разлика, въпреки, че при пациентите с ЯК преобладават жените. Според локализацията при пациентите с БК преобладават тези с тънкочревна локализация (L1) – 54.3 %, докато при пациентите с ЯК преобладават тези с панколит – 65.7 %. Според Монреалската класификация при пациентите с БК преобладават тези с възпалителен фенотип (B1) – 48.6 %, а при пациентите с ЯК, 80.0 % от случаите са с хронично рецидивиращ ход на болестта. От гледна точка на давността на заболяването се установи съществена разлика (p=0.044), като пациентите с ЯК имат значително по-голяма давност (66.91 мес. за БК към 113.03 мес. за ЯК). Над 2/3 (68.6 %) от пациентите с БК са на биологична терапия, докато 34.3 % от пациентите с ЯК са на 5 АСА и на биологично лечение.

Табл. 1. Характеристика на пациентите с ХВБЧ според Монреалската класификация

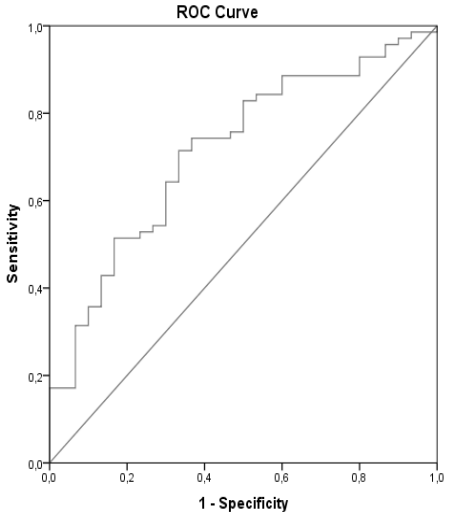
Показател		**БК (n=35)**	**ЯК (n=35)**	**Контроли (здрави лица) (n=30)**
Възраст, год. (mean±SD, range)	Моментна	41.51±13.55 (18-75)	41.54±15.21 (18-73)	26.2±6.2 (18-42)
	Начало на оплакванията	33.97±13.44 (11-75)	31.28±12.05 (15-47)	-
	Поставяне на диагноза	36.11±13.02 (14-75)	32.74±12.77 (15-62)	-
Пол	Мъже	18/51.4 %	15/ 42.9%	15/50,0%
	Жени	17/48.6%	20/ 57.1 %	15/50,0%
Локализация БК/ ЯК	L1	19/54.3 %	1/ 2.9 %	-
	L2	5/4.3%	11/ 31.4 %	-
	L3	11/31.4 %	23/ 65.7 %	-
Форма на протичане	B1	17/48.6 %	-	-
	B2	11/31.4 %	-	-
	B3	6/17.1 %	-	-
	B2-B3	1/ 2.9 %	-	-
	Хронично рецидивираща	-	28/ 80.0 %	-
	Хроночно персистираща	-	7/ 20.0 %	-
Давност на ХВБЧ, мес.	(mean±SD, range)	66.91±59.67 (3-204)	113.03±119.10 (1-492)	-
Лечение	5АСА	2/ 5.7 %	12/ 34.3 %	-
	КС	7/ 20.0 %	8/ 22.9 %	-
	Имуномодулатори	2/ 5.7 %	3/ 8.6 %	-
	Биологично лечение	24/ 68.6 %	12/ 34.3 %	-

При изследването на експресията на miR-142_3p се установи съществена разлика между изследваните групи (p<0.001), като при пациентите с БК серумната експресия на микро-РНКата е значително по-висока в сравнение с пациентите с ЯК и контролната група. Подобни са резултатите и при експресията на miR-142_5p, където отново експресията на микро-РНКата е значително по-висока при пациентите с БК (p=0·004) (Фиг. 1). Не се установява съществена разлика в експресията на двете микро-РНКи в изследваните групи.

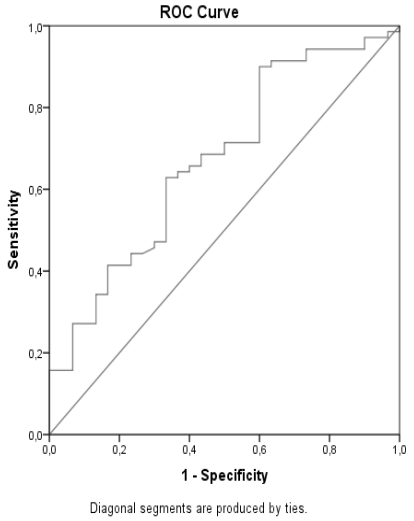


Фиг.1. Експресия на miR-142_3p и miR-142_5p

Поради липса на валидирани референтни прагови нива на експресията на микро-РНКите за разграничаване на пациенти с ХВБЧ от здрави индивиди бе определена праговата стойност (Cut-off) на експресията на miR-142_3p и miR-142_5p за разграничаване на пациенти с ХВБЧ от здрави контроли, която е специфична за дадената популация и служи като ориентир за оценка на експресията при БК и ЯК. В нашето проучване праговата стойност на miR-142_3p е 1.32 (AUC 0.716 (0.609-0.823); p=0.001) с чувствителност 65.7 % и специфичност 66.7 % (Фиг. 2), а праговата стойност на miR-142_5p е 1.17 (AUC 0.671 (0.556-0.785); p=0.007) с чувствителност 62.9 % и специфичност 63.3 % (Фиг. 3).



***Фиг*. 2. ROC curve анализ за определяне на праговата стойност на експресията на miR-142_3p (*здрави контроли*)**



***Фиг*. 3. ROC curve анализ за определяне на праговата стойност на експресията на miR-142_5p (здрави контроли)**

На табл. 2 е представена експресията на miR-142_3p и miR-142_5p според основните характеристики на пациентите с БК и ЯК.

Табл. 2. Експресия на микро-РНК 142 според основните характеристики на пациентите с БК и ЯК

Основни показатели **БК** **(n=35)**		**Експресия на miR-142_3p (mean±SD)**		**Експресия на miR-142_5p (mean±SD)**	
		ЯК **(n=35)**	**БК** **(n=35)**	**ЯК** **(n=35)**	
Локализация БК/ЯК	L1/E1	3.06±1.94	1.99	3.08±2.54	**2.38**
	L2/E2	1.73±0.88	1.52±0·74	1.78±0.59	**1.01**±0·**54**
	L3/E3	2.48±2.29	1.72±0.99	1.54±1.06	**1.85**±**1.24**
Форма на протичане	B1	2.03±1.47	-	2.05±2.12	-
	B2	2.92±1.74	-	2.33±1.90	-
	B3	3.82±3.06	-	3.67±2.35	-
	B2-B3	4.66	-	1.92	-
	Хронично рецидивираща	-	**1.51±0.86**	-	1.61±1·23
	Хронично персистираща	-	**2.29±0.85**	-	1.59±0.59
CDAI	Ремисия	**1.94±1.58**	-	2.06±2.02	-
	Лека активност	**2.94±1.32**	-	3.06±3.02	-
	Умерена активност	**3.64±2.40**	-	2.52±1.82	-
S (severity)	Ремисия	-	1.22±0.72	-	1.85±1.64
	Лека активност	-	1.77±0.94	-	1.69±1·14
	Умерена активност	-	1.88±0·36	-	1.69±0·57
	Тежка активност	-	1.78±1.01	-	1.25±0.79
Mayo score	Ремисия	-	1.69±1.18	-	2.16±1.65
	Лека активност	-	1.54±0.64	-	1.59±1.16
	Умерена активност	-	1.69±1.19	-	1.21±0.64
	Тежка активност	-	1.74±0.69	-	1.48±0.76
Лечение	5ACA	3.02±1.49	1.54±0.65	0.82±0.08	1.19±0.54
	Кортикостероиди	3.17±2.77	2.13±1.02	2.16±1.61	1.70±0.85
	Имунни модулатори	1.37±0·54	1.67±0.53	1.88±0·37	2.40±1·95
	Биологично лечение	2.63±1.83	1.47±1.08	2.66±2.33	1.75±1.43

Въпреки, че няма съществена разлика в експресията на микро-РНКите според локализацията на заболяването при пациенти с БК се наблюдава, че при пациентите с тънкочревна локализация има повишена експресия на miR-142_3p и miR-142_5p (съответно 3·06 и 3·08). При пациентите с ЯК не се установява съществена разлика в експресията на miR-142_3p според локализацията, докато при изследване на експресията на miR-142_5p се установяват значително повишени нива на микро-РНКата при пациентите с панколит (1·85) (p=0·042). В настоящото изследване има само един пациент с проктит, при което експресията на изследваните микро-РНКи не се взема предвид при анализа.

Според формата на протичане при пациентите с БК се установява повишена експресия и при двете микро-РНКи при пациентите с пенетриращ фенотип (съответно 3·82 за miR-142_3p и 3·67 за

miR-142_5p). При пациентите с ЯК експресията на miR-142_3p е значително по-висока при пациентите с хронично персистираща форма (2.29 спрямо 1.51 за хронично рецидивираща форма, p=0.036). Експресията на miR-142_5p не показва съществена разлика при двете форми на протичане.

При пациенти с БК има съществена разлика в експресията на miR-142_3p (p=0.047), като се установява правопропорционална зависимост спрямо тежестта на заболяването изчислена с CDAI (r=0.353; p<0.05). Повишената експресия на miR-142_3p носи 4 пъти по висок риск за повишена активност при пациенти с БК (OR=4.13 (0.726-23.429), p <0.05), докато експресията на miR-142_5p показва такава зависимост.

Не се установява съществена разлика в експресията на двете микро-РНКи при оценка тежестта на заболяването (при пациенти с ЯК, оценен чрез два индекса и при пациенти с БК, оценен чрез CDAI.

Често прилагани биомаркери за измерване активността на възпалителните болести на червата са С реактивен протеин (CRP) и фекален калпротектин (FCP). При пациентите с БК се установи, че miR-142_3p корелира силно обратнопропорционално с FCP (r=-0.663; p=0.004), докато при пациентите с ЯК същата микро-РНКа корелира правопропорционално с CRP (r=0.275; p=0.021). При пациентите с ЯК повишената експресия на miR-142_3p се явява рисков фактор за повишаване серумните нива на CRP (OR=3.25 (0.733-14.402), p =0.012).

Не се установява съществена разлика в експресията на разглежданите микро-РНКи според провежданото медикаментозно лечение.

ОБСЪЖДАНЕ:

На табл. 3 е представен сравнителен анализ на експресията на miR-142_3p и miR-142_5p между резултатите от настоящото изследване и тези от други автори. Schaefer et al. установяват съществена разлика в повишената експресия на miR-142_3p при пациенти с БК спрямо здрави контроли. Авторите установяват и съществена разлика в повишената експресия на miR-142_5p спрямо здрави контроли както при пациенти с БК и ЯК.

Табл. 3. Сравнителен анализ на пациентите с повишена и понижена експресия на miR-142_3p и miR-142_5p

Автор	Заболяване	Експресия на miR-142_3p		Експресия на 1бmiR-142_5p	
		Понижена експресия	Повишена експресия	Понижена експресия	Повишена експресия
Schaefer et al. (2015) (13)	БК	2 p=0.096	8 p=0.018	2 p=0.133	8 p=0.032
	ЯК	1	6 p=0.053	-	7 p=0.017
Zahm et al. (2014) (22)	ЯК	-	12 p=0.048	-	-
А. Атанасова (2020)	БК	11 p=0.005	24 p=0.01	11 p=0.005	24 p=0.01
	ЯК	13 p=0.018	22 p=0.034	15 p=0.055	20 p=0.016

Zahm et al. установяват съществена разлика в повишената експресия на miR-142_3p при пациенти с БК спрямо здрави контроли (22). В настоящото изследване се установява съществена разлика на изследваните микро-РНКи и в двете групи пациенти с изключение на понижената експресия на miR-142_5p при пациентите с ЯК.

Регулаторната роля на различните miRNAs в много клетъчни процеси, както и тяхната роля в процеса на възпаление при пациенти с IBD, заслужава проучване. Липсват изследвания в литературата, оценяващи диференциалната експресия на циркулиращи miRNAs и тяхната роля при IBD (4, 12, 18, 21).

През 2013 г. Iborra et al. публикуват данни за сигнификантно повишена експресия на miR-142_5p

при пациенти с ЯК спрямо контроли (1.71; p=0.024). (7) Резултатите от настоящото изследване също показват повишена експресия на miR-142_3p и miR-142_5p, както при пациенти с БК, така и при пациенти с ЯК спрямо здрави контроли.

В изследването на Zahm et al. (2014) се установява повишена експресия на miR-142_3p при педиатрични пациенти с ЯК зпрямо здрави контроли. (22). Тези резултати се потвърждават и в нашето изследване при възрастни пациенти с ЯК.

Schaefer et al. през 2015 г. установяват повишена експресия на miR-142_3p при пациенти с ЯК и повишена експресия на miR-142_5p при пациенти с БК (13). За разлика от Schaefer et al. в настоящото проучване установихме повишени нива на изследваните микро-РНКи при пациентите с БК.

Wohnhaas et al. установяват повишена експресия на miR-142_5p при пациенти с БК (17). Авторите установяват близо 10 пъти по-висока експресия на miR-142_5p при пациентите с БК спрямо здрави контроли.

При определянето на праговата стойност спрямо здрави контроли нашите резултати се доближават до тези на Zahm et al., които при miR-142_3p съобщават за AUC=0.723, p=0.0078 с чувствителност 75.86 % и специфичност 66.67 % (22). Чувствителността и специфичността на miR-142_3p в настоящото изследване са съответно 65.7 % и 66.7 %.

В свое изследване Han et al., (2018) установяват, че miR-142_5p има хперекспресия при пациенти ЯК. Също така авторите установяват, че тази микро-РНКа стимулира възпалението на колона. Нейната мишена е SOCS1, където се установява умерена обратнопропорционална зависимост между експресията на SOCS1 и тази на miR-142_5p (r=-0.4835;p=0.0167). Авторите установяват, че miR-142-5p може да инхибира експресията и освобождаването на възпалителни молекули чрез потискане на функцията на SOCS1. miR-142-5p е ключов регулатор при възпалението на дебелото черво и функционира като проинфламаторен фактор. (6) Действа също и като онкогенна микроРНКа (oncomiR) и стимулира развитието на колоректален карцином (9).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Екпсресията на miR-142_3p и miR-142_5p е значимо по-висока при пациенти с БК спрямо пациентите с ЯК и контролната група. Не се установява разлика в експресията на двете микроРНКи по отношение на локализацията при пациенти с БК, докато при пациентите с ЯК се установи съществена разлика в експресията на miR-142_5p, която е повишена при ляк и екстензивен колит. Хронично персистиращият ход на ЯК е фактор за повишена експресия на miR-142_3p. Високата активност на възпалението при БК, измерена чрез CDAI е свързана с повишена експресия на miR-142_3p. Единичните съобщения и противоречиви резултати в литературата показват необходимостта от провеждането на по-мащабни кохортни изследвания сред пациентите с ХВБЧ.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА:

1. Berezin A.E. and Eugen I Poplyonkin. Diagnostic and therapeutic value of micro-RNAs in inflammatory bowel disease. (2020) Biomedical Research and Therapy, 7(2):3622-3632

2. Ceppi M,Pereira PM,Dunand-Sauthier I,Barras E,Reith W,Santos MA,Pierre P.MicroRNA-155 modulates the interleukin-1 signaling pathway in activated human monocyte-derived dendritic cells. Proc Natl Acad Sci USA.2009;106:2735-2740

3. Chen C-Z, Schaffert S, Fragoso R, et al. Regulation of immune responses and tolerance: the microRNA perspective. Immunol Rev 2013;253:112–28

4. Duttagupta R, DiRienzo S, Jiang R, et al. Genome-wide maps of circulating miRNA biomarkers for ulcerative colitis. PLoS ONE. 2012;7:e31241

5. Fan, H.-B., Liu, Y.-J., Wang, L., Du, T.-T., Dong, M., Gao, L., Zhou, Y. (2014). MiR-142-3p acts as an essential modulator of neutrophil development in zebrafish. Blood, 124(8), 1320–1330

6. Han J, Li Y, Zhang H, et al. MicroRNA-142-5p facilitates the pathogenesis of ulcerative colitis by regulating SOCS1. Int J Clin Exp Pathol. 2018;11(12):5735-5744

7. Iborra M, Bernuzzi F, Correale C, et al. Identification of serum and tissue micro-RNA expression profiles in different stages of inflammatory bowel disease. Clin Exp Immunol. 2013;173(2):250-258. doi:10.1111/cei.12104

8. Kalla R, Ventham NT, Kennedy NA, et al. Gut 2014;0:1–14. doi:10.1136/gutjnl-2014-307891

9. Liu S, Xiao Z, Ai F, Liu F, Chen X, Cao K, Ren W, Zhang X, Shu P, Zhang D. miR-142-5p promotes development of colorectal cancer through targeting SDHB and facilitating generation of aerobic glycolysis. Biomed Pharmacother. 2017;92:1119–1127

10. Liu L, Liu S, Duan Q, Chen L, Wu T, Qian H, Yang S, Xin D, He Z, Guo Y. MicroRNA-142-5p promotes cell growth and migration in renal cell carcinoma by targeting BTG3. Am J Transl Res. 2017;9:2394–2402

11. Moein S, Vaghari-Tabari M, Qujeq D, Majidinia M, Nabavi SM, Yousefi B. MiRNAs and inflammatory bowel disease: An interesting new story. J Cell Physiol. 2019;234(4):3277-3293. doi:10.1002/jcp.27173

12. Paraskevi A, Theodoropoulos G, Papaconstantinou I, Mantzaris G, Nikiteas N, Gazouli M. Circulating MicroRNA in inflammatory bowel disease. J Crohns Colitis. 2012;6(9):900-904. doi:10.1016/j.crohns.2012.02.006

13. Schaefer, J.S., Attumi, T., Opekun, A.R. et al. MicroRNA signatures differentiate Crohn's disease from ulcerative colitis. BMC Immunol 16, 5 (2015). https://doi.org/10.1186/s12865-015-0069-0

14. Smyth LA,Boardman DA,Tung SL,Lechler R,Lombardi G.MicroRNAs affect dendritic cell function and phenotype. Immunology.2015;144:197-205

15. Tahamtan A, Teymoori-Rad M, Nakstad B, Salimi V. Anti-Inflammatory MicroRNAs and Their Potential for Inflammatory Diseases Treatment. Front Immunol. 2018;9:1377. Published 2018 Jun 25. doi:10.3389/fimmu.2018.01377

16. Talebi, F., Ghorbani, S., Chan, W. F., Boghozian, R., Masoumi, F., Ghasemi, S., et al. MicroRNA-142 regulates inflammation and T cell differentiation in an animal model of multiple sclerosis. Journal of Neuroinflammation, 2017, 14(1), 55

17. Wohnhaas CT, Schmid R, Rolser M, Kaaru E, Langgartner D, Rieber K, Strobel B, Eisele C, Wiech F, Jakob I, Gantner F. Fecal MicroRNAs Show Promise as Noninvasive Crohn's Disease Biomarkers. Crohn's & Colitis 360. 2020 Jan;2(1):otaa003

18. Wu F, Guo NJ, Tian H, et al. Peripheral blood microRNAs distinguish active ulcerative colitis and Crohn's disease. Inflamm Bowel Dis. 2011;17:241–250

19. Xiao C, Rajewsky K. MicroRNA control in the immune system: basic principles. Cell 2009;136:26–36

20. Xu G, Zhang Z, Wei J, Zhang Y, Zhang Y, Guo L, et al. MicroR-142-3p down-regulates IRAK-1 in response to Mycobacterium bovis BCG infection in macrophages. Tuberculosis (2013) 93:606–11.10.1016/j.tube.2013.08.006

21. Zahm AM, Thayu M, Hand NJ, et al. Circulating microRNA is a biomarker of pediatric Crohn disease. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2011;53:26–33

22. Zahm AM, Hand NJ, Tsoucas DM, Le Guen CL, Baldassano RN, Friedman JR. Rectal microRNAs are perturbed in pediatric inflammatory bowel disease of the colon. J Crohns Colitis. 2014;8(9):1108-1117. doi:10.1016/j.crohns.2014.02.012

23. Zhai Z, Wu F, Dong F, et al. Human autophagy gene ATG16L1 is post-transcriptionally regulated by MIR142-3p. Autophagy. 2014;10(3):468-479. doi:10.4161/auto.27553

24. Zhu J, Zhang Y, Zhang W, Zhang W, Fan L, Wang L, Liu Y, Liu S, Guo Y, Wang Y, Yi J, Yan Q, Wang Z, Huang G. MicroRNA-142-5p contributes to Hashimoto's thyroiditis by targeting CLDN1. J Transl Med. 2016;14:166

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

Доц. д-р Антония Йорданова Атанасова, д.м.

Медицински университет „Проф.д-р Параскев Стоянов“ - Варна

Факултет Медицина

Катедра анатомия и клетъчна биология

Email: aniatanasova@abv.bg

РАДИАЦИЯТА В ЕЖЕДНЕВИЕТО НИ И МЕТОДИ ЗА НАМАЛЯВАНЕ НА ВЛИЯНИЕТО Ѝ ВЪРХУ ОРГАНИЗМА

Петранка Ив. Гагова, Петя М. Върбанова, Кръстин Б. Петров, Елина Евг. Първанова

RADIATION IN OUR DAILY AND METHODS FOR REDUCING ITS EFFECT ON THE BODY

Petranca Iv. Gagova, Petya M. Varbanova, Krastin B. Petrov, Elina Evg. Parvanova

РЕЗЮМЕ:

Голяма част от радиацията в ежедневието ни се дължи на естествения радиационен фон, но е възможно да се получи и от приложение на техногенни източници с медицинска цел или от радионуклиди попаднали в организма. Целта е представяне на информация за радиоактивното облъчване и методи за намаляване на влиянието му върху човека. Използвани са документален и социологически методи. Резултатите показват, че информация за радиацията и начини за намаляване на вредното ѝ влияние е необходима не само на работещите в сферата на йонизиращите лъчения, но и на всеки човек. Знанията за ежедневно укрепване и предпазване на организма и по-специфичните лични предпазни средства по време на облъчване с йонизиращи лъчения, дават възможност за една по-безопасна среща с радиацията. Представените примери, предлагат начини за предпазване от вредното въздействие на радиацията и начини за укрепване на организма след облъчване с йонизиращи лъчения.

Ключови думи: *радиация, въздействие, защитни мерки*

SUMMARY:

Much of the radiation in our daily lives is due to the natural radiation background, but it is also possible to get it from the use of man-made sources for medical purposes or from radionuclides entering the body. The purpose is to present information about radiation and methods to reduce its impact on humans. Documentary and sociological methods were used. The results show that information about radiation and ways to reduce its harmful effects is needed not only by those working in the field of ionizing radiation, but also by everyone. Knowledge of daily strengthening and protection of the body and more specific personal protective equipment during irradiation with ionizing radiation, allows for a safer encounter with radiation. The presented examples offer ways to prevent the harmful effects of radiation and ways to strengthen the body after irradiation with ionizing radiation.

Key words: *radiation, impact, protective measures*

ВЪВЕДЕНИЕ:

Терминът “радиация” е сборно наименование на разнообразни видове лъчения, които представляват вълнови електромагнитни излъчвания (рентгеново и гама-лъчение) или се състоят от потоци частици (алфа и бета-частици, протони, неутрони и др.) Основното и неизбежно облъчване на организмите става от природния радиационен фон, който се формира от космическите лъчи, радиоактивните елементи в почвата, въздуха, водата и т.н. и се нарича естествения радиационен фон. Това облъчване не може да се избегне. Слабо радиоактивни са дори хората, поради наличието на следи от радиоактивни вещества във всички живи тъкани. Всички живи организми са се приспособили, повече или по-малко, към така наречения естествен радиационен фон. След откриването на изкуствената радиоактивност приложението на техногенни източници се увеличава много бързо. По-голяма част от облъчването на населението се дължи на радиацията използвана за медицински цели. Знанията за въздействието на радиацията от гледна точка на получената доза и биологичната реакция на хора, животни и растения са важни, тъй като това може да доведе до по-добре насочени и по-безопасни процедури.

ЦЕЛ:

Представяне на информация за радиоактивното облъчване от различни източници и методи за намаляване на влиянието му върху човешкия организъм.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ:

Използвани са документален и социологически метод. Проучени са литературни и интернет източници представящи естествените и изкуствени източници на радиационно замърсяване. За социологическото проучването е използван анкетен метод като мнението на респондентите е получено чрез собствена пряка анонимна анкета. Анкетирани са хора от различна възраст и социално положение. Изследвани са общо 177 души, от различни населени места. Проучено е каква част от изследваните са подлагани на облъчване с медицински цели, страхуват ли се от облъчване с йонизираща радиация и запознати ли са с ползите и риска от такова облъчване. Направена е математическа обработка на данните. Резултатите са анализирани и представени графично.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ:

Източниците на радиоактивно замърсяване биват естествени и изкуствени. В природата съществуват много минерални вещества, дори растения и животни, които притежават естествена радиация. Проучванията показват, че естествената радиация има различна интензивност и зависи от състава на скалите върху които се намира дадената територия. В същото време в света и у нас има територии с висок естествен радиационен фон, на които населението живее без видими признаци на негативно радиационно въздействие. Висок естествен радиационен фон имат и някои от минералните извори. Съгласно съществуващите нормативни документи те трябва да бъдат каптирани и да се ограничи свободното изтичане на водата и използването й за консумация и поливане. Приложението на тези води, за медицински цели също трябва да става под строг контрол. Известно е, че над 40 естествени радиоактивни елементи в разсеяно състояние се съдържат в земята, водата, въздухът, растенията и животните. Радиоактивните елементи, съдържащи се в земната кора, може да се разделят на две групи: елементи на радиоактивни редове, свързани с последователни превръщания и самостоятелни, несвързани елементи.

Елементите от първата група водят началото си от най-тежкия изотоп, родоначалник на радиоактивното семейство, както и на неговите дъщерни продукти, които чрез последователни разпадания достигат стабилен изотоп. С най-голямо значение в природата са тези, на торий-232 до олово-208. Природното олово съдържа в различни съотношения тези негови изотопи, като олово-208 заема 51,55 %, олово-207 е 20,8 % и олово-206 е 26,26 % от изотопната смес. От оловото има още един изотоп

(олово-204), чийто произход не е напълно изяснен.

Освен от Земята атомната радиация се изпуска и от Космоса. На планетата непрекъснато идва поток от космически лъчи. Част от тях се задържа от магнитното поле на Земята, но значителна част прониква в стратосферата, където се сблъсква с атомните ядра на азота и се превръща във въглерод-14. Други ядрени реакции с кислорода, водорода, въглерода и други водят до образуването на тритий (^{3}H), берилий-7, натрий-22 и др. Заедно с другите частици те достигат повърхността на Земята и повишават естествения фон на атомната радиация на планетата. (7)

В литературата откриваме описани и други естествени източници на замърсяване, които хората дори не предполагат, че са такива. Например:

- Самолетните екипажи и пътниците пътуващи в самолети на голяма височина, получават увеличено космическо облъчване. Неговата интензивност зависи от продължителността на полета, от слънчевата активност, от географската ширина и др.;

- Старите керамични съдове, особено покритите с червено-оранжева глазура съдържат соли на урана;

- Бразилски орехи - съдържат радий около 1000 пъти повече, отколкото другите орехи. Затова не се препоръчва продължителната им консумация, достатъчни са една-две ядки на ден;

- Бананите - звучи невероятно, но бананите също са радиоактивни. В тях се съдържа калий-40;

- Котешка тоалетна - това е заради основния компонент на пълнежа им -бентонитът. Този глинест материал прекрасно попива влагата, но също така той може да съдържа остатъци от уран и торий, попаднали в него при добива му;

- Тютюнът натрупва в себе си полоний-210, един от най-известните радиоактивни изотопи, който е много токсичен, но за сериозна вреда на организма е нужна значително по-висока доза, дори от тази, която приема и най-страстният пушач. Периодът на неговия разпад е 138 дни, което не позволява да се натрупва в организма. (8)

Броят на изкуствените радиоактивни източници е много по-голям. Техните видове и количества се изменят и нарастват, поради развитието на атомната промишленост, атомните и ядрените експлозии, използване на атомната енергия в науката, селското стопанство, медицината и др.

Радиационните аварии в ядрените инсталации не са често срещано явление, но опита показва, че трябва да се спазват редица изисквания при използването им и да се следи и контролира тяхната експлоатация. Въпреки строгите изисквания и свързания с тях контрол, можем да отбележим, че понякога такива аварии се случват. Това предизвика покачване на нивото на радиация в пъти като според различни медии, в околностите на атомната централа Фукушима след аварията там, са измерени стойности от порядъка на 400 mSv (милисиверта). Доколко рискова е тази стойност може да се прецени на базата на таблица 1, публикувана в Harvard Health Letter.

Таблица 1. Рискът от други приложения на радиацията

Поета доза радиация	**mSv/h**
Стандартна рентгенография	0.1 mSv/h
Мамограма - фас и профил	0.36 mSv/h
Компютърна томография на коремни органи	10 mSv/h
Коронарна ангиограма	20 mSv/h
Осреднена доза поета от евакуираните от Беларус след ядрения инцидент в Чернобил	31 mSv/h
Средногодишна допустима доза за работещите в ядрени централи	50 mSv/h
Пикова доза регистрирана в района на ядрената централа Фукушима Даичи	400 mSv/h
Начало на остра лъчева болест	1000 (или 1 Сиверт)

За измерване на радиацията са въведени различни единици:

- Сиверт (Sv) е мерна единица за количество поета радиация. С нея се цели да се даде количествен израз на биологичното влияние на радиацията.

- Грей (Gy) характеризира предимно физичните аспекти на погълнатата радиация. Един Грей е равен на джаул радиационна енергия, абсорбиран от един килограм материя.

Докато в Грей се измерва погълнатата радиация от какъвто и да материал, в Сиверт се измерва радиацията, погълната от отделен човек. В медицинската практика се използва милигрей (mGy), тъй като стандартната единица е прекалено голяма. Една рентгенова снимка средно облъчва човека с 1,4 mGy. (6)

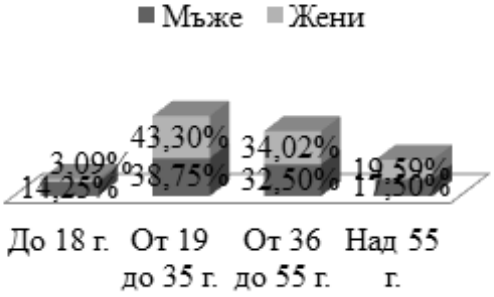
Често пъти електронните и светещи прибори, светещи указателни табели, научноизследователски апарати, часовници, играчки и други съдържат радий-226, стронций-90, тритий и др., които допринасят за увеличаване на радиоактивна доза на хората. В съвременния бит и производство, много от апаратите, машините, приборите и предметите за употреба съдържат радиоактивни материали и имитират излъчвания при тяхната употреба.

Така например, уранът се използва в зъботехниката като глазура на керамиката, този елемент, както и торият придават твърдост на материалите използвани в зъботехниката. По-съществената облъчване обаче става от изкуствените източници, които формират надфоновото облъчване като радиоактивни източници, рентгенови тръби, ядрени реактори, ускорители на заредени частици и др. Надфоновото облъчване е около ¼ от годишния природен радиационен фон и е почти изцяло за сметка на рентгеновата и нуклеарно-медицинската диагностика. (1)

Резултатите от направеното от нас изследване, което имаше за цел да се проучи каква част от произволно анкетирани хора са подложени на допълнително облъчване с медицински цели и имат ли информация за ползата и риска от него ще представим по долу в графичен вид. В изследването са включени 177 души, на които половото и възрастовото разпределение са представени на фиг. 1 и фиг. 2 .

Фиг. 1 Пол на анкетираните

Фиг. 2 Възрастово разпределение



От отговорите дадени, от анкетираните, на въпроса ни „Подлагани ли сте на рентгенови изследвания?“, фиг.3 се вижда, че на голяма част от тях им е провеждано изследване или терапия с йонизиращо лъчение, което доказва честото приложение в живота ни на облъчване с медицински цели.

Само 32% се страхуват от облъчването, което ще получат по време на рентгеновото изследване, а 52% не се страхуват. /фиг. 4/ Възможно е страхът или липсата на такъв относно изследването да е ниската осведоменост на тези пациенти. Когато не знаят какво е съотношението на ползата и риска е нормално да се страхуват, или обратно.

На следващата фиг. 5 са представени резултатите от отговорите на въпроса „Обяснени ли са Ви рисковете и ползите от изследването?“ Вижда се, че на 40% нищо не им е разяснявано, а на 23% отчасти, което показва неинформираност у изследваните относно последиците от прведеното им изследване.

За да се предпазят и намали облъчването на хората подлагани на такива изследвания и персонала работещ в сфера с йонизираща радиация има редица методи за оптимизиране на практиката.

Радиационната защита е комплекс от знания и действия, предназначени да защитят отделния човек и човешката популация от вредното действие на йонизиращите лъчения. Широкото използване в практиката на радиоактивни изотопи, рентгенови апарати, ядрена енергетика, лъчетерапия и т.н. изисква знания за противодействията на йонизиращите лъчения. Познанията по радиационна защита са необходими не само за работещите в сферата на йонизиращите лъчения, но и за обикновенния човек - те влключват от ежедневно укрепване и предпазване на организма, до по-специфичните лични предпазни средства по време на облъчване с йонизиращи лъчения, които ни дават възможност за едно по-безопасно изследване.

При облъчване на човешкото тяло не всички йонизиращи лъчения попаднали върху него предизвикват биологично въздействие. Една част от лъчите преминават през него непроменени, други се разсейват, а трети се поглъщат. Именно последните предизвикват биологичен ефект. Към тях са насочени и се прилагат ***индивидуалните предпазни лъчезащитни средства*** използвани по време на облъчване. Те се разделят на:

1. Предпазни мерки отнасящи се до конструкцията на апаратите (защитен оловен кожух, двуразрезни бленди, ограничителни тубуси и др.)

2. Мерки отнасящи се до помещенията (баритна мазилка на стените, стени с определена дебелина, врати с оловно покритие и др.)

3. Мерки за осъществяване на предпазен начин на работа-употреба на защитни престилки, покривала, ръкавици, яки, очила

4. Облъчването на пациента, особено на деца и бременни (когато е неизбежно), винаги трябва да се свежда до възможния разумен минимум - това е т.нар. принцип ALARA на радиационната защита (As Low As Reasonably Achievable).

5. Измерването на погълнатата енергия в тъканите е от съществено значение, както за да се оцени ефективността на изследването, така и за предпазване от вредното въздействие на йонизиращите лъчи.

6. Съществуват биологични и физични дозиметри - за определяне на погълнатата доза лъчение за даден човек, помещение, апарат и т.н.(2)

Алтернативни методи за предпазване от лъчевото натоварване, които могат да се прилагат преди или след облъчване са:

1. Съществуват множество храни, които могат да помогнат на организма ни да понесе по-лесно ефектите на радиацията. Доказано е, че консумирането на храни, произхождащи от по-ниските нива на хранителната верига минимизира натрупването на химикали в организма ни. Например:

❍ *Семената на елдата* са богати на рутин, помагат за предпазване от радиация и стимулират производството на нов костен мозък. Лепкавите фибри в семената от елдата помагат за предпазването от стронций 90 (силния радиоактивен изотоп на стронция), бария, кадмия и радия, като ги прикрепят към себе си и ги извеждат от тялото.

❍ *Морските растения* са богат натурален източник на йод, който защитава щитовидната жлеза така, че да не се абсорбира радиацията.

❍ Лъчевата болест често води до анемия. Затова е важно да се ядат храни като цвекло и зелени зеленчуци, които да подсилват организма.

❍ *Хранителната мая*, която е богата на витамин В, се свързва с тежките метали в организма, абсорбира ги и ги изнася.

❍ Храните, богати на *нуклеинови киселини*, помагат за по-бързото възстановяване на организма.

Такива са маята, пчелният цветен прашец и др.

❍ Гелът от *Алое вера (Aloe vera)* доказано лекува изгаряния от радиация по-бързо, благодарение на съдържащите се в него биогенни стимулатори, които подпомагат възстановяването на кожата

❍ Богатите на *хлорофил* храни като пшенични и ечемични кълнове укрепват клетките, пренасят кислород, помагат за изхвърлянето на токсините от кръвта и черния дроб, за неутрализирането на замърсяващите елементи и за стимулиране производството на рибонуклеинова киселина.(9)

❍ Серия проучвания за влиянието на *Българското кисело мляко* при облъчени с радиоактивни вещества животни, показват благоприятни ефекти, като намаляване на смъртността, ускорено възстановяване на кръвотворенето и на организма като цяло.(4)

2. Най-честата препоръка за предпазване от вредните ефекти при наднормено радиационно облъчване е приемането на таблетки с калиев йодид с цел да се насити щитовидната жлеза със стабилен не-радиоактивен йод, който не допуска натрупването на радиоактивния изотоп на йода (йод-131). С него се свързва повишения риск от рак на щитовидната жлеза. Може и просто да се приема по-голяма доза йодирана сол.

Приемането на достатъчно храни естествено съдържащи йод и калций, намалява вероятността да се поемат радиоактивните Йод-131 и Стронций-90. Най-богати на йод са морските кафяви водорасли, тиквата, цитрусовите плодове, спанакът, динята и ананасите. Препоръчва се по-ниска консумация на прясно мляко, понеже то е главният източник на стронций-90 и йод-131 за човека. Радиоактивният стронций измества калция от костите и причинява рак на кръвта.

3. Хелирането е процес, при който някои храни свързват радиоактивните вещества и ги изхвърлят от тялото. Такива храни извършващи хелиране са: кафявите водорасли, които се свързват най-добре със стронция, червените - с плутония, а зелените - с цезия.

4. Антиоксидантите предпазват от свободните радикали, образувани под въздействието на радиацията, стреса, замърсителите от въздуха, водата и храната. Свободните радикали са агресивни химични съединения, които увреждат клетките и водят до остаряване, влошаване на здравето и рак - затова те трябва да бъдат неутрализирани.

5. Алкална защита: определени храни и билки алкализират тялото, правят го по-устойчиво на радиация и го защитават от негативните й ефекти. Ефикасно помагат срещу радиацията храни като ябълки, боб, леща, зърнени храни, сурови плодове и зеленчуци, особено съдържащи сяра (броколи, зеле, цветно зеле, репички.

6. Диета, състояща се от 80% сурови вегетариански храни, създава леко алкални условия в тялото, които са идеалните за оптимална защита от радиацията. Добре е да се приемат храни, богати на хлорофил, като келп, синьо-зелени водорасли, спиролина и хлорела, както и храни, богати на антиоксиданти от всякакъв цвят. По възможност трябва да се избягват месото и млечните продукти, които съдържат големи количества йод-131 и стронций-90.(3)

7. Предозиране с йод: При определени обстоятелства прекомерната консумация на йод може действително да инхибира синтеза на тироидни хормони, което води до развитието на гуша и хипотиреоидизъм. Прекомерният прием на йод може също така да предизвика хипертиреоидизъм, рак на щитовидната жлеза и йодермия (сериозна кожна реакция). В опит да предотврати тези симптоми на йод токсичност, Институтът по медицина препоръчва допустими нива на прием на йод.(5)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Техногенните източници, създадени от човека, са полезни и до голяма степен могат да бъдат контролирани. Има обаче и такива, при които защитните мерки не биха могли да бъдат ефикасни и приложими. В днешно време, когато обществото е силно загрижено по отношение на повишения общ радиационен фон, увеличаващата се радиация по медицински показания, мерките за предпазване

от вредното въздействие на йонизиращото лъчение са нужни, полезни и задължителни. Поради този факт е необходимо да се познават методите за предпазване от вредните радиационни облъчвания и начините за укрепване на организма след облъчване с йонизиращи лъчения.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА:

1.Брайтензеер М., П. Покийзер, Г. Лехнер. Учебник по клинична образна диагностика, под редакция на Б. Балев и Г. Кирова,2020, МУ-Варна, стр 105, ISBN978-619-221-262-9

2.Сборник лекции за придобиване на правоспособност за работа с източници на йонизиращи лъчения, НЦРРЗ, Издателство „Пропелер“, София, 2008

3.http://www.bgzdrave.eu/?f=classes&class_id=20

4.http://www.cool.zdraveya.com/index.php?option=com_content&view=article&id=333:2009-10-06-12-21-17&catid=98:2009-10-05-12-34-59&Itemid=167

5.http://doctoronline.bg/articles/4294/

6.http://www.dnes.bg/science/2011/03/17/kolko-radiaciia-e-vredna-za-choveshkiia-organizym.113716,2

7.http://ebox.nbu.bg/pol12/view_lesson.php?id=3

8.https://nauka.offnews.bg/news/Vaprosi_2/10-neochakvano-radioaktivni-neshta-i-mesta_68066.html

9.http://www.zdrave.bg/?c=n&id=5403

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

Петранка Ив. Гагова, Петя М. Върбанова, Кръстин Б. Петров, Елина Евг. Първанова

МУ, МК „Й. Филаретова” – София, спец. Рентгенов лаборант

p.gagova@mc.mu-sofia.bg

ФАКТОРИ ОБУСЛАВЯЩИ СТРЕСОВИ РЕАКЦИИ ПРИ СТУДЕНТИ ОТ МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ

М. Платиканова, П. Христова, Д. Тодорова, Д. Михайлов, Х. Христов, А. Андонова

Медицински факултет, Тракийски университет – Стара Загора

РЕЗЮМЕ

Въведение: *Широкото навлизане на компютризацията, въвеждането на нови учебни програми във връзка с онлайн обучението налагат както бърза адаптация на студентите към специфичните условия, така и водят до стресови реакции и промени в здравословното състояние.*

Целта *на настоящото проучване е да се проучат факторите, обуславящи стресови реакции при студенти от Медицински факултет, Тракийски университет, град Стара Загора. Въз основа на това да се разработят стратегии за намаляване на стреса.*

Материал и методи: *Обект на изследването са студенти от специалност „Медицинска сестра“. Проучването се базира на анонимна анкетна карта. Резултатите се обработени със следните статистически методи: групиране на данните и алтернативен анализ.*

Резултати: *Анализът на резултатите показва, че големият брой и обем на изучаваните дисциплини и изпити водят до нервно-емоционално напрежение и умора по време на семестрите и сесиите. Онлайн обучението и невъзможността за отработване на пропуснатите упражнения, работата в болнична обстановка, срещата с пациенти с тежко заболяване с неблагоприятен изход и техните близки са дейности, свързани със стресови реакции. Не по-малко значение имат и социалните фактори (финансови затруднения, търсенето на допълнителна работа, по време на следването) като стресов фактор, влияещ върху качеството на обучението.*

Заключение: *Професията на медицинската сестра е изключително отговорна и генерира различни стресови реакции. Съвременната адекватна оценка и управление на стреса дава възможност за изработване на програма за преодоляването му.*

Ключови думи: *стрес, обучение, студенти, медицинска сестра*

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ачкова, М., Приложна психология в медицината и здравните грижи, София, 2001г., изд. Коти ЕООД
2. Балканска, П., 2009, Приложна психология в медицинската практика, София изд. БУЛВЕСТ 2000
3. Георгиева, Е. 2014. Мениджмънт на стреса в медицината.София. Изд. Фльорир.
4. Георгиева, Е., П. Пешева. 2014. Проучване на стреса и депресията при студенти по медицина. списание MD,№ 2, с. 92-94
5. Халуел, Е., Изкуството да управляваме стреса, София, 2008г., изд. Мениджър.

FACTORS CAUSING STRESS REACTIONS IN STUDENTS FROM MEDICAL FACULTY

M. Platikanova, P. Hristova, D. Todorova, D. Mihailov, H. Hristov, A.Andonova

Medical Faculty, Trakia University, Stara Zagora

Abstract

Introduction: The widespread introduction of computerization, the introduction of new curricula related to online education, require rapid adaptation of students to specific conditions and lead to stress reactions and health problems.

The aim of the present study is to investigate the factors causing stress reactions in students from the Faculty of Medicine, Thracian University, Stara Zagora. Based on the developing strategies which aim to reduce stress.

Material and methods: The subject of the study are the students in the speciality of "Nurse". The survey is based on an anonymous questionnaire. The results are processed with the following statistical methods: data grouping and alternative analysis.

Results: The analysis of the results shows that the large number of studied disciplines and exams leads to anxiety, emotional tension and fatigue during semesters and sessions. Online education and the inability to work out missed practical classes, work in hospital, meeting with patients with severe diseases with an unfavorable outcome and their loved ones, are activities related to stress reactions. Not less important are social factors (financial difficulties, the search for additional work during studies) as a stress factor, influencing the quality of education.

Conclusion: The nursing profession is extremely responsible and generates various stress reactions. Modern adequate assessment and management of stress provides an opportunity to develop a program to overcome it.

Key words: stress, education, students, nurse

REFERENCES:

1. Achkova, M., Applied Psychology in Medicine and Health Care, Sofia, 2001, ed. Koti EOOD

2. Balkanska, P., 2009, Applied Psychology in Medical Practice, Sofia ed. BULVEST 2000

3. Georgieva, E. 2014. Stress management in medicine. Sofia. Ed. Florir.

4. Georgieva, E., P. Pesheva. 2014. Study of stress and depression in medical students. MD Magazine, № 2, pp. 92-94

5. Halwell, E., The Art of Managing Stress, Sofia, 2008, ed. Manager.

РЕХАБИЛИТАЦИННАТА ПРОГРАМА ПРИ ПАЦИЕНТ С ПАРКИНСОНОВА БОЛЕСТ. *КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ.*

Галина П. Мръцкова, Леман Хасан Хидает, Руска В. Паскалева

Катедра „Медицинска рехабилитация и Ерготерапия, Физикална медицина и Спорт", Медицински факултет, Тракийски университет, гр. Стара Загора

ВЪВЕДЕНИЕ:

Болестта на Паркинсон (БП) е невродегенеративно заболяване, характеризиращо се с тремор, ригидност, брадикинезия и постурална нестабилност. БП предизвиква дефицит във всички области на живота. Комплексна рехабилитация може да бъде ефективна част от терапията.

***Целта** е да се представи комплаксна рехабилитационна програма при клиничен случай с Паркинсон.*

***Материали и матоди:** Рехабилитационната програма включва електрофореза с луга, масаж и терапевтични упражнения, приложени в болничини условия при жена с ПБ на 70г. Клиничните симптоми са оценени преди и след терапия чрез прилагането на UNIFIED RATING SCALE OF PARKINSON (UPDRS).*

***Резултати:** Наблюдава се подобрение в двигателната активност и редукция на UPDRS от 34 на 28 точки. Подобрена е функционална активност, дейности от ежедневния живот и локомоторна дейност.*

***Заключение:** Комплексната рехабилитация, може да редуцира ефективно моторния дефецит при БП.*

***Ключови думи:** Болест на Паркинсон, ежедневна активност, UNIFIED RATING SCALE OF PARKINSON, електрофореза, терапевтични упражнения.*

THE REHABILITATION PROGRAM FOR A PATIENT WITH PARKINSON'S DISEASE. *A CASE REPORT.*

Galina Mratskova, Leman Hasan Hidaet, Ruska Paskaleva

Department of Medical Rehabilitation and Ergotherapy, Physical Medicine and Sports, Faculty of Medicine, Trakia University, Stara Zagora, Bulgaria

INTRODUCTION:

Parkinson's disease (PD) is a neurodegenerative disease characterized by tremor, rigidity, bradykinesia, and postural instability. The disease can cause deficits in all areas of life. Conducting comprehensive rehabilitation can be potentially effective part of the therapy of these patients.

***The purpose** is to present a complex rehabilitation program in a clinical case with Parkinson's.*

Materials and methods: *The rehabilitation program was applied to a 70-year-old woman hospitalized with Parkinson's disease. The intervention includes iontophoresis with Black sea lye, massage and therapeutic. Clinical symptoms were assessed before and after therapy by applying a UNIFIED RATING SCALE OF PARKINSON.*

Results: *We observed an improvement in motor activity and a reduction in UPDRS from 34 to 28 points. Improved functional activity, daily living activities and locomotor activity were observed.*

Conclusion: *Complex rehabilitation, probably can effectively reduce motor deficiency in patients with PD.*

Key words: *Parkinson's disease, activities of daily living (ADL), UNIFIED RATING SCALE OF PARKINSON (UPDRS), iontophoresis, therapeutic exercises.*

Въведение Болестта на Паркинсон (БП) е прогресиращо невродегенеративно заболяване, характеризиращо се с тремор, ригидност, брадикинезия, и постурална нестабилност, появяваща се при някои пациенти с напредването на заболяването. За първи път е описана от Джеймс Паркинсън през 1817 г. и допълнително характеризиран от Жан-Мартин Шарко. [9] Паркинсоновата болест е най-често срещаното заболяване от този тип след болестта на Алцхаймер. Прогнозата и прогресията на заболяването могат да варират значително при отделните индивиди. [17] Първите симптоми, които се появяват, често са двигателни, като ригидност, брадикинезия и тремор, които обикновено водят до затруднения в равновесието и походката, и увеличават риска от падания. [10]

Праркинсоновата болест може да причини дефицит във всички области на живота, включително физически, когнитивни, емоционални, свързани със съня и системни симптоми. [10] Продължителната употреба на медикаменти може да доведе до допълнителни усложнения като психиатрични странични ефекти, дискинезия и моторни флуктоации. [14,17] Диагнозата се поставя средно две години след появата на първоначалните симптоми [17], поради което физическата функция вече е влошена в определена степен към момента на започване на физиотерапевтичното лечение. [14]

Заболяването протича с прогресиращо увреждане на двигателната функция. Хипокинезията е ранен, но същевременно инвалидизиращ симптом. Постепенно движенията се забавят, променя се позата и походката, мимиката на лицето обеднява, променя се речта. В крайните стадии брадикинезията прогресира до акинезия и дисфагия. Треморът се появява в дисталните части на ръцете в покой и изчезва при движение, засилва се при ходене. Характерната поза на палеца и пръстите се описва, като броене на пари. В късен стадий треморът може да засегне лицето, устата и брадичката. Мускулна ригидност се наблюдава предимно в проксималните мускулни групи на крайниците. Установява се ригидно повишен мускулен тонус, феномен на Негро или симптом на зъбчатото колело. Постуларните нарушения се появяват по-късно. Тялото придобива характерна поза с кифоза в торакален отдел, ръцете са с лека флексия в лакътните стави и абдуцирани към торса. Постепенно изчезват физиологичните синкинезии на ръцете при ходене. Крачките стават къси, несигурни. Болните често залитат и падат. В късната фаза се наблюдава феноменът на замръзване при ходене или kinesia paradoxa - обратен феномен на замръзването. Проявяват се бализъм и тикове. Могат да се засегнат устните, клепачите - блефароспазъм, шийните мускули и тези на крайниците. [2]

Прилагането на физикалните фактори в лечението и рехабилитацията на пациентите с болест на Паркинсон е от съществено значение да се запази функционалната активност на пациентите и да се забави прогресиращия ход на двигателното увреждане.

ЦЕЛ:

Да се представи клиничен случай на пациент с Паркинсонова болест, при който е приложена комплаксна рехабилитационна програма, включваща електрофореза с луга, лечебен масаж и ком-

плекс от терапевтични упражнения.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ:

Рехабилитационната програма е приложена при жена на 70г. с Паркинсонова болест от 5г. и придружаващи заболявания: Хипертонична болест, Неинсулинозависим захарен диабет с диабетна полиневропатия в стационарни условия. Интервенцията включва електрофореза с луга, лечебен масаж и терапевтични упражнения 8 дни (всеки ден, без прекъсване). Клиничните симптоми са оценени преди и след терапия чрез прилагане на: Болестно-специфичен тест за изследване на моторната функция UNIFIED PARKINSON'S DISEASE RATING SCALE (UPDRS). Настоящият UPDRS включва четири подскали. Подскала 1 обхваща менталната сфера, поведение и настроение. Подскала 2 оценява ежедневните дейности. Подскала 3 дава информация за клиничната оценка на двигателната функция при Паркинсонова болест. Подскала 4 дава информация за възникналите усложнения от приложената терапия. Данните за подскалите 1, 2 и 4 се получават от пациента, докато данните за подскала 3 се основават на клиничния преглед и тестуване на моторната функция. [11] Оценката се осъществява в 5 степени: 0-липсва симптоматика, 1-минимална симптоматика, 2- лека увреда, 3- умерена, 4- тежко увреждане. Тестват се 14 показателя, като част от тези оценки са самостоятелно за всеки крайник. Общата оценка варира от 0 до 108, по- високият сбор показва по- тежка двигателна увреда.

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ:

Касае се за жена, при която след направена соматоскопия се установи Паркинсонов тип стойка с глава приведена напред и лека кифоза в торакален отдел на гръбначния стълб. Ригидно повишен мускулен тонус двустранно. Умерено изразена болезненост при палпация на паравертебрална мускулатура. Болка в торако-лумбален отдел в покой и при движение. Симетрични сухожилни-надкостни рефлекси за горни крайници и колянна и Ахилова арефлексия за долни крайници, без данни за периферни парези. Брадикинезия при активни движения. Дистален тип хипестезия за долни крайници. Висши корови функции- умерено изразен когнитивен дефицит. Увредена локомоция и функционален дефицит при изпълнение на дейности от ежедневния живот и самообслужване.

На базата на проведения физикален преглед и специфичните тестове се изготви индивидуална рехабилитационна програма. Основна цел на програмата беше оптималното функционално възстановяване на пациента. В изпълнение на поставената цел се определиха и основните задачи: Намаляване на болковия синдром; Редуциране на мускулния дисбаланс; Повишаване на обема на движение в аксиалния скелет и големите стави; Подобряване на стойката и локомоцията; Профилактика на контрактурите и паданията; Повишаване на функционалната активност при изпълнение на дейности от ежедневния живот. Рехабилитационната програма включва: Електрофореза с луга, надлъжна методика паравертебрално, двустранно, големина на тока 5-7 mA до появата на сетивно усещане, 15-20 мин., еднократно дневно, 8 броя в курс. Кинезитерапевтичен комплекс, провежда се след електропроцедурата, двукратно дневно и включва лечебен масаж, дихателна гимнастика и аеробни упражнения, велотренировка, активни изотонични нефорсирани упражнения за крайниците и аксиалната скелетна мускулатура, упражнение за равновесие и координация, релаксиращи упражнения. Трениране на ходене и походка. Обучение и тренировка в дейности от ежедневния живот.

РЕЗУЛТАТИ:

Трапевтичните резултати от приложената комплексна рехабилитационна програма бяха оценени преди и след лечението, чрез прилагането на болестно-специфичен тест UNIFIED PARKINSON'S DISEASE RATING SCALE (UPDRS). Установи се редукция на тремора в покой, ригидността и хипокинезията, подобрение на активните движения за дисталните отдели на горните крайници, самостоятелното изправяне от седнало положение от стол, както и локомоторната дейност. Не се наблюдава промяна

в дикцията на речта, запази се минималната хипомимия и двигателната симптоматика в дисталните отдели на долните крайници. При първоначалното тестуване общия сбор беше 34, като след проведената рехабилитация, той намаля до 28т. Данните от проведеното тестуване са представени в табл. 1.

Табл.1 Изследване на двигателна функция (UPDRS) Subscale III Motor examination

UNIFIED PARKINSON'S DISEASE RATING SCALE (UPDRS). Subscale III Motor examination.		
Реч	Лека загуба на дикция 1	Лека загуба на дикция 1
Изражение на лицето	Минимална хипомимия 1	Минимална хипомимия 1
Тремор в покой	Малка амплитуда, постоянен 2	Лек, непостоянен 1
Тремор при движение	Не се установява 1	Не се установява 1
Ригидност	Умерена 3	Леко изразена 2
Движения на пръстите	Умерено увредено 3	Умерено увредено 3
Движения на ръцете	Умерено увредено 3	Леко увредено 2
Пронация-супинация ЛС	Умерено увредено 4	Намалена амплитуда 3
Ловкост на краката	Умерено увредено 3	Умерено увредено 3
Изправяне от стол	Умерено увредено 4	Бавно, без помощ 2
Стойка	Умерена кифоза 3	Кифоза 3
Походка	Ходи бавно с малка крачки 3	Ходи бавно без фестинация 2
Хипокинезия	Умерна, малка амплитуда 3	Хипокинезия 2
Общ сбор	34 точки	28 точки

ДИСКУСИЯ:

Паркинсоновата болест е прогресиращо заболяване, което протича с дегенеративни промени на нервната система и засяга всички области от живота на. [10] Продължителната употреба на медикаменти води до допълнителни психиатрични, неврологични и двигателни усложнения. [17] Навременното включване на комплексна рехабилитация е част от съвременното лечение при болест на Паркинсон. Рехабилитационните мероприятия изискват сформирането на мултипрофесионален екип, чиято цел е подобряване на функционирането и намаляване на вторичните усложнения. [2] Индивидуалната рехабилитационна програма е необходимо да отчита специфичните клинични симптоми и да отговаря на конкретната фаза на заболяването.

По настоящем не съществува единно становище относно ефикасността на прилаганите физикални фактори за лечение на Паркинсоновата болест. Прилагат се терапия с токове с ниска честота и ниско напрежение, Електростимулации за долни крайници, синусоидалномодулирани токове, дециметрови вълни, нискочестотно импулсно магнитно поле, терапевтичен ултразвук. TENS стимулация за намаляване на тремора в дисталните участъци на горен крайник с продължителност на импулсна 200 μs и честота 250 Hz. [5,7] Термотерапия с цел намаляване на повишения мускулен тонус- общи и частични хвойни бани, парафинови апликации, криотерапия.

Приложената електрофореза с луга в комплексната рехабилитационна програма показа добър терапевтичен ефект с редукция на болката. По време на терапията и след нея не се наблюдаваха нежелани реакции от приложението на преформираните физикални фактори. Електрофорезата е неинвазивен метод за системно и локално въвеждане на лекарства с помощта на електрическо поле. Тя позволява дифузия на лечебното средство през здрава кожа. Количеството въведени терапевтични молекули е около 10–2000 пъти по-голямо от конвенционалните форми на приложение. [8] Методиката е безопасна с висока трансдермална ефективност и лесна за приложение. Съчетава се едновременно терапевтичното действие на електрическото поле, което се потенциира от ефекта

на луговия разтвор.

Кинезитерапевтичния комплекс се проведе непосредствено след електропроцедурата. Приложи се селективен лечебен масаж. За ригидните мускули се използва лек, релаксиращ масаж с общо поглаждане, разтриване и спомагателни похвати на разтриване, бавно и дълбоко омачкване и лабилна вибрация, разтърсване и полюляване на крайника. За мускулите антагонисти се проведе по-енергичен масаж, като се акцентира на паравертебрална мускулатура и гърдите във връзка приведената стойка. С цел намаляване на ригидността на мускулатурата е уместно приложението на подводен душов масаж с температура на водата 37° и хидротерапия. [12]

Кинезитерапията се фокусира върху корекция на стойката, подобряване на баланса и предотвратяване на падане, походката, функциите на горните крайници и физическия капацитет (включително кардио-респираторен капацитет), както и обучението и тренировката на дейности от ежедневния живот, съчетани със стратегии за когнитивно движение водят до повишена независимост и подобряват качеството на живот. [15] Физическите упражнения повишават нивата на мозъчния-невротрофичен фактор (BDNF) в кръвта при болест на Паркинсон. Увеличаването на BDNF води до намаляване на двигателните симптоми, измерени чрез UPDRS, потвърждавайки възможните ефекти върху допаминергичните пътища. [6]

През последните години се включват и нови възможности за разширяване на рехабилитационните процедури. Вибрацията на цялото тяло (Whole body vibration) по литературни данни има добър терапевтичен ефект върху подвижността, равновесието и походката. [3]

Интегративни техники: Виртуална реалност в съчетание с двигателна активност и терапевтични упражнения. Виртуалната реалност потенциално оптимизира двигателното обучение в безопасна среда и чрез възпроизвеждане на реалния живот може да помогне за подобряване на изпълнението на дейностите от ежедневния живот –ДЕЖ. [4]

Подход от ново поколение за рехабилитация са препоръчаните от International Parkinson's Community приложения за мобилни телефони или таблети. [13]

Болните от Паркинсон срещат редица затруднения в ежедневния живот. Необходимо е жилището да се преустрои съобразно техните нужди. Кухнята и банята са едни от потенциално най-опасните места в дома. Включването на Ерготерапевтични дейности осигурява възможност за самостоятелност и независимост чрез развиване, възстановяване, поддържане или промяна в ежедневните умения за самообслужване и трудова дейност. Професионалната ерготерапия е медицинска практика ориентирана към пациента. Пациентът е неразделна част от терапевтичния процес, включващ индивидуална оценка и определяне на индивидуалните нужди. [9]

Включването на Арт-терапия в процеса на поддържаща рехабилитация е друг важен компонент, който може да повлияе психо-емоционалната сфера, да намали нивото на стрес и да повлияе благоприятно мотриката и речта. [1] Посредством медитацията се постига успокояване и съсредоточаване върху една идея или образ. Тя може да намали стреса и болката, както и да подобри общото благополучие. Участието в проекти за изучаване на чужди езици, подреждане на пъзели и решаване на судоку е алтернатива с положителен ефект за попържане на когнитивната функция. Креативността повлиява мозъчната дейност и съхранява функционалната активност на мозъчната кора.

Анималотерапията осигурява, както общуване, така и практическа помощ в ежедневния живот. Специално обучени кучета могат да помагат на пациентите при наличието на двигателни увреждания или да уведомяват член от семейството при падане на болния. [16]

ИЗВОДИ:

Комплексната рехабилитация, съобразена с индивидуалния рехабилитационен потенциал на пациента може ефективно да повлияе двигателната симптоматика при болест на Паркинсон в условия на болнична рехабилитация.

Продължителната рехабилитация, която включва иновативни методи: ерготерапия, арт-терапия и други алтернативни методи е изключително важна за поддържане на постигнатите терапевтични ефекти и осигурява независимот на пациента в ежедневието.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Проведената комплексна рехабилитационна програма включваща електрофореза с луга, лечебен масаж и комплекс от терапевтични упражнения повлиява ефективно клиничната и двигателна симптоматика и редуцира UPDRS подскала 3 при наблюдавания пациент с Болест на Паркинсон. За установяване на терапевтичната ефективност от приложената комплексна рехабилитационна програма е необходимо провеждането на рандомизирани проучвания, които включват по- голям брой пациенти.

БИБЛИОГРАФИЯ:

1.American Parkinson disease association. https://www.apdaparkinson.org/article/art-therapy-parkinsons-disease/; American arttherapy association https://www.arttherapy.org/

2.de Paula Vasconcelos LA, Parkinson's Disease Rehabilitation: Effectiveness Approaches and New Perspectives, Physical Therapy Effectiveness, Mario Bernardo-Filho, Danúbiada Cunha de Sá-Caputo and Redha Taiar, IntechOpen, DOI: 10.5772/intechopen.89360. Available from: https://www.intechopen.com/books/physical-therapy-effectiveness/parkinson-s-disease-rehabilitation-effectiveness-approaches-and-new-perspectives

3.Dincher A, Schwarz M, Wydra G. Analysis of the effects of whole-body vibration in Parkinson disease: Systematic review and meta-analysis. PM&R. 2019;11(6):640-653. DOI: 10.1002/pmrj.12094

4.Dockx K, Bekkers EM, Van den Bergh V, et al. Virtual reality for rehabilitation in Parkinson's disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;12(12):CD010760.

5. Hao MZ, Xu SQ, Hu ZX, et al. Inhibition of Parkinsonian tremor with cutaneous afferent evoked by transcutaneous electrical nerve stimulation. Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation. 2017;14(1):75.

6.Hirsch MA, van Wegen EEH, Newman MA, et al. Exercise-induced increase in brainderived neurotrophic factor in human Parkinson's disease: A systematic review and metaanalysis. Translational Neurodegeneration. 2018; 7(7).

7.Jitkritsadakul O, Thanawattano C, Anan C, et al. Tremor's glove-an innovate electrical muscle stimulation therapy for intractable in Parkinson's disease: A randomized shamcontrolled trial. Journal of the Neurological Sciences. 2017;381:331-340.

8.Karpiński TM. Selected Medicines Used in Iontophoresis. Pharmaceutics. 2018;10(4):204. Published 2018 Oct 25. doi:10.3390/pharmaceutics10040204

9.Kouli A, Torsney KM, Kuan WL. Parkinson's Disease: Etiology, Neuropathology, and Pathogenesis. In: Stoker TB, Greenland JC, editors. Parkinson's Disease: Pathogenesis and Clinical Aspects. Brisbane (AU): Codon Publications; 2018 Dec 21. Chapter 1. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536722/

9.Occupational therapy for people with Parkinson's: Best practice guide Occupational therapy for people with Parkinson's 2nd edition 2018.pdf; https://www.parkinsons.org.uk/

10.Opara JA, Brola W, Leonardi M, Blaszczyk B. Quality of life in Parkinson's Disease. J Med Life 2012;5(4):375-381.

11.Perlmutter JS. Assessment of Parkinson disease manifestations. Curr Protoc Neurosci. 2009 Oct;Chapter 10:Unit10.1. doi: 10.1002/0471142301.ns1001s49. PMID: 19802812.

12.Pinto C, Salazar AP, Marchese RR, et al. The effects of hydrotherapy on balance, functional mobility, motor status, and quality of life in patients with Parkinson disease: A systematic review and meta-analysis. PM&R: The Journal of Injury, Function, and Rehabilitation. 2019;11(3):278-291.

13.Rodríguez S, Vázquez C, Casas M, et al. Neurorehabilitation and apps: A systematic review of mobile applications. Neurología. 2018;33(5):313-326.

14.The Management of Parkinson's Disease Symptoms with Tai Chi Exercise Program: A Case Study. (2020, February 27). Physiopedia, . Retrieved 18:29, September 24, 2020 from https://www.physiopedia.com

15.Tomlinson CL, Herd CP, Clarke CE, Meek C, Patel S, Stowe R, Deane KHO, Shah L, Sackley CM, Wheatley K, Ives N. Physiotherapy for Parkinson's disease: a comparison of techniques. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 6. Art. No.: CD002815.]

16. Wisconsin Parkinson Association How Animals Help People with Parkinson's 2014_Fall_Creature-Comfort-How-animals-help-people-with-Parkinsons.pdf https://www.wiparkinson.org/

17. Wong SL, Gilmour H, Ramage-Morin PL. Parkinson's disease: prevalence, diagnosis and impact. Health Reports 2014;25(11):10-14

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

Галина Мръцкова, дм Катедра Медицинска рехабилитация и Ерготерапия,
Физикална медицина и Спорт", Медицински факултет,
Тракийски университет, гр. Стара Загора

Galina Mratskova, MD, PhD, Department of Medical Rehabilitation and Ergotherapy,
Physical Medicine and Sports, Medical Faculty,
Trakia University, Stara Zagora,
E-mail doc_mratzkova@abv.bg;

КОМПЛЕКСНА РЕХАБИЛИТАЦИЯ ПРИ АМПУТАЦИЯ НА ДОЛНИ КРАЙНИЦИ - ПРЕДСТАВЯНЕ НА КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Йолина Ангелова, Руска Паскалева, Нора Танева

COMPLEX REHABILITATION FOR LOWER LIMBS AMPUTATION - PRESENTATION OF A CLINICAL CASE

Yolina Angelova, Ruska Paskaleva, Nora Taneva

Ампутациите на долни крайници често се получават след директна травма, циркулаторни нарушения, тумори, измръзвания, костни инфекции и вродени аномалии. Съвременната практика показва необходимост от спешно оперативно лечение за отстраняване на засегнатия крайник и предпазване от усложнения. Включването на ранните рехабилитационни мероприятия са изключително важни за преодоляване на психо-емоционолния стрес и възстановяване на нормалната двигателна активност на пациента чрез протезиране и обучение в ходене. ***Целта*** *на настоящата разработка е съставяне и прилагане на индивидуална рехабилитационна програма в отделните етопи на възстановяване на пациента, протезиране, обучение в ходене и ежедневните дейности. Обект на проучването е пециент с ампутация на двата долни крайника в предпротезен и протезен периди. Бе съставена и приложена рехабилитационна програма. Проследено бе възстановяването на пациента след провеждане на лечебните курсове.*

Ключови думи: *ампутации, обучение в ходене, усложнения, протезиране, рехабилитационна програма.*

Lower limb amputations often occur after direct trauma, circulatory disorders, tumors, frostbite, bone infections, and congenital anomalies. Modern practice shows the need for urgent surgical treatment to remove the affected limb and prevent complications. The inclusion of early rehabilitation measures are extremely important for overcoming psycho-emotional stress and restoring normal motor activity of the patient through prosthetics and walking training. ***The purpose*** *of this study is to compile and implement an individual rehabilitation program in the various stages of patient recovery, prosthetics, walking training and daily activities. The subject of the study is a patient with amputation of both lower limbs in pre-prosthetic and prosthetic periods. A rehabilitation program was drawn up and implemented. The patient's recovery after the treatment courses was monitored. Before the start of the rehabilitation activities, the necessary diagnosis of the patient was performed by anthropometric measurements, angular measurements and a manual muscle test.*

Key words: *amputations, walking training, complications, prosthetics, rehabilitation program.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Ампутациите на долни крайници често се получават след директна травма, циркулаторни нарушения, тумори, измръзвания, костни инфекции и вродени аномалии (1,2). Съвременната практика показва необходимост от спешно оперативно лечение за отстраняване на засегнатия крайник и предпазване от усложнения (3,5). Включването на ранните рехабилитационни мероприятия са изключително важни за преодоляване на психо-емоционолния стрес и възстановяване на нормалната двигателна активност на пациента чрез протезиране и обучение в ходене (4,6).

Загубата на крайник води до трайно увреждане, което може да повлияе на самообслужването и мобилността (движението) на пациента. Рехабилитацията на пациента с ампутация започва след операция по време на острата фаза на лечениеи преминава през три периода – период на стабилизация на чукана, предпротезен и протезен период (7,8).

Успехът на рехабилитацията зависи от много променливи, включително следното: ниво и вид на ампутация, вид и степен на произтичащите от това увреждания и увреждания, цялостно здраве на пациента и подкрепа за семейството (9,10)..

Важно е да се използването на максималните възможности на пациента у дома и в общността. Положителната подкрепа помага за възстановяването, като подобрява самочувствието и насърчава независимостта. Програмата за рехабилитация е предназначена да отговори на нуждите на отделния пациент. Активното участие на пациента и семейството му е жизненоважно за успеха на програмата (3,4).

Целта на настоящата разработка е съставяне и прилагане на индивидуална рехабилитационна програма в отделните етопи на възстановяване на пациента, протезиране, обучение в ходене и ежедневните дейности.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Обект на проучването е пециент на 70г. с подбедрена ампутация на двата долни крайника в предпротезен и протезен периди. Оперативната интервенция е в резултат на влошено общо състояние и измръзване на долни крайници. Възстановяването в следоперативния период и протича бавно, но без усложнения. Ампутационните чукани са стабилизирани, в добро състояние, подготвени са за протезиране.

Методика на диагностиката на пациента преди започване на процедурите:

1. Оглед на засегнатите крайници;
2. Антпопометрични измервания :
   - дължини на долни крайници \ дължина на бедро\;
   - обиколки на долни крайници \ обиколка на бедро, обиколка на КС\;
3. Ъглометрия на долни крайници \ fl и ext в ТБС, abd и add в ТБС, fl и ext в КС\;
4. Изследване на активната и пасивна подвижност на КС и ТБС;
5. Мануално - мускулно тестуване на долни крайници:
   - ММТ на мускулите на долни крайници \ m. iliopsoas, m.quadriceps femoris, m.sartorius, m. tensor fasciae latae, ишиокрурална мускулатура\;
   - ММТ на седалищна мускулатура \m. gluteus maximus, m. gluteus medius, m.gluteus minimus\;
   - ММТ на коремна мускулатура \m. rectus abdominis, m. transversus abdominis, m. obliquus abdominis internus, m. oblicuus abdominis externus\.

Резултати от диагностика на пациента преди започване на процедурите:

- Слаби са коремните и седалищните мускули.
- Musculus quadriceps femoris също е слаб.
- Исшиокруралната мускулатура е скъсена.
- Пациентът изпитва затруднения при някои дейности като обръщане в леглото, ставане от леглото, сядане в инвалидната количка, поставяне на протезите, ставане от инвалидната количка с тях, както и при ходене.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Комплексна рехабилитационна програма – в период на протезиране.

Кинезитерапия.

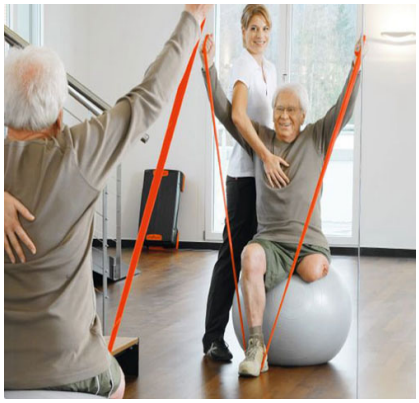
Цел на КТ:

Обучение в поставяне на протезата и обучение в ходене с изкочване и слизане по стълби.

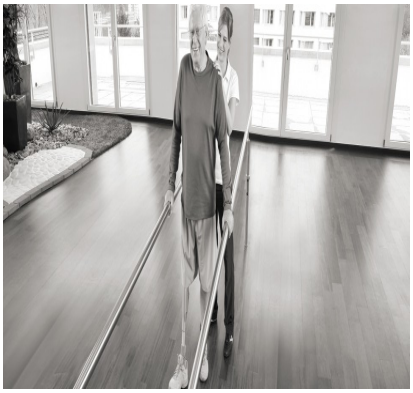
Задачи на КТ:

- Общо укрепване на организма;
- Обучение в поставяне на протезите;
- Обучение в ходене с протезите по различен терен, както и в качване и слизане по стълби;
- Обучение в ДЕЖ;
- Поддържане обема на движение, силата и тонуса на горните крайници и трупа;
- Преодоляване на мускулния дисбаланс.

Средства на КТ: избирателен масаж на двата долни крайника за преодоляване на мускулния дисбаланс; аналитични упражнения за мускулите на горни крайници със и без съпротивление; дихателни упражнения – динамични и статични за преодоляване на застойните явления; Изометрични упражнения за коремна мускулатура, седалищна мускулатура и тазово дъно; упражнения за равновесие и координация върху голяма терапевтична топка (Фиг.1); постизометрична релаксация и стречинг за скъсените мускули; различни видове ходене (Фиг.2), качване и слизане по стълби. Обучение в самостоятелно обуване, събуване на протезата и обучение в ходене (Фиг.3и 4).



Фиг. *1. Упражнения за равновесие*



Фиг. *2.* Обучение в ходене *в* успоредк

Фиг. *3. Упражнения за равновесие*

Фиг. 4. **Обучение в ходене в успоредка**

Физикална терапия:

• Подходящи са електростимулации за слабите мускули;

• При наличие на фантомни болки- TENS в областта на оперативния чукан и надлъжно на болезнения сегмент;

• Дидинамични токове – двуфазно фиксиран, къси и дълги серии- напречно на болезнената зона или надлъжно по хода на нерва.

Ерготерапия: Ерготерапевтичните дейности в този период са фокусирани основно в обучението на пациента в ходене с протезите и ДЕЖ. Подходящо е включването на арт-терапия (Фиг.5) с цел фокусирането на пациента върху постигнатите резултати и отклоняване на вниманието му от проблема. Тъй като е контактен и общителен, най-благоприятно биха се отразили груповите занимания.

Фиг. 5. Групова процедура по ерготерапия

Проследено бе възстановяването на пациента след провеждане на лечебните курсове. В резултат на проведената рехабилитационна програма бяха постигнати много добри резултати относно обучението в ходене, засилване на мускулите на трупа и в областта на тазо-бедрената става. Пациента пълноценно участва в ежедневните дейности и ерготерапевтичните занимания.

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Чрез проведената рехабилитация постигнахме желания ефект в адаптирането на пациента към новите условия на живот и постигнахме максимална самостоятелност в ежедневните дейности.

• Възстанови се до максимална степен обема на движение на проксималните стави на двата долни крайника;

• Бе подобрена мускулна сила на мускулите флексори и екстензори в тазобедрена и колянна стави;

• Активните движения за тези мускули бяха извършвани в пълан обем и срещу умерено съпротивление;

• Подобрена бе локомоцията, самостоятелното използване на протезата, ходенето по равен терен и под наклон;

• Пациента бе включен пълноценно в ДЕЖ.

Препоръчително е продължаването на лечението в домашни условия или в специализирани санаторо-курортни центрове за рехабилитация.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вачева Д. Отчитане възстановяването на дейности от ежедневния живот (тоалет и лична хигиена) при пациенти с последици от мозъчно-съдова болест. Неврорехабилитация, 2011, том 5, 2, 68-69.

2. Илиева. Е. Комплексна рехабилитация и ерготерапия след ендопротезиране на колянна става. Сп. Клинична рехабилитация и банеология. 6-9/2007. стр. 10-15.

3. Колева И., Кратък курс по Кинезитерапия (за рехабилитатори). II-ро допълнено и преработено издание. Учебник за рехабилитатори от I курс на Медицински колеж при Медицински университет – София. – София: РИК „СИМЕЛ”, 2009, с.168

4. Колева И., Основи на физикалната терапия и рехабилитация (вкл. ерготерапия и medical spa). Учебник. – Плевен: МУ – Плевен, 2011, с.317

5. Паскалева Р. Кинезитерапия и арт – терапия при заболявания в детска възраст. Учебник. Издателство: ЕКС-ПРЕС Габрово 2020; 192с.

6. Паскалева Р. Основни средства и техники за релаксация в кинезитерапията. Учебник. Издателство: ЕКС-ПРЕС Габрово 2020; 180с.

7. Попова Д. Лечение на мускулни дисфункции в ортопедичната диагностика.

София: НСА – ПРЕС, 2007.

8. Попов Н. Клинична патокинезиологична диагностика на ортопедично-травматологичната кинезитерапия. София: НСА – ПРЕС, 2003.

9. Попов Т. Терапия и профилактика чрез изкуство. София, Образование 2004.

10. Топузов И. Ерготерапия първа част. София, РИК „Симел”2006.

http://www.orthobg.com

КИНЕЗИТЕРАПИЯ И ЕРГОТЕРАПИЯ ПРИ ДЕЦА С ДЕТСКА ЦЕРЕБРАЛНА ПАРАЛИЗА *ПРЕДСТАВЯНЕ НА КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ*

Руска Паскалева, Валентин Петров, Ваня Павлова

KINESITHERAPY AND OCCUPATIONAL THERAPY IN CHILDREN WITH CHILD CEREBRAL PALSY *PRESENTATION OF A CLINICAL CASE*

Ruska Paskaleva, Valentin Petrov, Vanya Pavlova

Ерготерапията арт-терапията са неделима част от комплексната рехабилитация при децата с церебрални увреди, като залага на социалният подход и обучение в ежедневните дейности чрез различни компенсаторни методи, средства или чрез адаптиране на средата. При ерготерапевтичните заниманията се използват: игротерапия, арт-терапия и обечение в ДЕЖ. Целта на настоящата разработка е да се изследва и анализира въздействието на кинезитерапията и ерготерапията в ранната детска възраст за правилно и своевременно развитие на движенията и корегиране на патологичните двигателни стериотипи, появили се в резултат на мозъчното увреждане. Обект на проучването е дете на 13г. с левостранна спастична хемипареза, нарушена координация на движенията, затруднения в самообслужването и зависимо от чужда помощ. След проведената кинезитерапия и ерготерапия са подобрени двигателни възможности на детето.

Ключови думи: *церебрални увреди, арт-терапия, игротерапия, ежедневни дейности, индивидуални програми.*

Occupational therapy art therapy is an integral part of the complex rehabilitation of children with cerebral palsy, relying on a social approach and training in daily activities through various compensatory methods, means or by adapting the environment. In occupational therapy activities are used: game therapy, art therapy and promise in DEJ. The purpose of the present study is to study and analyze the impact of kinesitherapy and occupational therapy in early childhood for proper and timely development of movements and correction of pathological motor stereotypes that have emerged as a result of brain damage. The object of the study is a 13-year-old child. with left-sided spastic hemiparesis, impaired coordination of movements, difficulties in self-care and dependence on outside help. After the kinesitherapy and occupational therapy, the child's motor abilities are improved.

Key words: *cerebral injuries, art therapy, igroterapiya, daily activities, individual programs.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Детска церебрална парализа (ДЦП) е група от непрогресиращи, но често променящи се синдроми на моторно увреждане, в резултат от лезии или аномалии на мозъка, възникващи в ранните етапи от неговото развитие.

Освен моторното разстройство, възможна е увредата и на други функции с моторни елементи (говор, хранене, фина моторика, очни движения), сензорни, обучителни и когнитивни или поведенчески нарушения, включващи дефицит на вниманието с хиперкинетично разстройство, депресия или разстройства от аутистичния спектър (1).

Минимална възраст за поставяне на диагнозата ДЦП е след 18-тия месец. Диагнозата „Специфично разстройство в развитието на двигателните функции” се поставя до 18 месечна възраст при определени клинични белези, при необходимост подкрепени и от образни изследвания (9,10).

Целта на рехабилитацията при децата с ДЦП в ранната детска възраст е да осигури правилно и своевременно развитие на движенията и корегиране на патологичните двигателни стериотипи, появили се в резултат на мозъчното увреждане. За да се постигне това, необходимо е изграждането на съответните двигателни навици и умения, като се следи и спазва, съответното за възрастта развитие на мотериката на здравото дете: нормално лежане на гръб, задържане на главата изправено за кратко, държане на ръце, от възрастен, опора на ръце от положение по корем с активен контрол, на главата, обръщане от гръб по корем и обратно, сядане, заставане на колене, лазене, изправяне с опора на ръце и без опора. Стоеж в право положение и ходене (2,3).

Най-голям ефект се наблюдава при започването й още в кърмаческа възраст. Тогава се препоръчва стимулиране координацията на движенията на кърмачето чрез метода но Войта и/или Бобат, като се набляга предимно на Войта. Познаването на тези методики, и отделни техники, дават възможност за много диференциран подход към нуждите на всеки пациент. Използва се цялото многообразие на физическите упражнения, но най широко приложение имат рефлексите, пасивните, активните упражнения, с уреди и на уреди, елементарни и сложни, приложно-локомоторни и т.н в зависимост от целите и задачите, които трябва да бъдат решени (4,5,6).

Ерготерапията е ефективно и доказано средство от рехабилитацията на деца с церебрални увреди. Провежда се под формата на игра, като основна дейност, допринасяща за пълноценното им развитие. Чрез нея се изграждат познанията за околната среда, проявява се ответната действена реакция, усвояват се различни навици и привички [5,6]. Играта осигурява богати възможности за развитие на движенията и общото физическо укрепване на детето.

С голям успех при децата с церебрални увреди се прилага Монтесори терапията. Това е система за терапия на деца с проблеми в развитието в следните области: Подготвителен материал - развитие на фина моторика, внимание, партньорство, подражание; Дейности от ежедневния живот-събличане, обличане, пресипване, подреждане, как да боравят с лъжица, как да гладят, да почистват масата, стаята и други (7,8).

Целта на настоящата разработка е да се изследва и анализира въздействието на кинезитерапията и ерготерапията в ранната детска възраст за правилно и своевременно развитие на движенията и корегиране на патологичните двигателни стериотипи, появили се в резултат на мозъчното увреждане.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Обект на проучването е дете на 13г. с левостранна спастична хемипареза, нарушена координация на движенията, затруднения в самообслужването и зависимо от чужда помощ.

За обективизиране на резултатите от проведената кинезитерапия и ерготерапия детето бяше

изследвано двукратно (в началото и в края на експерименталния период) чрез използване на специални тестове.

Тест за оценка на двигателните възможности при деца над 3 години чрез специална Карта за рехабилитация - валидна за дома, използваща следните оценки.

0 – неможе да изпълни движението даже и с помощ

1 – изпълнява движението с помощ

2 – изпълнява движението самостоятелно, но неточно

3 – изпълнява движението самостоятелно – точно.

След направените изследвания и на базата на комплексна оценкае установено, че детето е със нарушени двигателни и умствени възможности. В двигателен план не може да застава в седеж самостоятелно, не може да се задържа в тази позиция и да ходи. С помоща на терапевта заема турски седеж и се задържа във вертикална поза. В проходка прави опити за придвижване, но походка е неправилна, поради липса на двигателни навици. Движенията на горни крайници са неточни, трудно се изпълняват по-сложните движения и упражненията за финна моторика. Справя се добре с обученията на ДЕЖ в леглото, има леки затруднения при самостоятелното хранене и дейностите по тоалета. При изследване с помоща на Тестове за ЦДН, се установява спастична - хемиплегия, при която мускулния тонус се повишава при ходене!

За постигане на целта са проведени няколко курса на рехабилитация, включваща индивидуална програма по кинезитерапия и ерготерапия с комплексни средства (пасивни упражнения за долни крайници, активни упражнения за горни крайници, релаксиращ масаж, стимулиране на постуралните рефлекси, постепенна вертикализация, игротерапия и топлолечение).

Проведените занимания са с продължителност 5 седмици, три пъти седмично с продължителност 30-40 мин. по време на клиничната практика на студентите от втори курс специалност „Медицинска рехабилитация и ерготерапия".

Бе създадена и приложена следната комплексна рехабилитационна програма:

Измервания и изследвания *- Тест за оценка на двигателните възможности при деца над 3 години, Тестуване по ДЕЖ (9).*

Кинезитерапия *- позиционно лечение* (фиг.2.) – за подтискане на патологично повишения тонус, за стимулиране на позиционния контрол и ориентацията на тялото в пространството (16,17); дихателни упражнения – статични и динамични; пасивни упражнения за долни крайници; стречинг за стимулиране на двигателната активност и предпазване от деформитети; релаксиращи упражнения за горни и долни крайници; активни упражнения с уреди на шведска стена (2,3); упражнения за финна моторика с смалки уреди за дисталните части; упражнения за равновесие и координация с топка Physio rol (фиг.1.), обучение в правилно ходене – ходене по равно, по наклон, изкачване и слизане по стълби (15).

Фиг. 1 и 2. Упражнения за равновесие и координация с топка Physio roll и позиционно лечение

Лечебен масаж – релаксиращ масаж на долни крайницис цел стимулиране фунцията на крайниците и трупа, преодоляване на мускулния дисбаланс и подобряване на кръво- и лимфообращението (9).

Физикална терапия – топлолечение за намаляване на болката и повишения мускулен тонус на долни крайници, електростимулация за слабите мускули на раменен пояс.

Д. Ерготерапия – Игротерапия (фиг.2) в сухия басейн, подвижни игри, моделиране с пластелин, рисуване с различни средства, прегъване на хартия, подреждане на пъзели, разказване на приказки, Арт-терапия и обучение в ДЕЖ за горни крайници /Монтесори терапия/ (12,13,14).

Фиг. 2. Игротерапия

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

При децата с церебрални увреди играта е мощен лечебен фактор под ръководството и напътствието на обучени специалисти (педагози, възпитатели, логопеди, рехабилитатори, ерготерапевти и пр.) (16,17,18).

След проведената рехабилитационна програма са подобрени двигателни възможности на детето. От теста на ДЕЖ за долни крайници (Фиг.3) е подобрен мускулния тонус и в началото на курса оценките са 1 и 2, като движенията се изпълняват с помощ. В края на изследвания период тези оценки са повишени (2 и 3), което е показател за повишената двигателна активност.

Фиг. 3. Тест за ДЕЖ на долни крайници

От ежедневните дейности на детето активирано бе самообслужването: обличане, обуване и връзване на обувките си, тоалет. Чрез активните упражнения съчетани с дихателна гимнастика бе

развит правилен механизъм на дишане с намаляване на умората. Общото укрепване на мускулите на долни крайници и трупа, доведе до стабилизаране на походката.

Подобрена е походката, опората е на цялото ходило с по-добра равновесна устойчивост. Подобрен е психо-емоционалния тонус на детето и се отчита желание за различни видове ходене. Активни движения на горни крайници се извършват с по-добра координация.

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

От така приложената рехабилитационна програма и постигнатият добър ефект относно двигателната активност и ежедневните дейности на децата произтичат следните изводи:

Комплексният характер на заниманията стимулира активността на детето и участието му в ДЕЖ;

Специализираните средства на кинезитерапията и упражненията за финната моторика стимулират захватите и цялостната функция на горния крайник;

Прилагането на игрови занимания и арт-терапия стимулират психо-емоционолното и двигателното развитие на изследваните деца;

Ерготерапевтичните занимания стимулират локомоцията и равновесната устоичивост на децата.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Божинова В. Ив. Чавдаров, Ив. Миланов. Диагностика, рехабилитация, лечение и администриране на деца с церебрална парализа консенсус - преработен и допълнен, 2014. Българска Неврология Bulgarian Neurology , 2 / брой 3 допълнение 1 декември, 2014, 261-264.

2. Колева И., Основи на рехабилитацията (с алгоритми при социално-значимизаболявания и увреди на нервната система и опорно-двигателнияапарат), Учебник. – София, 2010, 264 с.

3. Колева, И., Функционална оценка в медицинската рехабилитация и ерготерапията. Учебник за студенти по Медицинска рехабилитация и ерготерапия при Медицински университет – Плевен. – София: РИК „СИМЕЛ", 2008, 154 с.

4. Колева, И., Значимост на ерготерапията в неврорехабилитационната клинична практика. - Клинична рехабилитация и балнеология, 3, 2008, 1-6, 4-9.

5. Николова Р. Социализацията на децата в детската градина чрез лоди-модела. Автореферат на Дисертация за присъждане на образователната и научна степен Доктор"- Югозападен университет „Неофит Рилски" , Факултет по педагогика, Катедра ''Педагогика", Благоевград 2012, с. 47

6. Паскалева Р., Иновативни елеминти в обучението по кинезитерапия, арт-терапия и ерготерапия за студентите рехабилитатори, Монография, Издателство ЕКС-ПРЕС – Габрово 2012, с. 120

7. Паскалева Р., Място и приложение на Арт-терапията в клиничната практика. XXIX Научно-технологична сесия на „Контакт 2012", София, 29 юни 2012; с: 226- 231

8. Паскалева Р. Приложение на арт-терапията за стимулиране на психо-емоционалното и двигателното развитие при децата. Електронно списание на ДИПКУ – Педагогически форум, 2013; брой 2: 32 – 38.

9. Паскалева Р. Кинезитерапия и арт – терапия при заболявания в детска възраст. Учебник. Издателство: ЕКС-ПРЕС Габрово 2020; 192с.

10. Паскалева Р. Основни средства и техники за релаксация в кинезитерапията. Учебник. Издателство: ЕКС-ПРЕС Габрово 2020; 180с.

11. Петков Ив., Е.Димитрова, Д. Ганчев, Д. Попова, Основи на кинезитерапията - Средства и специални методики на кинезитерапията 2 част, Учебник, София, „Тип-топ Прес", 2008, 11-20.

12. Попов, Т. (2004). Терапия и профилактика чрез изкуство, София: „Образование”.

13. Попов, Т. (2008). Арт-терапията при децата, София :“ДЕФЕКТО ЕООД”.

14. Топузов Ив., Ерготерапия – първа част, София, 2007, 309 с.

15. Топузов Ив., Ерготерапия – трета част, София, 2009, 333 с.

16. Paskaleva R, S. Mihaylova, K. Mollova, M. Petrova. Features of kinezitherapy and ergotherapy for children with cerebral damage. Trakia Journal of Sciences, 2010; 8 (suppl. 2): 346-348.

17. Paskaleva R., I.Koleva, K.Kostov – The Place of Art Therapy in the Training of Kinesitherapy Students in Specialty “Rehabilitation” in Medical College – Stara Zagora, „Publik Healht and Healht Care in Greece and Bulgaria: the Challenge of Cross-border Collaboration in Times of Financial Crisis”, Papazissis publishers, Athens 2011, p: 851-858.

http://bg.wikipedia.org,

18. Paskaleva R., V. Ivanova, V. Pavlova. Integral rehabilitation programme in children with cerebral injuries. Science & Technologies. Volume VI, 2016, Number 1: Medical biology studies, clinical studies, social medicine and health care, 302-308.

19. http://www.orthobg.

МЕНИДЖМЪНТ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ ПРИ ПАЦИЕНТ С МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА *КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ ОТ ПРАКТИКАТА НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА*

Лиляна Н. Станчева, Цветелина Е. Колева, Христина И. Василева

HEALTH CARE MANAGEMENT IN PATIENT WITH MULTIPLE SCLEROSIS - *CLINICAL CASE FROM THE NURSE'S PRACTICE*

Lilyana N. Stancheva, Tsvetelina E. Koleva, Hristina I. Vasileva

РЕЗЮМЕ

Множествената склероза е хронично автоимунно, демиелинииращо, невродегенеративно заболяване на централната нервна система, проявяващо се най- често между 15 и 50 години, с два пика на 28-30 години и 41-45 години. Засяга от 2 до 3 пъти по- често жените, както е при другите автоимунни заболявания. МС се развива при генетично предразположени индивиди в съчетание с рискови фактори от околната среда, които го инициират. Болестността нараства с нарастване на географската ширина и с отдалечаване от екватора – засяга все по- голяма част от населението. ***Цел:*** *Да се опишат сестринските наблюдения и план за грижи на пациент с мултиплена склероза - клиничен случай от практиката на медицинската сестра.* ***Резултати и обсъждане:*** *МС е честа причина за инвалидност и деградация на нервната система. Патоморфологичните промени доказват трайни увреди в мозъчните структури и функции. Необходима е адекватна информация за състоянието на всички елементи от познавателната дейност, която се постига чрез използване на различни психологични тестове.* ***Изводи:*** *Патологичният ход на МС се контролира от два параметъра: От една страна острото възпалително увреждане на аксионите и глиалните клетки, което се установява под формата на пристъпи от друга страна невродегенерацията вследствие на хроничната демиелинизация, глиоза и аксионална дегенерация, която води до постепенно развитие на увреждането.* ***Обсъждане:*** *Потвърждава се значението на добрата клинична подготовка на медицинските сестри, както и тяхната способност за съпричастност и комуникативност към пациентите и техните близки, като важно качество за доброто обслужване в ОИЛ.*

Ключови думи: *медицинска сестра, клиничен случай, множествена склероза пациент*

ABSTRACT

Multiple sclerosis is a chronic autoimmune, demyelinating, neurodegenerative disease of the central nervous system, most commonly occurring between 15 and 50 years of age, with two peaks at 28-30 years and 41-45 years. It affects women 2 to 3 times more often than other autoimmune diseases. MS develops in genetically predisposed individuals in combination with environmental risk factors that initiate it. The disease increases with increasing latitude and moving away from the equator - it affects an increasing part of the population. ***Objective:*** *To describe the nursing observations and care plan of a patient with*

multiple sclerosis - a clinical case from the practice of the nurse. ***Results and discussion:*** *MS is a common cause of disability and degradation of the nervous system. Through a simple clinical examination, it is not possible to detect subtle changes in higher cognitive functions. Adequate information is needed about the state of all elements of cognitive activity, which is achieved through the use of various psychological tests.* ***Conclusions:*** *The pathological course of MS is controlled by two parameters: On the one hand, acute inflammatory damage to axions and glial cells, which is established in the form of attacks on the other hand neurodegeneration due to chronic demyelination, gliosis and axial degeneration, which leads to gradual development of disability.* ***Discussion:*** *The importance of good clinical training of nurses is confirmed, as well as their ability to empathize and communicate with patients and their relatives, as an important quality for good care in OIL.*

Key words: *nurse, clinical case, multiple sclerosis patient*

ВЪВЕДЕНИЕ

Касае се за пациент на 41 години с пристъпно-ремитентен ход на заболяването. За пореден път хоспитализиран в болницата с уточнена диагоза МС с оплаквания от засилване на слабостта в краката, повече в десния крак, нарушена походка – използва двустранна подкрепа при ходене.Усеща постоянно замайване и изтръпване в лява телесна половина и леви крайници. При контролно МРТ установена активност на заболяването. С придружаващо заболяване епилептичен статус от генерализирани тонично-клонични пристъпи с диагностицирана соматична епилепсия с полиформени пристъпи.

Постъпва в шокова зала на УМБАЛСМ „Н.И ПИРОГОВ“ по спешност поради гърчова симптоматика - пристъпа е продължил 40 мин, без да възстановява съзнание. Пациентът е с установена симптоматична епилепсия. Приведен в ОИЛ, интубиран включен на апаратна вентилация. Епилептичният статус (ЕпС) е състояние, което може да има продължителни последствия, включително невронална увреда, увреда на невронални мрежи и невронална смърт в зависимост от вида и продължителността на пристъпите.

ЦЕЛ И МЕТОДИ

Целта на изложеният клиничен случай на пациент с пристъпно-ремитентна форма на множествена склероза с придружаващо заболяване Епилептичен статус от генерализирани тонично-клонични пристъпи е да демонтстрира ефективността на сестринските грижи и управлението на качеството на здравните грижи в ОИЛ, УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“. Представят се потребността и качеството на оказаните грижи и е изготвен индивидуален план за грижи от страна на медицинската сестра. За работещите в ОИЛ професионалисти по здравни грижи е важно да следват опраделен алгоритъм, които гарантира бързо и безпогрешно действие от тяхна страна в условията на спешност.

В изследването са използвани следните **методи**:

• **Документален метод** – за проучване и анализ на специфична литература по проблема, актуални научни публикации;

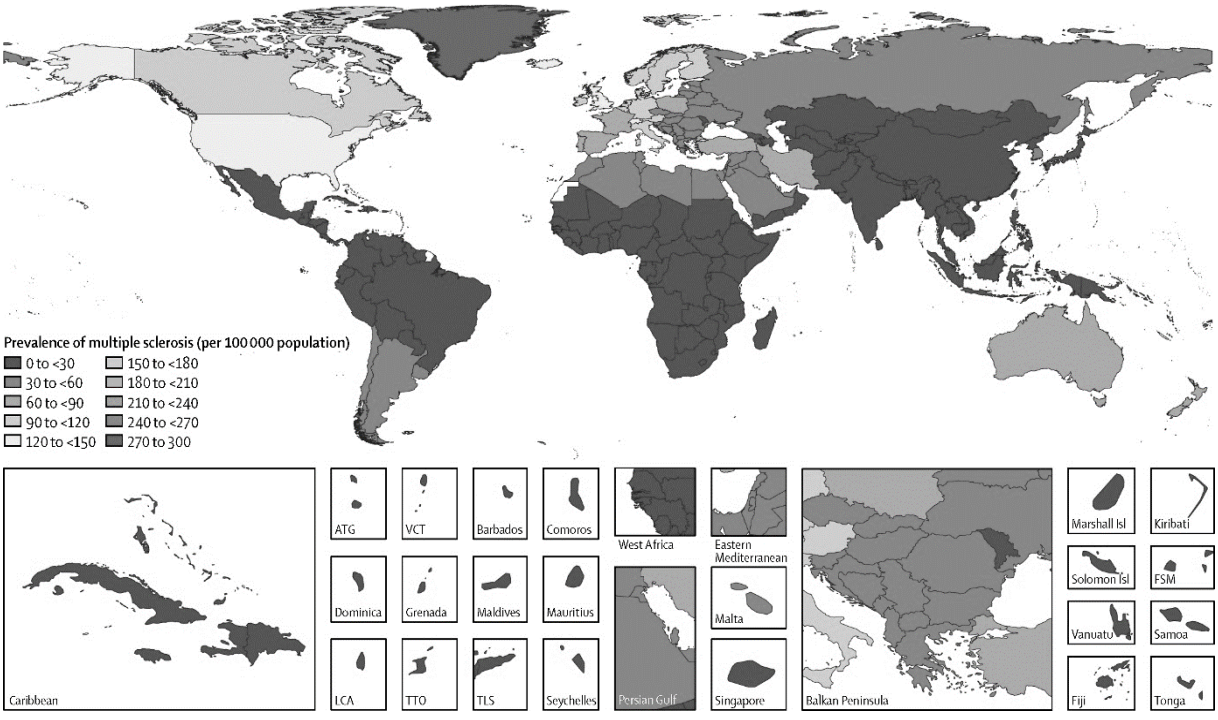
• **Метод наблюдение** – проведено от медицинската сестра в ОИЛ, УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“ за периода м. февруари/март 2020 г

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Множествената склероза е демиелинизиращо заболяване на нервната система с нарастващо медико-социално значение. Напоследък интересът към разнообразните придружаващи заболявания при болните с МС нараства в световен мащаб [10]. По експертни епидемиологични оценки към 2019 г.

в света с диагноза „множествена склероза“ живеят над 2,3 милиона души, от които над 770 000 души в страни от Европа. По данни на Европейската платформа за множествена склероза (The European Multiple Sclerosis Platform - EMSP), която навърши 30 години и включва 41 национални пациентски организации от 39 страни, броят на заболелите нараства [12]. Повечето от тях са в активна трудоспособна възраст (с най-високите нива на разпространение във възрастовата група 35-64 г. и за двата пола), близо два пъти по-често засягащо жените [11]. Като основна причина за нетравматично увреждане на млади възрастни хора заболяването има висока социална и икономическа „цена“, която се определя от специфични фактори като: продължителност на заболяването, възможната ранна загуба на трудови възможности, необходимостта от ежедневна помощ и мултидисциплинарни здравни грижи, използването на имуномодулиращи лечения и др. Ако през 2010 г. очакваният среден процент на заболеваемост от МС в Европа е бил 4,3 на 100 000 души, то през 2018 г. този показател се покачва на 5,5 [8]. Изследване на списание Lancet Neurology за глобалното разпространение на болестта (използвайки базата данни от GBD, 2019) показва че заболяването не е хомогенно разпределено, в т.ч. и на Европейския континент [9]. При разпространение средно от 30,1 случая на 100000 души в света 2019 г. стандартизираните оценки са нараснали за периода от 2010-2019 г. с 22,47 случая на 100000 души. Стандартизирано за възрастта разпространението е значително по-голямо (над 120 случая) в някои страни с високи доходи от Северна Америка и Западна и Северна Европа, умерено (60-120) в някои страни в Европа и Австралия [9].

Фигура 1. Стандартизирано разпространение на МС на 100 000 души през 2019 г. и за двата пола, по местоположение [9]

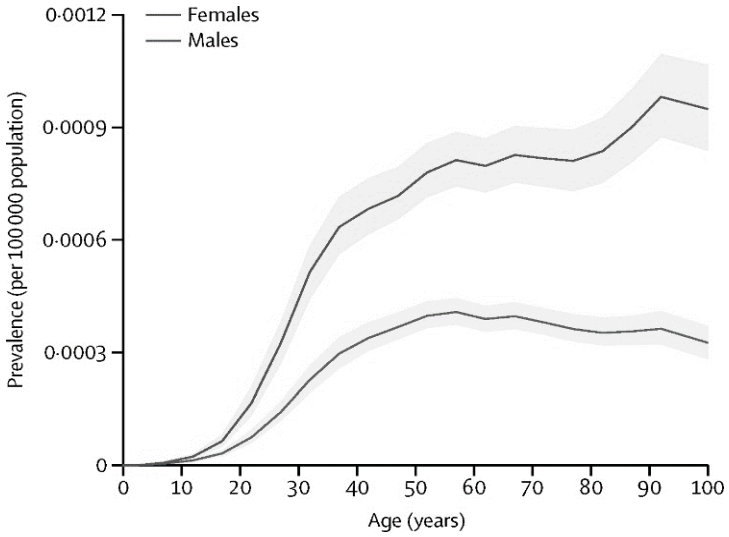


Фигура 2. Стандартизирано разпространение на МС на 100000 души през 2019 г.

по възраст и пол [9]

Таблица 1. Промяна в стандар-тизираното разпространение на МС на 100000 души за периода 1990-2016 г. по региони

в Европа [9]

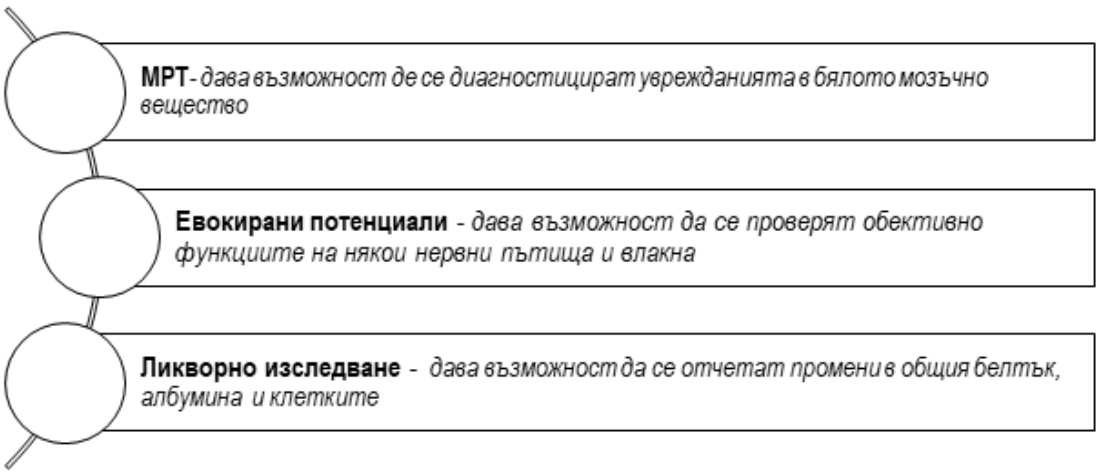


	Разпространение - 2016 г. (%)	% промяна спрямо 1990
Зап. Европа	28,7	26,1
Центр. Европа	43,1	32,5
Изт. Европа	30,8	26,2
България	25,6	20,1

В глобален план разпространението на МС показва значителни разлики по възраст и пол [7, 9]. Съотношението по пол (жени – мъже) нараства с възрастта и ако при децата в напреднала възраст разпространението на МС е сходно (при момчетата и момичетата), то през юношеството кривите се раздалечават и към края на шестото десетилетие от живота, съотношението става 2:1 в „полза“ на жените. Тежестта на МС е най-голяма в регионите с най-висок социално-икономически статус. На общия фон на нарастване на разпространението на заболяването (на стандартизирания коефициент) спрямо 2010 г. от 10,4% скоростта на този процес в Европа е относително по-висок.

Данните очертават приоритетите на здравните системи свързани с лечението на пациенти с МС и подпомагане на тяхната независимост в ежедневието. В световен план те трябва да преодолеят трудностите по осигуряването на достъп до лекарства и рехабилитация и мултидисциплинарни грижи, в т.ч. възможности за сестринска помощ.

Придружаващите заболявания при МС могат да влошат допълнително жизнеността на болните и да усилят усещането за умора [5, 14]. Често първите признаци на заболяването се проявяват на възраст между 20 и 40 години, както при проследения случай в ОИЛ. Клиничният ход на болестта е изключително разнообразен в зависимост от придружаващите заболявания и тежестта на възпалението [1, 3]. При проследения пациент болестта се развива като добре ограничени периоди на влошаване на състоянието и ремисии. Миелиновата обвивка може да бъде увредена в различни отдели на ЦНС, което означава и най- разнообразна симптоматика. Въпреки напредъка на медицината не е възможно да се предвиди къде и кога може да възникне следващият възпалителен тласък. Понякога симптомите продължават няколко седмици. Когато възпалението утихне симптомите преминават в ремисия, но остава известен дефицит [6].



Фигура 3. Необходими изследвания за поставяне на диагноза

Процесът на поставяне на диагноза Множествена склероза започва с изключване на други възможни причини (заболявания). Нито едно изследване само по себе си не е категорично доказателство за наличие на МС [6]. Ето защо поставянето на диагноза е съвкупност от анамнеза, данни от неврологичния статус и резултати от проведените изследвания. Съществуват хипотези за ролята на вирусните инфекции и развитието на имунен отговор към ангажираните от инфекцията клетки, при които се увреждат и собствени тъкани и структури. Установен е повишен титър на антитела към вируса на Herpes simplex, Varicella zoster, Epstein – Barr и др. МС може да се причинява и от някои бавно действащи вируси, или може да е забавена реакция към вирус.

Таблица 2. Най-чести симптоми при МС

Сетивни нарушения	Хипестезии, болка, парестезии-мравучкане, тръпнене. Чувство за преминаване на електрически ток по протежение на гърба - т.нар. симптом на Lhermitte.
Зрителни нарушения	Развитие на оптичен неврит с намаление на зрението, загуба на цветното зрение, най- често само на едното око.
Очедвигателни нарушения	Двойно виждане, нарушения в очните движения с картина на хоризонтална или вертикална погледна пареза.
Двигателни наршения	Скованост, слабост, загуба на мускулна сила,пирамидна симптоматика с оживени сухожилнонадкостни рефлекси и проява на патологични рефлекси. Развитие на моно-, хеми-, пара- , или квадрипарезии плегии.
Промени в мускулния тонус	Развитие на спастицитет, като при развитие на лезии в малкия мозък, мускулният тонус може да бъде намален.
Координационни нарушения	Промени в походката, дисметрия, скандиран говор, тремор.
Тазорезервоарни нарушения	Микционни смущения с проява на императивни позиви, инконтиненция, инсуфинезация в изпразването на пикочния мехур.
Сексуални проблеми	Импотентност или загуба на сетивност.
Болка	Остра болка (напр. зад едното око), хронична болка (напр. в гърба и крайниците).
Умора	Един от най- характерните симптоми при МС. Касае се за продължително чувство на умора, което не корелира с нивото на неврологичната инвалидизация или МРТ лезиите, но се асоциира с депресия.

При проведените изследвания в болнични условия се установиха множество плаки в главния и гръбначния мозък с размери от няколко милиметра, до няколко сантиметра. Плаките могат да се свързват по между си и да се увеличават по размер, което води до влошаване функциите на централната нервна система. Болният споделя, че при остра вирусна инфекция или грипоподобно състояние получава обостряне на състоянието си. Влошаването обикновено настъпва за минути или часове. Младите хора са рисковият контингент за изява на МС в периода на най-ползотворните години от своя живот.

Таблица 3. План за грижи в първите седмици в ОИЛ

Нужди на пациента	**Сестрински грижи**	**Краткосрочна цел**	**Дългосрочна цел**
Дихателна система	Интубиран болен на апаратна вентилация.	Ранно откриване на патологични отклонения	Подобряване на дишането и смяна на режима на вентилация
Храносмилателна система	Назогастрална сонда – отведена, проми-вана, проходима. МС следи за отделе-но количество и вид на съдържимото. Медикаменти през сондата. Резидуален обем за 12 часа.	Премахване и облекчаване на симптомите	Възстановяване на функциите на организма
Отделителна система	Диуреза през уретерален катетър. Наблюдение и отчитане на диурезата на 3 часа по цвят, количество и примеси.	Ранно откриване на патологични отклонения	Възстановяване на функциите на отделителната система
Сърдечно- съдова система	При приема вклю-чени на перфузори медикаменти по терапия.	Ранно откриване на патологични отклонения	Възстановяване функциите на сърдечно-съдовата система
Превръзки и дренажи	Профилактика и превенция на поя-вата на декубитус. Запазване целостта на кожата и липса на декубитални рани.	Ранно откриване на патологични промени;	Липса на патологични промени
Телесна температура	Измерване и регист-риране на телесната температура.	Ранно откриване на патологични промени;	Липса на патологична температура
Опорно – двигателна система	Пациент с невъз-можност за самостоятелно обслужване	Подобряване на двигателните способности на пациента	Възстановяване на самостоятелното обслужване
Хигиена	Подпомагане и тоалет по протокол.	Предпазване от ВБИ	Подобрение в състоянието на пациента. Възстановяване и самостоятелно обслужване.
Психологическо състояние на пациента	Медицинската сестра следи за: Раздразнителност Страх; Несигурност;	Комуникация	Стабилизиране на психологическото състояние.
Двигателна активност	Спонтанни движения, активни, пасивни с придружител	Провежда се ежедневна рехабилитация	Възстановяване на двигателната активност

ИЗВОДИ

Системата за спешна медицинска помощ в Република България, като част от националната здравна система и елемент от националната сигурност е държавен ангажимент, гарантиращ оказване на своевременна медицинска помощ при животозастрашаващи състояния, с цел предотвратяване на смърт или увреждания, довеждащи до инвалидизация. В болница „Пирогов“ медицинската помощ се оказва съобразно световните достижения в медицината, равнопоставена по обем и качество на всички нуждаещи се, независимо от тяхната националност, етническа принадлежност, пол, възраст, социален или здравноосигурителен статус. Специализацията и максималната съвременна медицинска и научна информираност прави медицинските сестри търсени и желани консултанти по всички въпроси изискващи тяхната компетентност. Очевидно е, че решаването на проблемите на болния не би било възможно без екипността между лекар и медицинска сестра [1, 2, 4, 6]. От мултидисциплинарните екипи все повече се очаква да бъдат високо подготвени клиницисти, но и да организират консултации по всички направления на медицинското осигуряване на заболелите.

• Работата в екип в отделение по интензивно лечение създава възможности за по- добра координация на дейностите, по-добро качество на грижите и постигане на крайната цел;

• Всеки член на екипа има определена роля и взаимозаменяемост на практика не съществува. Важна е ролята на всеки негов член в отделението, поради спецификата на дейностите, които се извършват. Целта е да се постигне по-добро здраве и самочувствие за пациента;

• Специално място в политиката по осигуряване на качеството на грижите в болница „Пирогов“ заема удовлетвореността на пациентите;

• Въвеждането в практиката на специалистите по здравни грижи в болница „Пирогов“ на „сестринска диагноза“ и „сестринско досие“ ще доближи качеството на сестринските грижи в България до тези на медицинските сестри в ЕС.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА:

1. Генов, Кр. (2009). „Множествена склероза“, Гедеон Рихтер АД, София;

2. Генов, Кр. (2015). Фактори, влияещи на когнитивното влошаване при болни с Множествена склероза, Автореферат, София;

3. Генов, Кр. (2002). „Мултиплена склероза“, Гедеон Рихтер АД, София;

4. Генов, Кр. (2015). „Начин на живот и психологически проблеми при болни от множествена склероза“;

5. Дренска, К., Т. Дренски, А. Капрелян, И. Димитров, А. Цукева. (2017). „Умора при болни с множествена склероза с и без придружаващи заболявания“, Сп. Българска неврология, т. 18, бр. 1/2017;

6. Миланов, И., (2015). „Лечение на множествена склероза“, Сп. Двигателни нарушения, Vol. 12, 1/2015;

7. Atlas of MS (https://www.msif.org/about-us/who-we-are-and-what-we-do/advocacy/atlas/)

8. Bezzini, D., M. Battalia. (2017). Multiple Sclerosis Epidemiology in Europe. A.A.A. Asea et al. (eds.), Multiple Sclerosis: Bench to Bedside, Advances in Experimental. In book: Medicine and Biology 958:141-159

9. Global, regional, and national burden of multiple sclerosis 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Neurol, 2019; 18: 269–85 (www.thelancet.com/neurology Vol 18 March 2019)

10. Global Burden of Disease (GBD) - http://www.healthdata.org/gbd

11. Pugliatti, M., G. Rosati, H. Carton, T. Riise, J. Drulovic, L. Vecsei, I. Milanov. (2006) Epidemiology of multiple sclerosis in Europe. European Journal of Neurology 13(7):700-22

12. The European Multiple Sclerosis Platform - http://www.emsp.org/

13. http://www.euromedica-arogi.gr/bg

14. https://www.capital.bg/specialni_izdaniia/zdrave/2014/11/25/2432827_tainite_na_mnojestvenata_skleroza/

15. https://news.bg/about/mnozhestvena-skleroza

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

Лиляна Николова Станчева

УМБАЛСМ «Н. И. Пирогов»

Отделение по интензивно лечение

1606 София, бул. «Тотлебен» №21

e-mail: lilly.stancheva@gmail.com

ПРОУЧВАНЕ НА ПОТРЕБНОСТИТЕ ОТ ДОПЪЛНИТЕЛНИ ЗНАНИЯ ПРИ УНИВЕРСИТЕТСКАТА ПОДГОТОВКА ПО СПЕЦИАЛНОСТТА НА МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ РАБОТЕЩИ В ЦЕНТРОВЕТЕ ЗА СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Деяна Тодорова

Медицински факултет, Тракийски университет, Стара Загора; България

Faculty of Medicine, Thracian University, Stara Zagora; Bulgaria

A STUDY OF THE NEEDS OF ADDITIONAL KNOWLEDGE IN UNIVERSITY PREPARATION IN THE SPECIALTY OF MEDICAL PROFESSIONALS WHO WORK IN THE CENTERS FOR EMERGENCY CARE

Deyana Todorova

Faculty of Medicine, Thracian University, Stara Zagora

INTRODUCTION

For the medical professionals the continuous professional development should be an uninterrupted process that allows timely assimilation of the newest achievements of the medical science and practice.

The professional competence is of particular importance for the medical specialty. That is because the care for the human life and care is the main moral and ethical value of modern society. These competencies are acquired and formed since the start of the education.

PURPOSE

The need for additional knowledge in the universal preparation of the specialty of the medical professionals (feldshers, nurses and obstetricians) that work in the centers for emergency medical care to be studied, analyzed and summarized.

MATHERIAL METHODS

A study with 325 medical professionals is made though an interview and a direct anonymous survey, connected with the structure and organization of the work, motivation to work and the problems of the medical professionals in 2019 and 2020.

The study was conducted in CEMC and BEMC in different regions of the country with different structure and organization of work which is to allow the analysis of the work and the problems of the medical professionals who provide emergency assistance.

RESULTS AND FINDING

The analysis on the data of the indicator "additional knowledge and skills" the criteria by which it was evaluated, shows relatively low manifestation of theoretical knowledge criteria – 7,7 % and respectively shows sufficiency of the received theoretical knowledge. In the meantime 36,6 % of the inquired medical professionals report lack of practical skills in the university education. The relative share of the criteria – "The gained knowledge and skills are completely enough for me" as well – 31,5 %. 24,7% indicate they cannot decide.

In fact, this data confirms the widespread opinion in the professional and social environments that in the education in various medical specialties the students receive good theoretical and insufficient practical preparation.

KEY WORDS*: emergency medical care center, additional knowledge, university education, medical professionals, needs.*

ВЪВЕДЕНИЕ

За медицинските специалисти непрекъснатото повишаване на квалификацията трябва да бъде непрекъснат процес позволяващ своевременно усвояване на най-новите достижения на медицинската наука и практика.

В медицинските специалности професионалната компетентност е от особено значение, защото грижите за живота и здравето на човека е основна морално-етична ценност на съвременното общество. Тези компетентности се придобиват и формират още от самото начало на обучението.

За медицинските професии е много важно притежаването на междуличностни умения и етично отношение към пациента в процеса на предоставяне на здравни грижи. Този процес е емоционално обагрен поради срещата с болката и страданието, но и с радостта и благодарността. От медицинските специалисти се изисква да притежават личности качества и умения да общуват с различни категории пациенти и семействата им. Медицинската професия осигурява на хората здравни услуги. Те се реализират чрез особени отношения между професионалистите и пациентите при навлизане в интимната сфера, достъп до конфиденциална информация и др.

Медицинските услуги са едни от най-бързо развиващият се сектор в който се прилагат най-новите и високо технологични научни постижения. За успешна реализация в медицинската професия са необходими високо ниво на мотивация, готовност и желание за учене, адаптивност, критическо мислене и ефективност [1, 2, 3].

ЦЕЛ

Да се проучат, анализират и обобщят потребностите от допълнителни знания при университетската подготовка по специалността на медицинските специалисти (фелдшери, медицински сестри и акушерки) работещи в Центровете за спешна медицинска помощ.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Проведено е проучване с 325 медицински специалисти чрез интервю и пряка анонимна анкета, свързана със структурата и организацията на работа, мотивацията за работа и проблемите на спешните медицински специалисти през 2019 г. и 2020 г.

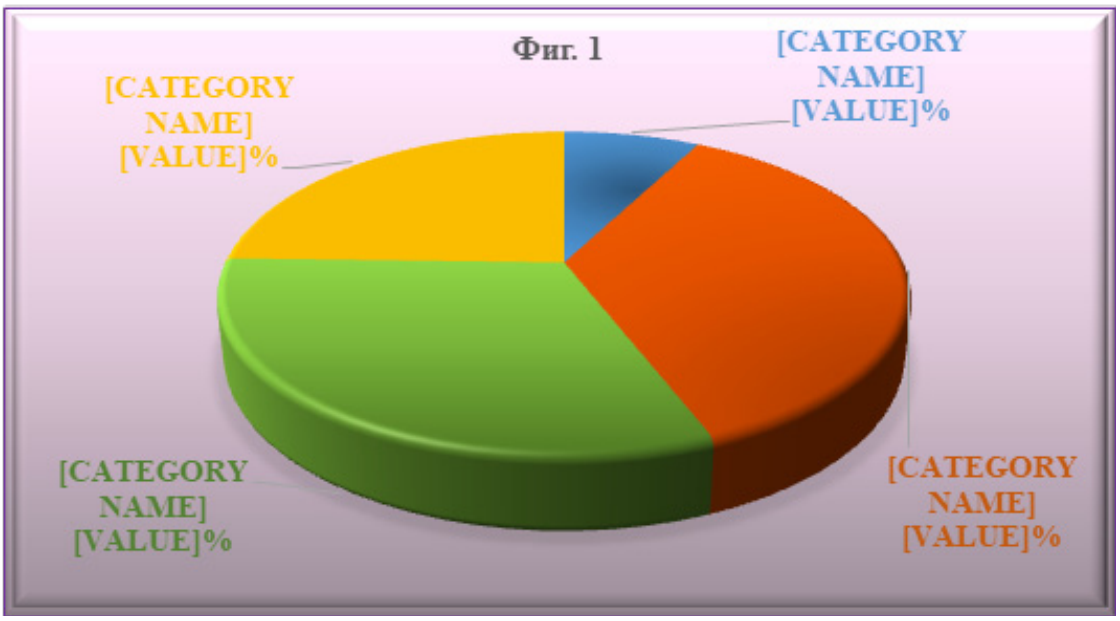
Проучването е проведено в ЦСМП и ФСМП от различни региони на страната с различна структура и организация на работа, което да позволи анализирането на работата и проблемите на медицинските специалисти оказващи спешна помощ като цяло.

АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

На фигури 1 и 2 сме представили обобщени резултатите от изследването за определяне потребността от допълнителни знания при университетската подготовка на медицинските специалисти по показателите знания, умения, клинична подготовка и клинични направления.

Анализът на данните по показателя “потребност от допълнителни знания и умения“ и на кри-

териите по които е оценяван, показва сравнително ниско проявление на критерия теоретични знания – 7,7%, респ. показва достатъчност на получаваните теоретични знания. В същото време 36,6% от общата съвкупност на изследваните медицински специалисти отчитат недостатъчност в университетското обучение за придобиване на практически умения. Също висок е относителният дял на показателя - придобитите знания и умения са ми напълно достатъчни 31,5% от съвкупността изследвани респонденти, а 24,7% отговарят, че не могат да преценят. Тези данни всъщност потвърждават широко разпространеното мнение в професионалните и обществените среди, че в обучението по различните медицински специалности студентите получават добра теоретична и недостатъчна практическа подготовка.



Фигура 1 Потребности от допълнителни знания при университетската подготовка по специалността

От данните е видно, че по клинични направления потребността от допълнителни знания в подготовката е най-силно изразена при клиничната подготовка по Кардиология 45,1% от съвкупността, на второ място силно изявена потребност от допълнителни знания по отношение на Спешна медицина 41,3%. В ранжирането на трето място се оказва показателят Акушерство и гинекология 28,1%. Педиатрия – тази недостатъчност се дефинира от 17,4% от цялата съвкупност на изследваните медицински специалисти. По вътрешни болести – 12,3% от съвкупността на изследваните медицински специалисти. Установени са потребности от допълнителни знания в клиничната подготовка също и по Травматология – 10,6%, Хирургия – 9,8%, Инфекциозни болести и Паразитология – 8,9%, Гериатрия – 6% и ехографска диагностика. Не изпитват такава потребност 10,2%, а има и изразени мнения, че един медицински специалист, в каквато й област да работи, трябва цял живот да се самообразова, защото винаги са необходими нови знания в така бързо развиващият се съвременен и глобализиран свят.

Изложените резултати са всъщност, становище за необходимостта от разширяване и задълбочаване на професионалните знания, от които медицинските специалисти имат потребност.

Фигура 2 Потребности от допълнителни знания при университетската подготовка по клинични направления

Между тези, които са заявяват потребности от допълнителни знания при университетската подготовка по специалността съществуват статистически значими разлики в готовността им за повторен избор на професията.

Тази група от спешните медици, които заявяват потребности от допълнителни знания при университетската подготовка по специалността, значимо по-често показват колебание спрямо повторят избор на същата специалност.

Прилагането на методът на Крускал-Уолис показва, че между потребността от допълнителни знания по различните клинични направления (вътрешни болести, инфекциозни болести, паразитология, хирургия и гериатрия) на медицинската наука и нагласите за участие в следдипломно обучение и/или курсове се наблюдава статистически значима зависимост ($\chi2 = 9,049$, $p < 0,05$; $\chi2 = 8,610$, $p < 0,05$; $\chi2 = 7,722$, $p < 0,05$; $\chi2 = 6,265$, $p < 0,05$).

От средните рангове може да се ранжират следните групи - най-висок е средният ранг на групата, която изпитва потребност от допълнителни знания по вътрешни болести, следвана от тази изпитваща потребност от допълнителни знания по хирургия, инфекциозни болести и паразитология, а група с най- нисък среден ранг е на спешните медици имаща нужда от допълнителни знания по гериатрия.

Между инсулта и ОВИ като едни от най-често срещаните здравни проблеми, и изпитваната потребност от допълнителни знания по вътрешни болести се наблюдава силна статистически значима зависимост ($\chi2 = 5,985$, $p < 0,05$; $\chi2 = 7,966$, $p < 0,05$).

Горепосочените зависимости конкретизират извода, че инсулта и ОВИ определят потребност от допълнителни знания по вътрешни болести и дават основание за следните твърдения:

Тези, които посочват, че инфаркта е един от най-често срещаните здравни проблеми, значимо по-често посочват, че изпитват потребност от специализирани допълнителни знания по вътрешни болести. Тези, които посочват, че инсулта и ОВИ са сред най-често срещаните здравни проблеми, значимо по-категорично заявяват, че изпитват нужда от специализирани допълнителни знания по вътрешни болести.

Тези зависимости може да се обяснят с факта, че ако спешните медицински специалисти имат

детайлни познания по всички направления на медицинската наука, ще имат възможността да разширяват обема и повишат качеството на своята дейност, за да бъдат достатъчно конкурентноспособни и сигурни в професионалната си дейност.

Между ОВИ като един от най-често срещаният здравен проблем и потребността от допълнителни знания по спешна медицина се наблюдава силна статистически значима зависимост ($\chi2 = 9,794$, $p < 0,05$).

Между ОВИ като едни от най-често срещаните здравни проблеми, и изпитваната потребност от допълнителни знания по педиатрия се наблюдава средна по сила статистически значима зависимост ($\chi2 = 5,031$, $p < 0,05$).

Между родилната помощ като едни от най-често срещаните здравни проблеми, и изпитваната потребност от допълнителни знания по хирургия се наблюдава средна по сила статистически значима зависимост ($\chi2 = 4,359$, $p < 0,05$).

Горепосочените от спешните медицински специалисти най-често срещани здравни проблеми са предиктор за потребността от допълнителни знания.

Между различните педиатрични случаи като едни от най-често срещаните здравни проблеми, и изпитваната потребност от допълнителни знания по хирургия и кардиология се наблюдава от средна по сила до силна статистически значима зависимост ($\chi2 = 5,575$, $p < 0,05$; $\chi2 = 6,155$, $p < 0,05$;).

Спешните медицински специалисти, които посочват педиатричните случаи като едни от най-често срещаните здравни проблеми по време на тяхната работа, значимо по-категорично заявяват, че имат потребност от допълнителни знания по кардиология и в по-малка степен по хирургия.

ИЗВОДИ

Осъществяването на спешна медицинска дейност при дефицит на професионални познания за дейността, всъщност, може да се приеме като критерий за немотивирано рискуване и от там нерационално организиране на тази дейност.

Прави впечатление, че всички спешни медицински специалисти в някаква степен заявяват нужда от допълнителни знания в по-горе коментираните професионални сфери. Би могла да се формулира хипотезата, че допълнителното образование не се свърза задължително с овладяването само на най-необходимите за практиката знания. Вероятно тук става дума за проблем, който образователните институции биха могли да решат, предлагайки по-гъвкава избираема модулна система, която дава възможност за индивидуален избор на проблематиката и обема на учебното съдържание, така че да бъдат удовлетворявани конкретните потребности на професионалната практика. В такава система може да се очаква, че мотивацията за обучение ще бъде значително по-устойчива и силна.

Тези зависимости може да се обяснят и с факта, че ако медицинските специалисти познават детайлно професионалните особености по клинични направления, ще имат възможността да разширяват обема и характера на своята дейност, за да бъдат достатъчно конкурентноспособни и сигурни във бъдещата си професионална практика.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изследването показа влиянието на развитието на медицинската наука и практика за формирането на потребност от подготовка по направления, които не стоят така близко до професионалната подготовка, но съпътстват и са крайно необходими за безпроблемното изпълнение на работата на медицинските специалисти.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андонова, А., Ключовите умения-гаранция за успешна реализация на пазара на труда, Бургас, 2014г., академично списание „Управление и образование”, кн.5, том X, VOL №5, стр.10-14.

2. https://bg.wikipedia.org/wiki/.

3. https://en.wikipedia.org/wiki/.

РАЗПРОСТРАНЕНИЕ И ОСНОВНИ ФАКТОРИ ВЛИЯЕЩИ ВЪРХУ НАДНОРМЕНОТО ТЕГЛО И ЗАТЛЪСТЯВАНЕТО

Тодор Цветанов, Руска Паскалева

DISTRIBUTION AND MAIN FACTORS AFFECTING OVERWEIGHT AND OBESITY

Todor Cvetanov, Ruska Paskaleva

Затлъстяването е едно от най-разпространените заболявания на нашето съвремие. Предвид големия ръст на разпространение не само сред възрастните, но и сред децата , подрастващите и младежите, СЗО го включва в списъка на социално-значимите болести, със сериозни последици върху човешкото здраве. Факторите, за появата и развитието му са комплексни, но повечето автори определят нездравословните хранителни навици и липсата на достатъчна двигателна активност като водещи. Целта на настоящото проучване беше да разкрием разпространението и най – често срещаните причини за повишаване на телесното тегло над нормалните граници проследено в страната по възрастови групи и собствено проучване на студенти по медицина. В изследването бяха включени 120 студенти от Медицинския факултет към Тракийския университет - Стара Загора. *В настоящото съобщение ще анализираме резултатите от отговорите на въпросите, касаещи хранителните навици и поведение на анкетираните лица. Оказва се, че сред най – честите причини за повишаване на телесното тегло над нормалните граници е наличието на редица нездравословни хранителни навици.*

Ключови думи: *здравословно и балансирано хранене , хранителни навици, наднормено тегло и затлъстяване, студенти*

Obesity is one of the most common diseases of our time. Given the large increase in prevalence not only among adults but also among children, adolescents and young people, the WHO includes it in the list of socially significant diseases with serious consequences for human health. The factors for its appearance and development are complex, but most authors define unhealthy eating habits and lack of sufficient physical activity as leading. The aim of the present study was to reveal the most common causes of weight gain above normal limits in medical students. The study included 120 students from the Medical Faculty at the Thracian University - Stara Zagora. They conducted an individual anonymous survey, with a total of 21 closed questions, which were aimed at revealing some of the possible causes leading to overweight in this contingent. Methods used: research and analysis of information sources, sociological survey method, alternative analysis. In this communication we will analyze the results of the answers to the questions concerning the eating habits and behavior of the respondents.

Key words: *healthy and balanced diet, eating habits, overweight and obesity, female students*

ВЪВЕДЕНИЕ

Затлъстяването е най-широко разпространеното и типично хранително заболяване и едновременно с това - важен рисков фактор за други тежки заболявания с лоша прогноза. Според данни на СЗО в повечето европейски държави между 30 и 80 % от хората са с наднормено тегло. От децата средно 20 % са с наднормено тегло, като 1/4 от тях са със затлъстяване, което означава, че 3 милиона деца са със затлъстяване и 14 милиона – наднормено тегло. В България 2 милиона от възрастното население е с наднормено тегло, като 1 милион от тях са със затлъстяване. При децата 200 000 са с наднормено тегло и 67 000 от тях са със затлъстяване. У нас европейската инициатива обединява специалистите по хранене и медицинските специалисти, пациентските общности и редица организации в усилията за ограничаване на наднорменото тегло и затлъстяването, в подкрепа на хората с този проблем.

Както вече беше коментирано, голямото медико-социално значение на затлъстяването се обуславя не само от широкото му разпространение, но и от неговото значение за възникване на редица заболявания на сърдечно-съдовата и храносмилателната системи, на опорно-двигателния апарат, а така също и на някои злокачествени заболявания.(1,2)

Българските автори са проучили много подробно епидемиологията на затлъстяването в нашата страна. Преди Втората световна война в България затлъстелите са били не повече от 3-4% от общото население (4,5). През 60-те години на миналия век сътрудници на Института по хранене при БАН са осъществили най-голямото епидемиологично изследване върху затлъстяването в България при 30 841 мъже и жени над 14 години (3,6). При това проучване средната честота на затлъстяването е била 22,6% от цялото население, като разпространението е било по-голямо сред градското /1,8 пъти/ и женското /1,6 пъти/ население. В периода 1988-1989 е било осъществено повторно изследване на 5300 души в два района - Бургас и Добрич. Установено е неколкократно нарастване на затлъстяването сред населението в тези райони през последните две десетилетия, като високостепенното затлъстяване е по-често сред женските групи и сред хората с малка физическа активност, с вредни нездравословни хранителни и двигателни навици (1,12).

Много обезпокояващи са данните за детско-юношеската възраст, където разпространението на затлъстяването според различни проучвания е достигнало до: 2,9% при деца 3-7 години; 10-20% при 8 – 14 годишните /автори/; 10-20% при 15-19 годишни, при които затлъстяването е от I и II степен. Ив. Топузов /1998/ намира, че 8-годишните деца с наднормено тегло са 10,7% , при 10 годишните този процент е 13,2%, а 12 при годишните - 15% (7,12,20).

Голям български научен колектив представя резултати от проучване, проведено за един продължителен период от време, а именно от 1998 г до 2011 г., като в изследването са обхванати лица от различни възрастови групи. Авторите установяват , че честотата на свръх теглото и затлъстяването при възрастни лица над 30 години е висока, като тенденцията към затлъстяване се величава с годините. В началото на изследователския проект е установено, че 15.2 % при мъжете и 10.7% при жените са със затлъстяване / възраст от 30 до 59 год. / През 2014 година тези проценти се увеличават като при мъжете стават 22.1 %, а при жените - 16.0% (9,17,21).

Прави впечатление, че с увеличаване на възрастта се увеличава и % на лицата с наднорменото тегло и затлъстяване – от 16% до 31.9% / 60 -74 год /./ автори / При подрастващите се наблюдават подобни тенденции. Към края на изследвания период % на затлъстелите ученици се увеличава, като момчетата са по – тежки в сравнение с момичетата на същата възраст. При най – малките ученици наднорменото тегло и затлъстяването е по – често срещано (8,9).

Данни от научно изследване при младите хора над 18г. / автори / сочат, че по – голяма част от жените са с нормално тегло / 67.4 % /, мъжете с нормално тегло са 62.2%. Мъжете са с по-висок % по отношението на наднорменото тегло /25.4 % / и затлъстяването – 8.6 %, спрямо 10.7 % с наднормено тегло и 4.6% със затлъстяване при жените. Прави впечатление , че при жените се наблюдават и лица с поднормено тегло / 17.2 % /, като този процент е по – голям от процента при мъжете (10,11).

Независимо от приблизителността на цитираните данни, става ясно, че в света и конкретно в нашата страна затлъстяването е придобило епидемичен характер, с всички произтичащи от това по-близки и по-далечни неблагоприятни здравни последици за огромен контингент от хора.

При сравнение на данни за 16 европейски страни /без България/, включени в международното изследване "Who - Erica project", проведено при 108,00 души, на възраст 40-59 години, нашето мъжко население ще трябва да заеме първо място по среднопопулационни стойности на индекса за телесна маса /ИТМ/, а жените ще се отзоват също така на едно от "призовите места". Тези съпоставки показват, че България е в групата на страните с най-голяма честота на наднормената телесна маса и затлъстяването (13,16).

Целта на настоящото проучване беше да разкрием разпространението и най – често срещаните причини за повишаване на телесното тегло над нормалните граници проследено в страната по възрастови групи и собствено проучване на студенти по медицина.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

В изследването са включени 120 студенти от Медицинския факултет на Тракийския университет-Стара Загора. Те проведоха индивидуален анонимен въпросник, с общо 21 затворени, смесени и отворени въпроса, които бяха насочени към откриване на физическите и хранителни навици на изследваните, причините, водещи до увеличаване на телесното тегло над нормалните граници, целите и причините за участие в сложна програма за нейното коригиране.

В тази статия ще анализираме отговорите на въпросите, свързани с хранителното поведение, двигателната активност и навици на изследвания контингент.

Използвани методи: Изследване и анализ на източници на информация, изследване социологически метод, алтернативен анализ.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Телесното тегло е важен антропометричен показател, имащ важно значение за здравето на човека. Той е динамичен показател, променящ стойностите си в рамките на онтогенезата, в зависимост от различни фактори , които могат да бъдат обособени в две основни групи: ***ендогенни и екзогенни фактори.***

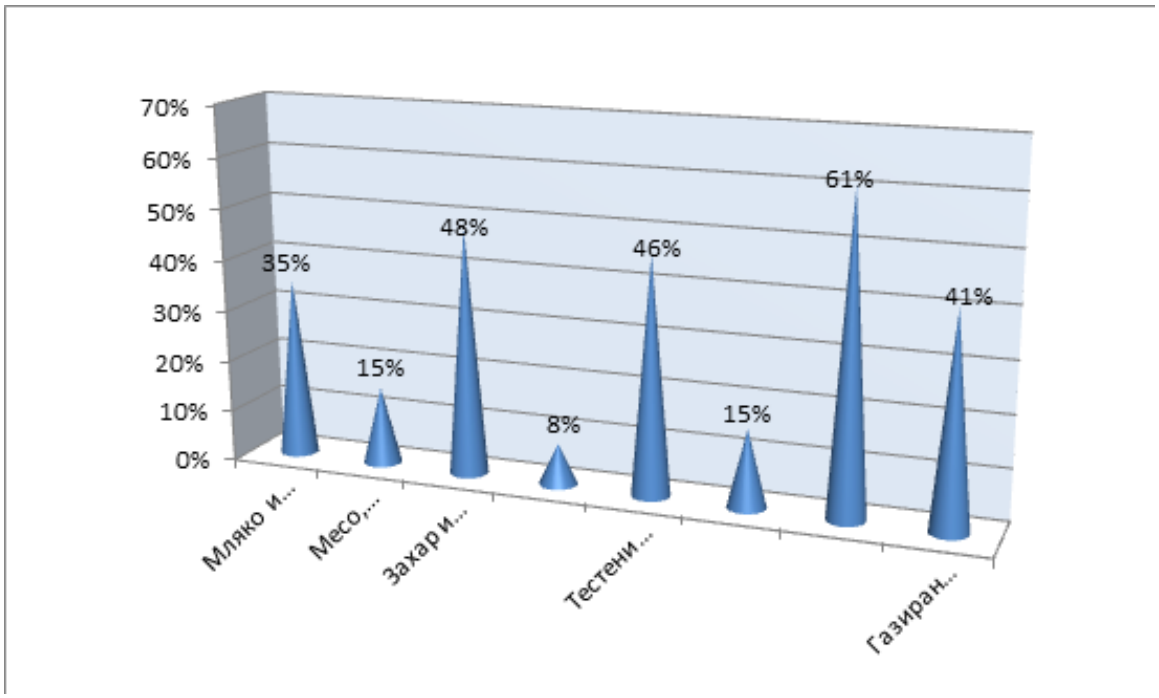
Ендогенни фактори: - **наследственост** – този фактор играе несъмнена роля в етиологията на някои форми на затлъстяване, въпреки че механизмът на неговото влияние все още е неизяснен; - **нервно – ендокринни и метаболитни фактори**. При някои лица със затлъстяване се наблюдават изменения в редица ендокринни функции. Съществуват научни доказателства за връзката между някои заболявания, които водят до затлъстяване и за връзката между някои медикаменти и свръхтеглото. Такива медикаменти са кортикостероидите, психоактивните лекарства и инсулина (8,9).

Екзогенни фактори - **хранене** - един от основните рискови фактори е открит при 60 % от затлъстелите лица. Системното прехранване, прекомерната консумация на въглехидрати / предимно монозахариди / и наситени мазнини, неправилното съотношение между основните хранителни вещества, наличието на редица вредни хранителни навици и т.н. водят до нарушаване на енергийния баланс и респективно до натрупване на по- голямо количество телесни мазнини в тялото; - **хипокинезия** - намаленото движение и увеличения прием на калории чрез храната води до позитивен енергобаланс и респективно до повишаване на телесното тегло и до затлъстяване. Научни изследвания сочат, че заседналия начин на живот в комбинация със системно прехранване ще доведе до свръх тегло, независимо от генетичната предразположеност; - **социални фактори**. Към тях могат да се причислят факторите на средата, в която живеем - числения състав на семейството, дохода на семейството,

образованието на родителите, заетостта на майките, битовите условия; - емоционално – **психологически фактори**. Доскоро се считаше, че както положителните , така и отрицателните емоции и стресогенната външна среда са причина за повишаване на телесното тегло. По – нови изследвания , обаче, показват че те са следствие от затлъстяването, а не причина за появата му (9,14,19).

Начинът на живот на съвременния човек е динамичен, напрегнат, стресиращ и много често физически неактивен и това е сериозна предпоставка за появата на редица вредни хранителни навици, които са един от основните фактори за увеличаване на заболеваемостта и смъртността (7). Безспорен факт е, че в резултат на по-голямото количество калории, приемани с храната, в сравнение с калориите, необходими за осъществяването на основния метаболизъм и ежедневните дейности, теглото увеличава своите стойности и често преодолява стойностите на нормите за дадена възраст, пол, ръст, физическа активност (3, 10, 18).

Резултатите от изследването на хранителните навици на студентите медици е показателен на Фиг. 1, като най-голям брой от анкетираните предпочитат плодовете, зеленчуците и пълнозърнестите храни (62%). За съжаление тези, които предпочитат захарните продукти, като шоколад, сладкиши, сладолед, са близо половината от участниците в проучването (48%). Почти половината от студентите (46%) избират продукти като пици, тестени изделия, бургери и др. 41% обичат да пият газирани и енергизиращи напитки и алкохол. Млякото и млечните продукти са предпочитани от 35% от анкетираните. Подобен процент от анкетираните предпочитат месо, риба, яйца от една страна и ядки и варива от друга - 15%. Най-малко почитатели имат мазнините и мастните продукти - 8%.



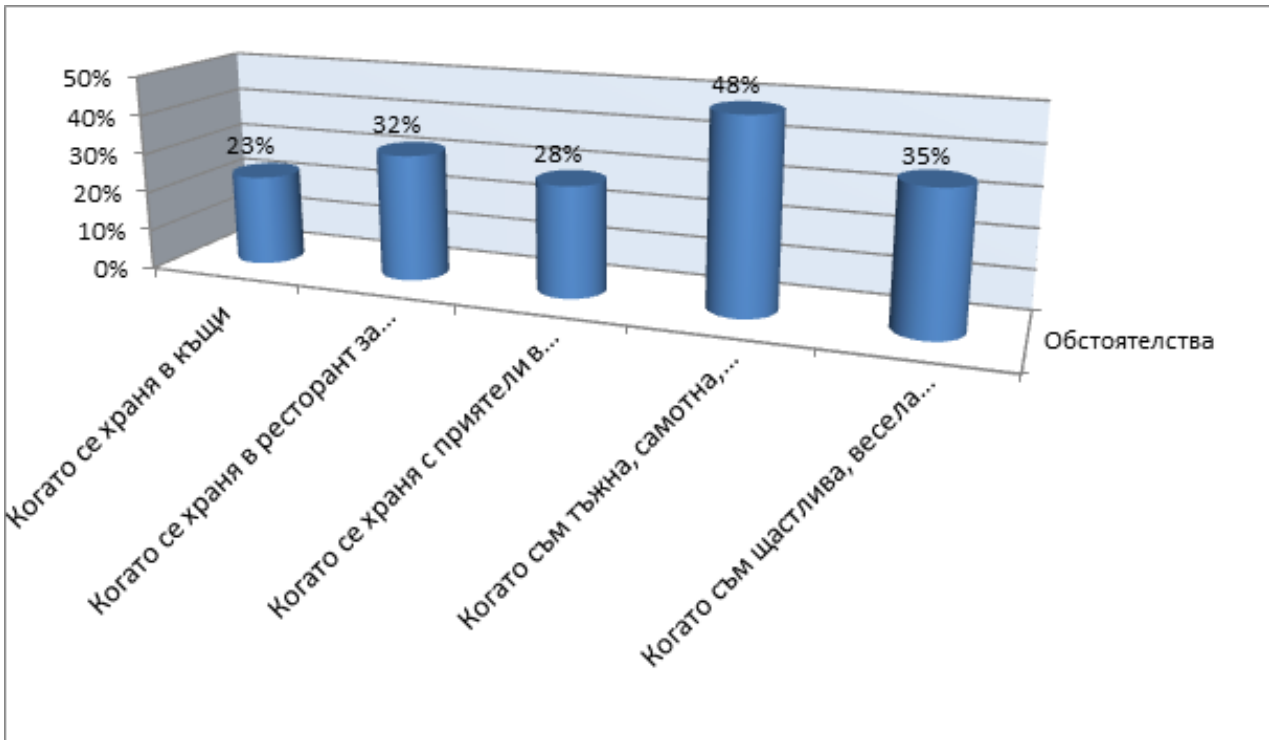
Фиг. 1. Предпочитани храни от студентите

Очевидно сред полезните сложни въглехидрати (плодове, зеленчуци и пълнозърнести храни, които са източници на енергия, витамини, минерали, фибри и други полезни за здравето съединения), в ежедневната диета на анкетираните изобилстват концентрирани въглехидратни храни (моно и полизахариди) , газирани и енергийни напитки и алкохол, които поради високата си калоричност, системно използвани, водят до увеличаване на телесното тегло. (6, 14,21).

Положителен факт е, че 1/3 от учениците предпочитат мляко и млечни продукти, които са източник на калий, протеини, витамини, минерали, мазнини, които са много калорични! В този случай трябва да се препоръчва консумацията на продукти с ниско съдържание на мазнини! (2, 17,20).

Пълните протеини от животински и растителен произход са предпочитани от 15% от изследваните момичета. Последните са основни строителни източници в човешкото тяло. Те съдържат всички аминокиселини, ценни минерали и витамини, но също така и много мазнини, поради което човек трябва да избягва някои от тях или да приема по-малко качество и не толкова често и в ограничени количества (2, 3, 4).

Мазнините от растителен и животински произход имат важна роля за функционирането на организма, но в същото време имат изключително калорична стойност, поради което трябва да се избягва консумацията, особено тези от животински произход. Неслучайно предпочитание към този вид храна дава само 8% от анкетираните. От анализа на отговорите на този въпрос става ясно, че интервюираните студенти са запознати с пирамидата на здравословното хранене.



Фиг. 2. Обстоятелства, при които студентите консумират повече храна

Много автори смятат, че емоционалното и психическо състояние много често става причина за по-голям прием на храна и особено когато това се повтаря систематично, неизбежно ще доведе до увеличаване на телесното тегло (1,10, 20). Отговорите на въпроса относно обстоятелствата при които се консумира повече хранаот необходимо е посочен на Фиг. 2. Най-висок процент има отговорът «когато съм тъжен, самотен, депресиран, стресиран, ядосан» -48%, последван от отговора «» когато съм щастлив, весел, радостен и успешен «- 35%. 28% отговориха, че консумират много повече храна, когато ядат с приятели в кръчма. Подобен процент има и отговорът „когато ям в ресторант за бързо хранене» - 32%. Анкетираните получават най-малко храна, когато се хранят вкъщи - 23%. Очевидно мястото за хранене, компанията и емоционалното състояние, независимо дали са положителни или отрицателни, оказват значително влияние върху количеството приета храна. Като цяло хората се хранят адекватно и здравословно, когато приготвят собствена храна, следвайки по-здравословните принципи и да го консумирате у дома (19,20, 21).

Въпреки това знанията си за здравословни и вредни храни, студентите демонстрират нездравословни хранителни навици. Това най-вероятно се дължи на динамичния и напрегнат живот на учениците и липсата на достатъчно свободно време, необходимо за приготвяне на здравословна, балансирана и разнообразна храна.

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ

От анализа на отговорите от анкетата можем да направим заключението, че по-голямата част от анкетираните студенти имат добра здравна култура и знания за адекватно и балансирано хранене, но за съжаление има противоречие между знанията и хранителното поведение и навици.

Най-честите причини за увеличаване на телесното тегло над нормалните нива е приемът на високоенергийни хранителни продукти с ниска биологична стойност, приемът на по-голямо количество храна (преяждане) и нередовното хранене с съчетание с намалена физическа активност.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асенова Р. (2006). Надлъжно проучване на разпространението на наднорменото тегло в ранна училищна възраст по пол и възраст Suvr. мед. , 57, No 6, с. 3-7

2. Байкова Д. (2004). Проблемът със затлъстяването в България. Здравни грижи, брой 1.

3. Байкова Д. (2012). Индекс на телесна маса при млади жени в България - интегрален показател за техния антропометричен и хранителен статус. Научна диета, №3.

4. Балабански Л. (1988). Хранене и диететика. Мед.и физк., С.

5. Баренски Л. (2013). Наднормено тегло, затлъстяване и сърдечно-съдов риск. Наука ендокринология, 7, No 1, с. 9-18.

6. Борисова А.М. aet al. (2015). Проучване за разпространението на затлъстяването сред българското население. Ендокринология, No2.

7. Консул П. и сътр. (2016). Преобладаване, социални и семейни рискови фактори за развитие на наднормено тегло и затлъстяване при ученици на възраст 16-19 години в Пловдив. Наука ендокринология, 10, N 4, с. 131-136.

8. Димитрова Д. (2012). Затлъстяване и диетична терапия. Авангард Прима, С.

9. Димитрова Д. (2014). Физическа активност и здраве. Авангард Прима, С.

10. Георгиев Г., К. Казакова. (2014) .Епидемиология и последици от наднорменото тегло и затлъстяването Обща мед. , 16, N 1, стр. 48-56.

11. Горнеска А. (2015). Съвременни предизвикателства на наднорменото тегло и недостатъчната физическа активност Meditsinski meridiani, 5, N 2, p. 63-67.

12. Павлова В., Р. Паскалева, В. Иванова. Методи за диагностика на геноидно затлъстяване и целулит. МУ-Варна. Варненски медицински форум, т. 6, 2017, приложение 2, 264-270.

13. Паскалева Р. Кинезитерапия при често срещани заболявания в детска възраст и техники за релаксация. Учебник. Издателство: ЕКС-ПРЕС Габрово 2015; 227с.

14. Паскалева Р. Кинезитерапия и арт – терапия при заболявания в детска възраст. Учебник. Издателство: ЕКС-ПРЕС Габрово 2020; 192с.

15. Jiang Y et al. (2000). Association between Take-Out Food Consumption and Obesity among Chinese University Students: A Cross-Sectional Study.Journal of Adolescent Health. 48(1):52-8, Jan.

16. Hootman K. et al. (2018). Stress and psychological constructs related to eating behaviour are associated with anthropometry and body composition in young adults. Appetite, 125, 287-294.

17. Kiryakova St. (2011). Nutritional behaviour of students, such as prevention of chronic non-infectious diseases. Science Dietetics, No.3.

18. Pavlova V., R. Paskaleva, V. Ivanova. INFLUENCE OF THE MOTOR ACTIVITY OF CHILDREN IN PRESCHOOL AGE ON THE STRENGTH ENDURANCE OF ABDOMINAL, BACK AND GLUTE MUSCULATORY.Trakia Journal of Sciences, Vol. 18, Suppl. 1, pp 174-179, 2020.

19. Stefanova P. (2018). Positive health behaviour of students – a condition for the prevention of obesity. Int.J.KNOWLEDGE, vol.26, 4, Skopje.

20. Sharkley B. (1997). Fitness and Health. Human Kinetics.

21. Vundeva D., Popova D. (2016) . Influence of cognitive and emotional factors on dietary intake. Science Dietetics, No 1 – 2.

КИНЕЗИТЕРАПИЯ И ЕРГОТЕРАПИЯ ПРИ ХЕМОРАГИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ *ПРЕДСТАВЯНЕ НА КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ*

Руска Паскалева, Зорница Йорданова, Виолета Иванова

KINESITHERAPY AND OCCUPATIONAL THERAPY IN HEMORRHAGIC STROKE *PRESENTATION OF CLINICAL CASE*

Ruska Paskaleva, ZornicaYordanova, Violeta Ivanova

Съвременнената рехабилитация при пациентите с хеморагичен мозъчен инсулт е сложен и продължителен процес, с който се цели подобряване качеството на живот, възстановявайки в максимална степен на нарушената двигателна функция, самообслужване и самостоятелно придвижване с помощно средство. Целта е съставяне и прилагане на рехабилитационна програма при пациент с хеморагичен инсулт за подобряване на двигателната активност, стабилизаране на походката, стимулиране на ежедневните дейности и финната моторика. Обект на проучването е пациент на 64 години с хеморагичен мозъчен инсулт, левостранна хемипареза и артериална хипертония. Извършена бе диагностика на пациента чрез Тест за централни увруди, Тест на Брюнстром и Тест за ДЕЖ. Рехабилитационната програма бе приложена по време на клиничната практика на студентите от трети курс специалност Медицинска рехабилитация и ерготерапия, Медицински факултет при Тракийски Университет – Стара Загора.

Ключови думи: *хеморагичен мозъчен инсулт, кинезитерапия, ерготерапия, социална интиграция.*

Contemporary rehabilitation in patients with hemorrhagic stroke is a complex and lengthy process, which aims to improve the quality of life, restoring the maximum degree of impaired motor function, self-service and self-movement of aid.Purpose. Drawing up and implementing a rehabilitation program in a patient with haemorrhagic stroke to improve physical activity, stabilized gait, stimulating daily activities and fine motor skills. The object of the study was 46 years old patient with hemorrhagic stroke, left-sided hemiparesis and arterial hypertension. Diagnosis was made by the patient for central uvrudi Test, test and test Bryunstrom Dej. The rehabilitation program was implemented during the clinical practice of students of third year majoring in Medical Rehabilitation and Occupational Therapy, Faculty of Medicine at Trakia University - Stara Zagora.

Keywords: *hemorrhagic stroke, physical therapy, occupational therapy, social intigratsiya.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Възстановяването на пациентите с хеморагичен мозъчен инсулт зависи от множество фактори, включващи, правилното лечение и максимално ранна рехабилитация. В острата фаза при лечението на пациентите с хеморагичен мозъчен инсулт е необходимо интензивно наблюдение и лечение на медицински усложнения с цел намаляване на смъртта и инвалидността на пациентите (18,27), а в подострата фаза водещо значение има специализираната рехабилитация с лечение на съпътстващите заболявания (23).

Рехабилитацията на пациентите с хеморагичен мозъчен инсулт е сложен и продължителен процес, с който се цели подобряване качеството на живот, възстановяване на нарушената двигателна функция, самообслужването и ходенето (10). Изисква системна оценка на пациента и корекция на рехаблитационния план, акцентира върху взаимодействието на пациента и семейството, насочва вниманието към психологическите и социалните въпроси, за насърчаване на социалната реинтеграция и възобновяване на ролите в дома, семейството, за отдих и в професионалните области (24).

Ранната рехабилитация осигурява максимално използване възможностите на пациента и намаляване на увреждания (9). Изисква системна оценка на пациента и корекция на рехаблитационния план, акцентира върху взаимодействието на пациента и семейството, насочва вниманието към психологическите и социалните въпроси, за насърчаване на социалната реинтеграция и възобновяване на ролите в дома, семейството, за отдих и в професионалните области (1, 8).

В резултат на увредата тези пациентите най-често са с двигателна слабост, сензорни и проприоцептивни дефицити, интелектуална недостатъчност, емоционален стрес и социални проблеми. Една част от тях възстановяват самостоятелното придвижване в пространството, а друга част остават с нарушено равновесие, двигателна слабост и намалена скорост при ходене (20,25).

Около 80% от преживелите мозъчно-съдов инцидент преодоляват зависимостта от чужда помощ, около 26% от пострадалите са със съдова деменция и нарушена комуникация, а около 20% остават зависими от чужда помощ (26).

Целта на настоящата разработка е съставяне и прилагане на рехабилитационна програма при пациент с хеморагичен инсулт за подобряване на двигателната активност, стабилизаране на походката, стимулиране на ежедневните дейности и финната моторика.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Обект на проучването е пациент на 64 години с хеморагичен мозъчен инсулт, левостранна хемипареза и артериална хипертония. Пациента има ограничена двигателна активност с левият горен крайник, затруднено самообслужване, двигателни, вегетативни и психични увреждания, липсват патологични рефлекси.

Рехабилитационната програма бе съставена и приложена по време на клиничната практика на студентите от трети курс специалност Медицинска рехабилитация и ерготерапия, Медицински факултет при Тракийски Университет – Стара Загора (21,22).

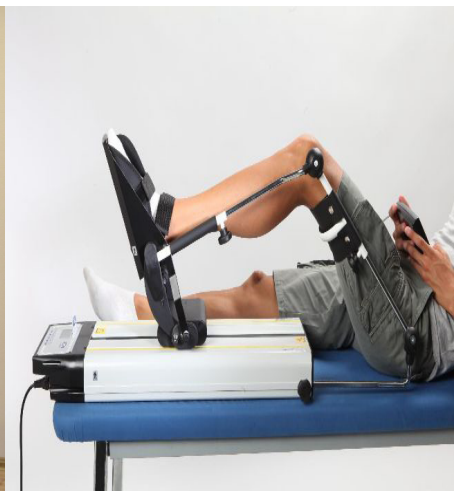
Рехабилитационна програма:

Измервания и изследвания: Тест за централни увреди, Тест на Брюнстром и Тест за ДЕЖ, които се състои от четири части – поддържане на личната хигиена; дейности при обличане и обуване; дейности за приготвяне на храна и хранене; различни битови и трудови дейности с цел определяне н рехабилитационния потенциал на пациента. За анализиране на резултатите от проведената кинезитерапия и ерготерапия пациента бе изследван двукратно (в началото и в края на изследвания период).

Фиг. 1 и 2. Пасивни упражнения за горни и долни крайници

Кинезитерапия - позиционно лечение за левия горен крайник - цели се понижаване на мускулния тонус, пасивни упражнения механотерапия (фиг.1 и 2.) и пасивна механотерапия (фиг.3 и 4.) за засегнатите крайници, активни упражнения за незасегнатите крайниците и трупа (7,11)., дихателни упражнения – статични и динамични, стречинг за долни крайници, упражнения срещу съпротивление за раменен пояс; активни упражнения с уреди на шведска стена и с малки уреди за финната моторикаи упражняване на захвата (2), упражнения за равновесие и координация, суспенсионна терапия, обучение в правилно ходене без помощни средства, стречинг за m. tricepsure, елеменити на ПНМУ (модели за горен крайник, постурални рефлекси) (12,13), Мекотъканни техники за намаляване повишения мускулен тонус и релаксиране на скъсените структури (5,6).

Лечебен масаж. Релаксиращ масаж за мускулите с повишен тонус на левия горен и долен крайници с цел релаксиране и подобряване на двигателната активност, стабилизаране на походката и стимулиране на равновесната устойчшивост на пациента (17).



Фиг. 3 и 4. Пасивна механотерапия за горни и долни крайници

Ерготерапия. Чрез ерготерапията се преодоляват ежедневните здравословни и социални проблеми на хората с двигателни увреждания, тяхното самообслужване и ежедневни дейности (1,2). За да се постигне максимално възможната самостоятелност на пациентите често се налага домашната обстановка да се модифицира и да се приспособи околната среда, с цел улесняване на ежедневието и предотвратяване на инциденти (падане, удряне). Особено е важна подовата настилка (подхлъзване, спъване) на цялото жилище и особено на банята (3).

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

В достъпната литература проучванията са свързани с функционалното възстановяване на мозъчните функции след инсулт, чийто механизъм остава все още не напълно известен (18). Предполага се, че може да се дължи на три основни механизма: биологично възстановяване на мозъчната увреда; адаптивна реорганизация на нови невринални мрежи; използване на компенсаторните възможности на организма за преодоляване на двигателния дефицит (23,26). Редица проучвания доказват, че тези механизми действат едновременно с биологични процеси, характеризирани като „спонтанно неврологично възстановяване", което се проявява през първите 6 месеца след инцидента, но при подходяща неврорехабилитация могат да се очакват добри резултати и до края на първата година (10,11).

За анализиране на резултатите от проведената кинезитерапия и ерготерапия пациента бе изследван двукратно (в началото и в края на изследвания период) чрез използване на специални тестове - Тест за централни увреди (14); Тест на Брюнстром; Тест за ДЕЖ, които се състои от четири части – поддържане на личната хигиена; дейности при обличане и обуване; дейности за приготвяне на храна и хранене; различни битови и трудови дейности (15,19). Оценяването за Теста на ДЕЖ е шестстепенно (от 0 до 5), като пациентите се оценяват по основни дейности, независимо кой от крайниците е паретичен: степен 0 – тестуваният не може да извърши дадената дейност; степен 1 – тестуваният се опитва да извърши дейността, но се налага да бъде подпомаган значително; степен 2 – тестуваният извършва дейността, но е необходимо придружител да наблюдава, контролира и напътства пациента; степен 3 – тестуваният извършва дейността бавно и с ограничен капацитет; степен 4 – тестуваният извършва дейността с близка до нормалната сила, бързина, координация и издръжливост; степен 5 – тестуваният извършва дейността нормално, качествено, напълно независим. Знаците „+" и „–" се поставят при непълна цяла оценка (16).

Съвременнената рехабилитация при пациентите с хеморагичен мозъчен инсулт е сложен и продължителен процес, с който се цели подобряване качеството на живот, възстановявайки в максимална степен на нарушената двигателна функция, самообслужване и самостоятелно придвижване с помощно средство.

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ

След проведената рехабилитация, включваща кинезитерапия и ерготерапия бяха подобрени равновесните реакции и походка на пациента, засилена бе активността при осъществяване на ежедневните дейности и до голяма степен бяха преодолени вегетативните и психични промени. Стимулирана бе мобилността и вербалната комуникация.

Това налага следните изводи:

• За постигане на добри резултати при рехабилитацията на пациенти с хеморагичен мозъчен инсулт от съществено значение е ранното започване на рехабилитация и обучението в ДЕЖ осигуряващи максимална самостоятелност на пациента.

• Прилагането на комплексна рехабилитация при пациенти изисква продължителни занимания в болничната и извънболничната помощ за стимулиране на двигателната активност и социалната интеграция.

• Ерготерапията като част от комплексната рехабилитация стимулира самостоятелността на пациентите и ускорява независимост в ежедневието и социална активност.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Вачева Д. Трудотерапевтични дейности при рехабилитацията на пациенти със слединсултни хемипарези в УМБАЛ – Плевен. – Сборник материали на първата национална конференция по медицинска рехабилитация и ерготерапия, Плевен, 2007, 37.

2. Вачева Д. Видове захвати и тяхното тестуване при различни увреждания и болести на ръката. – Неврорехабилитация, том 3, 2009, 1-2, 26-31.

3. Вачева Д. Отчитане възстановяването на дейности от ежедневния живот (тоалет и лична хигиена) при пациенти с последици от мозъчно-съдова болест. Неврорехабилитация, 2011, том 5, 2, 68-69.

4. Вачева Д. Комплексна рехабилитационна програма, включваща кинезитерапия при често срещани двигателни ограничения. Монография. Печат: „Нима“ Плевен, 2018г., 165 стр.

5. Димитрова Е. Раменен комплекс. Функционална диагностика и кинезитерапия. НСА ПРЕС, София 2006, с.279

6. Димитрова Е. Мускулна релаксация и стречинг в мануалната терапия. НСА ПРЕС; София 2008; с.223

7. Колева И., Кратък курс по Кинезитерапия (за рехабилитатори). II-ро допълнено и преработено издание. Учебник за рехабилитатори от I курс на Медицински колеж при Медицински университет – София. – София: РИК „СИМЕЛ”, 2009, 168 с.

8. Колева И., Основи на рехабилитацията (с алгоритми при социално-значимизаболявания и увреди на нервната система и опорно-двигателнияапарат), Учебник. – София, 2010, 264 с.

9. Колева, И., Функционална оценка в медицинската рехабилитация и ерготерапията. Учебник за студенти по Медицинска рехабилитация и ерготерапия при Медицински университет – Плевен. – София: РИК „СИМЕЛ”, 2008, 154 с.

10. Колева, И., Значимост на ерготерапията в неврорехабилитационната клинична практика. - Клинична рехабилитация и балнеология, 3, 2008, 1-6, 4-9.

11. Любенова, Д., А. Димитрова, Д. Ганчев. Особености на кнезитерапията при болни с агнозия след исхемичен мозъчн инсулт в недоминантната хемисфера, Сп. Кинезитерапия, 2008, с. 12-20

12. Павлова И., Н. Петрова, Д. Василева-Дечева. Кинезитерапия при исхемичен мозъчен инсулт в основен възстановителен период. Научни трудове на Русенския университет - 2015, том 54, серия 8.1, 50-54.

13. Паскалева Р., Иновативни елеминти в обучението по кинезитерапия, арт-терапия и ерготерапия за студентите рехабилитатори, Монография, Издателство ЕКС-ПРЕС – Габрово 2012, с. 120

14. Паскалева Р., А. Цанков, В. Иванова, В. Павлова. Кинезитерапия и ерготерапия при хеморагичен мозъчен инсулт – представяне на клиничен случай. МУ-Варна. Варненски медицински форум, т. 5, 2016, приложение 4, 303-309.

15. Паскалева Р. Кинезитерапия и арт – терапия при заболявания в детска възраст. Учебник. Издателство: ЕКС-ПРЕС Габрово 2020; 192с.

16. Паскалева Р. Основни средства и техники за релаксация в кинезитерапията. Учебник. Издателство: ЕКС-ПРЕС Габрово 2020; 180с.

17. Стефанова И. Необходимостта от интензивна кинезитерапия за двигателното възстановяване след мозъчен инсулт. Научни трудове на Русенския университет - 2015, том 54, серия 8.1, 146-149.

18. Титянова, Е. Невропластичност и мозъчна реорганизация. Health 3, 2015, 27-29.

19. Топузов И. Ерготерапия. Първа част. София, РИК „Симел”, 2006.

20. Янчева С., Миланов И., Георгиев Д., Шотеков П. Двигателна дейност. – В: Неврология – Обща

неврология. Под ред. на проф. Янчева. Стара Загора, Знание, 1998

21. Ruska Vasileva Paskaleva.Effect of Innovationin Trainingonthe Motivationof Students for Practical Work. SCIREA Journal of Educationhttps ://www.scirea.org/journal/ Education September 25,2019 Volume 4, Issue4, August 2019, pp. 181-194. https://www.scirea.org/journal/Education

22. Ruska Vasileva Paskaleva. Increasing the Motivation of Students for Practical Work Through Motor Activity in Elderly People with Diabetes. SCIREA Journal of Educationhttps ://www.scirea.org/journal/ Education September 25, 2019 Volume 4, Issue4, August 2019, pp. 168-180. https://www.scirea.org/journal/Education

23. Peurala, Sinikka H. Rehabilitation of Gait in Chronic Stroke Patients. Series of Reports, No 74, Department of Neurology, University of Kuopio 2005, 108 p

24. Sinaki M. Basic clinical rehabilitation medicine. Toronto – Philadelphia, W. B. Saunders Co, 1987.

25. Titianova E., T. Chamova, S. Karakaneva, R. Dimova. Myosonographic Assessment of Triceps Surae Muscle in Chronic Post-Stroke Hemiparesis. Neurosonology And Cerebral Hemodynamics, vol. 2, 2012, 75-80.

26. Trombly CA. Occupational Therapy for Physical Dysfunction. – Boston – Baltimor – Philadelphia – Hong-Kong – London – New York – Sydney – Tokyo: Williams & Wilkins, 1996.

27. Foley Norine, Robert Teasell, Sanjit Bhogal, Mark Speechley, Norhayati Hussein. The Efficacy of Stroke Rehabilitation. 2013. 1-48.

ПЕРСОНАЛИЗИРАНАТА МЕДИЦИНА - ВОДЕЩ ПОДХОД В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО НА 21 ВЕК

Ваня И. Георгиева, Катя Г. Пеева

PERSONALIZED MEDICINE – A LEADING APPROACH IN 21-ST CENTURY HEALTHCARE

Vania I. Georgieva, Katya G. Peeva

РЕЗЮМЕ

Преминаването към персонализирана медицина и утвърждаването ѝ като водещ подход в процеса на здравеопазването вече е в ход. Основният фокус е пътят за вграждане на иновативните решения от областта на персонализираната медицина в клиничната практика. Тя е част от съвременната медицина, чиято особеност е взимането на информирано решение за следене на терапевтичен подход, според индивидуалните особености на пациента и се отнася до медицинския модел, използващ характеристики на индивидуалния генотип и фенотип, за приспособяване на правилната терапевтична стратегия за точния човек в точното време и/или за определяне на предразположението към заболявания и/или за своевременна и целенасочена превенция. Персонализираната медицина се отнася до по-широката концепция за грижата, ориентирана към пациента, която взима предвид, че в своята цялост здравните системи трябва да отговарят по-добре на нуждите на пациента“.

Ключови думи: *персонализирана медицина, съвременната медицина, пациент, клинична практика*

SUMMARY

The transition to personalized medicine and its establishment as a leading approach in the healthcare process is already underway. The main focus is the way to incorporate innovative solutions in the field of personalized medicine into clinical practice. It is part of modern medicine, whose feature is to make an informed decision to follow a therapeutic approach, according to the individual characteristics of the patient and refers to the medical model using characteristics of the individual genotype and phenotype to adapt the correct therapeutic strategy to the right person. the exact time and / or for determining the predisposition to diseases and / or for timely and targeted prevention. Personalized medicine refers to the broader concept of patient-cantered care, which takes into account that overall health systems need to better meet the needs of the patient.

Keywords: *personalized medicine, modern medicine, patient, clinical practice*

ВЪВЕДЕНИЕ

Преминаването към персонализирана медицина и утвърждаването ѝ като водещ подход в процеса на здравеопазването вече е в ход. Към днешна дата основният фокус е пътят за вграждане на иновативните решения от областта на персонализираната медицина в клиничната практика, поставяйки пациента в центъра на здравната грижа. Персонализираната медицина е част от съвременната медицина, чиято особеност е взимането на информирано решение за следене на даден терапевтичен подход, според индивидуалните особености на пациента.

Според дефиницията за персонализирана медицина на Заключение на Европейския съвет относно персонализираната медицина за пациентите от 2015 г. /C 421/03/ "широко разпространено е, че персонализираната медицина се отнася до медицинския модел, използващ характеристики на индивидуалния генотип и фенотип (напр. молекулно профилиране, образна диагностика, данни за начина на живот), за приспособяване на правилната терапевтична стратегия за точния човек в точното време и/или за определяне на предразположението към заболявания и/или за своевременна и целенасочена превенция. Персонализираната медицина се отнася до по-широката концепция за грижата, ориентирана към пациента, която взима предвид, че в своята цялост здравните системи трябва да отговарят по-добре на нуждите на пациента".

ЦЕЛ

Правилна превенция и лечение за точния пациент в подходящото време.

За тази цел си поставихме следните задачи:

1. Да се увеличи осведомеността сред гражданите, институциите и специалистите относно концепцията, подходите и възможностите на персонализираната медицина.

2. Да се повиши информираността по отношение на етичните норми, валидни при съхранението и обработката на генетична информация и анализ на съществуващата регулаторна рамка в България.

3. Да се постави пациентът в центъра на системата и да се даде възможност на гражданите да участват активно във вземането на решения в сферата на персонализираната медицина.

МЕТОДИ НА ПРОУЧВАНЕ

В настоящата работа е използван документален метод за проучване и анализ на специфична литература по проблема, и актуални научни публикации.

Авторът има и лично участие в VIII НАЦИОНАЛЕН КОНГРЕС НА ПАЦИЕНТСКИТЕ ОРГАНИЗАЦИИ НА ТЕМА "БЪДЕЩЕТО НА ОБЩИНСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ", проведена на 11-12.10.2019 г в Стара Загора, под патронажа на Народното събрание на Р България и Кмета на община Стара Загора.

ОБСЪЖДАНЕ И РЕЗУЛТАТИ

При персонализираната медицина пациентът се разглежда като отделна система, част от П4 Здравеопазване (P4 HEALTHCARE) (П4 - Предиктивна Превантивна Персонализирана Проактивна) (2).

1. Предиктивна (predictive) - днес са известни много рискови фактори, предразполагащи към различни заболявания. Генетичното тестване на тези рискови фактори, става все по-често срещано и в дългосрочен анализ се позволява идентифициране на нови "клинично значими генетични варианти". Използването на тази информация осигурява нови подходи за подобряване на здравословното състояние.

2. Превантивна (preventive) - данните на генетично, молекулярно, клетъчно и органно ниво предоставят показатели за ранни признаци на заболяването. Фокусът на здравеопазването се измества

от лечението на заболяванията към поддържането на доброто здравно състояние. Скринингът за ранни признаци на заболяването позволява предприемането на действия за навременна превенция.

3. Персонализирана (personalized) - пациентът е в центъра на П4 здравеопазването. Проследяването и поддържането на добро общо състояние е съобразено с индивидуалните нужди и рискови фактори. Лечението е индивидуализирано на базата на молекулярния профил на болестта и генетичните характеристики на пациента.

4. Проактивна (participatory) - индивидите имат активна роля в събирането на данни, свързани със здравословното им състояние, чрез различни устройства. Възможността индивидите да използват тези данни при вземане на решения за поддържане на здравословното си състояние е ключов елемент за успеха на П4 медицината.

Системните подходи към биологията и медицината в днешно време започват да предоставят на пациентите, потребителите и лекарите персонализирана информация за уникалния здравен опит на всеки индивид, както за здравето, така и за заболяванията на молекулярно, клетъчно и органно ниво. Тази информация ще направи грижата за болестта радикално по-ефективна чрез персонализиране на грижите за уникалната биология на всеки човек и чрез лечение на причините, а не на симптомите на заболяването (1).

Особена роля в този процес има Обществото за медицина (3). Мисията на Обществото за медицина е да катализира съвместните партньорства в целия континуум на грижите за оптимизиране на здравето и здравеопазването. Нейната роля е участието като организация с нестопанска цел и е посветена на популяризирането на концепцията за медицина на участието. Това е движение, при което мрежовите пациенти преминават от обикновени пациенти към отговорни двигатели на собственото си здраве, в което доставчиците ги насърчават и оценяват като пълноправни партньори.

Ръководни принципи са:

✓ Да насочва пациентите и медицинските специалисти към активно участие в тяхното здраве и здравни преживявания.

✓ Да води здравните професионални практики, където опитът и приносът на пациентите са неразделна цел на върховите постижения.

✓ Да насърчи взаимното сътрудничество между пациенти, здравни специалисти, болногледачи и други, което им позволява да си партнират при определянето на грижите.

Обществото се стреми да обедини всички заинтересовани страни в здравеопазването (пациенти, здравни специалисти, финансисти и други), за да насърчи сътрудничеството, комуникацията и сътрудничеството, които ще насърчат ангажираността на доставчика / пациента, овластяването и образованието на пациентите.

ПРЕПОРЪКИ ЗА ИНТЕГРИРАНЕ И ПРИОРИТИЗИРАНЕ НА ПЕРСОНАЛИЗИРАНАТА МЕДИЦИНА В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

1. Областите, в които е нужно въвеждане на промяна и конкретен план за действие с цел разширяване на познанията и разбирането за концепцията на персонализираната медицина и утвърждаването ѝ в практиката са:

2. Образование и обучение

3. Нормативна уредба - политики, регулации и стандарти

4. Осигуряване на достъп и надеждност

5. Данни и информация от медицинската практика

6. Сътрудничество и обмяна на опит

7. Наука и иновации

ПРЕПОРЪКИ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА СРЕДАТА ЗА ГРАЖДАНСКО УЧАСТИЕ В СФЕРАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО:

1. Обучение на активни граждани в гимназиалните курсове и университетите, относно законовата рамка за правата и задълженията на гражданите да участват при взимането на решения, свързани с проблеми и политики на държавното и общинско управление.

2. Създаване на национална стратегия за гражданско участие, която да се обвърже със съответните министерства и техните собствени стратегии за сътрудничество с неправителствени организации на гражданите, с цел децентрализация на тази дейност към отделни държавни и общински структури.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

За успешното имплементиране на персонализираната медицина в практиката, съобразно българската действителност, с цел ефективно, качествено и устойчиво развитие и утвърждаване на подхода в полза на гражданите-пациенти и здравната система, е нужно прякото участие на ключови фигури. Това са медицински специалисти, учени, фармацевтичната и био технологичната индустрия, бизнес институции и не на последно място гражданите-пациенти.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Flores, M., Glusman, G., Brogaard, K., Price, N. D., & Hood, L. (2013). P4 medicine: how systems medicine will transform the healthcare sector and society. Personalized medicine, 10(6), 565-576.

2. P4 Healthcare, Future Care Finland, https://futurecarefinland.fi/en/p4-healthcare/, намерено 12.11.2020.

3. The Society for Participatory Medicine, https://participatorymedicine.org/, намерено 12.11.2020.