# CONTENTS

## HEALTHCARE

<table>
<thead>
<tr>
<th>Title</th>
<th>Page</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>THE IMPACT OF MOBILE APPLICATIONS ON EATING BEHAVIOR DURING COVID-19</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Antonia Yaneva, Desislava Bakova, Kristina Kilova</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PREVENTION OF MEDICAL CARE INFECTIONS IN INTENSIVE TREATMENT OF BURN PATIENTS</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Anushka Dimitrova</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HEALTH RISKS ASSOCIATED WITH BODY MODIFICATIONS (TATTOOS AND PIERCING)</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>Vasil Kotetarov, Maria Georgieva-Kotetarova, Desislava Bakova</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SOME DIGITAL HEALTH TRENDS WE WILL FOLLOW IN 2021</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>Vladimir Gonchev</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DIGITAL HEALTH TECHNOLOGIES THAT WILL CHANGE THE FUTURE ACTIVITIES OF NURSES</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>Vladimir Gonchev</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>THE READINESS OF YOUNG PEOPLE TO BE VACCINATED AGAINST COVID-19 AND THEIR LEVEL OF AWARENESS ABOUT THE COMPOSITION OF VACCINES, THEIR ACTION AND THEIR BENEFITS.</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>Daniela Velichkova-Hadzhieva</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>THE PROFESSIONAL TRAINING OF STUDENTS MAJORING IN &quot;NURSE&quot; TO WORK WITH CHILDREN IN EARLY CHILDHOOD</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>Daniela Velichkova-Hadzhieva</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>THE UNDERGRADUATE INTERNSHIP - FINAL STAGE OF THE PROFESSIONAL FORMATION OF NURSES AT THE MEDICAL UNIVERSITY - PLOVDIV. COMPARATIVE ANALYSIS - 2016 - 2021</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>Daniela Taneva, Yordanka Tsokova, Angelina Kirkova</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>IDENTIFICATION AND CONTROL OF MAIN RISK FACTORS IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>Diana Ivanova</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PAIN ASSESSMENT IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME. NURSING APPROACH TO CARE.</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>Diana Ivanova</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AWARENESS OF NURSES IN EDUCATIONAL INSTITUTIONS FOR EPILEPSY</td>
<td>58</td>
</tr>
<tr>
<td>Dimitrina Blagoeva</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LEADING PROBLEMS IN TEACHING INTENSIVE CARE STUDENTS</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>Dimitrina Mihkina, Kamelia Bogdanova, Galina Chaneva</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>STATUS AND TRENDS OF MEDICAL SPECIALISTS TRAINING IN BULGARIA</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>Jeni Staykova, Maria Titopoulou</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>STUDY OF THE DYNAMICS OF CONFLICTS IN HEALTH CARE</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>Ivanka Stambolova</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OPINION OF EMPLOYEES IN SPECIAL MEDICAL CARE CENTERS ABOUT THE PRESENCE OF AGGRESSION BY CONSUMERS, THEIR RELATIVES OR CITIZENS WHO WITNESSED THE ACCIDENTS</td>
<td>79</td>
</tr>
<tr>
<td>Izabela Oganesyan, Ivelina Dyankova</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EARLY SKIN REACTIONS WHEN CONDUCTING RADIATION TREATMENT. NURSING PLANNING</td>
<td>85</td>
</tr>
<tr>
<td>Kalina Katrandzhieva</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RISK OF OSTEOPOROSIS AMONG WOMEN</td>
<td>92</td>
</tr>
<tr>
<td>Katja Popova, Stanislava Stojanova, Radka Gencheva</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Title</td>
<td>Page</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------------------------------------------------------</td>
<td>------</td>
</tr>
<tr>
<td>TELENURSING IN A PANDEMIC: A LOOK INTO THE PRESENT OR IN THE FUTURE</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>Kristina Kilova, Diyana Yankova</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TELEREHABILITATION: THE FUTURE OF MEDICINE IN REHABILITATION?</td>
<td>103</td>
</tr>
<tr>
<td>Kristina Kilova, Nadezhda Kutseva</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RISK FACTORS AND HEALTH TRAINING FOR PATIENTS WITH CHRONIC ISCHEMIC</td>
<td>113</td>
</tr>
<tr>
<td>HEART DISEASE - THE ROLE OF THE NURSE</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Marieta Todorova, Natalia Gospodinova, Dzheylan Kodzha, Mariela</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Shengarova, Nevena Bozova</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ANTIMICROBIAL ACTIVITY OF SOME LOCAL ANESTHETICS</td>
<td>119</td>
</tr>
<tr>
<td>Mariya Dangova, Silvia Stamova, Nadya Agova, Ivelin Iliev, Svetlana</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Georgieva</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DISTANCE LEARNING CHALLENGES DURING COVID-19: A SURVEY STUDY IN MEDICAL UNIVERSITY OF PLOVDIV</td>
<td>124</td>
</tr>
<tr>
<td>Maria Semerdjieva, Desislava Bakova</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>POLICIES TO ADDRESS HEALTH CHALLENGES</td>
<td>128</td>
</tr>
<tr>
<td>Milena Vladimirova, Jeni Staykova, Galinka Pavlova</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>THE QUALITY OF CARE FOR CHILDREN WITH DISABILITIES AT EYES OF THEIR</td>
<td>132</td>
</tr>
<tr>
<td>PARENTS IN THE DEINSTITUTIONALIZATION PROCESS</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Monika Obreykova</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>APPROACHES FOR HYDRAZONE SYNTHESIS WITH POTENTIAL BIOLOGICAL ACTIVITY</td>
<td>137</td>
</tr>
<tr>
<td>Nadya Agova, Ivelin Iliev, Silvia Stamova, Svetlana Georgieva</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>THE ROLE ON THE NURSE IN THE PATRONAGE CARE AS AN INTEGRATED HEALTH</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>AND SOCIAL SERVICE IN THE MUNICIPALITY OF BURGASIN</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Petya Stefanova, Albena Andonova</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NITROFURAL – ADVANTAGES AND DISADVANTAGES</td>
<td>148</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonya Ivanova, Svetlana Georgieva, Iliyan Kolev</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OCCUPATIONAL THERAPY TO HELP CANCER PACIENTS</td>
<td>153</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonya Nencheva</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NURSES STUDENTS FOR ONLINE TRAINING</td>
<td>158</td>
</tr>
<tr>
<td>Sylvia Mladenova</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CHILDHOOD HEALTH INFORMATION AS A TOOL FOR HEART HEALTH PREVENTION</td>
<td>163</td>
</tr>
<tr>
<td>Tanya Popova</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>THE NEED FOR HEALTH EDUCATION IN STUDENTS ABOUT THE BENEFITS OF</td>
<td>169</td>
</tr>
<tr>
<td>HEALTHY NUTRITION AND THE PREVENTION OF HEART RISK</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tanya Popova, Nadka Vasilieva, Antoaneta Terzieva</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>STUDY OF STUDENTS ’DESIRE FOR PARTICIPATION IN RESEARCH PROJECTS</td>
<td>174</td>
</tr>
<tr>
<td>Deyana Todorova, Albena Andonova, Mima Nikolova, Silviya Kyuchukova</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>THE ELECTRONIC TECHNOLOGY AS A MODERN FACTOR IN STUDENT EDUCATION</td>
<td>178</td>
</tr>
<tr>
<td>Silviya Kyuchukova, Albena Andonova, Mima Nikolova, Encho Boychev,</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Manuel Tanev</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
## СЪДЪРЖАНИЕ

### ЗДРАВНИ ГРИжи

<table>
<thead>
<tr>
<th>Наслов</th>
<th>Страница</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ВЛИЯНИЕТО НА МОБИЛНИТЕ ПРИЛОЖЕНИЯ ВЪРХУ ХРАНИТЕЛНО ПОВЕДЕНИЕ ПО ВРЕМЕ НА ПАНДЕМИЯТА COVID-19</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Антония Янева, Десислава Бакова, Кристина Килова</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ПРЕВЕНЕНИЯ НА ИНФЕКЦИИТЕ СВЪРЗАНИ С МЕДИЦИНСКОТО ОБСЛУЖВАНЕ ПРИ ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА ПАЦИЕНТИ С ИЗГАРЯНИЯ</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Анушка Димитрова</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>НЯКОИ РИСКОВЕ ЗА ЗДРАВЕТО СВЪРЗАНИ С БОДИ МОДИФИКАЦИИТЕ (ТАТУИРОВКИ И ПИЪРСИНГ)</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>Васил Котетаров, Мария Георгиева – Котетарова, Десислава Бакова</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>НЯКОИ ДИГИТАЛНИ ЗДРАВНИ ТЕНДЕНЦИИ, КОИТО ЩЕ СЛЕДИМ ПРЕЗ 2021 ГОДИНА</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>Владимир Гончев</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ЦИФРОВИ ЗДРАВНИ ТЕХНОЛОГИИ, КОИТО В БЪДЕЩЕ ЩЕ ПРОМЕНЯТ ДЕЙНОСТТА НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>Владимир Гончев</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ГОТОВНОСТТА НА МЛАДИТЕ ХОРА ДА СЕ ВАКСИНИРАТ СРЕЩУ COVID-19 И СТЕПЕНТА ИМ НА ИНФОРМИРАНОСТ ЗА СЪСТАВА НА ВАКСИНИТЕ, ТЯХНОТО ДЕЙСТВИЕ И ПОЛЗАТА ОТ ТЯХ</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>Даниела Величкова-Хаджиева</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ПРОФЕСИОНАЛНАТА ПОДГОТОВКА НА СТУДЕНТИТЕ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ «МЕДИЦИНСКА СЕСТРА» ЗА РАБОТА С ДЕЦА В РАНА ДЕТСКА ВЪЗРАСТ</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>Даниела Величкова-Хаджиева</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ПРЕДДИПЛОМНИЯТ СТАЖ – ЗАВЪРШВАЩ ЕТАП НА ПРОФЕСИОНАЛНОТО ФОРМИРАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ В МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛОВДИВ. СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ – 2016 – 2021 Г.</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>Даниела Танева, Йорданка Цокова, Ангелина Киркова</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ИДЕНТИФИЦИРАНЕ И КОНТРОЛ НА ОСНОВНИТЕ РИСКОВИ ФАКТОРИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ИСХЕМИЧНА БОЛЕСТ НА СЪРЦЕТО</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>Диана Иванова</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ОЦЕНКА НА БОЛКАТА ПРИ ПАЦИЕНТИ С ОСТЪР КОРОНАРЕН СИНДРОМ. СЕСТРИНСКИ ПОДХОД ЗА ГРИЖИ.</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>Диана Иванова</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ИНФОРМИРАНОСТ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ В УЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА ЕПИЛЕПСИЯТА</td>
<td>58</td>
</tr>
<tr>
<td>Димитрина Благоева</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ВОДЕЩИ ПРОБЛЕМИ ПРИ ОБУЧЕНИЕТО НА СТУДЕНТИТЕ ПО ИНТЕНЗИВНИ ГРИЖИ</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>Димитрина Милякина, Камелия Богданова, Галина Чанева</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>СЪСТОЯНИЕ И ТЕНДЕНЦИИ ПРИ ОБУЧЕНИЕТО И КВАЛИФИКАЦИЯТА НА МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ В БЪЛГАРИЯ</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>Жени Стайкова, Мария Титопулу</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ПРОУЧВАНЕ НА ДИНАМИКАТА НА КОНФЛИКТИТЕ В ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>Иванка Стамболова</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>МНЕНИЕ НА СЛУЖИТЕЛТЕ В ЦЕНТРОВЕТЕ ЗА СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ ЗА НАЛИЧИЕТО НА АГРЕСИЯ ОТ СТРАНА НА ПАЦИЕНТИ, ТЕХНИТЕ БЛИЗКИ ИЛИ ГРАЖДАНИ, СВИДЕТЕЛИ НА ИНЦИДЕНТ</td>
<td>79</td>
</tr>
<tr>
<td>Изабела Оганесян, Ивелина Дянкова</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
РАННИ КОЖНИ РЕАКЦИИ ПРИ ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ. ПЛАНИРАНЕ НА СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ
Калина Катранджиева

РИСК ОТ ОСТЕОПОРОЗА СРЕД ЖЕНИ
Катя Попова, Станислава Стойнова, Радка Генчева

ТЕЛЕНЪРСИНГ В ПАНДЕМИЯ: ПОГЛЕД В НАСТОЯЩЕТО ИЛИ В БЪДЕЩЕТО
Кристина Килова, Дияна Янкова

ТЕЛЕРЕХАБИЛИТАЦИЯТА: БЪДЕЩЕТО НА МЕДИЦИНАТА В РЕХАБИЛИТАЦИЯТА?
Кристина Килова, Надежда Куцева

РИСКОВИ ФАКТОРИ И ЗДРАВНО ОБУЧЕНИЕ НА ПАЦИЕНТИ С ХРОНИЧНА ИСХЕМИЧНА БОЛЕСТ НА СЪРЦЕТО – РОЛЯ НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА
Мариета Тодорова, Наталия Господинова, Джейлан Коджа, Мариела Шенгарова, Невена Бозова

АНТИМИКРОБНА АКТИВНОСТ НА НЯКОИ ЛОКАЛНИ АНЕСТЕТИЦИ
Мария Дангова, Силвия Стамова, Надя Агова, Ивелин Илиев, Светлана Георгиева

ТРУДНОСТИ ПО ВРЕМЕ НА ДИСТАНЦИОННОТО ОБУЧЕНИЕ В УСЛОВИЯТА НА ПАНЕДМИЯТА COVID-19 - АНКЕТНО ПРОУЧВАНЕ
Мария Семерджиева, Десислава Бакова

ПОЛИТИКИ ЗА ПРЕОДОЛЯВАНЕ НА ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВАТА В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
Милена Владимирова, Жени Стайкова, Галинка Павлова

КАЧЕСТВОТО НА ГРИЖИТЕ ЗА ДЕЦА С УВРЕЖДАНИЯ ПРЕЗ ПОГЛЕДА НА АКТУАЛНИТЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИ РОЛНИКИ
Моника Обрейкова

ПОДХОДИ ЗА СИНТЕЗ НА ХИДРАЗОНИ С ПОТЕНЦИАЛНА БИОЛОГИЧНА АКТИВНОСТ
Надя Агова, Ивелин Илиев, Силвия Стамова, Светлана Георгиева

РОЛЯТА НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА В ПАТОЛОЖЕСТНАТА ГРИЖА КАТО ИНТЕГРИРАНА ЗДРАВНО-СОЦИАЛНА УСЛУГА В ОБЩИНА БУРГАС
Петя Стефанова, Албена Айдунова

NITROFURAL – ПОЛЗИ И НЕДОСТАТЪЦИ
Соня Иванова, Светлана Георгиева, Илиян Колев

ТЕХНОЛОГИЯ В ПОМОЩ НА ОНКО БОЛНИТЕ
Соня Ненчева

ЗДРАВНАТА ИНФОРМИРАНОСТ В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ КАТО ИНСТРУМЕНТ ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА СЪРДЕЧНОТО ЗДРАВЕ
Таня Попова

ПОТРЕБНОСТ ОТ ЗДРАВНО ОБУЧЕНИЕ ПРИ УЧЕНИЦИ ЗА ПОЛЗИТЕ ОТ ЗДРАВОСЛОВНОТО УПРАВЛЕНИЕ И ПРЕВЕНЦИЯТА НА СЪРДЕЧНИЯ РИСК
Таня Попова, Надя Василева, Антоанета Терзиева

ИЗСЛЕДВАНЕ НА ЖЕЛАНИЕТО НА СТУДЕНТИТЕ ЗА УЧАСТИЕ В НАУЧНО-ИЗСЛЕДОВАТЕЛСКИ ПРОЕКТИ
Деана Тодорова, Албена Айдунова, Мима Николова, Силвия Кючукова

ЕЛЕКТРОННАТА ТЕХНИКА КАТО СЪВРЕМЕНЕН ФАКТОР В ОБУЧЕНИЕТО НА СТУДЕНТИТЕ
Силвия Кючукова, Албена Айдунова, Мима Николова, Енчо Бойчев, Мануел Танев
ABSTRACT: The COVID-19 pandemic has affected various aspects of human health, including eating habits, the quantity, and quality of food, physical activity, and mental health. Eating behavior changes requires special attention as this is a key factor for good health. Mobile applications play an important role in everyday life and have a huge potential to be used to promote and build a healthy lifestyle. Mobile applications can allow users to raise awareness, define and track their goals related to nutrition and physical activity, improve their self-control, etc. This article discusses food and nutrition mobile apps and the potential that they offer to influence eating habits in social isolation due to the COVID-19 pandemic. The development of mobile applications for the promotion and support of healthy nutrition and physical activity habits is a key element in the strategy to overcome the effects that the COVID-19 pandemic has had on health and people's eating behavior. Further and in-depth study of the impact of mobile applications on nutrition and the opportunities they offer to promote health and build healthy eating habits is needed.

Key words: eating habits, mobile apps, nutritional support, COVID-19
Приложението позволява на потребителите да попълват персонализирани инструкции за доставка, като изисква от щофьорите да осъществят подходящи дейности за оставянето на пакети. Възможностите включват анализ на търсенето на хранителни стоки, която отчита значително нарастване в продажбите на търсенето след месеца март 2020 г., особено в държави с увеличен брой случаи на COVID-19 [6]. Тези приложения могат да обслужват различни възрастови групи. Осигуряват възможността на някои хора да поръчат храни за по-възрастни си близки, вместо да я доставят сами, особено ако са под карантини.

Хроничните заболявания хипертония и диабет, могат да бъдат контролирани с учреждения и подходяща хранителна диета [7]. Мобилното приложение MYFITNESSPAL осигурява броенето на калории и хранителния режим. То може да бъде надежден мотиватор за промяна в поведението. Установено е, че използването на MYFITNESSPAL повишава също така благосъстоянието [8]. Ограничените на приложението са свързани с недостатъчно неподходяща оценка на приема на хранителни добавки и липса на ефективност при пациенти без желание за самоконтрол върху калорийния прием [9].

Други възможности за повлияне върху хранителното поведение са хранително консултиране със специалист чрез телефон, телеkonференция или други цифрови канали, като е подходящо и възможно, за да се сведат до минимум ненужните контакти.

Правят се опити за въвеждане на мобилни приложения MUST и SARC-F за определяне на диастоличното хранение при пациенти с хранителни нарушения, които биха могли да се прилагат успешно в първичната медицинска помощ [10,11,12].

Те дават възможност за идентификация на хранителен риск (недохранване, прехищване, дистрибуция, загуба или увеличаване на теглото, намалена мускулна маса вследствие на заболяване и т.н. Въз основа на получените резултати се предписва съответния хранителен режим [29,30]. Приложението може да изчислява необходимите калории, протеини, микроелементи или нуждата от допълнителни лекарства, като се има предвид специфичността на пациентите, приготвяне на бързи и т.н. Като съществена предимства е индивидуално изготвянето хранителен режим да бъде съобразен с личността на пациента и съществуващият състояние на пациента, възможността за избягване на ненужни контакти.
Заключение

С напредъка на мобилния софтуер и технологии мобилните приложения се превърнаха във важен елемент в нашето ежедневие. Те осигуряват връзка с близки, достъп до услуги за доставка на храна, електронен достъп до доставчиците на здравни услуги за наблюдение и подпомагане на здравословното състояние. Поради тази причина трябва да се насърчава тяхната употреба, тъй като значително ограничава нуждата от напускане на дома и излагане риск от заразяване с COVID-19. Във връзка с храненето чрез различните мобилни приложения може да се осигури дистанционно наблюдение на хранителните условия, избор на храни (хранителни вещества), адекватна хранителна оценка и практически насоки за оптимално хранително поведение на нуждаещите се.

Литература

5. Duffett, B. Food delivery companies offer ‘social distance’ with no-contact delivery options. Eater San Francisco; Available at: https://sf.eater.com/2020/3/12/21175886/postmates-doordash-grubhub-no-contact-covid-19
7. 10 Most Common Chronic Diseases - *Healthy Aging Blog* | NCOA. NCOA; Available at: https://www.ncoa.org/blog/10-common-chronic-diseases-prevention-tips/


Adresse за кореспонденция
Гл. ас. Антония Янева, дм
4002, Пловдив
бул. „Васил Априлов― №15А
Факултет по Обществено здраве
Медицински университет – Пловдив
E-mail: antoniya.yaneva@mu-plovdiv.bg
ABSTRACT: Globally, healthcare associated infections accompany the activities of hospitals and have a serious impact on health, which is exacerbated by the multiple resistances of the pathogens that cause them. This leads to both increased morbidity and mortality rates and increased treatment costs. The treatment of severe and extensive burns is complex - surgical and intensive. The widespread use of invasive procedures and multiple therapies expose patients to increased risk [3]. The aim of the study was to establish the opinion of nurses on the safety of intensive care and approaches to the prevention of healthcare associated infections in burn patients. Material and methods. The study used a documentary method, a sociological (survey) method and a graphical method to illustrate the results. The study was conducted in the period 2019-2020 among 249 nurses working in intensive care facilities. Results and discussion. Just over half (54.47%) of nurses partially follow the rules for preventing the risk of infections in invasive procedures and techniques. Over a third (36.55%) of them have skills in applying dressings, but only 16.87% have knowledge of modern wound treatments. Conclusion. Prevention of infections in the treatment of burns requires in-depth knowledge of the frequency, sources of infections, identification of risk factors that increase the likelihood of developing an infection and resistance to treatment among the causes for infection. Up-to-date information on the size of the problem serves as a starting point for formulating strategies aimed at good medical practice.

Key words: burns, infections, intensive care, nurses.
общо заболяване, предизвикано от локални поражения, възприети във вътрешни органи, системи на органна и обмяната на веществата. Независимо от етиологичния фактор (пламък, париране, химикал, електричество) патофизиологичните механизми на увреждане са сходни и се проявяват под формата на общища тъканна деструкция, съчетана с увличена капилярна пропускливост и значителна загуба на течности извън съдовото русло [3].

Подобно на други развиващи се страни и у нас има ограничен брой специализирани болници за лечение на изгаряния.

В зависимост от степента на увреждане, лечението на пациенти с изгаряне може да се провежда в хирургичните отделения, отделенията за лечение на изгаряния и структурите за интензивно лечение на болничната помощ [6]. Лечението на тежките (общищни) изгаряния е комплексно - хирургично и интензивно. Интензивното лечение е съвършено с повишен риск от нозокomialни инфекции, което за- дължително изисква прилагането на постоянни (базови) мероприятия за контрол и ограничаване на нозокomialните инфекции. Широката употреба на инвазивни процедури и множествената терапия на пациентите в интензивните клиники/отделения излагат пациентите на повишен риск [3], [9].

При изгарянията благоприятна среда за растеж и размножаване на микроорганизми са поразените раневи повърхности с разпадащи се некротични тъкани. Раневата контаминация над определени стойности прераства в инфекция. Наличието на отворени към системното русло крьвоносни съдове и нарушения в имунния статус, вътрешните органи и системи при обширните и дълбоки изгаряния предизвикат за генерализиране на раневата инфекция и развитието на бактериемия и сепсис. Тези пациенти са подложени на множество инвазивни процедури, които са допълнителни източници за инфекция, т.напр. венозни и уретрални катетеризации, провеждане на парантерално хранене, интубация при асистирано и известно дишане и други [3]. Търсенето на входните врати на бактериената е и важно условие за тяхната профилактика. Текущият мониторинг включва редовно проследяване на раневата флора, изследване на урокултури, вземане на материал за изследване при смяна на ЦВК, изследване на трахеобронхиален секрет при интубирани пациенти или храчки при клинични данни за инфекция на долните дихателни пътища и др.

Провеждането на едновремен и стриктен клинико-микробиологичен мониторинг при пациенти на интензивно лечение е източник на база данни за профилактика и насочват към основните мерки за ограничаване на бактериемите при изгаряне [9]:

1. Адекватно локално третиране с антисептични препарати, хидротерапия, ранно оперативно лечение.
2. Стриктно спазване на асептичните техники при поставяне и поддържане на ЦВК, като се избягват контамиращите области и преминаване през раните. Ежедневно инспектиране за признаки на възпаление и смяна на катетрите на 5 до 7 дни.
3. Стриктно спазване на асептичните техники при поставяне и поддържане на уретрални катетри, интубационни тръби и трахеални канюли с ежедневна пречица за екстубация и спиране на седативната терапия.
4. Правилно водене на антибботичната терапия с цел предотвратяването на множествено резистентни бактериални шамове.
5. Текущо провеждане на хигиенни грижи и ранно раздвижване на болниците.

Подходите и мерките за превенция и контрол на инфекциите в процеса на интензивно лечение се основават на доказани научни факти в областта на медицината и фундаменталните науки, а високото ниво на съвременните технологии осигурява все по-ефикасни начини за тяхното приложение.

Целта на проучването е да установи мнението на медицинските сестри относно безопасността при прилаганите интензивни грижи и подходи за превенция на инфекциите свързани с медицинското обслужване при пациенти с изгаряния.

Материал и методи

В проучването са използвани документален метод, социологичен метод и графичен метод за излюлтрация на получените резултати. Изследването е проведено в периода 2019-2020 година сред 249 медицински сестри, от които 163 са работещи в интензивните клиники/отделения, а 86 от тях в структури за интензивно лечение на изгарянията от пет Университетеските болни-
ци за активно лечение в градовете София, Пловдив, Плевен.

Резултати

Възрастовата характеристика на анкетираниите медицински сестри показва, че с най-голям относителен дял (40,21%) е групата на лицата от 51 до 60 години, на второ място с 36,08% са тези между 41-50 години, следвани от анкетираните на възраст между 31-40 години (21,65%). С най-малък относителен дял от 2,06% са анкетираните между 20-30 години.

По отношение на професионален стаж в интензивните структури за лечение с най-голям относителен дял (31,33%) са лицата в групата от 11 до 20 години, следвани от тези между 6-10 години (20,88%) и на трето място с 19,28% тези със стаж от 1 до 5 години (табл.1). С дългогодишния опит в практика на медицинските сестри се утвърждават правила и норми при провеждане на механична белодробна вентилация, осигуряване и поддържане на съдови линии, ентерално хранене, поставяне и грижи за уретрални катетри. Спазването им води до намаляване на риска от допълнителни усложнения за пациента.

Таблица 1. Трудов стаж и професионален стаж в отделения за интензивно лечение

<table>
<thead>
<tr>
<th>Години</th>
<th>Общ трудов стаж</th>
<th>Професионален стаж в ОИЛ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Брой</td>
<td>Отн. дял %</td>
</tr>
<tr>
<td>1-5 год.</td>
<td>16</td>
<td>6,43</td>
</tr>
<tr>
<td>6-10 год.</td>
<td>15</td>
<td>6,02</td>
</tr>
<tr>
<td>11-20 год.</td>
<td>54</td>
<td>21,69</td>
</tr>
<tr>
<td>21-30 год.</td>
<td>92</td>
<td>36,95</td>
</tr>
<tr>
<td>31-40 год.</td>
<td>64</td>
<td>25,70</td>
</tr>
<tr>
<td>над 40 год.</td>
<td>8</td>
<td>3,21</td>
</tr>
<tr>
<td>Общо</td>
<td>249</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Всеки пациент, обект на интензивно лечение трябва да се разглежда и третира като потенциален източник на нозокомиални инфекции (НИ), така също и самият той е високорисков да развитието на инфекция. Причината връзка рядко може да бъде доказана, но като критерии за поява има следните: изкуствена белодробна вентилация на пациент през последните 48 часа, преди поява на пневмонията; наличие на централен венозен катетър (ЦВК) през последните 48 часа преди поява на първичния сепсис; наличие на уретрален катетър през последни-
Фиг. 1. Спазване на правилата за добра сестринска практика при инвазивните процедури

Познаването на превързочната техника при лечение на раневите повърхности, както и на съвременните локални средства за лечение на изгарянията имат същественно значение при оказване на качествена медицинска грижа. Резултатите показват, че 36,55% от анкетираните сестри владеят превързочните техники за лечение на рани, 24,90% от тях само отчасти, а 22,89% не могат да преценият. Отрицателни отговори се посочват от 15,66% от анкетираните.

По отношение на съвременните локални средства за лечение се отбелязва различие в резултатите от изследването. Над една трета (34,14%) от респондентите посочват, че немогат да преценият, следвани от тези дали отрицателен отговор (30,92%), а 18,07% от тях имат познания само отчасти. Положителните отговори са посочени едва от 16,87% от анкетираните сестри (фиг. 2):

Фиг. 2. Познания по отношение на превързочните техники и локални средства за лечение
На въпроса дали и колко пъти са участвали в курсове за следдипломно обучение (СДО) по темата за превенция на ИСМО през последните пет години, значителен дял от анкетираниите (67,07%) дават отрицателен отговор, 32,93% от тях посочват „само веднъж“, а отговорите „два пъти“ и „три пъти“ не се посочват (фиг. 3):

Фиг. 3. Участие в следдипломно обучение за превенция на ИСМО в работната среда

Спецификата на медицинска дейност в структурите за интензивно лечение налага цялостна, последователна политика за превенция, която обхваща технологията, организациата на работата, условията на труд и обучението на всички служители от различните нива в процеса на работа. Това поставя изискването 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.

Резултатите показват, че с най-висок относителен дял (66,67%) са анкетираните сестри с категорична проявя на интерес към обучение по темата, 26,42% от тях посочват «само отчасти», а 6,91% дават отрицателен отговор (фиг. 4).

Фиг. 4. Проява на интерес за обучение по отношение на нозокомиалните инфекции
В процеса на интензивно лечение организациите на работата често преминават в спешен порядък, при което подготовката и личната отговорност на медицинските екипи имат изключително значение за превенция на инфекциите, свързани с медицинското обслужване. Проблемът с нозокомиални инфекции свързани с упражняване на медицински дейности има пряко отношение към безопасността на пациентите и персонала. Честотата на идентифицираните случаи само по себе си е индикатор за качеството на лечебно-профилактичната дейност и един от основните инструменти за управление на качеството в лечебните заведения

Обсъждане

Възрастовата характеристика на анкетираните медицински сестри (n=249) е в широки граници. С най-голям относителен дял (40,21%) е групата на лицата от 51 до 60 години, следвани от тези между 41-50 години (36,08%). Установен дългогодишен стаж и професионален опит на медицински сестри дава основание да приемем, че те добре познават организацията на дейност в интензивни структури за лечение и съпътстващите ги проблеми по отношение на превенцията и контрола на инфекциите свързани с медицинското обслужване при изгарянята. Анализът на резултатите показва, че с най-голям относителен дял (31,33%) са лицата с професионален стаж от 11 до 20 години, следвани от тези в групата от 6 до 10 години (20,88%) и на трето място (19,28%) са с стаж от 1 до 5 години.

При съществуващата организация на интензивните грижи при лечение на пациенти с изгаряния се установява, че 54,47% от анкетираните сестри само отчасти спазват правилата за превенция на риска от ИСМО при провеждане на инвазивни процедури и прилагани техники, а 40,24% от тях са напълно категорични в отговорите си.

Както вече споменахме лечение и грижи за пациенти с изгаряне в зависимост от степента на увреждане, може да се провежда в общи хирургически отделения и структури за интензивно лечение на болнична помощ. Това обяснява разнообразието в отговорите по отношение на практическите познания за превързочните техники и съвременните локални средства за лечение. Установява се, че с най-голям относителен дял (38,55%) са анкетираните с категорични по отношение на познанията си за превързочните техники при лечение и 31,73% за локалните средства при лечение. Посочените отрицателни отговори на двете изследвани явления са близки по стойност (14,46% и 14,06%). Познанията на съвременните локални средства и прилагането на специални превързочни техники при лечение на раневите повърхности допринасят за качеството на медицинската грижа.

Ефективността на провежданите изследвания, манипулации и процедури е в пряка връзка с квалификацията и професионалните умения на медицинските сестри в специализираните структури. Установява се, че през последните пет години над половината (67,07%) от анкетираните сестри се участвали в следдипломно обучение по темата за превенция на ИСМО, а 32,93% от тях само веднъж. Изключително важно за качеството на прилаганите здравни грижи в интензивно-того лечение на изгарянията е придобиването на широк обхват знания и професионална компетентност по отношение на превенцията на ИСМО в практиката.

Данните от изследването показват, че над половината (66,67%) от медицинските сестри категорично проявяват интерес към по-широк обхват познания в насока превенция на инфекциите в работната среда, а желанието на близко една трета (26,42%) от тях е само отчасти. Анализът на резултатите установява връзка между необходимостта от познанията по отношение превенция на ИСМО в практиката на реанимативните сестри и тяхното желание за участие в следдипломно обучение по темата.

Изводи

1. Медицинските сестри работещи в интензивните отделения имат дългогодишен професионален опит в интензивното лечение и оценяват съпътстващите проблеми по отношение на ИСМО.

2. Над половината от медицинските сестри (54,47%) само отчасти спазват правилата за превенция на риска от инфекции при провеждане на инвазивни процедури и прилагани техники.

3. По-голямата част от медицинските сестри (64,56%) не се участвали в продължаващо обучение по темата за превенция на нозоко-
миалните инфекции при пациенти на интензивно лечение.

4. Медицинските сестри (66,67%) категорично проявяват интерес и желание за повишаване на професионалните си знания по проблема, което налага въвеждане на ясността, последователна политика за обучение на персонала от различните нива.

Заключение

Осигуряването на безопасност за пациенти и медицински персонал е важен елемент на качеството и управление на риска в лечебния процес. Превенцията и контролът на ИСМО са отговорност на всеки медицински и немедицински специалист в лечебните и здравни заведения. Те могат да бъдат успешни, при обединените усилия на всички представители на медицинското съсловие, като лекари от клиничните специалности, специалисти по здравни гръжи, специалисти по контрол на инфекциите, както и ръководствата на ниво структура и лечебно заведение.

Разпространението на инфекциите в структурите за интензивно лечение при пациенти с изгаряния изисква задълбочени познания за честотата на инфекциите, източниците на възникване, идентифициране на рисковите фактори за развитие и поява на резистентност сред причинителите. Изключително важно е да се определи отношението на придобитите инфекции в интензивните структури за лечение към изхода на резултата от критичното боледуване на пациента. Навремената актуална информация за размера на проблема следва да бъде отправна точка при формулирането на стратегии насочени към добрата медицинска практика.

Литература

2. Вачева-Добревска, Р. 2014. Превенция на нараявания 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 клиницисти ISSN 1312-4765, БулНозо академия; 140:144.
4. Захариева Б., А.Кеворкян, Й.Стойлова. 2013. Управление и контрол на взривовете от вътреболнични нозокomialни инфекции. Клинична епидемиология под ред. на Й.Стойлова, Райков; 173:179
5. Наредба № 3 от 8.05.2013 г. за утвърждаването на медицински стандарт по превенция и контрол на вътреболничните инфекции, обн., ДВ, 43 от 14.05.2013 г.
6. Наредба № 6 от 24.08.2015 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Пластично-възстановителна и естетична хирургия" (обн., ДВ, 43 от 18.09.2015 г., в сила от 1.01.2016 г.).
8. Радев, В. 2016. Нозокomialни инфекции в централна реанимация с общоболничен профил. Дисертациян труд, МУ-Плевен.

Доц. Анушка Нишан Димитрова, дм Катедра по здравни гръжи, ФОЗ Медицински Университет - София София 1431, бул. “Аkad. Иван Гешов” 15 e-mail: anushka_dimitrova@abv.bg
HEALTH RISKS ASSOCIATED WITH BODY MODIFICATIONS (TATTOOS AND PIERCING)

Vasil Kotetarov, Maria Georgieva-Kotetarova, Desislava Bakova

ABSTRACT: For thousands of years, people have changed the appearance of their bodies with cosmetics, jewelry, tattoos, piercings and other surgical procedures. Body piercing and tattooing are practiced in almost every culture. In some cases, they may be associated with ritual ceremonies and religious rites. Very often tattooing and piercing poses significant health risks.

This article presents some of the health risks associated with the most common body modifications (tattoos and piercings).

The ever-increasing number of people with tattoos and piercings and the risks they may pose to health is the reason European Commission has taken measures to regulate the use of certain paints for tattooing, due to suspicions they are carcinogenic. The latest changes that Brussels has made to the regulation ban green and blue colors in some cosmetic products. From January 4th, 2022 the introduction of more stringent control over tattoo paints is forthcoming, as experts believe that as a long-term consequence the ink in the skin can lead to cancer, genetic mutations, reproductive problems and allergies.

Key words: body modification, tattoo, piercing, health risks
Някои рискове за здравето при татуиране

Поставянето на пиърсинг е нелицензирана дейност, тъй като няма признато професионално обучение за нейното осъществяване. Голяма част от лицата, които поставят пиърсинг-гите се учат чрез обмисъл на опит и с помощта на обучители видеоклипове. Затова се препоръчва изключително внимателно да се подхожда към избора на специалист, тъй като се изискват определени медицински познания за анатомията на човешкото тяло.

Някои рискове за здравето при татуиране

При тази инновативна процедура маститостата се вкарва с помощта на игли под епидермиса в слоевете на кожата между епи-дермалния и дермалния слой. До края на 19-ти век тази процедура се е извършвала на ръка, с помощта на различни клини, метални инструменти и игли. Днес поставянето на татуировки в развитите държави се прави с машини за татуиране.

Проникването на иглата унищожава клетъчните слоеве на подкожна тъкан. В резултат на това човешката имунна система вече не е в състояние да премахне багрилата. Мастилото се задържа трайно под кожата. При тази процедура се е извършвала на ръка, с помощта на различни клини, метални инструменти и игли. Днес поставянето на татуировки в развитите държави се прави с машини за татуиране.

Проникването на игралата унищожава клетъчните слоеве на подкожна тъкан. В резултат на това човешката имунна система вече не е в състояние да премахне багрилата. Мастилото се задържа трайно под кожата. При тази процедура се е извършвала на ръка, с помощта на различни клини, метални инструменти и игли. Днес поставянето на татуировки в развитите държави се прави с машини за татуиране.

Изборът на областта на тялото за поставяне на пиърсинг е доста интересен. Най-широко разпространеното място е традиционното пробиване на ушни мида. Честотата и вида на усложненията след поставяне на пиърсинг в голяма степен зависят от местоположението, използване на инструментариум, опита на специалиста, хигиената и последващата грижа. В британско проучване на лица с пиърсинг между 18 - 24 години е установено, че вероятността за усложнения в областта на гениталиите е най-голяма (44.6%), следват зърната на гърдите (24.7%), устните/езика (24.3%), около ушата (14.8%), ушите (14.4%) и носа (9.9%) [11,12]. Основните рискове са развитие на бактериални и вирусни инфекции (включително некроза), разкъсване, сърце захарен диабет или с нарушен имунна система, със сърдечни проблеми, склонност към кървене, атопичен дерматит и др. [15,16,17].
татуиране представлява „врата“ за микробни патогени, които в последствие могат да причинят локална инфекция на раната. В някои случаи е възможно да възникнат продължителни инфекции след татуировка, които възникват при 0.5% до 6% от всички татуирани хора, което е около шест милиона души в Европа [1]. Няма категорични данни за честотата на инфекциите, причинени при процеса на татуиране. Според епидемиологични проучвания инфекционните усложнения след татуировка се срещат при 0.5% до 6% от всички татуирани хора, което е около шест милиона души в Европа [1].

Максимальна част от инфекциите могат да се причинят след неправилен дезинфекционен процес. Неразтъричените във вода мастила за татуировки след производство се опаковат в контейнери за многократна употреба, тъй като се придвижват при работа и се намират в събирането при неправилна употреба. Също така, неразтърканията или застранилите мастила се опичат и от производители на мастила за татуировки [1].

Идентифицирането на рисковите фактори и възможните за заплаха фактори е от голямо значение като част от мерките за превенция в областта на общественото здраве. Хората с татуировки и пирсинг са значително уязвима общност, които се нуждае от повишаване на тяхната осведоменост за здравето или от допълнително здравно образование. Това е изключително необходимо поради непрекъснато нарастващия брой на желанието за татуировки и пирсинг.

Заключение

Непрекъснато увеличаващият се брой на хората с татуировки и пирсинг и рисковете, които могат да крият за здравето е причина Европейската комисия да предприеме мерки за забрана на някои бои за татуировки заради съмнения, че са канцерогенни. Последните промени в регламента, които Брюксел направи е забрана на зелените и сините цветове в някои козметични продукти. От януари 2022 г. предстои въвеждане на сериозен контрол върху боите за татуи, тъй като експертиите смятат, че в дългосрочен план мастилото под кожата може да доведе до рак, генетични мутации, репродуктивни проблеми и алергии.

Лицата със склонност към татуировки и пирсинг са изключително уязвима общност, които се нуждае от повишаване на тяхната осведоменост за здравето или от допълнително здравно образование. Това е изключително необходимо поради непрекъснато нарастващия брой на желанието за татуировки и пирсинг.
 vinculating between and health risk for health. Additional risks of tattooing and piercing may lead to different forms of health risk and the connection between body modifications and health is almost all social classes. Body piercing has been practiced since ancient times. The trend of body piercing has increased due to the changes in the connection between the two. This has led to the possibility of providing opportunities for the treatment of body modifications and health, and to encourage further research on body modifications and health connection across social classes and to provide the possibility of understanding health and behavior. The purpose of this study would be to promote further research on body modifications and health, and to encourage further research on body modifications and health connection across social classes and to provide the possibility of understanding health and behavior.

**Literature**


ABSTRACT: Artificial intelligence, digital health, telemedicine, portable sensors, virtual reality - these new technologies will completely change the way patients and healthcare professionals perceive healthcare. The coronavirus pandemic has caused an explosive increase in the need for digital services, including those related to health and medicine. Objective: This review is to explore some of the directions that new digital technologies will change in near future Source of information: Searched in the databases of Google, Google Scholar, Medscape, Medline, Linkedin, Twitter by keywords: nursing, telemedicine, digital health, artificial intelligence, virtual reality, COVID 19 Results: The review shows that the COVID 19 epidemic catalyzes the application of modern digital technologies in the work of medical professionals. Conclusion: The new epidemic situation caused by COVID-19 already further catalyzes the faster application of telemedicine, digital health in most medical fields, specialties and activities. Many medical professionals and activities could benefit greatly from technology, as this can make their tasks less difficult, more creative, and free up some of their time.

Key words: telemedicine, digital health, artificial intelligence, virtual reality, public health COVID 19

Въведение

Виртуална реалност, изкуственият интелект и преносимите сензори – тези нови технологии ще променят изцяло начина, по който пациентите и лекарите и медицинските специалисти възприемат здравеопазването. Новите дигитални технологии в някои медицински дейности ще позволят на медицинските специалисти да се съсредоточат върху лечение и грижи за пациентите и ще се избягне повтарящата се част от ежедневието им работата. Съвремените дигитални тенденции в здравеопазването имат огромно влияние върху начина, по който работят лекарите и останалите медицински специалисти и голямо значение какви задачи и отговорности им позволява да поемат. Има много повтарящи се и монотонни задачи, които повечето медицински специалисти извършват с досада. Дигиталните здравни решения могат да ги изпълняват по-добре, по-бързо и по-евтино. Тези задачи обикновено не изискват никаква креативност или съпричастност. Процесът на цифрови технологии навлизат в здравеопазването е по-сложен, отколкото просто да кажем, че изкуственият интелект (ИИ) или роботиката ще поеме медицинската дейност и работата.

Целта на настоящото проучване е да направи преглед на развитието на дигиталните здравни тенденции, чието развитие ще има отражение върху дейността на медицинските специалисти през 2021г.

Материал и методи

Източник на информация: Осъществено е търсене в базите данни на Google, Google Scholar, Medscape, Medline, Linkedin, Twitter по ключови думи: тенденции в цифрово/дигитално/ здраве, обществено здраве, телемедицина, изкуствен интелект, виртуална реалност COVID 19

Резултати и обсъждане

В нашето изложение ще разгледаме някои тенденции в дигиталните технологии в здравеопазването, които ще имат развитие през 2021г.

1. Домашни лабораторни тестове
   Напредъкът в тази област е едно от най-важните постижения и резултати в медицината. Въпреки използването тестовете в домашни условия има шийсет година история, истинският пробив настъпи, когато тестването
2021 година ще има повече домашни и анти-може да се предположи със сигурност, че през ЕМА тестове ще нараства експоненциално, рени от оторизираните институции като FDA, нена ната да стане основна и широко разпростране пациенти да получат достъп до здравеопазване.

Тъй като броят на надеждните и дори добри тестове ще нараства през 2021 година, може да се предположи със сигурност, че през 2021 година ще има повече домаши и антигенични тестове за COVID-19 на разположение навсякъде по света [3,4].

2. Имунозначени маркери

В последните месеци се прокрадва идеята и концепцията за имунозначени маркери, при която лицето може официално да докаже, че е ваксинирано срещу конкретния вирус. Първоначално концепцията включваше хора, които са преболедували вируса, но са се възстановили, но тъй като вирусът може да бъде открит повече от веднъж, идеята е отхвърлена. Такива тестове или сертификати (QR код или под друга форма) трябва да ни позволят да живеем по-нормално, да пътуваме и да работим.

Тази идея присъства на дискусионната маса от началото на пролетта на 2021г. и вече има няколко приложения на концепцията - дори и в началото на епидемията. Те трябва да се справим с нарастващата тенденция на дезинформация в тази област. Социалните мрежи и блоговете се превърнаха в меди и много медицински и немедицински знаменности, които са лидери в областта си, с една публикация могат да променят нагласите на милиони последователи.

Предполага се, че през 2021г. ще има дори повече дезинформация в социалните меди и онлайн. Трябва да сме подготвени за безброй нови информационни ресурси, докато старите като WebMD и Medscape ще се борят за вниманието в новата „джунгла“ на медицинските информационни канали. Оглед на това трябва да избираем разумно източниците си и да сме сигурни, че няма да се изгубим в тази информационна джуngle [8].

5. Устройства за самонаблюдение

Устройствата и сензорите за самоконтрол се увеличават от началото на епидемията. Те могат да помогнат при откриването на симптомите на вируса, като форма на устройства или приложения. Интелигентни часовници, импулсни оксиметри, сензори и дори онлайн гласов анализи - търсенето на дигитални, интелектуални решения като WebMD и Medscape ще се борят за внимание концепцията за имунизационен паспорт, при която лицето може официално да докаже, че е ваксинирано срещу конкретния вирус. Програмата за наблюдение след ваксинация у дома, която осигурява лично карти [5,6,7].

3. По-нататъшно развитие и прилагане на телемедицината

След 2020 г. през 2021г. се очаква телемедицината да стане основна и широко разпространена медицинска активност. Дистанционните грижи ще бъдат безопасна норма във всички по-нормално, да пътуваме и да работим.

Тази идея присъства на дискусионната маса от началото на пролетта на 2021г. и вече има няколко приложения на концепцията - дори и в началото на епидемията. Те трябва да се справим с нарастващата тенденция на дезинформация в тази област. Социалните мрежи и блоговете се превърнаха в меди и много медицински и немедицински знаменности, които са лидери в областта си, с една публикация могат да променят нагласите на милиони последователи.

Предполага се, че през 2021г. ще има дори повече дезинформация в социалните меди и онлайн. Трябва да сме подготвени за безброй нови информационни ресурси, докато старите като WebMD и Medscape ще се борят за вниманието в новата „джунгла“ на медицинските информационни канали. Оглед на това трябва да избираем разумно източниците си и да сме сигурни, че няма да се изгубим в тази информационна джуngle [8].

5. Устройства за самонаблюдение

Устройствата и сензорите за самоконтрол се увеличават от началото на епидемията. Те могат да помогнат при откриването на симптомите на вируса, като форма на устройства или приложения. Интелигентни часовници, импулсни оксиметри, сензори и дори онлайн гласов анализи - търсенето на дигитални, интелектуални решения като WebMD и Medscape ще се борят за внимание концепцията за имунизационен паспорт, при която лицето може официално да докаже, че е ваксинирано срещу конкретния вирус. Програмата за наблюдение след ваксинация у дома, която осигурява лично карти [5,6,7].

4. Дезинформация в здравеопазването

Процесите в здравеопазването през 2020 г., а и в предишните години ясно показва, че трябва да се справим с нарастващата тенденция на дезинформация в тази област. Социалните мрежи и блоговете се превърнаха в меди и много медицински и немедицински знаменности, които са лидери в областта си, с една публикация могат да променят нагласите на милиони последователи.

Предполага се, че през 2021г. ще има дори повече дезинформация в социалните меди и онлайн. Трябва да сме подготвени за безброй нови информационни ресурси, докато старите като WebMD и Medscape ще се борят за вниманието в новата „джунгла“ на медицинските информационни канали. Оглед на това трябва да избираем разумно източниците си и да сме сигурни, че няма да се изгубим в тази информационна джуngle [8].

5. Устройства за самонаблюдение

Устройствата и сензорите за самоконтрол се увеличават от началото на епидемията. Те могат да помогнат при откриването на симптомите на вируса, като форма на устройства или приложения. Интелигентни часовници, импулсни оксиметри, сензори и дори онлайн гласов анализи - търсенето на дигитални, интелектуални решения като WebMD и Medscape ще се борят за вниманието в новата „джунгла“ на медицинските информационни канали. Оглед на това трябва да избираем разумно източниците си и да сме сигурни, че няма да се изгубим в тази информационна джуngle [8].

5. Устройства за самонаблюдение

Устройствата и сензорите за самоконтрол се увеличават от началото на епидемията. Те могат да помогнат при откриването на симптомите на вируса, като форма на устройства или приложения. Интелигентни часовници, импулсни оксиметри, сензори и дори онлайн гласов анализи - търсенето на дигитални, интелектуални решения като WebMD и Medscape ще се борят за вниманието в новата „джунгла“ на медицинските информационни канали. Оглед на това трябва да избираем разумно източниците си и да сме сигурни, че няма да се изгубим в тази информационна джуngle [8].
до помощ при откриването на нови лекарства. Потенциалът на ИИ в здравеопазването е много голям. Въпреки че е сравнително млада област, вече има множество проучвания и приложения за изкуствен интелект в здравеопазването [12,13]. Решенията, базирани на изкуствен интелект, променят здравеопазването към по-добро. Наблюдаваме тази тенденция през последните години и COVID-19 постави допълнителен акцент върху използването на такива инструменти. Хю Харви рентгенолог и клиничен академик, изчислява, че след 10 години, използването на ИИ ще бъде рутинна в практиката на NHS. Освен това ИИ ще трансформира значението и дейността на медицинските специалисти и лекарите - някои задачи ще изчезнат, докато други ще бъдат добавени към рутинната работа. Никога обаче нямама да има ситуация, в която автоматизацията - било робот или алгоритъм ще заеме мястото на лекаря и медицинския специалист [14].

Заключение

В последните десетина години се наблюдава бурно развитие на дигиталното здраве и телемедицината. Това дава нов гласък за развитието на медицината и медицинската наука. Но различните медицински специалности са повлияни в различна степен, някои придобиват по-бързо развитие от други. Новата епидемична ситуация предизвикана от COVID-19 ще катализира допълнително по-бързото приложение на телемедицината, дигиталното здраве, изкуствения интелект и виртуалната реалност в повечето медицински специалности и дейности.

Литература

3. The Rise Of At-Home Lab Tests - The Medical Futurist
4. The Digital Health Techs that are Here to Stay After COVID-19 - The Medical Futurist
5. Will You Need an An Immunity Passport After COVID-19? (medicalfuturist.com)
6. Covid-19 UK: Fears over new NHS vaccination identity card | Daily Mail Online
7. CommonPass | Digital Health App
8. The Most Reliable COVID-19 Online Resources: Your Ultimate Guide - The Medical Futurist
9. Monitoring COVID-19 from hospital to home: First wearable device continuously tracks key symptoms - Northwestern Now
10. Uchealth deploys BioIntelliSense Bio-Button™ Vaccine (globenewswire.com)
11. The Medical Futurist
12. A short guide for medical professionals in the era of artificial intelligence | npj Digital Medicine (nature.com)
13. New Study: The State Of A.I.-Based, FDA-approved Medical Devices And Algorithms – An Online Database - The Medical Futurist
14. Why AI will not replace radiologists | by Hugh Harvey | Towards Data Science

Владимир Гончев
„Проф. д-р Асен Златаров“ - Бургас
Катедра ОУЗ
e-mail: gonchev@gmail.com
DIGITAL HEALTH TECHNOLOGIES THAT WILL CHANGE THE FUTURE ACTIVITIES OF NURSES

Vladimir Gonchev

**ABSTRACT:** Artificial intelligence, digital health, telemedicine, portable sensors, virtual reality - these new technologies will completely change the way patients and healthcare professionals perceive healthcare. The coronavirus pandemic has caused an explosive increase in the need for digital services, including those related to health and medicine. **Objective:** This review is to explore some of the directions that new digital technologies will change in nursing. **Source of information:** Searched in the databases of Google, Google Scholar, Medscape, Medline, Linkedin, Twitter by keywords: nursing, telemedicine, digital health, artificial intelligence, virtual reality, COVID 19. **Results:** The review shows that the COVID 19 epidemic catalyzes the application of modern digital technologies in the work of nurses. **Conclusion:** The new epidemic situation caused by COVID-19 already further catalyzes the faster application of telemedicine, digital health in most medical fields, specialties and activities. Nurses could benefit greatly from technology, as this can make their tasks less difficult, more creative, and free up some of their time.

**Key words:** telemedicine, nursing, digital health, artificial intelligence, virtual reality, COVID 19

Докладът за състоянието сестринските грижи на СЗО за 2020 г. Подчертава значението на технологиите както в образованието, така и в практиката на медицински сестри [7].

ЦЕЛТА на настоящото проучване е да се изследват как съвременните цифрови технологии ще променят бъдещото развитие на дейността на медицинските сестри.

**Материал и методи**

ИЗТОЧНИК на информация: Осъществено е търсене в базите данни на Google, Google Scholar, Medscape, Medline, Linkedin, Twitter по ключови думи: сестринство телемедицина, дигитално здраве, изкуствен интелект, виртуална реалност COVID 19.

**РЕЗУЛТАТИ и обсъждане**

1. Въвеждането на роботиката намалява мононотонните задачи извършвани от медицинските сестри

Управлението на различни процеси в сестринската дейност - дезинфекция, преношение

**Въведение**

Професията на медицинска сестра е натоварена с изключително много изисквания и отговорности, но истинската пътническа работа е шанс да се докоснеш до живота на много хора. Това се наблюдава най-добре по време на пандемията на COVID-19. Когато целият свят е обзет от страх и несигурност, като мноzilla са под блокиране, медицинските сестри са активни участници на първа линия, помагайки на пациенти и лекари. В основата на сестринската професия са съпричастност, гриженост, внимание – дейности и качества, които никога няма да бъдат заменени от технологиите.

Технологичните иновации обаче могат да освободят медицинските сестри от тежестта на много мононотонни и повторящи се задължения и задачи, особено в пандемия, където времето е от съществено значение. Тези инструменти могат да станат част от ежедневието на медицинските сестри в близко бъдеще [2].
медицински изделия и медикаменти, повдигане на легналите пациенти, комуникация с пациенти и роднините им в болницата са все задачи, които роботите могат да помогнат.

Здравият робот TUG и рационализираният робот Simeks Relay улесняват вътреболничния транспорт на медицински изделия, лекарства, лабораторни пробы или чувствителни консумативи. Те могат да пренасят множество стелажи, колички или кошчета, и да работят деннонощно. И двата биха могли да дадат възможност на медицинските сестри да прекарат повече време с пациентите си.

Друг робот Moxie от Diligent Robotics, отнема повтарящи се задачи на медицинските сестри в болниците в Тексас. Пренася провизии от гардеробите и ги доставя до стаите на пациентите напълно автономно.

Помощта на медицинските сестри да поддържат най-високото ниво на хигиена е с роботът Xenex LightStrike. Този робот дезинфекцира пациентска стая за 10 минути и хируръчески комплект в рамките на 20 минути. Неговата ефикасност дори е доказана в над 40 рецензирани проучвания.

Освен роботите, които подпомагат медицинските сестри в множество задачи, има и няколко нововъведения, които им помагат да се справят с пациенти в по-трудни ситуации. Някои роботи „спътници“ могат да правят компани на хората, които се чувстват самотни, или да помагат при лечението на психични проблеми. Jibo, Pepper, Paro, Dinsow и Buddy са забележителни примери. Паро е оформен като пухкав тюлен бебе и се използва за освобождаване на стреса и облекчаване на тъгата и уединението. Pepper, високият 1,2 метра хуманоид “социален робот“, дори се използва като репетитор в белгийската и чешката медицина.

2. Отдалечена комуникация достигащи до изолирани общности

Пандемията на COVID-19 засили телемедицината в масовата практика. Това е ефективен инструмент за намаляване на ненужните посещения в болницата, намаляване на риска от кръстосани инфекции и все пак предоставяне на клинична помощ. Използването на една и съща технология е сестринска грижа за телездраве, която се използва като в спешни, така и в извънредни ситуации.

Медицински сестри от цяла свет могат да участват телефонно в медицински триаж. Освен това медицинските сестри могат да наблюдават нивата на кислород на пациента, сърдечната честота, дишането, кръвната глюкоза и др. В неспецифични ситуации медицинските сестри могат например да получат показвания за кръвното налягане или стойността на глюкозата на своите пациенти. Те също така могат да инструктират пациентите как да превържат рана или да лекуват леко изгаряне.

Компаниите за телездраве, като GreatCal, предлагат свои услуги на все повече пациенти.

Телекомуникацията не само се използва за осигуряване на грижи, но и за обучение на медицински сестри. Някои онлайн или дистанционни програми са показвали, че увеличават достъпа на медицински специалисти от селски и отдалечени лечебни заведения до образователните институции отбелязва доклад на СЗО.

3. Технология за вземане на кръв

Често процесът на вземане на кръв е проблем както за пациентите така и за медицинските сестри. Известно е, че пациентите изпитват дискомфорт при тази медицинска манипулация. От страна на медицинските сестри, те често трябва да се справят с дълги и неприятни моменти, преди да намерят подходящата вена. Това се добавя към неудобното изживяване на пациентите. Включването на роботи скенери на вени могат да помогнат за ускоряване на процедурата.

Друг подход за вземане на кръв чрез технология, базирана на светлина, за осветяване на периферните вени, което подобрява успеха за намiranе на вена. Устройства като AccuVein и VeinViewer използват такъв подход. Например AccuVein е бил използван при повече от 10 милиона пациенти и прави вероятността за откриването на кръвоносни съдове 3,5 пъти по-бързо и лесно.

4. Използване на 3D печат в медицинската практика на сестрите

Шини за пръсти, модели на органи, персонифицирани гипсови отливи, протези части, дори биоматериали, храна и в бъдеще органи - има невероятни неща, които вече могат да се отпечатват 3D в здравеопазването. Няколко от тези нововъведения определено биха могли да подобри работата на медицинските сестри.

Например медицинските сестри, на които е възложено да описват медицински процедури на пациентите, могат да използват подробни
модели с 3D печат. Това помага за подобряване на комуникацията при сложни процедури и по-добра визуализация [22].

Друг начин, по който технологията може да се използва, е да се хранят пациентите със специфични диети. Проектът Foodini от Natural Machines си партнира със здравните институции и власти, за да „отпечатава“ привлекателни храни за пациенти с рак или такива с ограничен режим на хранене [23,24].

Понякога самите студенти поемат инициатива да помагат на пациентите чрез 3D печат. Завършващите студенти - медицински сестри от университета в Колдуел са разработили уникална кутия за таблетки за пациенти с HIV / СПИН, които трябва да поглъщат по няколко на ден, но не искат винаги да бъдат питани за това [25,26].

5. Преносими диагностични устройства за увеличен достъп до грижи
Появата на джобни, лесни за употреба и преносими диагностични устройства улесняват и ускоряват грижите на медицинските сестри за пациентите. Измерването на здравите параметри и жизнените показатели ще бъде намалено до минути, а масивните, извънгабитирани машини за ултразвук, ЕКГ или лабораторни изследвания ще станат неща от минатото.

Всъщност сега всеки човек може да опакова диагностичните инструменти в малък куфар. Повечето от тях могат да качват показанията онлайн, за да бъдат споделени с професионалисти за по-нататъшна оценка. Такива преносими инструменти и съоръжения значително подобряват достъпа до грижи в отделени региони, в които липсват специалисти. В такива случаи самите медицински сестри могат да следят показанията и да ги споделят дистанционно с лекарите за по-задълбочени анализи [27].

Например, медицинската сестра може да проследява жизнените показатели на пациента с положителен COVID-19 с Viatom CheckMe Pro и да преслушва бял дроб с Eko Core. Двете могат да бъдат изпрепратени на лекар за дистанционно наблюдение на състоянието на пациента и препоръчване на хоспитализация в случай на съмнението [28].

Преносимите ултразвукови устройства като Philips Lumify и Clarius могат допълнително да помогнат на медицинските сестри в определени критични задачи. Медицинските сестри, обучени да използват такива устройства, могат точно да изчислят задържането на течности като в плевралните кухини на бълките дробове, така и в долна куха вена на пациента със сърдечна недостатъчност. Това им позволява да дозирам по-точно диуретични лекарства, за да предотвратят вредното задържане на течности при тези пациенти [29,30].

6. Изкуствен интелект, който оценява рисковете и премахва умората от алармените устройства
Изкуственият интелект (ИИ) има потенциала да оптимизира силно процесите в болниците и дори да елиминира проблемата умора от аларма. Чрез повишаване на ефективността на ИИ ще бъде от голяма полза за медицинските сестри.

Изследователите от университета Дюк демонстрираха такова приложение на ИИ в сестринските грижи. Техният алгоритъм за обучение (deep learning) със Sepsis Watch помага да се оценява рискът на пациента за развитие на сепсис. Той автоматично предупреждава екипа за бързо реагиране на болницата в случай на високорисков пациент и помага през първите три часа на администриране на грижите. Това е от решаващо значение за предотвратяване на усложнения [31].

Алармената умора се отнася до момента, в който медицинските сестри стават дезинсебилизирани към алармени знаци от безбройните устройства, излъчващи множество звукови сигнали през цялата седмица. В здравните заведения се наблюдават средно до 187 аларми на легло на ден, от които 72% до 99% са фалшиви предупреждения. Тези сигнали допринасят за умората от аларма, което може да накара медицинските сестри да пропуснат някои фалшиви сигнали, които наистина са нуждаещи от клинично внимание. И.И. може да намали скоността на фалшивите аларми и по този начин да премахне умората от аларма. В проучване от 2019 г. изследователите показаха, че базирана на ИИ система спомага за намаляване на уведомленията, получени от болноledgerите, с дял до 99%. С такава система сестрите могат да бъдат уведомявани за случаи, които изискват внимание и да се фокусират върху тях [32,33].

7. Виртуална реалност (VR) и приложението й в медицинското образование
Медицинското образование, хирургията, рехабилитационната медицина, психиатрията и психологията могат да се възползват от виртуалната реалност. Сферата на медицинските грижи също може да се възползва от плодовете на технологията [34].
Виртуалните симулации могат да подпомагат фазата на обучение на медицинските сестри. Проучване на Wolters Kluwer дори установява, че 65% от образователните програми за медицински сестри могат да ползват виртуални симулации. Това гарантира, че медицинските сестри са готови за практика и подобрява процеса на обучение [35].

Например, Университетът Робърт Морис разработи VR игра, позволяваща на студентите да се обучават в катетеризация на пикочен мехур. Обучените във VR студенти показват същата скорост на усвояване като тези, практикуващи на манекени.

Други като Университета на Нова Англия и Университета на Мичиган използват VR, за да поставят студентите в симулации, където те трябва да тренират своите комуникативни и съпричастни умения [36].

8. Нова технология за по-добро управление на лекарствата

Управлението на някои лекарства може да получи тласък от нови технологии като чат ботове, придружаващи роботи и цифрови таблетки.

Чатботовете вече са неразделна част от здравната система. По време на пандемията на COVID-19 бяха стартирани няколко специализирани чатбота за дистанционна оценка на риска и все още се използват; но тези чат-ботове могат допълнително да облекчат тежестта за медицинските сестри, като допълнят някои от техните задачи. Например, Флоренция е електронна “лична медицинска сестра” в син цвят. „Тя“ може да напомни на пациентите да пийнат хапчетата си, което може да е полезно за по-възрастните пациенти [37].

Вместо виртуален чатбот, Catalia Health разработи физически робот за управление на лекарствата. Симпатичният робот Mabu не само напомня на пациентите да приемат лекарствата си, но също така дава информация за доставчиците на здравни услуги.

Заключение

Много специалисти се опасяват, че изкуственият интелект, роботите и автоматизацията ще заемат работните им места в здравеопазването. Статистиката показва, че медицинските сестри са област с постоянен растеж на заетост и търсенето на медицински сестри ще продължи да се увеличава в бъдеще, особено след глобалното застъпяване на населението и във връзка с бързото развитие на медицинските технологии в здравеопазването.

Тъй като сестринските грижи изискват усъвършенствани социални умения, високо ниво на съпричастност и емоционална интелигентност, роботите или интелигентните алгоритми скоро няма да запълнят полето. Търсенето на медицински сестри ще нарасне, но ще има части от работата им, която ще се допълва от технологии като чат ботове, 3D печат, ИИ, VR. Медицинските сестри биха могли да се възползват много от тези технологии, тъй като това може да направи задачите им по-малко тежки, по-креативни и може да освободи част от времето им.

Литература

7. State of the World’s Nursing Report - 2020 (who.int)
8. Mobile Robots for Healthcare - Pharmacy, Laboratory, Nutrition and EVS (aethon.com)
9. How Diligent’s Robots Are Making a Difference in Texas Hospitals - IEEE Spectrum
10. Xenex LightStrike Robot - Destroy Deadly Pathogens and Deactivate SARS-CoV-2
11. PARO Therapeutic Robot (parorobots.com)
12. COVID-19 and the rise of Telemedicine - The Medical Futurist
THE READINESS OF YOUNG PEOPLE TO BE VACCINATED AGAINST COVID-19 AND THEIR LEVEL OF AWARENESS ABOUT THE COMPOSITION OF VACCINES, THEIR ACTION AND THEIR BENEFITS.

Daniela Velichkova-Hadzhieva

ABSTRACT: The development of public immunity is the main means of combating infectious diseases. Developing collective immunity is the desired goal that the world must achieve to cope with the Covid-19 pandemic. Vaccines play a primary role in the development of this immunity. With regard to the spread of Covid-19 infection, young people with less infection have a significant contribution to the mechanism of public immunity and the cessation of the spread of the infection. The participation of this group of the population in the vaccination process at this stage of the pandemic will help the endangered groups of the population to protect themselves from infection and subsequent serious illness. Therefore, it is necessary for this group of society to be actively involved in the vaccination process. The presented study aims to examine the level of awareness of young people about vaccines and the benefits of vaccination. To study their readiness to be vaccinated, as well as the main sources from which they receive information about the spread of the infection and the benefits of vaccination.

Key words: young people, immunity, vaccines, readiness, awareness.

Въведение

информация по поставените проблеми, да се доверим на науката [6].

Където съвремен ния човек търси информация по такива важни въпроси, каквито са ваксините и мястото им в борбата с пандемията? Дали младите хора, се обръщат за информация към научни източници? На тези и други въпроси е потърсен отговор с проучването което е представено в този доклад.

Човешкият организм има мощно оръжие за борба с микроорганизмите причиняващи заболявания и това е имунната система. Тя непрекъснато защитава организма от бактериални и вирусни инфекции. Това се осъществява чрез изработване на имунитет [1], [8].

Имунитетът е устойчивостта на организм на химични, физични и биологични патогенетични фактори на околната среда. Имунитетът е сложна система от защитни приспособителни реакции на организма, чиято основна цел е да се съхрани хомеостазата и генетичната цялост на организма, независимо от промените на заобиколващата го жива и нежива природа. Според начина на изработване имунитета бива два вида - вроден и придобит.

Придобития имунитет се развива след болнуване или придобиване на определено заболяване или след ваксиниране [3], [4]. Целта на ваксинирането е да се създаде имунитет, чрез внасяне в организма на микроорганизми или техните продукти, антигени. Последните предизвикат създаване на антитела, които предизвикат имунитета от съответното за- боляване. Малка част от хората остават намирни (т.е. не образуват антитела), въпреки ваксинирането. Колкото повече лица в обществените си системи (т.е. са имунизирани), толкова по-брзо се осъществява защита за останалите граждани.

Водеща роля в борбата със заразните заболявания има изработването на обществен имунитет. Той е ефективна форма на непряка защита, за тези които не са ваксинирани срещу дадено инфекциозно заболяване. Ваксиниранияте лица в обществото защитават не само себе си, но и предотвратяват разпространението на заразата сред останалите членове на общество. Друга полза от масовото ваксиниране е, че от една страна има отношение към превенцията на заразните заболявания, а от друга значително намалява употребата на антибиотици и съответно на това ограничава антимикробната резистентност [2].

Разработването на много и различни по своя състав ваксини дава надежда, че ще се създадат една или няколко успешни ваксини, които ще бъдат ефективни, но и безопасни за различните възрастови групи. [7]

Учените непрекъснато разработват ваксини срещу различни заболявания и до днес по данни на СЗО, в света се употребяват около 18 вида ваксини за различни заболявания, които са доказали своята ефективност. Ваксинирането е спасило живота на милиони хора, предимно деца [6], [5].

При разработването на ваксини се използват три основни подхода. Тези подходи се различават по това дали за изработването на ваксината се използва цял вирус или бактерия, или се използва само част от тях, която стимулира имунната система на човека. При третия подход се използва само генетичен материал, който дава инструкции за синтезиране на специфични за микроорганизма белъти, а не за целия вирус или бактерия [1], [7].

Цел на изследването. Представеното изследване има за цел да проучи степента на информираност на младите хора от Благоевград, по отношение на ваксините и готовността им да участват в процеса на ваксиниране.
Методи
За целите на това изследване бе използван анкетния метод. Поради усложнената епидемиологична обстановка, анкетните карти бяха разпространени електронно, чрез приложението Google Forms.

Инструментарий
За целите на проучването бе изготвена анкетна карта с 14 въпроса.
Резултатите са представени графично.

Резултати
Анкетното проучване се проведе в периода м. Февруари 2021г. до м. Април 2021г. Анкетните карти бяха изпратени на 100 човека на 20–35 годишна възраст. Коректно попълнени бяха 83 от върнатите анкети.
Разпределението на респондентите по възрастови групи, е както следва: на възраст 20–25 години са 49%. Във възрастовата група 26–30 години са 17,6%, а 33,3% са на възраст 31–35 години (Фиг. 1):

Фиг. 1. Възраст
Според пола в 94% от участвалите са жени и 6% са мъже.
По отношение на ваксинирането и желанието да се ваксинират, при 13,7% от анкетираните е поставена първа доза ваксина и им предстои да направят втора доза. Все още обмислят да се ваксинират 37,3%, а 49% не са се ваксинирани, но и не смятат да се ваксинират (фиг. 2):

Фиг. 2. Ваксинирани
На фиг. 3 са представени резултатите за причините поради, които респондентите не желаят да се ваксинират или обмислят още дали да се ваксинират.
Недостатъчното време за проучване на страничните ефекти от ваксините, които в момента се използват посочват като причина 73,9% от анкетираните. Ежедневните съобщения за ваксиниращи с усещания, спират 54,3% да се ваксинират. Нямат доверие на учените, разработили ваксините, и затова не вярват на съобщаваните резултати за високия процент защита от ваксините 41,3% от участващите в анкетата млади хора. Според 26,1% е по-добре да изработят естествен имунитет вместо да се ваксинират. Като пропаганда за увеличаване на печалбите на фармацевтичните фирми виждат ваксинирането 23,9% и това е причина да не желаят да се ваксинират, а 15,1% приемат че това е поредната акция на политиците, за да държат населението в напрежение и страх и така да го манипулират по-лесно. Не смятат, че има епидемия и затова няма да се ваксинират 6,5%, а 32,6% смятат, че е „мъдро“ да изчакат до есента, за да видят как ще се развие ситуацията с пандемията, дали няма да се появи нови по- сигурни и по- ефективни ваксини. Резултатите надхвърлят 100%, защото анкетираните са имали възможност да изберат повече от един отговор.

Фиг. 3. Причини да не се ваксинират
До каква степен са запознати със състава на ваксините и тяхното действие е следващия въпрос, резултатите от който са представени на фиг. 4. По-голяма част от анкетираните лица - 70,1%, са отчасти запознати със състава на ваксините и тяхното действие. Напълно са запознати със състава на ваксините и тяхното действие само 15,7% и не са запознати с ваксините и тяхното действие 13,7% от участниците в изследването.

След като разбрахме откъде получават анкетираните млади хора информация за ваксините, за процеса на ваксиниране, за броя на показалите странични ефекти, идва логично и въпроса Къде според тях трябва да се публикува информация за такива важни въпроси за общността, каквито са пандемия, ваксините, ваксинирането.

Според 47,7% е добре да има специална интернет страница, на СЗО и МЗ, на която да се публикува актуална информация за ваксините. По-важно от това да се публикува информация за ваксините, според 37,3% е да се публикува информация, за личните предпазни средства и правилната им употреба. Искат ежедневна информация от медните 29,4% от респондентите. Интересно е, че 25,5% от анкетираните предлагат училищата и ВУЗ, да се проведат кампании, които да запознават учениците и студентите с ваксините, ваксинирането и ползата от тях за обществото. Интерес представлява и предложението на 19,6% от участниците в анкетата млади хора, да се изготвят информационни брошюри от РЗИ с актуална за момента информация и да се разпространяват безплатно по домовете на хората. Според 23,5%, не е необходимо да се дава публична информация на хората, който иска сам ще си намери такава информация (фиг. 6):

Фиг. 5. Източници на информация

От приятели и познати са получили информация за ваксините 37,3% и само 21,6% от личния лекар. В началото на този доклад бе споменато, че експертите на СЗО, съветват да се използват като средство за информация научната литература 39,2%, а 35,5% са използвали като средство за информация сайта на МЗ.

Фиг. 6. Как да се предостави информацията

Убедени ли са участниците в анкетното проучване, че масовото ваксиниране на населението ще спре разпространяването на инфекцията, това е следващия въпрос, който им беше зададен. Не са напълно убедени 37,3% от анкетираните, 15,7% са напълно убедени в това и 13,7% са убедени в голяма степен. Не са убедени, че това твърдение е правилно и се съмняват във правотата му 17,6%, а 15,7% категорично заявяват, че ваксинирането няма да спре разпространението на Covid-19. (фиг. 7)
Една голяма част от дискусиите в днешната ситуация, са върху твърдението, че да се боледува от Covid-19 и да се изгриди естествен имунитет е по-безопасно от ваксинирането. Как приемат участниците в представеното анкетно проучване това твърдение? Напълно го подкрепят 31,4%, а 33,3% го подкрепят в голяма степен. По-скоро не го подкрепят 17,3%, в голяма степен не го подкрепят 3,9% и 13,3% са против това схващане (фиг. 8):

Фиг. 8. Изграждане на естествен имунитет.

В края на анкетата е проучено и мнението на респондентите по отношение на противоепидемиологичните мерки за безопасност, които се препоръчват от здравните власти. По-вече от половината анкетираните или 52,9% стриктно спазват тези мерки. Спазват ги само, когато са в закрито помещение с други хора 29,4%, понякога ги спазват 11,8%. Макар и много малка част от анкетираните, само 5,9% не спазват противоепидемиологичните мерки, защото смятат, че няма смисъл от тях (фиг. 9):

Фиг. 9. Противоепидемиологични мерки

Заключение

Макар, че проведеното анкетно проучване е със сравнително малък обхват и не може да претендира за изчерпателност и обща приложимост на получените резултати, то дава възможност да се разберат търсениятата на мненията на младите хора за актуални въпроси, като ваксините и процеса на ваксиниране. На базата на представените резултати може да се направят следните изводи:

Младите хора не са склонни да подкрепят масовото ваксиниране в страната, защото не съмняват в точността на направените изследвания относно страничните ефекти и ефективността от ваксинирането.

От една страна искат информация от медиите, но от друга честите съобщения за влошено здравословно състояние след ваксиниране ги разколебава самите те да се ваксинират.

Интернет си остава и по въпросите за ваксините и ваксинирането, най-предпочитания източник на информация.

Интересно е предложеното на участниците в изследването, училищата и университетите да подготвят информационни кампании съобразени с въпроси, които интересуват младите. Това е една изпълнителна препоръка, която би дала възможност да се организират срещи на младите хора с учени от съответната област, на които те да се срещнат с учениците и студентите и да обсъдят с тях въпросите, които ги вълнуват.

Прави впечатление, че информираността на младите по отношение състояние на ваксините, тяхното действие и странични ефекти, не е на нужното ниво. Това е така, защото основен източник, както вече се спомена е интернет. Може би отговорните за това институции, трябва да се замислят, как да използват по-
ефективно този предпочитан от младите хора метод за получаване на информация, за да им предоставят по-достоверна и точна информация, която да ги мотивира да участват по-активно в процеса на ваксиниране и да покаже, важната роля и отговорността, която носят младите за изграждането на обществен имунитет, който ще предизвика уязвимите групи от населението от заразяване.

Общото впечатление, което оставя това изследване е, че младите хора, в голяма степен подкрепят антиваксърските течения и избират като възможност за изграждане на колективен имунитет преболедуването, вместо да се ваксинират. Приемат ваксините като не достатъчно разработена област в борба с Covid-19.

От друга страна обаче са склонни да прилагат предложения от здравните власти противоепидемиологични мерки.

Изследването постига поставената цел да проучи мнението на млади хора от Благоевград, по отношение на степента им на информираност за ваксините и процеса на ваксиниране и готовността им да се включат в този процес. Получените резултати дават възможност да се подготвят и проведат от преподаватели и студенти на катедра Здравни грижи към ЮЗУ „Неофит Рилски“, информационни кампании не само за Covid-19, но и за други теми свързани с профилактиката на заразните заболявания и промоцията на здравето. За да могат младите хора да участват активно в тези мероприятия сега и в бъдеще.

Литература

Интернет източници
2. www.publichealth.hscni.net 30.03.2021
3. www.nhs.uk/vaccinations 30.03.2021

гл. ас. д-р Даниела Величкова-Хаджиева
Университет: ЮЗУ „Неофит Рилски“ – Благоевград
катедра: Здравни грижи
адрес: Благоевград, ул. "Ив. Михайлов“ 66
е-mail: velichkova_hadjieva@swu.bg

36
THE PROFESSIONAL TRAINING OF STUDENTS MAJORING IN "NURSE" TO WORK WITH CHILDREN IN EARLY CHILDHOOD

Daniela Velichkova-Hadzhieva

ABSTRACT: Early childhood is a period of human development, which is characterized by rapid physical and mental development. During this period the cognitive functions, speech develop, the motor functions and the activity of the children improve, their social contacts expand. The children get to know a new social environment - the group in the nursery school. There they learn to communicate with older people outside the family, establish new social contacts and relationships with children of their bond. The professional qualification that nurses acquire allows them to work in the group in the kindergarten. The work of a nurse in a nursery school is different from working in a medical institution.

In addition to the peculiarities characteristic of physical development and the specifics of the pathological processes characteristic of age, the nurse working in a nursery is required to have knowledge of child psychology and pedagogy. This will give her the opportunity to prepare and conduct both organized activities and games for children in the nursery school. The purpose of the presented research is to study the degree of readiness of students, who are trained in the specialty "Nurse" for the work in the nursery school, their desire to receive additional professional training within the basic training for working with children from 1 to 3 years, as well as their readiness to participate in various forms of post-diploma qualification on topics related to early childhood. The opinion of the students about the changes that they think should be made in the current training was also studied.

Key words: students, vocational training, nurse, early childhood.

Въведение

Ранната детска възраст е значим период от развитието на човека, който оставя траен отпечатък върху нататъшното му развитие. Първостепенна роля върху правилното развитие на децата и създаването на условия за ефективно развитие на базисните им умения имат хората, които се грижат за тях – родители и професионалисти в заведенията за деца от 1 до 3 години. Детските ясли са мястото, където специалистите по здравни грижи, осигуряват благоприятни условия за правилното физическо и психическо развитие на децата.

Специалисти в областта на ранното детство – Атанасова-Вукова, В. Манова, Ф. Даскалова, подчертават, че през този период се поставят основите на бъдещото и информационна структура на социума и взаимодействията в него [4].

Според Г. Пирьов, колкото по-висок в еволюционната стълбичка е един организъм, толкова по-продължителен е периода на детството на този организъм. Освен това Г. Пирьов обръща внимание и на факта, че при общества с по-високо социално развитие, периодът на детството е по-дълъг, защото „се усвояват по-сложни начини на живот, за които е необходимо повече време” [8].

В. С. Мухина подчертава, че детето не е възрастен в умален вид, а коренно се разлива от него. Детето е различно от възрастните, както по отношение на физическото така и по отношение на психическото си развитие [6].

Водещи български специалисти в областта на ранното детство – Атанасова-Вукова, В. Манова, Ф. Даскалова, подчертават, че през този период се поставят основите на бъдещото
физически и психически развитие на индивида, за това, за пълноценното му протичане са необходими специални грижи [1], [2], [4]. В педагогическите и в психологическите изследвания липсва общицно определение на детството, въпреки това, според Л. Тодорова, понятието „детство се използва широко, многопланово и многозначно. В индивидуален вариант то е устойчива последователност от актове на съзряване на растящия човек. Исторически понятието детство се свързва не с биологическото състояние на незрялост, а с определен социален статус и с правата и задължения, които са присъщи на тази възраст и в самия човек във връзка с осъществяване на съвършенство на работата им в лечебните заведения. Това налагат в професионалната им подготовка да се акцентира не на какво, но на какви учебни дисциплини като, детска психология, детска педагогика, методика за провеждане на занимания в ранна детска възраст, психосоциална адаптация и ролята, които тя има при приемането на децата в детска ясла и др. [7].

В. Манова – Томова, акцентира върху многостранното единство на работата с децата в детските ясли. Това изисква от професионалистите, които работят, също да притежават мултиспецифични знания, с които да отговорят на изискванията [5].

Всичко казано до тук поражда въпроса, готови ли са дипломантите от специалност „Медицинска сестра“ да започнат работа в детска ясла и чувстват ли се достатъчно сигурни да работят с децата и техните родители? Представеното проучване има за цел да отговори, както на този, така и на други въпроси свързани с професионалната подготовка на бъдещите специалисти от детските ясли. Цели на изследването

1. Да се проучи учебния план на специалност от ПН 7.5. „Медицинска сестра“ за наличие в него на учебните дисциплини - Детска психология, Детска педагогика, Педиатрия и други, които са насочени към ранна детска възраст.

2. Да се проучи мнението на студентите от трети и четвърти курс, както и завършили студенти от специалност „Медицинска сестра“ в катедра Здравни грижи към ЮЗУ „Неофит Рилски“- Благоевград, за степента им на удовлетвореност от професионалната подготовка, която са получили по време на обучението за работа с деца от 1 до 3 години в детска ясла.

3. Да се проучи мнението на същата група изследвани лица за промените, които според тях трябва да се направят в учебния процес, за да е насочен към проблемите на ранната детска възраст и работата в детска ясла.
Методи
1. В изследването е използван документален метод за проучване на учебната документация – учебен план и учебни програми на специалност от ПН 7.5 Медицинска сестра.
2. За проучване мнението на студентите е използван анкетен метод. Поради епидемиологичната обстановка, анкетните карти бяха разпространени електронно, чрез приложението Google Forms.

Инструментарий
За целите на проучването бе изготвена анкетна карта с 16 въпроса.
Резултатите са представени графично.

Резултати
От проведеното документално проучване бе установено, че в учебния план на студентите от специалност „Медицинска сестра“ има няколко дисциплини, които осигуряват теоретична подготовка в областта на педагогиката, детската психология и педиатрията. Това са предметите Детска педагогика, Детска психология, Сестрински грижи в педиатрията, Педиатрия с неонатология, а освен това в два от семестрите се провежда учебна практика в детска ясла. Изразено в академични часов, това обучение включва: 85 часа теоретична подготовка, 30 часа упражнения и 120 часа учебна практика в детска ясла. При проучването на учебните програми на посочените предмети се установи, че учебния материал предложен в темите по тези предмети, предлагая обучение по въпроси свързани с поведението на медицинската сестра, както при заболявания в детската възраст, така и за физическото, нервно-психическото развитие на децата. Освен това са включени и теми свързани с обучението и образованието в ранна детска възраст. По време на практическото обучение, което се провежда в детска ясла се дава възможност на студентите да изграждат професионални умения за работа в детска ясла. Тематичните единици, които са предложени за разглеждане по време на учебната практика в детска ясла дават възможност студентите да се включват във всички режимни моменти, в които ежедневно активно участват медицинските сестри работещи в детска ясла.
Анкетното проучване се проведе в периода от м. Декември 2020 до м. Януари 2021 година. Изпратени бяха 73 анкетни карти, от които коректно попълнени се върнаха 63 анкетни карти. Обработката на получените от анкетирането се проведе през м. февруари 2021 год.
Според възрастта си участниците се разпределят, както следва: 63,5% са на възраст от 20 до 30 години; 23,8% - от 30 до 40 години и 12,7% са над 40 години. (фиг.1).
В трети курс са 65,1%, в четвърти курс са 15,9% и дипломирани са 19% от респондентите.

Фиг.1. Разпределение според възрастта

В момента на анкетирането 40% от анкетираните работят в болнични заведения, 2% работят в детска ясла и 1,6% работят в детска градина. В други лечебни заведения – лаборатории, дентални кабинети, медицински центрове и при ОПЛ, работят 14,3% от анкетираните. Поради бременност, раждане или отглеждане на дете до 3 годишна възраст не работят 34,9% от участниците в анкетното проучване (фиг. 2):

Фиг. 2. Месторабота в момента на проучването.
На въпроса „Достатъчна ли е подготовката, която сте получили по Детска психология?“, студентите и завършилите са отговори по следния начин: напълно достатъчна – 41,3%, по скоро достатъчна – 38,1%, по скоро недостатъчна – 19% и за 1,6% от анкетираните подготовката, която получават по детска психология е напълно недостатъчна (фиг. 3):

Фиг. 3. Подготовка по детска психология

Другият важен въпрос, който беше зададен е: Достатъчна ли е подготовката ви по детска педагогика? Резултатите са представени на фиг. 4. Според 41% от участвалите в проучването респонденти, подготовката, която са получили по Педагогика е напълно достатъчна, за да се справят със задълженията, ако работят в детска ясла, 34,9% смятат, че подготовката по тази учебна дисциплина е по-скоро достатъчна. По-скоро недостатъчна оценяват подготовка си 22,2% от анкетирания, а 2% оценяват подготовката по Педагогика като не достатъчна (фиг. 4):

Фиг. 4. Подготовка по Педагогика

Тази положителна оценка, която дават настоящите студенти, както и тези вече завършили обучението си налагат въпроса, дали тези професионалисти по здравни грижи, биха участвали в следдипломно обучение свързано с ранната детска възраст?

Това е въпроса, чиито отговори са представени на фиг. 5.

Фиг. 5. Участие в следдипломно обучение

Макар, че смятат подготовката си по детска педагогика и детска психология за напълно достатъчна, 34% от анкетираните биха участвали в следдипломно обучение, ако то е безплатно. Ако е организирано от институцията, в която работят 23,8% ще участват, също 23,8% ще участват независимо от условията, при които ще се организира, 36,5% биха участвали в такова обучение, ако е проведено с участието на видни специалисти в областта на ранната детска възраст и само 2% от участниците в анкетата не желаят да участват в следдипломно обучение, защото го смятат за ненужно.

Какви теми биха желали да са разгледат на следдипломното обучение, тези респонденти, които подкрепят провеждането му? От анкетираните 63 участници, 60,3% искат допълнително обучение по теми свързани със специфични състояния и оказване на първа помощ при инциденти в детска ясла. Въпроса за гърчове в детската възраст биха желали да се разгледа 49,2% от анкетираните, 55,6% имат нужда да получат допълнително обучение по темата психосоциална адаптация в детска възраст. Да се включат в следдипломното обучение теми свързани с методиката за провеждане на занимания с деца от 1 до 3 години са посочили 39,7% от респондентите, а 31,7% смятат, че е не-
обхардимо да се включат теми за работа с родителите на децата посещаващи детска ясла, същия брой анкетирани са посочили като желание за разглеждане на теми свързани с методите и формите използвани в процеса на обучение в ранна детска възраст. Тези резултати са представени на фиг. 6:

Фиг. 6. Теми за следдипломно обучение

Сбора от процентите на отговорите, които респондентите са дали на този въпрос надхвърля сто, защото са имали възможност да посочват повече от един отговор.

Промяната, която анкетираните предлагат да се направи в процеса на обучение по отношение на ранната детска възраст е представена на фиг. 7. Според 60,3% е необходимо да се увеличат часовете по учебна практика в детска ясла. Останалите 40% са на мнение, че не е необходимо никаква промяна в сега съществуващото обучение.

Фиг. 7. Повишаване на часовете за учебна практика в детска ясла

Резултатите от мнението на анкетираните студенти за възможността да получат допълнителна квалификация за работа с деца от 1 до 3 години, в рамките на базовото си обучение, са представени на фиг. 8. Биха се възползвали от възможността за такава допълнителна специализация 68,3% и отново са посочили като основание за това желание, възможността за по-добра професионална реализация. Желание за такова допълнително обучение в рамките на базовото им обучение с мотива, че това ще им спести разходи за следдипломна квалификация са посочили 20,6% и само 11,1% не желаят такова допълнително обучение, защото и без това са достатъчно натоварени в учебния процес.

Фиг. 8. Възможност да получат допълнителна квалификация за работа в детска ясла

Заключение

Обобщавайки резултатите от проведеното проучване можем да ги класифицираме в две групи. Към първата група се отнася оценката, която дават студентите и завършилите обучението си на теоретичната подготовка, която са получили по детска психология, педагогика и педиатрия. Според тяхната оценка, знанията, които получават им дават възможност за по-добра професионална реализация и ги правят по конкурентно способни на пазара на труда. Въпреки добрата теоретична подготовка, студентите смятат, че и след като започнат работа, трябва да имат възможност за следдипломна квалификация, по теми, които са важни и актуални при работа в детска ясла. Това тяхно желание, трябва да накара институциите, които отговарят за работата в детските ясли да подготвят ежегодни
програми за следдипломно обучение на професионалистите в детска ясла. Това желание на студентите, кореспондира и с мнението на национални експерти в областта на ранната детска възраст, които при изучване проведено от И. Шалапатова изразяват мнение, че акцента за ефективна грижа в ранна детска възраст трябва да се поставя и на професионалната квалификация и развитието на специалистите в тези детски заведения [12].

Другата група изводи се от настой на студентите, които ангажирани предлагат да се направят в сега съществуващото обучение, за да получат допълнителна квалификация за работа в детска ясла. На първо място се посочва увеличаване на часовете по учебна практика в детска ясла. Другата възможност, която студентите одобряват, е в рамките на сега съществуващото обучение да получат допълнителна квалификация за работа с деца от 1 до 3 години. Това е напълно изпълнимо, ако в сега съществуващите учебни планове се предлагат избираеми и факултативни дисциплини, които да повишават познанията им в областта на ранната детска възраст.

Литература
1. Atanasova – Vukova A. (1976), Adaptatsiyata na detsata pri priemane v detski yasli i gradini, Izd. NF, Sofiya
3. Zakon za draveto dop. DV. br.21 ot 12 Mart 2021g.
7. Naredba № 26 ot18 noemvri 2008 g. za ustrоystvoto i deynostta na detskite yasli i detskite kuhi i zdravnite iziskvaniya kam tyah. Obn. DV. br.103 ot 2 Dekemvri 2008g., , izm. i dop. DV. br.90 ot 20 Oktomvri 2020g.

Гл. ас. д-р Даниела Величкова-Хаджиева
Университет: ЮЗУ „Неофит Рилски“ - Благоевград
Катедра: Здравни грижи
Адрес: 2700 Благоевград, ул. „Ив. Михайлов“ № 66.
e-mail: velichkova_hadjieva@swu.bg
ABSTRACT: Current trends in the development of the nursing profession significantly increase the responsibilities of the nurse as part of the health care system. The functioning of the health system is largely related to the quality of training of nurses. The undergraduate internship gives the trainees the opportunity to enrich their professional knowledge, to work in a real work environment and to assess their level of preparation in terms of organizational, preventive, diagnostic, medical and other professional tasks. The purpose of this study is to make a comparative analysis for a five-year period - 2016 - 2021 of the opinion of future nurses about the organization and conduct of the undergraduate internship, as a final stage of their professional training. The opinion of the interns on the organization and conduct of the undergraduate internship, self-assessment of the level of their professional training, their communicative competence, as well as their proposals for reorganization of the units, in which the internship is conducted and its duration were studied. The results showed that the undergraduate internship is an important part of the training and helps them to develop as competent professionals.

Key words: interns, undergraduate internship, nurses, professional training
реална работна среда и да прецени своето ниво на подготвеност по отношение на организационни, профилактични, диагностични, лечебни и други професионални задачи. Заключителното практично обучение се провежда в здравни заведения, получили положителна аккредитационна оценка от МЗ съгласно чл.90, ал.1 на ЗЛЗ.

Цел на проучването

Сравнително проучване и анализ на мнението на бъдещите медицински сестри за организацията и провеждането на преддипломния стаж, като завършващ етап от професионалната им подготовка, за пет годишен период.

Материали и методи

Проучване мнението на стажант-медицинските сестри относно преддипломния стаж на базата на паралелния анализ за пет годишен период от време – 2016 – 2021 год. Проучването и при двете кохорти е проведено като моментно, анонимно – на 60 стажант-медицински сестри от Медицински университет – Пловдив, ФОЗ. За събиране на първичната статистическа информация е използван един от най-ефективните методи на медицинската социология – пряка групова анкета.

При статистическата обработка на информацията бяха използвани богатите възможности на медицинската статистика – вариационен, алтернативен и графичен анализ. При компютърна обработка на събранията база данни беше използван статистически пакет на версия SPSS 10.

Резултати и обсъждане

При провеждане на анкетното проучване е потърсена връзката между факториалния признак възраст и редица от резултативните признаци свързани с преддипломния стаж на стажант-медицинските сестри.

Студентките в специалността са равносътойно представени по брой участнички в двете проучвани кохорти, като преобладаваща част и при двете кохорти е във възрастова група е 23 – 25 г. (Фигура 1):

Фиг. 1. Възрастово разпределение на стажант-медицинските сестри

Спецификата на обучението на участващите в проучването студентки се определя в известна степен от факториалния признак „възраст”.

Получените резултати показват, че възрастта на студентите не оказва значимо влияние при цялостната оценка на организацията и провеждането на преддипломния стаж.

Проведената вътрешна съпоставка между двете години на проучването и възрастовата група на студентките с U-критерия за нормално разпределение позволява да се направят извода, че съществуващите различия са статистически незначими - P>0,05.

От съществено значение за качествено провеждане на преддипломния стаж е добрата теоретична и практическа подготовка на студентите през изминалите три години от обучението им.

През 2016 год. мнението на 86,6 ± 4,35 % от респондентите е, че професионалната им подготовка е на необходимото ниво и се чувстват уверени при изпълнение на поставените им задачи от преподавател или наставник, а
само 6,7 ± 3,22 % не могат да преценят нивото на подготовката си.

Интересни резултати се получиха при анализиране на данните от втората година на проучването – 2021 г. През 2020 г., заради настъпилата пандемия от Ковид – 19, обучението на студентите се провеждаше дистанционно. Това вероятно е причината, поради която преобладаваща част от респондентите се чувстват несигурни при изпълнение на специфичните си задължения. Според студентите обучението в електронна среда е оказало съществено влияние върху затвърждаване на практическите им умения.

Впечатлява факта, че при съпоставката на двете проучвания относителния дял на студентите, чувстващи се уверени по време на преддипломния стаж през 2021 г. е намалял с 5,63% - p < 0,001.

Преддипломният стаж осигурява специализирани знания в основните области от практическите основи на сестринските грижи. Съответно на ЕДИ и учебния план стажантите преминават през различни звена на заведенията за болнична и доболнична помощ.

Участниците в проучването бяха помолени да посочат в кои звена от ЛЗ се чувстват най-сигурни при изпълнение на сестринските задължения. И през двете години на проучването – (2016 и 2021 г.), студентите са посочили хирургично отделение, следвано от вътрешно отделение като звена, в които са уверени и сигурни да изпълняват сестринските дейности. Не са констатирани статистически изразими различия и през двата наблюдавани периода – p>0,05 (Фигура 2).

**Фиг. 2.** Подготовеност на стажантите за работа

На трето място през 2016 г. 15% студентите са посочили отделенията за инфекциозно болни като звена, в които се затрудняват да изпълняват профессионалните си задължения. Интересен факт е, че през 2021 г. процентът на студентите е намалял почти на половина по отношение на увереността им на работа – 6 % от анкетираните (Фигура 3).
През 2021 г. в инфекционно отделение работят над 29% от стажантите.

Изключително висок е процентът на стажантите – над 92%, който безотказно се включват в грижата за пациенти с Ковид – 19 инфекция в отделения и сектори на болниците в гр. Пловдив.

През 2020 г., поради усложнената епидемиологична обстановка, студентите от трети курс не провеждаха присъствено практическото си обучение в домовете за възрастни хора. Смятаме, че това е основната причина като стажанти през 2021 г. да се чувстват неуверени в тези здравни заведения.

Стudentите имаха възможност да посочат повече от един отговор и затова получените резултати са над 100%.

Потърсихме мнението на стажантите за необходимостта от включване на по-тясно специализирани клиники/отделения в преддипломния стаж. И в двете години на направените проучвания, студентите посочват, че включването на отделения като кардиохирургия, инвазивна кардиология, операционна и др. ще обогати тяхната професионална подготовка и ще ги направи по-сигурни при започване на работа.

Факториалният признак възраст не оказва статистически изразимо влияние върху структурата на посочените отговори дадени от участващите в проучването студенти – p>0,05.

На въпроса: Има ли според Вас здравни звезно, които трябва да отпаднат от преддипломния стаж – общо 33,33 % от анкетираните през 2016 г. стажанти посочват психиатричните центрове и центровете за работа с лица с физически увреждания. Това се потвърждава и при резултатите от проучването през 2021 г. Вероятно това се свързва с тяхната тревога и несигурност в professionалната им подготвност.

Интерес за нас представляваше самооценката на студентите за комуникативната им компетентност при общуване с пациентите и техните близки. Категоричен е отговорът на 93,33% от анкетираните, че нямам затруднения при комуникацията с пациентите, а мнението на 98,33% от респондентите е, че са успели да спечелят доверието им в ежедневната си дейност. Съпоставката на резултатите между двете проучвания през 2016 г. и 2021 г. не е статистически значима – p>0,05.

При проучване на Г. Терзиева се оказва, че макар и рядко стажантите имат затруднения при общуване, както с пациентите, така и с членовете на здравния екип. (Терзиева, 2012)

Петгодишен период на проучване (2016 – 2021 г.) показва, че не са настъпили съществени промени в мнението на студентите относно продължителността на преддипломния стаж като време достатъчно за доусъвършенстване на придобитите практически умения. И в двете кохорти, според стажантите медицинските сестри, продължителността на стажа е достатъчна. Проведеният сравнителен анализ констатира, че през втората година на проучване едва 2% от стажантите са на мнение, че продължителността на стажа е недостатъчна.
Фиг. 4. Достатъчно ли е времето на преддипломния стаж за усъвършенстване на практически ви умения?

Получените резултати от сравненияния анализ показват, че преддипломният стаж съдейства за формирането на професионално компетентна, хармонично развита личност способна да разбира и решава проблеми свързани със здравето на хората.

Изследване проведено през 2017 г. С. Драгушева потвърждава, че преддипломният стаж като заключителна форма на практически обучение допринася в най-голяма степен за професионалното формиране на медицинските сестри. (Драгушева и кол., 2018).

Изводи

1. Преддипломният стаж съдейства за формирането на професионално компетентна, хармонично развита личност способна да разбира и решава проблеми свързани със здравето на хората.

2. Възрастта на студентите не оказва съществено влияние в периода на преддипломния стаж.

3. Съпоставката между двете години на проучване показва, че относителния дял на студентите, чувстващи се уверени по време на преддипломния стаж през 2021 г е намалял с 5,63 % - п < 0,001.

4. Сравнителния анализ на резултатите показва, че и двете групи анкетирани стажанти са на мнение, че продължителността на стажа е достатъчна.

Литература

Георгиева, Д., Р. Иванова, Русе, 2012, Научни трудове на Русенския университет, т. 51, серия 8.3

Драгушева С., П. Петлешкова, Т. Паскалева, А. Катърджиева, Н. Маринова, 2018, Организационно-педагогически условия и фактори на преддипломния стаж за формиране на професионална компетентност у бъдещите медицински сестри. Управление и образование, 14(5), с.169-174.

Димитрова, Е. Клиничната подготовка на студентите медицински сестри, София, 2009.


Доц. Даниела Танева, дм Медицински университет – Пловдив, Катедра по сестрински грижи, Факултет по обществено здраве, e-mail: daniela.taneva@mu-plovdiv.bg

Йорданка Цокова, дм Медицински университет – Пловдив, Катедра по сестрински грижи, ФОЗ, e-mail: yordanka.tsokova@mu-plovdiv.bg

инж. Ангелина Киркова-Богданова, дм Медицински университет – Пловдив, Катедра по медицинска информатика, биостатистика и електронно обучение, Факултет по обществено здраве, e-mail: angelina.kirkova@mu-plovdiv.bg
IDENTIFICATION AND CONTROL OF MAIN RISK FACTORS IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

Diana Ivanova

ABSTRACT: Cardiovascular diseases are chronic in their course, very widespread and with serious medical and social problems to solve. Factors and conditions of a social nature mainly contribute to their appearance and spread. Ischemic heart disease develops when the blood vessels that supply blood to the heart (arteries) narrow or become blocked, causing part of the heart muscle to receive insufficient oxygen. As a result, the needs of the heart cannot be met and its function is impaired. The main risk factors that can lead to ischemic heart disease are: hypertension, abnormalities in fat metabolism, smoking, alcohol abuse, diabetes, obesity, low physical activity, psycho-emotional stress, unhealthy eating, and hereditary eating. Controlling risk factors for coronary heart disease and educating patients about lifestyle changes are an important part of nursing care, which can be adapted to each patient's individual risk profile. The aim of the present study is to identify the main risk factors related to diet and lifestyle, physical activity, in patients with ischemic heart disease and within nursing care to propose communication strategies for secondary prevention. The study diagnosed with ischemic heart disease was dominated by men - 64.00 %, overweight - 59.00 %, diabetes - 73.00 % and hypertension - 84.00%. Most patients - 62.00% are smokers, consume alcohol daily - 74.00 % and in 55.00% alcohol consumption exceeds 2 alcohol units. Respondents have unhealthy eating preferences - meat and sausages, fried foods, extra salt and irregular diet. Hospitalization for ischemic heart disease makes it possible to identify risk factors - diet and lifestyle and build an algorithm of risk reduction training as an integral part of nursing care and overall treatment of the patient.

Key words: patient, control, risk factors, nursing care, ischemic heart disease
проблем за общественото здраве и увеличава финансовите разходи на обществото. Намаляването или елиминирането на въздействието на някои рискови фактори може да доведе до съществено понижаване на риска от поява на Исхемична болест на сърцето. Нужни са координирани усилия в рамките на болничната и извънболничната помощ за обучение и стимулиране на пациента за промяна към по-здравословен начин на живот [7].

Цел

Целта на настоящото проучване е да се идентифицират основните рискови фактори, свързани с храненето и стила на живот, физическата активност, при пациенти с Исхемична болест на сърцето и в рамките на сестринските грижи да се предложат комуникационни стратегии за вторична профилактика.

Материал и методи

Проведено е анонимно анкетно проучване на 100 пациента с поставена диагноза Исхемична болест на сърцето, приети за лечение в отделение по инвазивна диагностика и терапия на МБАЛ „Лозенец“ през 2019 – 2020 г. В проучването преобладават мъжете – 64,00 %, лицата с наднормено тегло – 59,00 %, захарен диабет – 73,00 % и хипертония – 84,00 %. Повечето пациенти – 62,00 % са пушачи, консумират ежедневно алкохол – 74,00 % и при 55,00 % консумацията на алкохол надхвърля 2 алкохолни единици.

Резултати и обсъждание

Хоспитализацията по повод на Исхемична болест на сърцето дава възможност за идентификация на рискови фактори: пол, семейно положение, придружаващи заболявания, хранене и стил на живот, тютюнопушене, употреба на алкохол, физическа активност. Анкетираните лица имат нездравословни хранителни предпочитания като посочват, че често консумират месо и колбаси, пържени храни, допълнително солене и нередовен хранителен режим. Едва 2-9 % от пациентите предпочитат пресните плодове и зеленчуци. Тези пациенти се нуждават от изграждане на алгоритъм на обучение за превенция и намаляване на риска което е интегрална част от сестринските грижи и цялото лечение на пациенти с поставена диагноза Исхемична болест на сърцето.

Таблица 1. Клинична характеристика на пациенти Исхемична болест на сърцето (n=100)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Показатели</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Пол</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Мъже</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>Жени</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>Средна възраст</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Мъже</td>
<td>67,7 ± 12,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Жени</td>
<td>61,4 ±16,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Семейно положение</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Семейни</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>Несемейни</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>Придружаващо заболевание</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Захарен диабет, Тип I и II</td>
<td>73</td>
</tr>
<tr>
<td>Хипертония (RR &gt; 140/90 mmHg)</td>
<td>84</td>
</tr>
<tr>
<td>ИТМ (kg/m²)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18,5-24,9</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>25-30</td>
<td>59</td>
</tr>
<tr>
<td>&gt; 30</td>
<td>12</td>
</tr>
</tbody>
</table>

От анализа на данните става ясно, че сред хоспитализираните пациенти с диагноза Исхемична болест на сърцето преобладават мъжете – 64,00 %, (средна възраст 67,7±12,7 г.), и 36,00 % жени (средна възраст 61,4±16,8), лица с наднормено тегло – 59,00 %, захарен диабет – 73,00 % и артериална хипертония – 84,00 %. Дълготрайното високо ниво на кръвната захар ускорява развитието на атеросклероза. В резултат на това, всички големи кръвоносни съдове в организма се покриват с атеросклеротични плаки [5]. Това е най-ясно изразено при кръвоносните съдове, хранящи сърцето (коронарните артерии), главния мозък и долните крайници.
Таблица 2. Характеристика на хранителното поведение, потъяноцупене и употреба на алкохол при пациентите с ИБС

<table>
<thead>
<tr>
<th>Рисков фактор</th>
<th>положителни отговори (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Тютюнопушене</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>▪ Пушач</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>▪ Непушач</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>Употреба на алкохол</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>▪ редовно, ежедневно</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>▪ /рядко, инцидентно</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>Вид алкохол</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>▪ концентрат</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>▪ вино</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>▪ бира</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>Количество алкохол дневно</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>▪ до 1 алкохолна единица</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>▪ до 2 алкохолни единици</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>▪ &gt; 2 алкохолни единици</td>
<td>55</td>
</tr>
<tr>
<td>Режим на хранене</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>▪ един път дневно</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>▪ два пъти дневно</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>▪ три пъти дневно</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>▪ четири пъти дневно</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Хранителни предпочитания и хранителен избор</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>▪ месо и колбаси</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>▪ хляб и тестени храни</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>▪ сладкарски и захарни изделия</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>▪ плодове</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>▪ мляко и млечни храни</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>▪ зеленчуци</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Прилагани кулинарни технологии</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>▪ пържене</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td>▪ варено, печено, пържене</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>▪ предимно печено</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>▪ предимно варено</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Допълнително солене</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>▪ да</td>
<td>65</td>
</tr>
<tr>
<td>▪ не</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>▪ понякога</td>
<td>23</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Вида, количеството и честотата на обичайното консумиране на алкохол са трансформирани в алкохолни единици (АЕ). Според възприетите критерии за стандартизиран прием на алкохол, една алкохолна АЕ е равна на 14 г чист алкохол, което съответства приблизително на 340 mL бира, 145 mL вино и 45 mL концентрат. Препоръките за безопасен прием на алкохол дневно са съответно 1 АЕ за жени и 2 АЕ за мъже.

Анализът на рисковите фактори показва, че значителна част от хоспитализираните пациенти са пушачи – 62,00 %, консумират ежедневно алкохол – 74,00 % и при повече от половината – 55,00 % консумираното количество надхвалява 2 АЕ. Въпреки съвръзан с хранителни предпочитания и поведение – прием на определени храни, допълнително добавяне на сол, нездравословни кулинарни технологии и режим на хранене показват, че значителна част от анкетираните имат нездравословни хранителни навици. Близо половината – 45,00 % предпочитат месо и колбаси, при 54,00 % пърженето е основна кулинарна технология и 65,00 % солят допълнително ястията си. Едва 2-9 % от пациентите имат предпочитания към пресните плодове и зеленчуци. Голяма част от анкетираните лица имат неправилен режим на хранене – 62,00 % се хранят два пъти дневно, а 13,00 % - един път дневно.

Таблица 3. Физическа активност на болните с Ишемична болест на сърцето

<table>
<thead>
<tr>
<th>Честота пъти/седмично</th>
<th>Относителен дял (%)</th>
<th>Ниво на физическа активност в МЕТ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>&gt; 3 пъти седмично</td>
<td>12</td>
<td>3-6 МЕТ</td>
</tr>
<tr>
<td>1-3 пъти седмично</td>
<td>30</td>
<td>&lt;3 МЕТ</td>
</tr>
<tr>
<td>&lt;1 пъти седмично/ инцидентно</td>
<td>58</td>
<td>&lt;1 МЕТ</td>
</tr>
</tbody>
</table>

МЕТ = Метаболитен еквивалент за физическа активност; 1 МЕТ е енергоразходът при липса на двигателна активност и е равен на 1 ккал/1 кг телесна маса/1 час

Обичайната физическа активност на пациентите преди настъпване на Сърдечно-съдови заболявания е определена чрез регистриране на видовете дейност и използване на съответните метаболитни еквиваленти (МЕТ) за определяне интензивността на физическата активност. Индексът на телесна маса е изчислен по формулата (kg/m²).

Болшинството от пациентите преди инцидента са имали ниска физическа активност – 58,00 % изобщо не са упражнявали спорт (MET< 1), а 30,00 % са имали незначителни
физически натоварвания и то инцидентно (< 3 MET). Резултатите са обработени с програма за статистически анализ SPSS (версия 10). Прилаган е алтернативен и вариационен анализ.

Изводи и заключение

Контролните на рисковите фактори при Исхемична болест на сърцето и обучението на пациентите за промени в стила на живот са важна интегрална част от сестринските грижи, които могат да се адаптират според индивидуалния рисков профил на всеки болен. Прочуването потвърждава значимата роля на наднорменото тегло и затлъстяването като рискови фактори за развитие на Сърдечно-съдови заболявания като Исхемична болест на сърцето, което е свързано и с намалената преживяемост [8]. Едновременното присъствие на повече от един рисков фактор, както е при наблюдаваните пациенти, увеличава относителната тежест на риска от Исхемична болест на сърцето. При значителен брой от наблюдаваните пациенти е установено наднормено тегло и затлъстяване, хипертония и нарушен глюкозен толеранс. Дори при липса на други съпътстващи рискови фактори е доказана връзката между затлъстяването и нарушен сърдечни функции. Установено се, че наднорменото тегло (ИТМ 25-28.9) увеличава с 50% риска от кръвоизлив в сравнение с лица с нормален ИТМ < 25 [6]. Хранителното поведение на наблюдаваните пациенти се характеризира с предпочитания към богати на мазнини храни - месо и колбаси, солени храни и нисък прием на плодове и зеленчуци. Храненето и тютюнопушенето, прекомерната консумация на алкохол и ниска физическа активност увеличават риска за Исхемична болест на сърцето. В рамките на болничния престой като елемент на сестринските грижи може да бъде интегрирана индивидуалната консултация за мотивиране на пациента за промяна на поведението и възприемане на някои здравословни практики. Медицинската сестра обхваща пациента да идентифицира собствените рискови фактори, да формулира индивидуалните цели за подобряване на телесната маса, диетата и двигателна активност, както и да придобие конкретни умения за подобряване на хранителния режим и физическата активност и набелязи цели и стратегии за постигането им. Според индивидуалните потребности на пациентите с Исхемична болест на сърцето, медицинската сестра изготвя хранителен режим и обучава пациентите относно кулинарната обработка на храната.

Литература:

1. Белов Ю., Клинична кардиология. С., 1984, 382.
2. Бончева М., М. Радкова. Пациенти с исхемична болест на сърцето и последвала коронарография – оценка на възпалението и липидния статус като риск за остър коронарен инцидент. Сърдечно-съдови заболявания, бр.1, 2016.
3. Георгиев Л. и М. Григоров, Сърдечна недостатъчност. МФ, С., 1984, 205.
4. Георгиева Д., Здравословен начин на живот при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания, 2013, № 2, 3-4.
6. Попова Р., Л. Иванова, С. Илиева. Прочуване на болничното хранене в УБ "Лозенец" в рамките на световната инициатива "Nutrition Day". В: Науката за хранене в превенция и лечение на съвременните болести. Под ред. Б. Попов. София, 2019, с. 183.
7. Радкова М. Рискови фактори и Коронарна артериална болест. Издателство на БАН проф. Марин Дринов, 2020, с. 8.

Diana Krasteva Ivanova, Associate professor, Faculty of Medicine, Sofia University „St. Kliment Ohridski“, 1 Kozyak, 1407 Sofia Bulgaria
e-mail: dkg@mail.bg
ОЦЕНКА НА БОЛКАТА ПРИ ПАЦИЕНТИ С ОСТЪР КОРОНАРЕН СИНДРОМ.
СЕСТРИНСКИ ПОДХОД ЗА ГРИЖИ.

Диана Иванова

PAIN ASSESSMENT IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME.
NURSING APPROACH TO CARE.

Diana Ivanova

ABSTRACT: Acute coronary syndrome include acute ST segment elevation, acute myocardial infarction and unstable angina. Acute coronary syndrome reflects the underlying coronary pathology, most commonly, rupture, thrombosis or inflammation. Cardiovascular diseases have a certain medical and social importance in our modern society. Acute coronary syndromes include all clinical syndromes that are compatible with acute myocardial ischemia, which develops due to an imbalance between oxygen demand of the heart and the blood supply to it. Acute coronary syndromes represent a variety of disorders of the coronary artery in which blood flow to the myocardium is compromised. Size of the myocardial ischemia and determines the size of myocardial damage, as well as the severity of the pathology. Myocardial infarction is the main cause of death and disability worldwide. The purpose of the present study is to found a pattern between gender and age of patients with Acute Coronary Syndrome. The presence of arterial hypertension, time, location, intensity and duration of pain in these patients. The study was conducted through an anonymous survey of 100 patients admitted for treatment in the intensive care unit of the Clinic of Cardiology at Hospital “Lozenets” - Sofia in 2019-2020. The survey results suggest that pain occurs most often suddenly, at rest, more often at night. It is the type of angina pain but is even stronger - one of the most violent pains. Sick it looks like a strong tightening and squeezing, making them people of crushing chest and rarely thrust or combustion. Due to its intensity and duration sick characterize it as intolerable.

Key words: pain, acute coronary syndrome, myocardial infarction, patient, social value

Введение

Остър коронарен синдром включва острата елевация на ST сегмента (ОМИ-STEMI), остър миокарден инфаркт без ST сегментна елевация (ОМИ-NONSTEMI) и нестабилната ангинна пекторис. Остър коронарен синдром отразява подлежащата коронарна патология, най-често: руптура, тромбоза или възпаление [4]. Острите коронарни синдроми включват всички клинични синдроми, които са съвместими с остра миокардна исхемия, която се развива поради дисбаланс между кислородните нужди на сърцето и доставката на кръв към него. Формирането на атеросклеротични плаки е подлежаща причина за развитието на коронарно артериално заболяване и остър коронарен синдром при повечето пациенти.

Сърдечно-съдовите заболявания имат определено медико-социално значение в съвременното ни общество [8]. Редица изследвания през последните години доказват, че настъпилите съществени промени от социален и икономически характер в обществото ни се отразяват на личното здраве на всеки един човек и водят до развитие на различни хронични заболявания.

Острите коронарни синдроми представляват спектър от заболявания на коронарните артерии, при които кръвоснабдяването на миокарда е компрометирано. Размера на миокардната исхемия детерминира и размера на миокардната увреда, както и тежестта на патологията [1]. Спектъра на заболяванията включва: нестабилната ангинна пекторис, миокарден инфаркт с елевации и миокарден инфаркт без елевации.

Миокарден инфаркт е главната причина за смърт и инвалидизация по целя свят [2]. Инфаркта на миокарда представлява исхемична некроза, т.е. - загиване на част от тъканта на сърдечния мускул поради недостатъчното му снабдяване с кръв и кислород. Миокарден инфаркт е една от най-тежките
форми на исхемичната болест на сърцето /ИБС/. Той има голямо социално значение поради високата инвалидност и смъртност, която причинява.

Обикновено инфарктът се наблюдава в активната зряла възраст /40-65 г./, но през последното десетилетие в рамките на нарастване на честотата му се установява и зачествява в по-млада възраст. До около 55-60 годишна възраст мъжете боледуват много по-често от инфаркт в сравнение с жените.

Миокардният инфаркт може да е малко събитие от продължаващо цял живот хронично заболяване, може да протече дори и незабелзвано, но също така може да е катастрофално събитие, водещо до внезапна смърт или тежък хемодинамичен срив [3]. Терминът миокарден инфаркт има голямо психологично и юридическо значение за индивида и общество. То е индикатор на един от водещите здравни проблеми в света и оцеляващите изхода от клинични проучвания и наблюдения. Своевременното обръщение на болния за медицинска помощ при първа проява на признаци и/или обостряне на заболяването, в редица случаи може да предотврати развитието на инфаркт на миокарда и/или неговите усложнения.

Прогнозата на миокардния инфаркт е сериозна. Въпреки подобренията лекарствена помощ и интензивното ранно лечение смъртността през последните години у нас и в света показва тенденция към нарастване. Това се дължи на по-голямата честота на настъпилите тежки усложнения и по-голямото съчетано действие на рискови фактори [6,9]. Основните рискови фактори, които могат да доведат до Коронарен синдром са: артериална хипертония, отклонения в мастната обмяна, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, захарен диабет, затлъстяване, ниска физическа активност, психоемоционален стрес, нездравословно хранене, наследствена предрасположеност и др. Намаляването или елиминирането на въздействието на някои рискови фактори може да доведе до съществено понижаване на риска от поява на Исхемична болест на сърцето и миокарден инфаркт. Нужни са координации усилия в рамките на болничната и извънболничната помощ за обучение и стимулиране на пациента за промяна към по-здравословен начин на живот [7].

Законовото регламентиране на норми и стандарти в сестринската практика допринася за определяне на общите постановки на сестринските грижи, които от своя страна са основа за развитие на политика за качество на грижите във всяко лечебно заведение [5].

Цел
Целта на настоящото проучване е да се установи наличието на закономерност между пола и възрастта на пациентите с Остър коронарен синдром. Наличието на артериална хипертония, времето, локализацията интензитета и продължителността на болката и индивидуален подход за сестрински грижи при тези пациенти.

Материал и методи
Проучването е осъществено чрез анонимно анкетно проучване на 100 пациента постъпили за лечение в интензивен сектор на Клиника по Кардиология в МБАЛ „Лозенец” – гр. София през 2019-2020 година.

Резултати и обсъждане
Данните от проучването показват, че всички пациенти – 100 на брой, постъпили за лечение в интензивен сектор на Клиника по Кардиология в МБАЛ „Лозенец” през 2019-2020 година са приети по Клинична пътека – Остър коронарен синдром с персистираща елевация на ST сегмент с интервенционално лечение. Продължителността на лечението по клиничната пътека е 3 дни, след което пациентите се изписват от интензивен сектор, и се приемат за болнично лечение в Клиника по Кардиология.

Фиг. 1. Разпределение на пациентите по пол

От проведеното анонимно анкетно проучване става ясно, че 62,00 % от постъпилите за лечение в интензивен сектор са мъже, а 38,00
% са жени. Тези статистически данни показват, че по-голямата част от пациентите са мъже. Повечето литературни източници изтъкват като закономерност преобладаването на мъже с дианоза Остър коронарен синдром. Основните рискови фактори, които могат да доведат до Остър коронарен синдром са: артериална хипертония, отклонения в мас-тната обмяна, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, захарен диабет, затлъстяване, ниска физическа активност, психоемоционален стрес, нездравословно хранене, наследствена предразположеност и др. Необходимо е да се провеждат редица по-задълбочени проучвания както на рисковите фактори, така и на други фактори, оказващи влияние за развитие на заболяванието.

Основните рискови фактори, които могат да доведат до Остър коронарен синдром са: артериална хипертония, отклонения в мас-тната обмяна, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, захарен диабет, затлъстяване, ниска физическа активност, психоемоционален стрес, нездравословно хранене, наследствена предразположеност и др. Необходимо е да се провеждат редица по-задълбочени проучвания както на рисковите фактори, така и на други фактори, оказващи влияние за развитие на заболяванието.

Организацията на работа в интензивен сектор е приоритетно насочена към непрекъснатото наблюдение на пациентите и настаняването им в едно обично помещение. Различният пол на пациентите съответно изисква и спазването на правата на пациента, както и запазване на неговата автономност, което предполага съобразителност от страна на медицинските сестри и осигуряване на необходимия психологически комфорт.

Фиг. 2. Разпределение на пациентите по възраст

От анализ на данните става ясно, че пациенти до 40 годишна възраст няма. Средната възраст на пациентите приети за лечение е 65,66±12,84 години. Най-възрастният пациент е 93 годишен. Тези резултати показват, че най-високата група за това заболяване са хората и по-конкретно мъжете на възраст над 61 години. Това са хора в пенсионна възраст, които все още са пълноценни и способни за активна професионална дейност, но от съществено значение е и здравословното им състояние.

Фиг. 3. Проследяване на артериалното кръвно налягане

Според получените резултати, артериалното кръвно налягане редовно измерват 35,00 % от пациентите, а 65,00 % от тях прибягват до неговото измерване само когато получат някакви оплаквания - силно главоболие, сърцебиение или задух.

Високото кръвно налягане уврежда кръвосните съдове. Това от своя страна повишава риска от инсулт, болест на сърцето и инфаркт.

Причината, поради която високото кръвно налягане е от такава важност е, че обикновено не предизвиква симптоми, но все пак може да доведе до сериозни усложнения. Ето защо едно от важните условия в живота на пациенти със сърдечно-съдови заболявания е да проследяват редовно неговите стойности.

Една от водещите задачи при лечението на сърдечно-съдовите заболявания е контролирането на артериалното налягане, поради което в редици държави се води строга статистическа и проучвания на тази тема.

При липса на адекватни грижи и лечение, високото кръвно налягане може да доведе до сериозни усложнения - болест на сърцето, инфаркт, застойна сърдечна недостатъчност, инсулт, бъбречна недостатъчност и заболяване на периферните артерии, особено аневризми и торбовидни разширения на аортата. Най-често хипертонията протича безсимптомно и много хора страдат от заболяването дълги години, без дори да подозират за това. Ето защо кардиолозите съветват профилактично да измерват кръвното си налягане, дори и да нямаме оплаквания.
По-голямата част от анкетираните пациенти - 67,00 % посочват, че са преживели хипертонична криза, а 1/3 от анкетираните отговарят отрицателно на този въпрос. Малка част от анкетираните лица съобщават за поява на определени клинични прояви, като сърцебиение, бледост, умерено главоболие, световъртеж, чувство на неспокойство и напрегнатост, преди получаване на хипертоничната криза.

Нерядко хипертонията е наричана "тихият убиец", тъй като може да съществува години надел без видими симптоми и без страдащия да знае за нея.

Пациентите със сърдечно-съдови заболявания освен, че трябва да са добре обучени за да измерват и проследяват артериалното си налягане ежедневно, те трябва да са информирани по отношение на тяхното поведение при хипертонична криза.

Получените резултати показват, че значителна част от пациентите са имали признаци за предстоящата криза още преди месец – 68,00 %. Определено няма пациенти, които да посочват, че признатите и болките са се появили през последните дни преди госпитализацията. Тези данни показват, че когато пациентите са достатъчно информирани те могат да потърсят навременна медицинска помощ и да имат адекватно поведение.

Острият инфаркт на миокарда е спешно състояние, което е рисково за човешкия живот, ако не се предприемат съответните мерки [6]. За да се намалят смъртността и усложненията от тези заболявания е необходимо пациентите да бъдат добре запознати с организацията на гржите и организацията по клиничната пътека, които са въведени и регламентирани.

Пациентите посочват, че пристъпите на остър инфаркт на миокарда са получили само през четири месеца в годината – януари, февруари, ноември и декември. Прави впечатление, че това са месците през зимния сезон, когато температурите са ниски, а атмосферното налягане е високо.
Влиянието на сезоните при пациентите със сърдечно-съдови заболявания има изключително голямо значение, което налага пациентите да спазват определен режим и да се съобразяват със сезоните и температурните разлики.

Фиг. 7. Условия за настъпване на болката при ОМИ

Според условията, при които настъпва сърдечната болка при остър миокарден инфаркт, резултатите от отговорите на пациентите, показват че най-голям е относителният дял на пациентите, които са имали психическо напрежение – 34,00 %. Пациентите, които са почувстввали остра болка през нощта са 26,00 %, а внезапна сила болка са имали 25,00 %. След физическо натоварване болката се появява при 15,00 % от анкетираните пациенти.

Тези данни са показателни относно условията и времето, при които възниква острито коронарно заболяване.

Фиг. 8. Разпределение на пациентите според мястото на възникване на болката при остър миокарден инфаркт

Данните показват, че най-голям е относителният дял – 45,00 % на пациентите, които са получили болка в лявото рамо и лявата ръка. Значителен е също така и относителният дял – 40,00 % на пациентите, които посочват че са получили стягане в гърдите. Много по-малка част са пациентите, които са получили изтръпване на долна челюст.

Фиг. 9. Разпределение на пациентите според силата на болката

Според най-голямата част от пациентите 55,00 % споделят, че болката е „нетърпима”. „Сила” 18,00 % и „много сила” болка са посочили 27,00 % от пациентите. В литературата този вид болка е описана в редица проучвания. Ето защо получените резултати от нашето изследване доказват утвърдени тенденции.

Изводи и заключение

Пациентите приети за болнично лечение с диагноза Остър коронарен синдром с персистираща елевация на ST сегмент определено не водят здравословен начин на живот и при значителна част от тях са налице основни рискови фактори, които са установени при сърдечно-съдовите заболявания - пол, семейно положение, телесно тегло, стресови ситуации, фамилна обремененост, тютюнопушене, захарен диабет, преживени хипертонични кризи. Трябва да се подчертаят също, че пациентите са много слабо информирани относно признаците, характерни за настъпването на остър миокарден инфаркт. Повечето от тях съобщават за определен дискомфорт и оплаквания близо един месец преди настъпването
на сърдечната криза. Ето защо, е необходимо значително повишаване информираността на обществото като цяло, но преди всичко рисктовите групи от населението по отношение както на здравословния начин на живот, така и по отношение на клиничната изява на заболяването. Съвременната сестринска практика се основава на теоретични концептуални модели, които имат за цел да очертаят границите на автономната сестринска професия при осъществяването на специфичните сестрински грижи, каквито са и грижите за пациенти с Остър коронарен синдром. Професионалната отговорност на медицинските сестри трябва да бъде обвързана с конкретна организация и механизми за да се гарантира определено качество на грижите в болничните структури или в различните направления, като интензивните грижи. Те се отличават със специност, натовареност и вземане на професионални решения, което изисква ефективна организация и адекватен менежмънт. Интензивните грижи за пациентите с Остър коронарен синдром се осъществяват на базата на индивидуален подход за грижи и индивидуален клиничен протокол за да се осигури професионалното изпълнение на лекарските назначения и терапевтично лечение. Съвременното лечение на Остър коронарен синдром изисква въвеждането на организациялен модел за грижи и изготвянето на план за сестринските грижи отговарящ на индивидуалните потребности на пациента, в съответствие с въвеждането на научните подходи и методи за реализация на сестринските грижи.

Литература:

2. Белов, Ю. 1984. Клинична кардиология.
4. Димитров, Н., Я. Симова, Х. Матеев, М. Радкова, П. Павлов, И. Ташева. Избор на стратегия при остър коронарен синдром без елевация на ST-сегмента в групи пациенти с различен риск за исхемични усложнения Сърдечно-съдови заболявания, бр.2, 2012, с. 4-5.
6. Иванова, Д. 2014. Основни рискови фактори при пациенти с Остър миокарден инфаркт, Сестринско дело, бр. 3, с. 31-35.
7. Мухина, С., И. Тарновска – Теоретични основи на сестринските грижи, 2006, с.83.
8. Радкова, М., Б. Славчев, Т. Донова. Коронарна артериална болест при пациенти със и без захарен диабет – клиничен и инструментален анализ. 1 част Сърдечно-съдови заболявания, бр.3, 2018, с. 16.

Diana Krasteva Ivanova, Associate professor, Faculty of Medicine, Sofia University „St. Kliment Ohridski”, 1 Kozyak, 1407 Sofia Bulgaria
e-mail: dkg@mail.bg
ABSTRACT: Epilepsy has been known and described since ancient times. Epilepsy has no geographical, social, racial boundaries and affects both sexes and all ages. Worldwide, nearly 10.5 million children under the age of 15 suffer from the disease. One of the most severe consequences of brain damage is epilepsy, which is usually the result of early damage to the central nervous system, but can occur at any age if there are predisposing conditions for it. The medical and social significance of the disease is determined not only by the widespread spread of the disease, but also because it mainly affects young people and has serious consequences for the individual and his family, as well as for society. The aim of the present study is to study and analyze the awareness of nurses working in educational institutions about the nature of the disease and their behavior in case of an epileptic seizure. The materials and methods used in the study are documentary, sociological, statistical and graphical analysis. The study was conducted through a direct individual survey of 48 nurses in schools. Results and discussion. The study found that nurses are not well acquainted and informed about the specifics of the disease epilepsy and the care that needs to be provided for children in the event of an epileptic seizure.

Key words: nurses, awareness, epilepsy, students
мозъчното увреждане, локализацията на лезията, нейната дълбочина и разпространение, съществуват различни форми на епилепсия, които се проявяват по различен начин, засягащи психичните процеси като цяло, целия организъм, развитието на личността и особеностите на детското развитие [3], [9].

Епилептичните пристъпи са епизоди от внезапно настъпващо количествено и/или качествено разстройство на съзнанието, сензорните, двигателни, автономни и психични функции. Клиничната изява на епилептичните пристъпи зависи от локализацията на разрядите в мозъчната кора и разпространението им в мозъка [7].

Епилептичните пристъпи се разделят на конвулсивни, при които е налична двигателна компонента, и неконвулсивни, които не са свързани с движения – абсанси, астатични пристъпи. Най-важното разделение е според това доколко се обхващат двете полукълба от възбудната активност. При едновременно обхващане на двете голямомозъчни хемисфери имаме генерализиран вид пристъпи, които винаги са съчетани с промяна в съзнанието. Такива са генерализираните тонично-клонични пристъпи, тонични, клонични, миоклонични, абсанси и астатични пристъпи [4], [8].

ЦЕЛ
Целта на настоящото изследване е да се проучи и анализира информираността на медицинските сестри, работещи в учебни заведения, за същността на заболяването и поведението им в случай на епилептичен пристъп.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ И ЗАДАЧИ
Проучването е проведено сред 48 медицински сестри, работещи в учебни заведения на територията на град София, в периода от месец Февруари до месец Април 2021 година. В изследването са използвани социологически метод – проведено е анкетно проучване на базата на доброволно и анонимно анкетиране по разработени специално за целта анкети. Използван е и документален метод и графичен анализ на получените данни.

Анализът на данните и графиките са изготвени посредством програмата Microsoft Office Excel.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНИЕ
Възрастовата характеристика на медицинските сестри от учебните заведения, взели участие в анкетното проучване показва, че с най-висок относителен дял са групата медицинските сестри на възраст от 61 до 70 години – 31,25%. На второ място медицинските сестри на възраст от 51 до 60 години – 29,16%, а на трето – от 41 до 50 години – 25,00%. Макар и малка част – 4,17% са медицинските сестри на възраст от 20 до 30 години, което показва, че младите сестри нямат желание да работят в учебни заведения. (Фиг. 1)

Фиг. 1. Възрастово разпределение на медицинските сестри

При анализа на резултатите по отношение на образователно-квалификационна степен (фиг. 2) е видно, че с най-висок относителен дял (60,42%) са медицинските сестри, които имат полувисше образование, следвани от тези с образователно-квалификационна сте-
пен „бакалавър” – 27,08%. Най-малък е относителния дял на медицинските сестри с образователно-квалификационна степен „магистър” - 12,50%.

Фиг. 2. Образователно-квалификационна степен на медицинските сестри

Епилепсията е заболяване, което се определя със социална, медицинска и икономическа значимост, поради широкото разпространение на болестта, но и поради това, че засяга предимно хора в млада възраст.

С най-висок относителен дял (50,00%) са респондентите, които оценяват с „не много висока” социална, медицинска и икономическа значимост заболяването, а 25,00% от тях са посочили, че значимостта на заболяването е „ниска”. Според 4,17% от анкетираните медицински сестри считат, че епилепсията е заболяване с голяма социална и икономическа значимост. Резултатите са показани на фиг. 3.

Фиг. 3. Социалната и икономическа значимост на епилепсията според медицинските сестри

На въпроса „Обучавани ли сте за спазване на определено поведение при ученик с епилептичен пристъп (търч)?”, 54,17% от респондентите посочват, че не са обучавани на поведение и грижи при епилептичен пристъп на ученик (дете), а обучаваните са 45,83%. (Фиг.4)
Фиг. 4. Медицински сестри обучавани за специални грижи при епилептичен пристъп

В хода на изследването проучихме възможността на медицинските специалисти за самостоятелно справяне при епилептичен пристъп при дете в училище.

Анализът на данните показва, че най-висок е относителният дял (45,83%) на медицинските сестри, които смятат, че само „от части“ биха се справили самостоятелно при възникване на епилептичен пристъп. Висок е и дялът на медицинските сестри, които не могат да се справят с епилептичен пристъп, настъпил при ученик в училище - 41,67%. Едва 12,50% от респондентите са посочили, че могат да се справят напълно самостоятелно при възникване на подобна ситуация. (Фиг. 5)

Фиг. 5. Медицински сестри, които биха се справили самостоятелно при възникване на епилептичен пристъп на ученик

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведеното проучване установи, че възрастта на медицинските сестри, работещи в учебните заведения, е над 60 години. Много малък процент (4,17%) от младите сестри започват работа в такива заведения. Медицинските сестри работещи в училищата са предимно с полувисше образование (60,42%). Почти половината от анкетираните медицински сестри посочват, че епилепсията е заболяване с „не много висока” социална и икономическа значимост, което
говори за слабата им информираност относно заболяването. Медицинските сестри, преминали обучение за специални здравни грижи при епилептичен пристъп, са 46%, но едва 12,50% от тях биха се справили при настъпил епилептичен пристъп на ученик в учебното заведение.

В заключение, от получените резултати на проведеното проучване се установи, че е необходимо допълнителна теоретична и практическа подготовка на медицинските сестри от учебните заведения. Необходимо е провеждане на обучения по въпросите, касаещи грижи за учениците (децата) с епилепсия и епилептични пристъпи, поради спецификата на заболяването и необходимостта от адекватни, бързи и навременни здравни грижи.

**Литература**


Димитрина Благоева, дм
Катедра «Здравни грижи»
Факултет обществено здраве
„Проf. Д-р Цекомир Воденичаров, дмн”
Медицински университет – София
ул. „Бяло море” № 8
1527 София
e-mail: dimi_blagoeva@abv.bg
ABSTRACT: Intensive care covers a significant volume of nursing activities with different orientations. Intensive care, as a specific diagnostic and treatment process, has clearly regulated rules for the work of medical teams, which determines the need to acquire certain professional competencies in the process of training students. The purpose of the present study is to identify the main problems in teaching students to deal with the responsibilities of intensive care. Material and methods. An anonymous survey was conducted of students majoring in "nursing" who study at the Faculty of Public Health of MU-Sofia. The study included 80 students who underwent training in "Nursing in intensive care and intensive care". Results and conclusions. Students are generally satisfied with the acquired knowledge and skills for intensive care, but it is necessary to introduce simulation training to build professional behavior in students regarding decision-making in the event of life-threatening situations in patients. The created epidemiological situation, as a result of the viral infection from COVIT 19, showed the need for good preparation of students to cope with the tasks and responsibilities in the increased needs for intensive care.

Key words: intensive care, training, problems.
Материал и методи: Проведено е анонимно анкетно проучване на студенти от специалност „медицинска сестра“, които се обучават във Факултета по Обществено здраве на МУ- София. В проучването са включени 80 студенти, които са преминали обучението по „Сестрински грижи в реанимация и интензивното лечение“.

Резултати и обсъждане

Чрез проучване мнението на студентите се разкриват основни проблеми в обучението, които трябва да се коригират за да могат студентите след тяхното дипломиране да се справят с ответностите на медицинската сестра при необходимост за осъществяване на интензивни грижи.

Табл. 1. Самооценка на студентите относно теоретичната подготовка по интензивни грижи

<table>
<thead>
<tr>
<th>Отговори</th>
<th>Брой</th>
<th>Отн. дял %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Отлична</td>
<td>46</td>
<td>57,50</td>
</tr>
<tr>
<td>Много добра</td>
<td>15</td>
<td>18,75</td>
</tr>
<tr>
<td>Добра</td>
<td>10</td>
<td>12,50</td>
</tr>
<tr>
<td>Средна</td>
<td>9</td>
<td>11,25</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Според близо половината от анкетирани студенти (57,50%) теоретичната им подготовка е отлична. С оценка „много добра“ се оцениват близо 1/5 от анкетирани, а оценка „добра“ и „средна“ посочват съответно 12,50% и 11,25%. Тези резултати определено показват, че студентите усвояват достатъчен обем от теоретични знания по интензивно лечение и грижи. Теоретичната подготовка по сестрински грижи е основата, на които се структурират и изграждат практическите упражнения и занятия. Самооценката на студентите по отношение на практическата им подготовка е представена на таблица 2.

Табл. 2. Самооценка на студентите относно практическата подготовка по интензивни грижи

<table>
<thead>
<tr>
<th>Отговори</th>
<th>Брой</th>
<th>Отн. дял %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Отлична</td>
<td>31</td>
<td>38,75</td>
</tr>
<tr>
<td>Много добра</td>
<td>15</td>
<td>18,75</td>
</tr>
<tr>
<td>Добра</td>
<td>22</td>
<td>27,50</td>
</tr>
<tr>
<td>Средна</td>
<td>12</td>
<td>15,00</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Резултатите по отношение на практическата подготовка са значително по-различни от тези на теоретичната подготовка. Отлична е оценката само на 38,75% от анкетирани, а добра оценка посочват близо 1/3 от тях, средна – 15,00%. Този проблем се определя от невъзможността да се осигури за студентите необходимото оборудване и обзавеждане на учебните кабинети с медицинската апаратура, с която разполагат отделенията по реанимация и интензивно лечение. Определени теми от упражненията е необходимо да се провеждат в реална болнична среда или структури за симуляционно обучение.

Табл. 3. Степен за справяне с наблюдението на пациента в интензивните грижи

<table>
<thead>
<tr>
<th>Отговори</th>
<th>Брой</th>
<th>Отн. дял %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Висока</td>
<td>33</td>
<td>41,25</td>
</tr>
<tr>
<td>Средна</td>
<td>29</td>
<td>36,25</td>
</tr>
<tr>
<td>Ниска</td>
<td>18</td>
<td>22,50</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Според почти половината от анкетирани студенти (47,50%), те могат само в средна степен да се справят с наблюдението на пациента в интензивен сектор или отделение. Около 1/3 от студентите посочват дори „ниска“ степен. Висока степен посочват около 1/4 от анкетирани. Тези резултати определено показват, че студентите имат потребност от практическо обучение, при което трябва да усвоят знания и умения за проследяване на показателите на отделните органи и системи. Необходимо е също така студентите да познават професионалниците си отговорности и поведение при промяна на показателите и да предприемат най-адекватните грижи за пациента. Данните относно мнението на студентите за справяне с назначената инфузионна терапия, както и с ентералното хранене са представени на таблица 4.

Табл. 4. Степен за справяне с инфузионната терапия и ентералното хранене

<table>
<thead>
<tr>
<th>Отговори</th>
<th>Брой</th>
<th>Отн. дял %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Висока</td>
<td>33</td>
<td>41,25</td>
</tr>
<tr>
<td>Средна</td>
<td>29</td>
<td>36,25</td>
</tr>
<tr>
<td>Ниска</td>
<td>18</td>
<td>22,50</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Значителна част от студентите (41,25%) посочват, че могат във висока степен да се справят със задачите свързани с назначената инфузионна терапия и ентералното хранене на пациента при интензивното лечение. Оценката на студентите за „ниска“ степен на справяне е
посочена от 22,50%. Доколко могат студентите да се справят с грижите за пациенти на механична вентилация става ясно от данните, представени на таблица 5.

**Табл. 5.** Стенен за справяне с грижите за пациента на механична вентилация

<table>
<thead>
<tr>
<th>Отговори</th>
<th>Брой</th>
<th>Отн. дял %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Висока</td>
<td>16</td>
<td>20,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Средна</td>
<td>28</td>
<td>35,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Ниска</td>
<td>36</td>
<td>45,00</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Студентите определено посочват, че могат да се справят в ниска степен (45,00%) с грижите за пациента на механична вентилация. Висока степен на справяне посочват само 1/5 от анкетираните студенти. Тези резултати показват, че е необходимо да се осигурят подходящи условия за да могат студентите да усвоят знания и умения относно механичната вентилация. От особено значение в интензивните грижи е способността на медицинската сестра да взема решения при промяна в състоянието на пациента [5]. Резултатите относно степента на увереност на студентите са представени на таблица 6.

**Табл. 6.** Стенен на увереност за вземане на решения при промяна в състоянието на пациента в интензивните грижи

<table>
<thead>
<tr>
<th>Отговори</th>
<th>Брой</th>
<th>Отн. дял %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Висока</td>
<td>7</td>
<td>8,75</td>
</tr>
<tr>
<td>Средна</td>
<td>31</td>
<td>38,75</td>
</tr>
<tr>
<td>Ниска</td>
<td>42</td>
<td>52,50</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Студентите определено посочват „ниска“ степен на увереност (52,50%) при вземането на решения при промяна в състоянието на пациента. Висока степен на увереност посочват едва 8,75%. Вземането на решения при промяна в състоянието на пациента изисква развитие на клиничното мислене на студентите и провеждане на упражнения чрез използване на иновативни методи – симуляционни задачи, ситуационни задачи, решаване на казуси от клиничната практика и др. Препоръките на студентите за подобряване на обучението по интензивни грижи са представени на таблица 7. /На студентите беше предоставена възможност да посочат повече от един отговор./

**Табл. 7.** Препоръки на студентите за подобряване на обучението по интензивни грижи

<table>
<thead>
<tr>
<th>Отговори</th>
<th>Брой</th>
<th>Отн. дял %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Использование на по-голям обем теоретични материали</td>
<td>16</td>
<td>20,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Повишаване на часовете по клинична практика</td>
<td>32</td>
<td>40,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Повишаване на часовете за упражнения в практически кабинет</td>
<td>28</td>
<td>35,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Решаване на казуси от клиничната практика</td>
<td>6</td>
<td>70,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Использование на повече наглядни материали и фильми</td>
<td>2</td>
<td>90,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Использование на симулятори за обучение по интензивни грижи</td>
<td>8</td>
<td>97,50</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Значителен е относителният дял на анкетираните студенти, които считат, че в обучението по интензивни грижи е необходимо да се използват симулятори за практическо обучение, да се подготвят и използват повече наглядни материали и решаване на казуси. Според студентите е необходимо да се повишат часовете за клинична практика, като не е необходимо да се увеличат часовете за преподаване на теоретичния материал. За да се подобри усвояването на практически умения и способността на студентите да се справят с отговорностите на интензивните грижи е необходимо да се по-търсят съвременни педагогически подходи, методи и средства. От съществено значение е на студентите да се осигури наглядност и възможност за развитие на клиничното мислене. Според С. Младенова, клиничното упражнение може да се проведе в учебна зала или в реална клинична обстановка, което понякога е възможно да повлияе на хода му в негативна посока. При клиничното упражнение студентите работят с реални обекти и чрез действия и поведението си формират желаното професионално поведение [2].

**Изводи**

1. Основните проблеми на обучението на студентите от специалност „медицинска сестра“ по интензивни грижи са свързани с необходимостта от развитие на клиничното мислене и усвояването на практически умения за вземане на решения при промяна на състоянието на пациента.
2. Необходимо е използването на съвременни мулежи за симуляционно обучение по интензивни грижи за да се усвоят от студентите необходимите технически умения за
извършване на грижи за пациенти на механична вентилация и мониторно наблюдение.

3. За да се подобри практическото обучение на студентите по интензивни грижи е от значение провеждането на клинична практика да бъде съчетано с решаване на практически казуиси, като по този начин ще се подобри увереността на студентите и формирането на професионално поведение.

4. Увеличаването на броя на пациенти на интензивно лечение в резултат на инфекцията от COVID 19 показва, че студентите от специалност „медицинска сестра“ трябва да имат добра теоретична и практическа подготовка за осъществяване на интензивни грижи при възникнала необходимост или epidemiologична обстановка.

Литература

1. Димитрова, А. Организация и управление на интензивните грижи, ЦМБ, МУ-София, 2020, стр.11.
2. Младенова, С., Методика на обучението по практика по специалностите от професионално направление „Здравни грижи“, ЦМБ, МУ-София, 2020, стр.44.
5. Cutler,L.,J.Cutler, Critical Care Nursing made incredibly easy, Lippincott Williams&Wilkins.

Гл. ас. Камилия Богданова
Медицински Университет – София
Факултет по обществено здраве, Катедра по здравни грижи.
Email: kami_todorova@abv.bg
СЪСТОЯНИЕ И ТЕНДЕНЦИИ ПРИ ОБУЧЕНИЕТО И КВАЛИФИКАЦИЯТА НА МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ В БЪЛГАРИЯ

Жени Стайкова, Мария Титопулу

STATUS AND TRENDS OF MEDICAL SPECIALISTS TRAINING IN BULGARIA

Jeni Staykova, Maria Titopoulou

ABSTRACT: According to statistics for 2019 Bulgaria's population has the shortest life expectancy in the EU. At the same time, health inequalities between urban and rural populations and inequalities in access to health care, continue to rise. Our country still lacks an integrated health information system, and the quality of medical care remains a problem. Against this background, the human factor (mainly doctors and health workers), which plays a key role in the system, stands out. For the studied period 2010-2018 there is a tendency to increase the number of doctors from 37.16 to 42.23 per 10,000 population. This is due to the larger number of general practitioners, regardless of their age and rapid decline in population. However, doctors are not evenly distributed and their age structure is unfavorable. In the European Union medical specialists are relatively evenly distributed and doctors between the ages of 55 and 64 are 26.3%, while in Bulgaria they are over 63%, and those under the age of 35 are on average 10.6% against 16.7% for EU. Doctors’ age group between 35 and 44 years in Bulgaria is 6.5% lower than in the EU. This is a serious prerequisite for problems related to the provision of medical care. In terms of structure, gender and age, male doctors predominate in the EU, and women in Bulgaria. With regard to specialists in Bulgaria, there is a typical deficit in several specialties: general practitioners are about 1/3 less than those in the EU per 100,000 population; there are not enough oncologists, pathologists, internal medicine specialists, neonatologists, infectious disease specialists and others. A resilient long-term state policy for training of medical doctors and healthcare personnel is eagerly needed in order to stabilize and improve its state. Also, a successful policy of retaining medical staff should be adopted, aiming at increasing the motivation to practice the profession in the country and increase constantly competences and qualification; it must be focused on the reasons that influence these processes, incl. difficulties with specialisation, low wages, poor conditions of work and others.

Key words: квалификация, продължаващо професионално развитие, медицински специалисти, здравни неравенства, кадрова политика
високите изисквания за обучение и придобиване на специалност по обща медицина. Липсват онкологи, патолози, специалисти по вътрешни болести, педиари, кардиолози.

Въпреки ръстът в броя на завършващите медицина лекари и специалисти, не малък брой не започват работа в националната здравна система, а предпочитат да се реализират извън България. Мобилността на човешкия капитал в рамките на ЕС има негативен ефект върху здравния сектор, тъй като липсата на карьерно развитие и възможностите за такова в страната са среди причините за емиграция на лекари и медицински специалисти в чужбина. Голямото количество положен извънреден труд на много места в здравеопазването у нас, поради невъзможност персоналът в сектора да се издържа само с основни си трудов договор, също увеличават желанието за емиграция. В същото време възрастовата структура на лекарите и медицинските лица е неблагоприятна, а достъпът до здравни грижи – неравен (EC, 2018). В България завършват по-вече лекари, отколкото сестри, което е обратно на общоприетите практики за качествено преразвиване на лечението.

Проблемът с недостига на кадри е предпоставка за ненаправен и некачествено осигуряване на медицинска помощ и здравни грижи за застрашаващото население в страната. Наблюдава се несъответствие между основните причини за смъртност в страната и здравния персонал, нужен за справянето с тези заболявания (Cedefop, 2015).

За преодоляване на несъответствието между необходимият и наличния брой на медицински персонал, който да практикува на територията на страната е необходимо да се:
- повишат доходите на praktikuващите медици и персонал;
- подобрят условията на труд;
- повишат възможностите за следдипломна квалификация и продължаващо обучение, вкл. в работно време и/или чрез специален отпуск;
- увеличават възможностите за придобиване на нови квалификации и умения;
- увеличават и подпомагат възможностите за всеобхватно използване на цифровите технологии;
- осигуряват нови възможности за обучение, вкл. по телемедицина и електронно здравеопазване;
- създадат възможности за обучение на най-новата апаратура и използване на последните технологични достижения;
- приложат различни стимули за обучение през целия живот, и др.

С оглед развитието на здравната система в страната е необходимо и развитието на здравната инфраструктура, като необходимата за оптималното функциониране на системата техника и апаратура, трябва да е равномерно разпределена на територията на България, съобразно населението и съответните потребности.

Оптималното съчетаване на човешки капитал и здравно оборудване трябва да водят до повишаване достъпа до здравни услуги, както и до повишаване качеството на предоставяните услуги. Необходими са стимули, вкл. финансovi за развитието на относително равно мерно развитие на практиките на ОПЛ, както и на болничната и специалната медицинска помощ. Също така трябва да се подобри достъпа до здравни услуги на уязвимите групи (Dimova, 2012).

Ролята на образованието и обучението на медицинските кадри през целия им трудов живот с оглед задоволяване на потребностите на националната ни здравна система е особено важна

Лекарите трябва постоянно да повишават своята квалификация и умения с оглед постоянните нововъведения в сектора, за което е необходимо непрекъснато обучение и самообразование. По отношение на специализациите на медицинския персонал, процесът трябва да отговаря на съвременните нужди и предизвикателства с цел предоставяне на качествено лечение.

Предизвикателството за поддържане на професионалната компетентност в среда, характеризираща се с бърза организационна промяна, претоварване с информация и увеличаване на обществените очаквания, принуждава лекарите да развиват компетентност и да поставят по-голям акцент върху самостоятелното обучение и посочват клиничната практика и решаването на проблеми като ключови области на интерес. Способността за работа в екип и бързото вземане на решения също е от съществено значение.
Академичните институции и медицинските организации трябва да подобрят образователната си компетентност, да проявят по-силен ангажимент към научните изследвания и да ценят преподавателите, които изпълняват тези функции. Изискванията за сертифициране и повторно сертифициране трябва да бъдат преоценени, за да се подпомогне продължаващото професионално развитие и непрекъснатото подобряване на качеството. Професионалното медицинско обучение (ПМО) трябва да стане по-видимо, интегрирано и добре планирано дейност, за която трябва да се осигурят както определено време, така и адекватни средства за специалистите.

Професионалното обучение в сектор здравеопазване е една от най-бързо развиващите се области на обучението за възрастни. Често броят на часовете в ПМО за медицинския персонал надвишава продължителността на тяхното образование и обучение. Търсенето на такова обучение се очаква да нараства в бъдеще, в резултат на нарастващия брой на клинични и епидемиологични изследвания, които изискват от персонала да се ангажирам на нови знания и умения, както и да се осигурят начини за тяхното придобиване и използване в практиката.

ПМО за персонала включва множество дейности, повишава се изискванията за ефективност, приложимост и ефикасност, поради което нуждите от финансови средства за това обучение нарастват. Оценката на необходимостта за ППР трябва да се осъществява на основата на възможности, и на тези основни източници: професионален стремеж за постигане на оптимална грижа за отделния пациент, задължение да отговаря на исканията от работодателя и обществеността; необходимоността от предлагане на нови знания и умения, като основа за продължаващо професионално развитие за медицинския персонал.

Производството на последните доказателства предполага, че ефективното ППР се характеризира с наличието на три фактора:
1. Ясна необходимост или причина да се проявя конкретно ППР;
2. Ученето се основава на идентифицирана нужда или причина;
3. Предоставянето на нови знания и умения трябва да се съобрази с нуждите на отделния лекар.

Оценката на нуждите в областта са плод на връзките между обучителите организации, клиничните изследвания и практиката – образоваването се обвързва със съществените нужди на медицинските организации. Тези промени са в резултат на мултидисциплинарния профил на персонала (лекарите, сестри, медици, диагностици, медикаментозни и социални работници) в болничните заведения заедно с нарастващото коопериране между различни дейности на медицинските институции и създадени на базата на държавните и обществени институции.
анализ), към по-често срещаните и също толкова ефективни начини, които са част от ежедневната клинична практика като: оценка за грешки, оценка върху практиката, получаване на оплаквания и обратна връзка, взаимодействие с екипа и др.

В центъра на вниманието трябва да са конкретно идентифицираните нужди от ППР, когато е възможно. Професионалното обучение трябва да се използва и за да могат лекарите да се съпрат с бълезните изисквания – да се съвърже с широка база от знания и опит, върху които да се стъпи, за да се компенсират недостатъци от миналото. Някои ППР трябва да се основават на общите професионални потребности. Необходимо е да се изследват, да се развиват и обмислят нови области на компетентност. Независимо дали идентифицираната потребност е съществена или общ, учебните дейности трябва да бъдат планирани, за да бъдат подходящи, а между общото и специфично натоварване ППР да има баланс. То включва всички дейности, които лекарите предприемат, официално или неофициално, за да поддържат, актуализират, развиват и усъвършенстват своите знания, умения и навыки в отговор на нуждите на своите пациенти. Лекарите са автономни и независими, т.е. действат в най-добрия интерес на пациента. Ключовото в ППР е професионално задължение, но и предпоставка за подобряване качество на здравеопазването. Най-силената мотивираща причина за недостатъчно успешно професионално обучение през целия живот е волята и желанието за поддържане на професионално качество.

Оформянето, обучението и развитието на един лекар, е в отговор на промяната на обществото и индивидуалните нужди, в контекста на развиващите се медицински науки и предоставяне на здравни грижи. Независимо че то е важно, а дейностите по ППР се характеризират със самостоятелно насочване и учение, като рядко се включва обучение под надзор за продължаващ период от време (Titopoulou, 2016).

Съгласно чл. 182 от Закона за здравето в нашата страна съответните организации и други съобщества, имащо отношение към здравето, носят отговорност за продължаващото медицинско обучение на лекарите и медицинските специалисти. Има специфична директива за него, според която всеки практикуващ лекар трябва да получава 150 точки за години от ПМО, като продължаващото обучение в страната не е също задължителен характер. Точките, акредитирани от българските лекарски съюзи, дейностите по електронно обучение не се приемат като валидни дейности на ПМО за събиране на кредити в България. Независимо от това, от 2016 г. има интернет-базирана платформа за продължаващо медицинско обучение, която е достъпна само за лекари. Целта й е да се подобри качеството на предоставяната медицинска услуга. Тя ще предоставя различни статии, като медицинските дейности и тестове за това как и дали е усвоено нов знания. Сред основните предизвикателства на електронното обучение са: лесна достъпност; не са необходими допълнителни средства за обучение; такива платформи са достъпни по 24 ч./7 дни в седмицата и др.

Допълнителното обучение в страната е доброволно, такава е практиката в повечето от страните от ЕС-28, като това е характерно за повечето нови страни-членки (Titopoulou, 2016).

Развитието на националните програми за продължаващо обучение и структурите са се увеличили експоненциално и това трябва да бъде прието, за да се оцени бързата промяна в различните държави-членки. Освен това, необходимостта от официално признаване на поддръжката на знания, умения и опит, продължава да е основно изискване в повечето от ЕС-28. Съгласно доклада на ЕК „Бъдещи умения и компетенции на работна сила в здравеопазването“ с перспектива до 2035 г., сред основните предизвикателства пред обучението на здравните работници са:

- повишен натиск върху професионалистите в резултат на новите очаквания към сектора на здравеопазването, поради развитието на новите технологии, застаряването на населението и отговарянето на тези нужди. Може да се сблъскат с продължително размиване на границите между работа и личен живот, което увеличава риска от прегръдки. Необходим е по-голяма наличност на уменията за баланс между съществуващата и новата работа сила;
- регулаторното задължение и осведомеността за подновяване на лицензията може да се наложи да бъде част от бъдещото обучение на съвременните здравни специалисти. Обхвътът на практиките, различията, с които се
сблъскат, както и начина, по който те оценяват, ще бъдат ключови области на обучение и знания;
• всяка преоценка на ролята на здравните специалисти в контекста на мултидисциплинарни екипи и регуляторни изисквания ще изисква внимателно да се обмислят стратегии за тяхното образование и обучение. Повече специалисти и сподели умения ще се изискват в бъдеще все по-често от например лекари и медицински сестри или квалифицирани медицински сестри за психично здраве в общите практики.

Една от възможностите за допълнително обучение в страната е електронното здравеопазване. Внедряването му е с цел повишаване на ефективността и качеството на предоставяните грижи. То трябва да се използва за подобряване на информационността на лекари за всички болести и медицинското състояние на пациента; достъп до експертиза; системи за контрол на лекарски решения; търсене на литература и нови терапии; информация за качеството на проведено лечение и др.

Ако бъде изградена една национална здравна информационна система, ще се по-виши качеството и достъпността до информация; ще се съкрати времето за започване на лечение и назначаване на подходяща терапия; ще могат да се правят справки за различни периди и по различни характеристики и др., които да се използват за контрол и управление на качеството и ефективността на процесите.

С оглед внедряване на последните налични технологии и информационни средства в медицинската дейност, би следвало да се използват/внедрят поне следните:
• Електронна здравна карта, която да съдържа цялата информация и история на заболяванията и предписаното лечение. Там, освен основните данни, може и би следвало да се съдържат данни като: всички направени до момента изследвания; задължителни ваксинации; лабораторни данни; данните от годишните медицински прегледи по трудова медицина; предписани лекарства и терапии; новоизбрано лечение и пр.;
• Електронна рецепта – тук трябва да са данните от рецептурата книжка, вкл. дозировка на предписаните медикаменти и др., както и тя ще служи като връзка между лекуваната лекар и аптеката;
• Здравни регистри – трябва да се създават и поддържат електронни регистри, както в доставчичните на медицински услуги, вкл. в извънбольнична помощ, така и в аптеките, от всички изпълнители и всички звезна предоставящи грижи;
• Финансови системи – прозрачна и лесно управляема система, с оглед бъдещето въвеждане на диагностично-съвръзани групи и оптимално управление на паричните потоци;
• Внедряване на нови технологии – води до автоматични процеси; улеснява диагностиката; намалява времето за комуникация между специалистите и дори при операции-ите води до по-малко инвазивни процедури и по-малко време за възстановяване. Част от тези процеси е и телемедицината, където практикуващите могат да се отдалечени от пациентите или пък да предоставят услуги в труднодостъпни и слабо населени райони. Виртуалните асистенти могат да следят състоянието на пациентите и навременно ги информират за медиаментите, както и под формата на роботи, извършващи операции; дигиталните платформи, които освен за операции може да се използват и за обучение и диагностика; освен това трябва да се инвестира в кибербезопасността, тъй като медицинските информационни системи работят с чувствителни лични данни.

Всичко това трябва да е придобрано от обучение на лекарите, сестрите и всички заинтересовани страни с оглед максимално използване на наличните възможности, по-висока ефективност и качество на предоставяните услуги.

Възможни решения и тенденции за удовлетворяване на потребностите на трудовия парарез в сектор Здравеопазване

С оглед застаряването на населението и високата възраст на медицинския персонал у нас, единственият начин за удовлетворяване потребностите от качествена медицинска помощ в бъдеще е да се задължи в страната почти всички завършванци лекари и специалисти по медицински грижи, както и да се определят още защитени медицински специалности, по които приоритетно да се обучават и специализират кадри, вкл. с помощта на държавата.

Друга възможност за запълване недостига на кадри е привличането на специалисти от българските малцинства в чужбина, както и от близките страни, ако бъде
предложено подходящо заплащане и възможности за професионално развитие.

В бъдеще ще се засили натискът към властите да инвестират повече ресурси в сектора с цел повишаване качеството на услугите, привлекателността на професиите и условията на труд за медицинските и другите специалисти в сектор здравеопазване. Системата е доста инертна и ако се намерят ефективни решения за обучение и задържане на повече медицински специалисти в страната, ефектът най-рано ще се прояви след 10 г., тъй като са необходими 6 г. обучение по медицина, както и средно още 4 г. за специализация.

По отношение на дългосрочните грижи очакванията са за повишено търсене на персонал, което изисква да се обучават/квалифицират още повече нови кадри. Препятствие пред осигуряването на такива кадри е относително ниско ниво на заплащане в сравнение с другите специалисти по медицински грижи.

Европейските тенденции в бъдеще показват очакван недостиг на медицински кадри като следствие на по-високо заплащане и по-добри условия на труд, вкл. сигурността, в страните от Западна и Северна Европа, които непрекъснато привличат кадри от Източна Европа, за чието обучение и подготовка са използвани публични ресурси (European Commission, 2019). По отношение на дългосрочните грижи очакванията са за повишено търсене на персонал, което изисква да се обучават/квалифицират още повече нови кадри. Препятствие пред осигуряването на такива кадри е относително ниско ниво на заплащане в сравнение с другите специалисти по медицински грижи.

Европейските тенденции в бъдеще показват очакван недостиг на медицински кадри като следствие на по-високо заплащане и по-добри условия на труд, вкл. сигурността, в страните от Западна и Северна Европа, които непрекъснато привличат кадри от Източна Европа, за чието обучение и подготовка са използвани публични ресурси (European Commission, 2019).

Заключение

В сектор здравеопазване се наблюдава липса на лекари (основно по обща медицина, педиатрия, неонатология, патология, анестезиология, специалностите на профилактичната медицина и др.), специалисти по здрави грижи (най-вече акушерки и медицински сестри), като най-голям е недостигът основно в населените места с най-много население.

За преодоляване на проблемите, на първо място следва да се предоставят стимули за за-вършващите медицински специалности и ква-лификации да практикуват тези професии в страната. Определянето на приоритетни медицински специалности за обучение с цел попълване на липсите на ниво политика е ключово. Силно препоръчително е създаването и финансирането на програми за привличане и задържане на медицински кадри от чужбина, вкл. специалисти от в чужбина, както и от близките страни, както и осигуряването на стимули и повече възможности за професионално разви-

Проф. д-р Жени Стайкова, дмн
Медицински университет – София,
ФОЗ „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“
Катедра Превантивна медицина
Адрес гр. София, ул. Бяло море № 8
e-mail: j.staykova@abv.bg

Мария Титопулу, дм
ЛОТ-КОНСУЛТ ЕООД
1612 гр. София, ул. Троянски проход № 16
e-mail: Titopoulos@lot-consult.com
ПРОУЧВАНЕ НА ДИНАМИКАТА НА КОНФЛИКТИТЕ В ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ

Иванка Стамболова

STUDY OF THE DYNAMICS OF CONFLICTS IN HEALTH CARE

Ivanka Stambolova

ABSTRACT: This article describes the results of a survey conducted on the conflicts of medical professionals in the workplace and covers 120 people - medical professionals. Conflicts in healthcare are an essential stage of the management process. They affect both medical professionals and patients. The results of the study related to the causes and parties to the conflict, as well as the psycho-emotional state of the participants in the experienced conflict are analyzed. To deal with conflicts, respondents believe that knowledge and skills are needed. Overcoming the consequences of the conflict is done mostly through conversations and sharing with colleagues and supervisors, family and friends of those who have experienced conflict in the workplace.

Key words: medical specialists, conflicts, workplace, coping

Въведение

Конфликтите по своята същност са изключително сложни и многообразни социални явления, които не биха могли да се управляват и регулират единствено от възпитанието, съзнанието и личността на индивида. Съществува млада наука, която изследва и разглежда конфликта като социален феномен. Конфликтологията изучава само социалните конфликти като явление, свързано с индивидите, социалните групи, обществото, както и техните взаимодействия.

В България конфликтологията е в процес на формиране и утвърждаване. Нашите изследвания в сферата на здравеопазването могат да имат своя принос в нейното по-нататъшно развитие и популяризиране [2,9]. Обектът на конфликтологията е свързан с многообразието на конфликтните процеси, в нашите изследвания това е общественото здравеопазване. Негов предмет са закономерностите и особеностите на социалните конфликти в здравеопазването, тяхната причинност, възникване, динамика, завършване, както и различните средства и методи, повлиявщи взаимоотношенията на участниците в конфликтната strани [9].

На тази основа възникват и различни научни проблеми, свързани с конфликтите, които касаят анализ на конфликта и конфликтно то взаимодействие, за да бъдат изведени специфичните за здравеопазването същностни характеристики, тяхната причинност и развитие. Подобни изследвания ще спомогнат за прогнозиране на конфликтите и тяхното предотвратяване, както и утвърждаване на практики при решаване на конфлиktи, включително ролята и поведението на ръководителите на здрави грижи за тяхното ефективно управление. Справянето с конфликтите в сферата на здравеопазването е съществен етап в управлениният процес, който за моментът е недостатъчно изучаван и осъществен. Наличието на конфликтите сред работните екипи на лечебните заведения застрашава здравето на техните участници и пациенти. Прогноциярането и предотвратяването на конфликтите е особено важно условие за поддържане на добр психо социален климат, намаляване на стреса на работното място, осигуряване на качествено медицинско обслужване и грижи [3,8,10].

Конфликтологията трябва да залегне като важен дял от съвременния менджмънт на здравните грижи, като допринесе за създаване на умения в ръководителите да отчитат не само негативните последствия на конфликтите, но и възможностите за техния позитивен, конструктивен характер. Мениджмънтът на здравните грижи, разглеждайки възникването и развитието на формалните групи и тяхната ефективност не пренебрегва конфликтите. Намерението в управлението на здравните
грожи не е да се елиминират вътрегруповите конфликти, а да се минимизират, за да не възпрепятстват постигането на организационните цели [5,6,7].

Цел и задачи
Цел: Да се изследват причините и участниците като страни в конфликти в процеса на здравни грижи, както и въздействието на конфликти върху психо-емоционалното състояние на медицинските специалисти
Задачи:
1. Да се установи и докаже наличието на конфликти в трудовото ежедневие на медицинските специалисти;
2. Да се изследват най-честите причини за възникване на конфликти в процеса на работа;
3. Да се установят лицата, които са страни в конфликта и се направи сравнителен анализ с резултати от проучване преди 20 години по темата;
4. Да се пручи въздействието, което оказват конфликтиите на работното място върху психо-емоционалното състояние на медицинските специалисти;
5. Да се изследват техниките за преодоляване на последствията от конфликти

Материал и методи
Проведено е собствено анкетно проучване в периода м. Февруари-март 2021г. със 120 лица, студенти в редовна и задочна форма на обучение и стажанти по специалността Управление на здравните грижи, във Факултет по обществено здраве „проф. д-р Ц. Воденчаров дмн”, МУ София. Използвани методи са: исторически, социологически, статистически, сравнителен анализ. Данните са обработени статистически с програма SPSS ver. 19

Резултати и обсъждане
В настоящото проучване са участвали 120 респондента на средна възраст х=36.4±5.23год.

Всички анкетирани лица са студенти по специалността „Управление на здравните грижи” и работят в различни лечебни заведения на страната. Респондентите са с базови специалности „медицинска сестра”- 45.83%, „акушерка” -20.0%, „рентгенов лаборант” -7.5%, „клиничен лаборант” -5.0%, „помощник фармацевт”- 1.66% и „лаборант” -3.33%. Около една трета от тях /34.16%/, заемат ръководна длъжност- старша сестра, акушерка, рехабилитатор. Преобладава женскийят пол – 89.0%. Диспропорцията по полов признак се дължи на факта, че групата на медицинските специалисти по здравни грижи се състои пре димно от жен. Това съответства и на действителното състояние на ангажираност на лицата с такава професия в лечебните заведения в страната.

На първия въпрос относно участието на анкетираните лица в конфликт, като участници или свидетели са отговорили положително всички респонденти. Оказва се, че увеличеннят интензитет на работа в условията на Ковид инфекция в страната допринесе съществено да зачестят конфликтните ситуации и конфликти. Поради тази причина най-вероятно всички участници в проучването са били или свидетели на конфликт, или участници в него, в почти равни дялове. Е. Райкова установява с свое изследване, че за първите 10 години от трудовия стаж на медицинските лица са характерни високите нива на конфликтност. С нарастване на професионалния опит се наблюдава постепенно снижаване на високото ниво на конфликтогенна обстановка, като най-очетлева е промяната при лицата със стаж над 30 години – два пъти малко от по-неопитните. В същото изследване се потвърждава, че според мнението на анкетираните лица, конфликтът е типично явление за болницата [4].

Запитано относно честотата на конфликтите на които са били свидетели или участници, половината от анкетираните лица посочват, че конфликти са 2-3 пъти седмично.

Фиг. 1. Разпределение на отговорите според честотата на конфликтиите на работното място
Реформата, която се извърши в здравната система през последните двадесет години промени основно системата на финансиране, създале търговски дружества и договорни отношения с Националната здравно осигурителна кassa и здравно-застрахователни дружества. От планова икономика и безплатно за пациентите здравеопазване, демотивиращо заплащане на труда на лекарите през социализма в годините на пазарната икономика се разкриха частни лечебни заведения и се проявиха сериозни конкурентни условия и отношението за привличане на пациенти. Въведен е такъв при здравно обслужване, а в много лечебни заведения и доплащане на медицинската помощ и услуги. Тези исторически промени в сферата на здравеопазване доведоха до промяна в мотивацията за работа на лекарите и медицинските специалисти и до създаване на нови взаимоотношения с пациентите, някои от които предлагаха към конфликт. В тази насока се установява, че честотата на конфликтите нараства, но страните по конфликта са променени.

Фиг. 2. Участници като страни в конфликта

При провеждане на сравнителен в полученните резултати от 2002г. /Стамболова И. Г. Чанева 2002/ и настоящото изследване 2021г. се констатира, че конфликтите между медицински специалист – медицински специалист и медицински специалист – санитар се запазват високи. Подобен, висок резултат е отчетен и в сходни проучвания [3,4]. Тревожен е фактът, че конфликтите между медицински специалист и лекар са се увеличили близо 4 пъти, а тези, между медицински специалист и пациенти близо 5 пъти. Установява се от резултатите, че в конфликтите, възникнали в лечебните заведения са засегнати всички видове участници- медицински лица/лекар, медицински специалист/, санитари и пациенти. Въпреки, че не са посочени като отделна категория, близките на пациента са включени като страна на самите пациенти. С регламентирането и широкото обществено разглеждане на правата на пациента, както и възможностите за по-добро информираност на пациентите от интернет и социалните мрежи, работещите в медицинските заведения, както и претенциите на пациентите са се увеличили. Те желаят да получат не само информирано съгласие за манипулация, изследване и лечение, но и настояват тяхно желание. Възможността на пациента да взима информирано решение за свое здраве за почва да се конфронтира с възможностите за лечебно-диагностични планове за лечение и грижи при добре заболяване, както и намалява авторитета на медицинските лица при определяне на правилните решения.

Конфликтите с най-голяма честота са най-вече между самите медицински специалисти. Търсейки причината за тях се установи, че това са най-вече организационни причини, в по-малка степен от личностен и социален характер. В предходното проучване от 2002г. водеща причина са били получаването на обиди на личностна основа от колеги - 86.0%; 42.0% - проявлена неетичност от страна на колега и 38.0% от организационно естество - недобри условия за работа, недостиг на консумативи за работа, несправедливо оценяване на труда им. От настоящото проучване респондентите са посочили най-вече организационни причини за възникващите конфликти:

- Недостиг на персонал
- Недостиг на материални и консумативи
- Недостиг на инфраструктура
- Недостиг на участие в важни решения
- Недостиг на знания и навиквания
- Недостиг на тренировки

Установена се е и конфликт със създадената недоволство и недоверие към организационния начин на работа в здравните институции.
- Незадоволителна оценка личностни качества на колегите
  - Анкетираните лица предлагат, за да се намалят причините за конфликти да се:
    - Подобрят организацията на работа
    - Прецизно да се регламентират задачите и отношенията лекар-пациент – мед. сестра
    - Да се подобрят условията на труд, снабдяването с консумативи и заплащането
    - Да се създадат условия за съвместно решаване на организационни и др. проблеми, чрез разговори и обучение
    - Да се разшири и осигури достатъчно персонал
    - Да се подбират кадри с подходящи личностни качества – физическа и психическа издържливост, компетентност, чувство за отговорност и справедливост, толерантност и лоялност.
  - Въпреки, че конфликтите, които се усъвършенстват не са с голяма острота, а около половината от тях се определят като „спречкване”, те се отразяват на психо-емоционалното състояние и на поведението на участниците. Повече от 2/3 от респондентите стоделят, че “се борят и отстояват позицията си”. Едва 8.0% споделят, че „не им пука” и бързо забравят случилото се.
  - Неприятният спомен за участие в конфликт се “връща” винаги в подобна ситуация дълго време след случилото се, така споделят 75.0% от респондентите. Най-близките хора – семейството също получават “доза” от напрегнатото ежедневие на медицинските специалисти.

Табл. 1. Споделяне на преживян конфликт

| С кого споделяте за преживян конфликт на работното място? | Брой /N/ | Отн. дял /%/
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Със семейството си</td>
<td>63</td>
<td>52.5</td>
</tr>
<tr>
<td>2. С приятели</td>
<td>38</td>
<td>31.66</td>
</tr>
<tr>
<td>3. С колеги</td>
<td>72</td>
<td>60.0</td>
</tr>
<tr>
<td>4. С прекия си ръководител</td>
<td>50</td>
<td>41.6</td>
</tr>
<tr>
<td>5. С никого</td>
<td>6</td>
<td>5.0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Заб. Сборът надхвърля 100%, тъй като анкетираните лица са посочили повече от един отговор!

От анализ на получените резултати се установява, че медицинските специалисти споделят за преживявания конфликт на работното си място най-вече с колеги. Тази реакция е обяснима най-вероятно с факта, че всеки един колега би могъл да бъде на тяхното място и да преживее неприятната ситуация. Нормално е колегите да подходят с разбиране и да се опитат да минимизират конфликта, в който е попаднал техен колега. Най-близките хора – семейството също получават „доза” от напрегнатото ежедневие на медицинските специалисти, като най-често биват подробно запознати с преживяния конфликт. С прекия си ръководител споделят конфликта по-малко от половината респонденти - 41.6%, а с приятели около 1/3 от анкетираните лица. От получените резултати е видно, че медицинските специалисти успяват да се справят с чувствата и психическото напрежение от конфликтите като избират подходящи техники за вентилиране на чувствата или компромис с колегите.

В края на изследването запитахме респондентите дали считат, че обучение свързано с конфликти на работното място би ги огледало и би им помогнало да се справят по-добре с тях. Голяма част от анкетираните лица / 75.0% посочват, че обучение на тема „конфликти” ще им помогне да ги преодоляват. Останалите посочват като „донякъде”, тъй като считат, че има ситуации и обстоятелства, които няма да се променят и не биха се премахнали причините за конфликти въпреки проведеното обучение.

На платформата на БАПЗГ/ Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи” има обучителен курс на тема „Конфлиkti в здравеопазването” в удобна дистанционна форма, който е посетен и успешно завършен с тест от десетки медицински специалисти през последните 10 години.

Изводи

Дейността на медицинските специалисти е динамична, натоварена и конфликтите са често срещани в тяхното работно ежедневие - 50.0% от анкетираните лица посочват, че бяха свидетели или участници в конфликт на работното си място в лечебното заведение, поне 2-3 пъти седмично. Сравнителният анализ на две проучвания относно страните в конфликта установява, че
конфликтите между медицински специалист и лекар са се увеличили близо 4 пъти, а тези между медицински специалист и пациенти близо 5 пъти.

Анкетираните специалисти посочват редица причини за настъпване на конфликт на работното място, както и предлагат решения за преодоляването им. Ролята на ръководителя /ст.м.с., ак/, според резултатите, трябва да се увеличи значително от констатираните 50.0%, тъй като той е лицето, отговорно за повечето причини за възникване на работен конфликт от организационен и социален характер.

Справянето с психо-емоционалните последици от конфликтите на работното място води до „борба” за отстояване на позицията или компромис, който остава следа за дълго време в участниците и се възражда при нова, подобна конфликтна ситуация.

Медицинските специалисти търсят помощ и подкрепа при преодоляване на психо-емоционалните последствия от преживяни конфликти, най-вече от колеги /60.0% и пре- кия си ръководител, така и от членовете на семейството си и приятели.

Литература

4. Raykova E., 2019, Upravlenie na konflikte v lechebnite zavedenia, avtoreferat, Plovdiv
5. Stambolova I., 2015, Sestrinstvoto v Balgaria – vaznikvane, sastoynie i perspektivi, TSMB MU Sofia, p 160, Sofia
OPINION OF EMPLOYEES IN SPECIAL MEDICAL CARE CENTERS ABOUT THE PRESENCE OF AGGRESSION BY CONSUMERS, THEIR RELATIVES OR CITIZENS WHO WITNESSED THE ACCIDENTS

Izabela Oganesyan, Ivelina Dyankova

ABSTRACT: The professions in healthcare are among the professions with high levels of stress and especially with a risk of violence. Such are the professions of the doctors, nurses and social workers. Most incidents of violence in the workplace are concentrated in the system of emergency medical care centers. For healthcare professionals who have direct contact with people in distress, cases of stress and aggression are so common that they can be considered an unavoidable part of the working day. Aggression against healthcare professionals is a widespread problem in developing countries, countries in transition and developed countries. While reports show that nurses are at greatest risk, they are more likely to experience violence in the workplace than other work groups. According to some authors, those working in the health care had at least one incident of physical or psychological violence in the previous year - 75.8% in Bulgaria, 67.2% in Australia, 61% in South Africa. In several countries, the trend is that patients are the main perpetrators of physical violence. The purpose of this article is to examine the opinion of those working in the system of emergency medical care centers about the presence of aggression by patients, their relatives or citizens who witnessed an accident. For research purposes we used different methods: research of literature sources and data on the topic, the sociological method - individual, anonymous questionnaire, graphical and comparative analysis to provide the results. The object of the study are 174 employees in the centers of emergency medical care (EMC) from 54 settlements. The largest part (14.6%) of the sample was formed by those working in the Varna region (the town of Devnya, Aksakovo, Provadia and Dalgopol). The study was conducted in March 2021.

Key words: emergency medical care center, verbal aggression, mobile teams, health workers

Въведение

Насилието и конфликтите са едни от сериозните проблеми на съвременното общество – атентати, свирепи локални конфликти. Всеки акт на агресия води до ответна агресия [1,6]. През последните години сме свидетели на ескалация на насилството както в национален, така и в световен мащаб. Сложната социално-икономическа ситуация, в която живеем, обуславя агресията, която се превръща в начин за решаване на проблеми от финансов, политически, етнически и социален характер [14]. На изучаването на човешката агресия (лат. aggressio – атака) са посветени много холем брой изследвания, поради същественото й значение в човешкото общество [6,11]. От американската психологическа асоциация агресията се определя като поведение, извършено от лице (агре sor) с намерение за нанасяне на вреда на друго лице (жертвата). Нанесената вреда може да е пряка физическа (удар), психологическа (върбални обиди) и непряка (ущербите на имущество на потърпевшия) [4,7,14,15]. Словесният израз на враждебност е един от най-често срещаните мерки за агресия [12]. Причините за агресивно поведение на човек са разнообразни – биологични, психологични, етологични, социални. Според Световната здравна организация агресията се основава на индивидуални, социални, културни фактори и факторите на околната среда [7,16]. През последното десетилетие, заставяят слушателите на агресия над медици и работещи в сфера на здравеопазването. Агресията се проявява както в 190-те филмале на специална медицинска помощ така и в специалните отделения в
болниците [8]. Спешна помощ е последна възможност на пациентите, които са или неосигурени, или са пробвали всичко да посетят специалист или болница и всичко това рефлектира точно върху служителите от ЦСМП. Спешните медици работят на входа на здравната система и при тях най-силно се усещат недостатъците на здравеопазването [3]. Най-голям процент на агресия върху мобилните екипи [2,5]. Най-честите причини, довели до проява на агресия са: желание за незабавно оказване на помощ, неудовлетворение от оказаната помощ, убеждение, че екипът е закъснял, настъпила смърт, лоша комуникация и др. Проблемите в здравеопазването са сериозни и докато не бъдат преодолени, населението от неблагоприятни причини, най-честите причини, довели до проява на агресия са: желание за незабавно оказване на помощ, неудовлетворение от оказаната помощ, убеждение, че екипът е закъснял, настъпила смърт, лоша комуникация и др. Проблемите в здравеопазването са сериозни и докато не бъдат преодолени, населението не бъде удовлетворено от начина, по който получава медицинско обслужване, спешните екипи ще носят на гърба си тежестта от тези проблеми. А те са най-увязваемите, най-незащитени, защото работят на първа линия [8]. Според Български лекарски съюз: случаите на вербално насилие в спешния център през 2018 г. са 214 на физическо насилие - 33 в ЦСМП и 396 в спешните отделения. Данните за първото полугодие на 2019 г. сочат, че е имало 116 случая на вербално насилие в спешния център и 227 в спешните отделения на лечебните заведения [1,20]. Агресията се отразява на здравето и благосъстоянието на хората. Тя повлиява личния и семейния живот на човека, което се изразява в нарастваща потребност за подкрепа от семейното или води до влошаване на взаимодействието с членовете на семейството [7,12]. За организациите последици от агресията на работното място се свеждат до намаляване на производителността, разходи за обезщетение, накърняване на репутацията и достойнството [7,13]. Според Министерството на Здравеопазването, положителна тенденция е, че броят на постъпващите, не е по-малък от броя на напусналиите. Това показва, че има жестоко текучество в системата на ЦСМП от страна на пациенти, техните близки или граждани е значим проблем. В научното проучване са обхванати 174 служители в системата на ЦСМП от 54 малки и големи населени места. Проучването е проведено през месец март на 2021г.

Резултати и Обсъждане
Агресия над работещи в ЦСМП от страна на пациенти, техните близки или граждани е значим проблем. В научното проучване са обхванати 174 (115 жени и 59 мъже) служители в системата на ЦСМП от цяла България. На фигура 1 е представено разпределението на анкетираните лица по пол.

Фиг. 1. Разпределение на изследванияте лица по пол
При обработка на данните установихме, че жените представляват по-голяма част от извадката (65%), като групата е сформирана на случайен принцип.

Поради факта, че текучеството в спешна помощ е голямо, заради честите нападения над медици, ни провокира да проверим разпределението на работещите по възраст фиг. 2.

Фиг. 2. Разпределение на респондентите по възраст

Преобладава групата на хората в средна възраст. Най-голям дял в извадката са анкетираните от 36 до 50-годишна възраст. Подгрупа на млади хора от 20-35г. са взели участие 18% в проучването, са включени лица, работещи в различни градове, за по-голям обхват на информацията Най-голям брой анкетиран са от Софийска област, както и от градовете Ботевград, Хасково, Казанлък, Стара Загора, Свищов, Велико Търново и други големи градове. От по-малките населени места членове на екипите на спешна помощ се съединили в проучването са от Павлиken, Търново, Криводол, Вършец, Якоруда, Кюстендил, Дряново и много други. Екипите на спешна помощ съставени от медицински и немедицински персона. На фиг. 3 е представено разпределението на респондентите според длъжността която заемат.

Фиг. 3. Разпределение на лицата, според заеманата длъжност в системата на спешна помощ

Най-голямата работна група включила се в нашата извадка са медицинските сестри, работещи в спешните центрове (30,8%), следвана от фелдшери (22,7%) и лекари (20,9%). Агресията бива пряка физическа (нанасяне на телесна повреда, удар) и вербална (обидни думи, отровяне на репутация), от тук възникна и изследователският ни интерес, дали работещите в спешна медицинска помощ са пряко засегани и под каква форма. На въпросът „Засягани ли сте пряко от агресия на пациенти, техни близки или граждани, свидетели на инцидент“ - Фиг.4

Фиг. 4. Разпределение на засегнати от агресия служители на ЦСМП

Огромен е процентът, на засегнатите служители в структурата на ЦСМП, 86% от анкетираните лица споделят, че са били засягани от агресори. Групата на незасегнатите медицински и немедицински лица в системата на спешна помощ, участвали в нашето проучване са едва 14%. Проблема с насилието над здравни работници е разпространен не само в България, но и в световен мащаб. Нанесени вредите могат да бъдат физически, вербални и имуществени (фигура 5).
Данните се отчитат, че най-често агресията, претърпяна от мобилните екипи е вербална (62%). Не малка е групата от лица, ставали жертви на насилие 33,1% (n=54) от анкетираните лица посочват, че освен вербална са насилия и физическа агресия. Най-малък е делът на лицата, претърпели само физическа са-моразправа. Процентът на по-търпеливите слу-жители в организацията на центровете за спешна медицинска помощ е много висок. Аг-ресията е тежък проблем в спешната помощ (фигура 6).

Фиг. 6. Прояви на агресия спрямо спешните екипи

- Ежеседнично: 15,20%
- Ежемесечно: 32,90%
- Ежегодно: 35,40%
- Веднъж за времето на...: 16,50%

Данните от проучването показват, че 15,2% от анкетираните лица отговарят, че ежеседнично са обект на агресия от страна на пациенти, близки на пациентите или граждани, свидетели на инцидент; 32,9% от служителите на спешна медицинска помощ споделят, че ежемесечно са ставали обект на насилие. Най-голяма се е сформирала групата на лица, ставали жертви на насилие ежегодно (35,4%), 16,5% от здравните служители на ЦСМП са били по-търпелив само веднъж за времето на стажа си.

Проверихме какви са основните и причините, според анкетираните, които предизвикват агресия от страна на пациенти, роднини и близки на пациентите-Респондентите бяха по-големи да посочат до три възможности: най-честите причини, които бяха изтъкнати като повод за агресия от страна на пациенти и техните близки са:
- Подаване сигнал смятат, че екипа е закъснял – 69%
- Пациенти употребили алкохол или наркотични субстанции – 59,1%
- Разминаване между очакванията на пациентите и възможностите на Спешна медицинска помощ – 44,8%
- Наличието на голям брой присъстващи на адреса – 36%
- Подаващият сигнал за инцидент е разпитван дълго по телефона – 33,9%
- Настьпила смърт на пациента – 23%
- Несъгласие с метода на лечение – 14,4%
- Друго – 11,5%
- Отговор на грубото им отношение - 9,1%

Служителите на спешна медицинска по-мощ посочват, че най-честият повод, провокиращ насилие е в заблуждението, че екипа с линейката е закъснял (69%). На втора позиция като причина за разправа, според специалистите по здравни гръжи са пациентите употребили алкохол или наркотични субс-танции (59,1%).

Честа причина за агресията е беззащитността на спешните екипи, особено на терен. Липсва оценка на риска от прояви на насилие при приемане на повикването.

Служителите на спешните екипи посочват разнообразни последствия от агресивните действия насочени към тях.

Фиг. 7. Последствията от агресивните дейст-вия насочени към работещите в структурата на ЦСМП

- Друго: 17%
- Размисъл за смяна на...: 23,60%
- Мисли за смяна на...: 20,60%
- Телесна повреда: 12,40%
- Телесна повреда: 5,50%
- Накърнено достойство: 73,30%
5,5%, а 2,4% от респондентите са понесли телесна повреда, която е довела до отсъствие от работа.

Рядко след агресивни действия, някой желае да говори, с когото и да е било за случилото се. Вероятно съвързано със страх от самоизразяване на още веднъж (фигура 8).

Фиг. 8. Представяне на действията от страна на членовете на екипите след прояви на агресия срещу тях

Голяма част от работещите в ЦСМП посочват, че агресорите са останали без последствия за действията си. Едва 16,6% от работещите в ЦСМП са получили подкрепа от служителите на МВР. Нисък е процент (1,8%) на понеслите съдебна отговорност граждани, за нанесените щети към работещите в системата на здравеопазването. Голяма част от агресорите не са били отговорни за действията и постъпките си (73,3%). Агресията на работното място е предпоставка за напускане не само на работното място, но и за смяна на професията. Голям е процентът на респондентите, не уведомили никого след агресивни действия спрямо тях, поради дългите процедури, които са ангиажиращи и отнемащи от свободното време.

Литература
1. Български лекарски съюз, Да бъде създален работещ механизъм, който да защитава лекарите на работното им място, Българският здравен портал, 13 ноември, 2019
2. Войнова Л., Пациентите са агресивни, защото системата ни е болна, Интервю с Д-р Десислава Кателиева, 07.09.2017, 8:00 ч.
3. Кателиева Д., Възможности и бариери за постигане на равен достъп и своевременност при оказване на спешна медицинска помощ в извънболнични и болнични условия, Медицински Университет-Варна, 2017, 29-33
4. Курдоманов К., Невербална и вербална агресия в нашата комуникация, Софийски университет Св. Климент Охридски, из. 1, София, 2020,96-101
5. Милева Р., Д. Кателиева, Председател на Националната асоциация на работещите в спешна медицинска помощ (НАРСМП): Нужно е с помощта на медните да се преодолеят негативните нагласи към спешните медици, Здравни грижи, бр. 2, 2019, 28-32
6. Овчаров В., Агресия и мозък, Социална медицина, бр.3/4, 2016, 29-32
7. Pavlova St., Наличие на агресия в професионалното поведение на медицинската сестра, Социална медицина, бр2, 2015, 26-28
8. Pavlova T., Проблемите в спешна помощ не се решават само с увеличение на бюджета, Интервю с д-р Десислава Кателиева, Агенция Фокус, 5 ноември, 2019, 10:00 ч.
10. Споразумение за сътрудничество и взаимодействие между Прокуратурата на Република България, Министерство на Здравеопазване и Българския Лекарски съюз, 14.01.2020, София
18. https://otgovori.info/nasilieto-v-devet-sektora-za-uslugi/?fbclid=IwAR3eE0rW5HULuPko2lrbrrxL6uLjLAVz2hYQMhhept54UeMXdpw-YziAg

Izabela Oganessian, Ivelina Dyankova
Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов – гр. Варна
Студен, Катедра „Здравни грижи“
Варна, ул. „Кокиче“ 10
Izabela.oganesyan@abv.bg
ABSTRACT: Radiotherapy is one of the three existing methods of medical treatment of oncology diseases together with chemotherapy and surgical treatment. Radical radiotherapy may be implemented independently or combined with a system therapy. A nurse is a member of a well-trained and highly qualified team. The specificity of her activity is the patient’s general state care especially when tracking early skin radiation reactions. A nurse is an important and integral part of medical radiotherapy teams in implementation of system therapy and as well as in necessary everyday’s care giving required for patients being given radiotherapy.

Key Words: radiotherapy; early skin radiation reactions; nurse; patient

Въведение

Разпространението на онкологичните заболявания сред населението в световен мащаб нараства, като България не прави изключение от тази тенденция. Ежегодно се диагностицират над двадесет хиляди нови случаи, и прогнозата е те да нарастват. Лъчелечението е един от основните методи за лечение на карциноми, като приблизително половината от диагностицираните пациенти с онкологични заболявания, се подлагат на лъчелечение в рамките на тяхната терапия. Един от най-честите странични ефекти от облъчването, независимо от мястото, на което се прилага е увреждането на кожата. Във връзка с това гръжката за кожата се оказва основен проблем за пациентите провеждащи лъчетерапия и медицинските специалисти [1]. Предизвиканите от разглежданите метод на лечение кожи реакции, както и другите тъканни последици, са следствие от биологично увреждане [2].

Лъчелечението като основен метод за лечение на онкологични заболявания се прилага самостоятелно или заедно с оперативно лечение и химитерапия. Целта му е да се достави прецизно разпределена доза йонизиращо лъчение до определена туморна зона с възможно най-малко увреждане на околната здрава тъкан, което води до увреждане на тумора и подобряване качество на живот на пациента. Независимо от съществуващите предимства на съвременните лъчетерапевтични методи и техники за щадене на кожата при 95% от пациентите се проявява реакция в различна степен [3].

Цел: Целта на настоящото проучване е да се представят особеностите на ранните кожни реакции при пациенти с онкологични заболявания провеждащи лъчетерапия, да се разкрие механизма на увреждане на кожата и да се очертва ролята на медицинската сестра полагаща гръжка за тях.

Лъчетерапия и кожа

Кожата е най-големият орган на човешкото тяло, който ни защитава от топлина, светлина, наранявания, инфекции и има задача да:
1. Помага за регулиране на телесната температура;
2. Складира вода, витамин D и мазнини;
3. Подпомага усещането за болка и други въздействия;
4. Предотвратява навлизането на бактерии [4, 5].

Целостта на кожата е важна, но е необходимо да се има предвид, че при онкоболните има особени съображения, поради факта, че могат да бъдат изложени на повишен риск от поява на рани и усложнения [6].
Основен страничен ефект на облъчването се явява острата реакция на кожата, която може да варира от лека еритема до сливане на охлаждане. Пациентите, които получават перкутанно лъчелечение, са изложени на потенциален риск от развитие на реакция в рамките на площада на облъчване. До 85 - 87% от тези пациенти преживяват умерена до тежка реакция на кожата, от които при 10 - 15% ще се достигне до влажна десквамация [7, 8, 9]. Кожните реакции, предизвикани от лъчетерапията, не са "изгаряния". Те възникват в резултат на увреждане на базалния клетъчен слой на кожата и промяна на вътрешния дисбаланс между нормалното производство на клетки в този слой и разрушаването на клетките на кожната повърхност [12].

Планирането на грижа за кожата се основава на познаване на анатомията и функциите й. Кожата има многослойна структура: епидермис – тънък външен слой, дермис - по-плътен вътрешен слой и субкутис – подкожна тъкан съдържаща мазнини (фиг. 1).

Фиг. 1. Структура на нормалната кожа [12]

Ефект от лъчетерапия и кожни реакции

Лъчетерапията причинява биохимични промени в клетките, тъй като ДНК молекулите са чувствителни към радиационно увреждане по време на митоза. Радиобиологичното увреждане въздейства негативно при репопулация, прергрупиране, репопулация и реоксигенация. Повредените клетки се заменят с клетки, преминаващи от фазата на покой в активния цикъл (репопулация) [11]. Увреждането на кожата възниква, когато степента на репопулация на базалния клетъчен слой не може да съответства на разрушаването на клетките при лечението. Активиране на възпалителен процес е нормална физиологична реакция от лъчетерапията [11].

Предизвиканото от лъчетерапията увреждане на кожата се наблюдава приблизително от 10 до 14 ден след пръвата фракция и съответства на времето, необходимо на увредените базални клетки да мигрират към повърхността на кожата (фиг. 2). Първоначално кожата ще се затопли и зачервя - еритема, а при някои пациенти може да се появи и сърбеж.

Фиг. 2. [12]

Поради облъчванията кожата е увредена и се опитва да компенсира чрез повишаване на митотична активност, за да възстанови увредените клетки. Ако новите клетки възпроизвеждат по-бързо, отколкото се сменят старите, тогава кожата ще стане суха и люспеста - суха десквамация.

До края на лъчетерапията, базалният слой не може да произведе достатъчно нови клетки, които да заменят старите и по този начин възникващият слой ще бъде наранен, оточен, с ексудат - влажна десквамация. Ексудатът е нормален и богат на хранителни вещества, което подпомага растежа на нови кожни клетки. Кожната некроза се наблюдава рядко, поради усъвършенстваните техники, използвани при провеждане на лъчетерапия [11].

Степента на тежест на кожните реакции може да се увеличи от 7 до 10 дни след като лъчетерапията е приключило. Това често се обяснява с "пик", когато страничните ефекти могат да достигнат до по-лоши стойности. На новосъздадените клетки от базалния слой са необходими около 10 дни да достигнат до горния слой на епидермиса. След това, страничните ефекти постепенно ще започнат да се стабилизират и състоянието на кожата ще се подобри [11].

От 4 до 6 седмици след като лечението приключи, кожата трябва да се възстанови добре и дори да се излекува напълно, с изключение на зоната във височината на новата кожа. Отнема време, за да се възстановят базалните клетки на епидермиса и новата кожа да започне да расте и да се възстановява [13, 14].

Широко разпространено мнение е, че по време на лъчетерапията пациентите получават
Изгаряния. Наблюдението и лечението на кожните реакции причинени от лъчелечението се различават от тези при изгарянията. Различията се проявяват от гледна точка на причините, областта на разпространение, продължителността и предполагаемото развитие. Разбирането на различията е от решаващо значение при прилагането на правилни грижи за кожата (табл. 1). Неточната оценка може да доведе до неподходящо лечение.

Таблица 1. Разлики на кожните реакции при лъчетерапия и при изгаряния [11]

<table>
<thead>
<tr>
<th>Причина</th>
<th>Кожни реакции, предизвикани от лъчелечение</th>
<th>Грави, причинени от изгаряне</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Поглъщане на енергия от ионизиращото лъчение</td>
<td>Грава-например огнь, горещи течности, огъръци</td>
<td>Въздух, дьрва, огъръци</td>
</tr>
<tr>
<td>Загърдачи на слоеве на кожата</td>
<td>Само епидермални слоеве</td>
<td>Травма - пример огън, горещи течности, огъръци</td>
</tr>
<tr>
<td>Последователност на щетите</td>
<td>Повредените базални клетки мигрират нагоре по повърхността на кожата</td>
<td>Поражението се появява надолу през кожните слоеве по отношение на степента на изгаряне</td>
</tr>
<tr>
<td>Време до реакция</td>
<td>Незабавно - минути</td>
<td>Отлагане - дни</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Според Calianno съществуват фактори, които могат да засилват реакцията на кожата, да увеличат риска от разрушаване й и да забавят процеса на заздравяване на раните [15].

Фактори провокиращи поява на кожни реакции при провеждане на лъчелечение:

   Възраст - естественият процес на стареене влияе върху епидермалния клетчен цикъл, което може да доведе до удължаване времето на лечение.
   Хранене - адекватния прием на хранителни вещества е необходим за най-благоприятното възстановяване на увредените тъкани. Кожата на недохранилите пациенти може да е с повишен риск от увреждане [16, 17, 3, 18].
   Пушене и алкохол - могат да намалят капиллярния кръвен поток и нивата на кислород, като по този начин увеличават тежкия характер на кожната реакция и нарушават способността на организма да лекува увредените тъкани и да се бори с инфекцията.

Съпътстващи заболявания - други заболявания и някои лекарства могат да увеличават риска и интензивността на кожните реакции и да повлият върху лечебния процес, например диабет, стероиди [19]. Излагане на UV – има предположение, че пациентите, които дълго се излагат на UV лъчение, ще преживеят както по-тежка кожна реакция, предизвикана от лъчелечението, така и намаляване на лечението. Пациентите с тямяна кожа и етническите малцинства съобщават за по-тежки кожни реакции след лечението в сравнение с пациенти [20].

Затърсване - допълнителната мащта може да носи риск при лечението и да засили реакцията на кожата, поради допълнителните кожи щеки или области, в които има естествена кожна щека, напр. подгърднатата щека.

Инфекция - наличието на бактериална или гъбична инфекция може да повреди клетките в базалния слой, което да доведе до по-бавно заздравяване на раните [21].

   Лъчелечение - по-високите дози, по-големите полета и увеличеният обем – всички те могат да доведат до по-сильно изразени кожни реакции;
   Сила на ионизираното лъчение - колкото по-голяма е тя, толкова по-малка е реакцията на кожата. Мегаволтовите лъчи (сила над 1MV) осигуряват максимална доза под повърхността на кожата (щадящ кожният ефект), докато киловолтовите лъчи (сила под 1MV) доставят максимална доза на повърхността на кожата и повишават степента на кожната реакция.

Радиосенситивни вещества - някои химиотерапевтични средства са радиосенсибилизатори (напр. 5-Fluorouracil, Mitomycin C, Cisplatin) и увеличават степента на тежест на кожната реакция.

Химически/термични/механични - химически като дезодоранти, парфюм, талк за след бръснене, превръзки и кремове, съдържащи метал. Крайности в температурите, напр. бутили с гореща вода, мечури с лед. Фрикция чрез трение на кожата или носене на плътно прилепнал дрехи.

Оценката на кожните реакции е неразделна част от сестринските грижи за пациента, която започва със задаване на правилните въпроси:

ЗАЩО е станало? Защо нещата се променят - причина и следствие?

КАК го лекуваме? Как да направим правилния избор за подходящи действия и интервенции?

Предсказването на степента на тежест на кожните реакции може да бъде трудно, поради различната радиочувствителност на кожата и обуславящите го фактори [22]. Вътрешните и външни, провокиращи развитието на болестта фактори могат значително да увеличат степента на тежест на кожните реакции на лъчелечение, което може да забави процеса на лечение [23].

Хората с матова кожа могат да забележат, че кожата в полето за лечение първоначално става по-тъмна, преди да премине през другите етапи на реакция. Изследване на Ryan et al. (2007) разкрива, че пациенти с тъмна/черна кожа съобщават за по-висока степен на тежки кожни реакции на мястото на лечение, отколкото пациенти с бяла [20].

Единният подход за оценка на кожата е от съществено значение, за да се гарантира, че „подходящите мерки“ се осъществяват в „правилния момент“ в отговор на текущата оценка. Неточната оценка и неподходящите интервенции могат да причинят вреда и страдание на пациента и да компрометират лечебния процес.

Използването на инструмент за оценка на остра радиационна реакция се препоръчва за насърчаване на последователност и приемственост на подходящо управление на грижите и интервенциите по време и след лъчелечение, докато реакцията се уталожи.

Сестрински препоръки давани на всички пациенти провеждащи лъчелечение и гръжи за намаляване на кожните реакции по време на терапията:

1. Първоначално поддържане на целостта на кожата, което включва:
   - Поддържане на кожата в третираната област суха.
   - Внимателно измиване на кожата всеки ден с топла вода и мек сапун, и подсушене с потупване.
   - Избягвайте екстремни горещи и студени температури по кожата, например: нагряващи подложки, бутилки с гореща вода, лед и др.

2. Намаляване на възможността за по-нататъшно усилване на кожната реакция:
   - Да не се използват лосиони, кремове, парфюми, козметични продукти или дезодоранти върху кожата, там където се прилага лъчелерапия.
   - Да не се масажира третираната зона.
   - Да се обличат свободни, памучни дрехи, за да се намали дразненето.
   - Препоръчва се да се избягва плуването в хлорирана вода, докато кожата не се възстанови напълно [27, 28].
   - Да не се излага кожата на слънце докато не приключи лечението. След това да се използва слънцезащитен крем с висок фактор SPF 30+, в допълнение към дрехите и сянката, за да се осигури максимална защита [29].

Фиг. 3. Analgesic Ladder [26]

Сестрински препоръки давани на всички пациенти провеждащи лъчелечение и гръжи за намаляване на кожните реакции по време на терапията:

2. Намаляване на възможността за по-нататъшно усилване на кожната реакция:
   - Да не се използват лосиони, кремове, парфюми, козметични продукти или дезодоранти върху кожата, там където се прилага лъчелерапия.
   - Да не се масажира третираната зона.
   - Да се обличат свободни, памучни дрехи, за да се намали дразненето.
   - Препоръчва се да се избягва плуването в хлорирана вода, докато кожата не се възстанови напълно [27, 28].
   - Да не се излага кожата на слънце докато не приключи лечението. След това да се използва слънцезащитен крем с висок фактор SPF 30+, в допълнение към дрехите и сянката, за да се осигури максимална защита [29].

Планиране на гръжи по отношение на кожните реакции след лъчелерапия и препоръки за прилагането им в домашни условия:

Степента на тежест на кожните реакции може да се увеличи и да достигне своя „пик“ за около 7 до 10 дни след приключване на лъчелерапията.
четерапията. В рамките на този период съществува продължаващ недостиг във възпроизводството на нови клетки, които да заменят старите.

В рамките от 4 до 6 седмици след приключване на лъчетерапията кожата трябва да се нормализира значително или напълно да засягне. Изисква се време, както за възстановяване на базалните клетки на епидермиса и за достигането им до повърхността, така дават възможност на кожа да регенерира [13, 14].

Основните грижи за кожата след лъчелечение са същите, както по време на прилагането й: облекчаване на болката и дискомфорта, намаляване на риска от инфекция и по-нататъшни травми. Интервенциите трябва да съответстват на кожната реакция, базираща се на текущия контрол на кожата и резултата на онкологичната група по лъчелечение.

Като част от очакваната реакция на кожата на лъчелечението, тялото произвежда зеленокаво–жълт ексудат в рамките на зоните на влажна десквамация. Той не трябва да се почиства (освен, ако няма повишени количества), тъй като подпомага оздравителния процес, облекчава болката и дискомфорта и същевременно може да намалява риска от инфекция и развитието на раните. Разнообразието и разнообразието на кожните реакции, с механизма на увреждане на кожата, специфичен за лъчетерапията и факторите, които могат да утежнят реакцията. Кожата се разрушава и раните се образуват по различни причини. Подходящата грижа за кожата под наблюдението и ръководството на добре обучен персонал и обучението на пациентите могат да съдействат за поддържане на здрава кожа и да забавят развитието на раните. Разнообразието и изискванията за създаване на базална документация за контрол на проблемите при пациентите провеждащи лъчелечение. За правилното оценяване на кожата и раните при пациентите провеждащи лъчелечение е необходимо да се създават и да се следват индивидуални и базирани на доказателства протоколи.

**Бележки**


Литература
2. Analgesic Ladder [https://www.concordortho.com/patient-resources/patienteducation/topic/eeb17d844459b3adc6ce05a5f1559f42]


Калина Стоянова Катранджиева
УМБАЛ „Св. Марина“ ЕАД – Варна
Клиника по лъчелечение
бул. "Хр. Смирненски" №1
e-mail: k.katrandzhieva@gmail.com
ABSTRACT: Osteoporosis is a progressive skeletal disease characterized by reduced bone mass and structural changes in bone tissue that lead to increased fragility and subsequent risk of fractures. As the process of bone loss and bone thinning progresses slowly and unnoticed over the years, osteoporosis has been successfully dubbed the "Silent Thief." In 2000, osteoporosis was identified as the third most socially significant disease in the world (after cardiovascular and oncological diseases), with a forecast to take second place in 2020. Today, it is already ahead of cancer in a number of countries. Osteoporosis is the most common metabolic bone disease associated with serious physical, psychosocial, and economic consequences. It has been shown to cause more losses in years of life spent in disability, compared to any type of cancer except lung cancer. The World Health Organization has officially declared osteoporosis a health threat to society, and the International Osteoporosis Foundation has called on governments around the world to make the disease a top health priority.

The present study aims to examine the risk groups for the development of osteoporosis and the role of the general practitioner's team for early diagnosis and prevention of the disease.

Material and methods: In the initial stage, 55 women were examined through a screening test (Prof. Boyanov's questionnaire), which took into account genetic and behavioral factors for the risk of developing osteoporosis.

Results: The study included women by age groups as follows: 34.55% up to 50 years, 20% from 50-60 years, 22.08% from 60-75 years and 14.55% over 75 years. The study shows that 43.64% (24 respondents) of the subjects are at risk of developing osteoporosis and a study of bone mineral density (BMD) is needed. Of these, 16.67% are under the age of 50. It is worrying that none of the respondents underwent a screening test to help with early diagnosis and prevention of the disease and its complications.

Conclusion: Risk factors for the development of osteoporosis are conditionally divided into two groups. The first group includes factors that are not subject to change, such as gender, age, genetic factors, history of past fractures, family history of osteoporotic fracture and some systemic diseases. The second group includes adjustable factors, such as physical activity, diet, weight, smoking, increased alcohol and coffee intake, acute and chronic psycho-emotional stress. It is to their control and change that the main preventive measures need to be directed. In fact, raising people's awareness of healthy practices in early life contributes to greater bone mineral density and reduced risk of osteoporosis.

Key words: Risk factors, risk groups, preventive measures, public health
Тъй като процесът на намаляване на kostното вещество и разреждането на kostната тъкан напредва бавно и незабележимо през годините, остеопорозата сполучливо е нареачена "Тихия крадец".

През последните десетилетия се наблюдава тревожна световна тенденция към нарастване броя на страдащите от остеопороза лица. От една страна, поради нарастване броя на застаряващото население, а от друга – поради високата социална и икономическа цена, която плаща общество.

На планетата приблизително 200 млн. души страдат от остеопороза. Очаква се до 2050г. броят на остеопорозните фрактури да се удвои. Счупването на бедрената кънечна една от всеки три жени и един от всеки пет мъже ще получи, през остатъка от своята живот, най-малко една фрактура вследствие чупливост на kostната плътност. Смята се, че населението над 50-годишна възраст до 2025 г. ще бъде 2,9 млн. души, а общият брой на очакваните фрактури ще се увеличия с 4%.

От заболяването са засегнати не само възрастните хора, но и много голяма част от хората в трудоспособна възраст. Водещите експерти смятат, че това е пряко следствие от съвременността и жизнените насоки на живот, което прави въпросите за превенция и лечението на остеопорозата особено актуални.

През 2000 г. остеопорозата бе определена като третото социално-значимо заболяване в света след сърдечно-съдовите и онкологичните заболявания. Съвременната здравна организация официално обявя остеопорозата за здравна заплаха за обществото, а Международната фондация за остеопороза призова правителствата по цял свят да поставят заболяването като основен здравен приоритет.

Настоящото изследване е част от двете проект на катедра „Здравни грижи“ и е в начален етап. За проучването са използвани административни документи за определение на рисковите гр. Настоящото изследване е част от двегодишни проекти на катедра „Здравни грижи“ и е в начален етап. За проучването са използвани документи, анкетни метод. Изследвани са 55 жени чрез скрининг-тест (препоръчен на проф. М. Боянов), в който са отчетени рисковите фактори за развитие на остеопороза. Условно те се делят на две групи. Към първата група спадат факторите, чиито риск е над 5 точки. Рискови фактори за развитие на остеопороза са физическа активност, хранене, телесна маса, тютюнопушене, ексцесъв прием на алкохол и кафе, остър и хроничен психоемоционален стрес. Липса на риск за остеопороза - до 5 точки включително. Риск за остеопороза - 6 и повече точки, което налага измерване на КМП.

За анализ на резултатите са използвани статистически методи: дескриптивна статистика - относителни дялове; честотен анализ - абсолютни и относителни честоти. Онагледяването е направено чрез графичен анализ.

Резултати и обсъждане

В проучването участват жени по възрастови групи, като следва: 34.55% до 50 години, 20% от 50-60 г. 22,08% -от 60-75 г. и 14.55% над 75г. Нагледяването изследване показва, че 43.64% (24 респонденти) от изследваните лица са на възраст до 50г. Разпределенето по възрастови групи е представено на фиг. 1:
Фиг. 1. Разпределение на риск от остеопороза по възрастови групи

Тревожен е фактът, че на нито един от респондентите не е провеждан скрининг-тест, който да помогне за ранно диагностика, превенция на заболяването и усложненията от него.

Направихме сравнителен анализ на жените по възрастови групи и получени фрактури при незначителни падания. Резултатите показват, че 22 жени (40%) вече са чупили кост. При жени в риск-фрактурите са при 66.67% от респондентите, а при жените извън риск - 19.35% (всички са над 50 г.). На фиг. 2 е представено по-детайлно разпределението общо и по групи:

Фиг. 2. Разпределение на получените фрактури по групи

От направените на този етап изследвания, водещи са фрактурите на предмишницата - 8, следват с равен брой по 6 на бедрената шийка и други кости, а на трето място са счупванията на гръбначен прешлен - 2.

На фиг. 3 са представени относителните дялове на получените фрактури по видове:
Чрез осъществяване на Националната програма за ограничаване на остеопорозата в Република България -2006 – 2010г. се постига сериозен напредък за съвременна диагностика и лечение на заболяването, създаване на центрове за остеопороза в цялата страна. Лечението на заболяването се осъществява според световните и европейските добри практики.

Както от анализа на изследвания на различни учени, така и от направените проучвания от нас се отчита недостатъчно масово тестиране и определяне на рисковите групи за ранна превенция на остеопорозата. Друг негативен показател е, че основното внимание на лечебните заведения и НЗОК е насочено изцяло към лечение на заболяването и последиците от остеопорозата - тежките счупвания; не е приоритет и не се отделя достатъчно време от екипите при общинопрактикуващите лекари и в доболничната помощ за информационна и първична профилактика на заболяването; не се реимбусярат изследванията на костна плътност и маркери на костна обмяна; като не са включени в задължителния пакет за профилактика при рисковите групи над 50г.

Заключение

Остеопорозата е най-често срещаното метаболитно костно заболяване, свързано със серозни физически, психосоциални и икономически последици. Доказано е, че тя причинява повече загуби от годините живот, предизвикани в инвалидност спрямо всеки вид карцином, е изключение на рак на белия дроб [4]. Насочването към поведенческите, подлежащите на корекция рискови фактори (физически активност, хранене, телесна маса, тютюнопушене, повишена прием на алкохол и кафе, остр и хроничен психоемоционален стрес), към тежка контрол и промяна е базисен елемент от профилактични мерки. В действителност повишаване информираността и мотивацията на хората за здравословни практики в ранния живот допринасят за съхраняване на добра костна минерална плътност, намаляване на риска от остеопороза и усложнения и осигуряване на добро качество на живот.

Литература


Изследването е обвързано с проект по договор № НИХ-455/2021 г. на Университет „Проф. д-р Асен Златаров“-Бургас с двегодишен период.

Гл. ас. Катя Попова дм
e-mail: katja.popova62@gmail.com
Станислава Стоянова- студент специалност „Медицинска сестра“, I курс
e-mail: stoyanova9317@gmail.com
Радка Генчева- студент специалност „Медицинска сестра“, II курс
e-mail: racheto_79@abv.bg
Университет „Проф. д-р Асен Златаров“- Бургас
ФОЗЗГ
Катедра „Здравни грижи“
8005 Бургас, бул. Проф. Якимов № 1
TELE NURSING IN A PANDEMIC: A LOOK INTO THE PRESENT OR IN THE FUTURE

Kristina Kilova, Diyana Yankova

ABSTRACT: Telenursing could fill the gap created by the current shortage of nurses not only in Bulgaria. In the conditions of the COVID-19 pandemic, this is an opportunity for patients to receive quality nursing care without being exposed to the infection. The aim of the present study is to examine the possibilities of telemedicine and telehealth in providing nursing care in a pandemic. Material and methods. A search was conducted in the databases of Google Scholar, PubMed, Embase, Web of Science, as well as in the official websites of various governmental and non-governmental institutions, software developers. The search was conducted from January to March 2021 by keywords “Telenursing” or “Telenurse” with “COVID-19”. Results. A literature review was made. The various aspects of telenursing – application, advantages, disadvantages and existing limitations, possibilities in the conditions of a pandemic – were considered and analyzed. Conclusion. Telenursing has huge potential. The development of information and communication technologies, the shortage of nurses, COVID-19 and the increasingly aging and chronically ill population around the world are a prerequisite for its application. In times of a pandemic, this is a way for patients to stay at home and receive quality health care. Key words: telenursing, telenurse, telehealth, pandemic, health care.

Въведение

Теленърсингът (телесестринството, от английски telenursing) е използването на технологични ресурси и комуникационни технологии за насърчаване развитието на сестринските грижи. Технологиите за телездраве позволяват на медицинските сестри да разширят гржните до всеки, който има нужда от нея, независимо къде се намира [1]. Друго определение за телесестринството е предоставяне на медицински грижи чрез информационни технологии като телефон, компютър и интернет [2].

Теленърсингът може да запълни празницата, създадена от настоящия недостиг на медицински сестри в световен мащаб. Те са на първа линия в грижите за пациентите и общува нето с тях. От Световната здравна организация (СЗО) считат, че, за да се постигне изцяло здравното покритие от сестрински грижи в света до 2030, са необходими около 9 милиона медицински сестри [3].

Началото на телесестринството се поставя през 1960 г., когато от НАСА вграждат в скафандрите на своите астронавти сензори за наблюдение на здравните ефекти от космическите им пътувания. Първото документирано използване на теленърсинг се случва през 1974 г. от медицинската сестра Мери Куин. Тя документира гржните си за пациентите на международното летище Логан (Бостън, САЩ) с вече създадена медицинска станция, която свързва летището с болницата в Бостън, Масачузетс и предоставя гржи 24 ч. в денонощието [4].

През 80-те години на миналия век Министерството на здравеопазването, образованието и социалното осигураване на САЩ решават да инвестират в новите технологии, като подпомагат няколко болнични проекти. С това се дава начало на развитието на предоставяне на здравни грижи от разстояние. Осъществяват се две телемедицински програми: едната е за дом за възрастни хора в Бостън, а другата в болницата „Джаксън Мемориал“ в Майами, Флорида.

Иновативните телемедицински решения предизвикват силен интерес, което води до разрастването и разпространението им в редица страни като Обединеното Кралство, Канада, САЩ, Индия, Австралия, Нова Зеландия и др. Това е прекрасната възможност да се предоставят качествени здравни гржи, прескачайки географските бариери на отдадечени и малки населени места, като по този
начин се компенсира недостигът на здравни кадри [1].

За предоставянето на качествени медицински услуги в здравеопазването е необходимо закупуването и предоставянето на нужното оборудване на базата на информационни и комуникационни технологии (ИКТ). Необходимите ИКТ включват стационарни и мобили телефони, интернет, видео и аудио конферентна връзка, компютъризирани информационни системи и устройства за през нос на данни като цяло [5]. Сестринска грижа в телемедицинска среда обхваща дейности като телефонен триаж, телеконсултации, достъп на виртуални прегледи (подходящи за пациенти, които са обезвързани или живеят в отделени или трудно достъпни места, граждани, които страдат от хронични заболявания), грижи при насърчаване и обучаване на пациентите от разстояние. Признаването на сестрата е да се грижи както за болния, така и за здрави. Като професионалист, съобразно и ефикасно трябва да подкрепя и да уважава пациента и неговите нужди за здравни грижи [7]. Използването на телемедицината и телездравието в сестринската практика е подпомагано от навлизането на новите информационни и комуникационни технологии. Взаимодействието между клиничните трудности и практиката с помощта на ИКТ, макар и от разстояние, гарантира, че грижите ще се доставят на мястото, което е необходимо. Положителният аспект е, че това подпомага пациентите при диагностика, идентифицират се резултатите от изследванията, като сестрата само с едно кликване може да види и прегледа документациите, да помогне в определянето и изпълнението на план за лечение.

Недостатъкът е, че тези грижи са виртуални, и пациентите се чувстват в ущърб, че не са лицези в лицето на медицински специалист. Здравните специалисти, от своя страна, се тревожат, че при прилагането на телемедицинските услуги са възможни неправилна пренася подозрение при вземане на решения, влошаване на качеството на здравни грижи, увличане на рисковете за сигурността и поведенческите на здравната информация с

1. Приложение на теленърсинга – предимства, недостатъци и ограничения

Теленърсингът е предоставяне на грижи от разстояние. Той позволява на пациента и семейството му да станат активни участници в процеса на лечение (особено при хронични заболявания), да предоставят на медицинските сестри точна информация за собствено здравословно състояние и да получат подкрепа в реално време.

Телесестрите практикуват от различни места като големи медицински центрове, лекарски кабинети, клиники, хосписи, здравни колежи, центрове за контакт с болести, центрове за отравяния и специфични отделения.

Основните компоненти, които определят процеса на взаимодействие между медицинската сестра и пациента, са:
- оказване на психологическа подкрепа;
- подпомагане при вземане на решения;
- отлична техническа и професионална компетентност от страна на медицинската сестра.

Медицинската сестра трябва да се приспособи към пациента в зависимост от фактори, свързани с определения клиент и неговата изразена нужда от здравни грижи [7]. Използването на телемедицината и телездравието в сестринската практика е подпомогнато от навлизането на новите информационни и комуникационни технологии. Взаимодействието между пациентите и практическата дейност с помощта на ИКТ, макар и от разстояние, гарантира, че грижите ще се доставят на мястото, на което са необходими. Положителният аспект е, че това подпомага пациентите при дианози, идентифицират се резултатите от изследванията, като сестрата само с едно кликване може да види и прегледа документациите, да помогне в определянето и изпълнението на план за лечение.
включените записи на всеки един пациент. Макар използването на новите технологии да намалява разходите за здравеопазване като заместител на консултирането и лечението на място, все още, а и винаги ще се счита, че личният контакт е най-добрият в интерес на пациента.

Съществуващо ограничение пред телесестринството

Телесестринството е ограничено от множество правни, етични и регулаторни въпроси, както се случва и с телездравето като цяло. В много страни е забранена междудържавна практика за телесестринство (лечебна медицинска сестра трябва да има лиценз както в своята държава (държава на пребиваване), така и в държавата, където се намира пациентът, който получава телеслужбената помощ) [8]. Договорът за лицензиране на медицинската сестра помага за разрешаването на някои от тези проблеми с юрисдикцията. Съществуват и много правни въпроси като отчетност и възможности за злоупотреба не само с финансови средства, но и с лични данни. Етичните въпроси включват поддържане на автономност, уважаване на личността на пациента, както и предотвратяване на увреждане на пациента [9].

Професионалистите по телемедicina използват електронни медицински записи (EMЗ) при съхраняване на данни за пациента. Цифровото предаване на клинични данни увеличава риска външни източници да могат да придават и експлоатират чувствителна информация за пациента. В резултат на това медицинските сестри трябва да експерти в комуникативно изкуство, за да може да разпознава нюанси на говоренето, да се вслушва в гласа и скоростта на говоренето. Това е най-честият начин за даване на консултации. Видеоконферентните консултации са по-малко използвани, защото не всеки има възможност за този начин на комуникация.

Медицинските сестри получават обучение преди да извършват каквото и да е дейност в сестринската практика, свързана с виртуално лечение. Най-ранният курс по обучение е открит в Австралия през 2006 г. Някои от тях, които имат възможностите да работят качествено като телесестра в Квинсланд, Австралия, приемат обаждания 24/7 в деннощнощето. Консултациите по телефона подпомагат пациентите, давайки им допълнителна информация при даден проблем, както и при пандемии (COVID-19) [6].

• Видео и аудио конференциал разговор

В Бирмингам, Обединеното Кралство използват дигитални телевизори, на които се показват виртуални медицински сестри, klientът вижда сестрата, но и също така може да види диаграми, видеа, ако е необходимо, като се осигури нужната информация, която да помогне при решаването на даден проблем. Особеното тук е, че този вид консултации приключват по-бързо отколкото, ако се използва телефон [6].

• Наблюдение по телефона

Използва се при клиенти, които са преминали през определена операция със сложни лечението. В този случай сестрата обажда на пациента през определено време, като пречнява как се чувства, как върви лечението, дали е необходимо да му осигури помощ при някакво затруднение.

• Телефонно наблюдение през монитор

Тук наблюденето се състои в преглеждане на базата данни и документи, свързани с изследвания, развитие на пациента при лечението, подобрения и влошавания. Тези данни постъпват в централен амбулаторен здравен съд с оборудване в дома на пациента за наблюдение, като достигат до сестрата. Мониторинг на сърдечни заболявания, високорискови заболявания и други се постига чрез
осигурената връзка от компютър или телефона на пациента.

- **Извършване на телефонен триаж**
  Телефонният триаж се отнася до симптоматични или клинично базирани обаждания. Медицински сестри извършват оценка на симптомите, като задават подробни въпроси за заболяването или нараняването на пациента. Задачата им е да прецени и / или да изключи специфични симптоми. Те могат да използват разпознаване на образци и друг процес за решаване на проблеми. Могат да използват насоки на хартиен или електронен носител, за да определят колко спешни са симптомите.

  Телефонният триаж изисква медицинските сестри да оценят симптомите и да предоставят здравни съвети, които насочват пациентите към подходящото ниво на грижа (спешна, спешна или неотложна) в зависимост от тяхното състояние и симптоми. Персоналът от телефонния триаж предоставя и съвети за самообслужване в домашни условия за пациенти, които не са спешни. В условията на пандемията от COVID-19, триажа на пациентите е важен, защото се преценява до какви грижи се нуждаят пациентите.

- **Теленърсингът при проблеми с психичното здраве**
  Телесестринството се използва в приложението за психично здраве. Телепсихиатрията е полезна в много среди с ограничен достъп до здравни грижи, включително селски райони, специни кабинети, при природни бедствия и кризисни зони. Тази технология предоставя грижи за психичното здраве в области, които иначе не разполагат с никакви ресурси за психично здраве. Голяма част от времето това използване включва взаимодействие на живо между пациент и медицинска сестра, независимо дали в видеоконференция или в текстови съобщения. В допълнение, използването на асинхронна телепсихиатрия, при което подробно интервю с пациента е записано на видеозапис и прегледано от специалист след това, също доказва ефективно използване на телепсихиатрията [12]. Телепсихиатрията подобрява интегрираната и ориентирана към пациента грижа, позволяйки включването на ресурси за психично здраве в цялостното лечение на пациента [13].

  В допълнение към преките гръжи за пациентите, използването на технологии в психичното здраве е оказало значително влияние върху кризисната намеса и предотвратяването на самоубийствата. Организации като Crisis Text Line са включили текстовите разговори в кризисна терапия и са отворили нова линия ресурси, достъпни за хората в криза с психично здраве. Това е особено важно за психичното здраве на юношите, тъй като много тийнейджъри са по-склонни да използват текстови съобщения за терапия, отколкото лично или по телефона [14]. В условията на COVID-19, много хора търсят психологична помощ.

3. **Възможностите на теленърсинга в условията на COVID-19**

  Много правителства прилагат пълен или частичен “Lockdown”, за да се спре разпространението на заразата. Пандемията от COVID-19 позволи бързото навлизане на телетехнологиите. Теленърсингът дава възможност на високорисковите пациенти да останат по дома и да получават гръжните си виртуално или по телефона, което предпазва и двете страни (пациенти и специалисти по здравни грижи) от заразяване и разпространение на вируса.

  В много страни успешно се прилага услугата на сестрински гръжки от разстояние особено в условията на пандемия. Това улеснява медицинските сестри, спестявайки им контакт лице в лице с пациентите. За съжаление не всяка държава може да предостави въпросните виртуални гръжки. Например Италия не включва телемедицината като начин за предоставяне на здравни гръжки, но Франция разрешава и активно насърчава използването на този метод [18].

  В екстремните условия на пандемия медицинските сестри са на ръба на изтощението. Това не е подкрепено, от което имат нужда, като това им се отразява както в личен план, така и на работното място [19]. В Австралия, Обединеното кралство и САЩ са предприели специфични мерки от съответните правителства.

  След обявяване на пандемията тези страни решиха да се възползват от максимума на телегрижките, които са от особено значение за
голяма част от по-възрастното население в тези страни [20].

Като се има предвид и това, че медицинските сестри съставляват по-голямата част от доставчиците на здравни услуги, те имат критична функция в системата на здравеопазването [21]. Задълженията при лечението с COVID-19 включва изследване на пациенти и откриване на предполагаеми случаи с инфекции; осигуряване на основно лечение при специфични случаи и справяне с потенциално заболели пациенти с предпазни мерки; помощ при обеззаразяване и координация с други доставчици на здравни услуги; предоставяне на целостни сестрински грижи при едновременно управление на множество инфекции; изиграване на роля в разширяването на услугите за грижи; работа с роднини [22]. При криза те имат повече задачи за болни пациенти и затова медицинските сестри трябва да бъдат сравнително добре подготвени, да притежават основни знания и умения за управление на кризи, включващи клинично лечение, обеззаразяване, изолация, комуникация, триаж, психологическа подкрепа и палативни грижи [23].

При кризи те имат повече задачи за болни пациенти и затова медицинските сестри трябва да бъдат сравнително добре подготвени, да притежават основни знания и умения за управление на кризи, включващи клинично лечение, обеззаразяване, изолация, комуникация, триаж, психологическа подкрепа и палативни грижи [23]. Когато обаче трябва да реагират на криза като COVID-19, те се сблъскат с проблеми, които им пречат да се грижат за заразените пациенти. В тези екстремни условия на пандемия медицинските сестри изпадат до краен предел на физическото претоварване, като не получават необходимата подкрепа, от която се нуждаят, като това в последствие им се отразява и в личен план. Ползите от телездравето и телесестринските грижи по време на пандемия надвишават рисковете: това ще намали разходите, удобно е, насърчава контрола на инфекциите, свързва медицински персонал от различни региони и позволява бърз триаж. Рисковите фактори включват увеличаване на различия в здравните грижи поради липса на интернет или устройства, технически затруднения и липса на грижи [25].

Благодарности

Настоящото научно проучване е подкрепено по Национална програма „Млади учени и постдокторанти“ на Министерство на образованието и науката.

Литература

2. Esmaeilpour-BandBoni, M., F. Gholami-Shilser, K. Khanaki. 2021. The Effects of Telephone-Based Telenursing on Glycated Hemoglobin Among Older Adults with Type 2 Diabetes Mellitus: A Randomized Controlled Trial. The Journal for Nurse Practitioners, 17, 3:305-309.


За контакт:
Кристина Килова, дм
Главен асистент,
Медицински университет – Пловдив,
Катедра „Медицинска информатика, биостатистика и електронно обучение“, Адрес:
Бул. „Васил Априлов“ № 15А,
Пловдив, 4002
e-mail: kristina.kilova@mu-plovdiv.bg

Дияна Янкова
Студент I курс,
Специалност „Медицинска сестра“, Медицински университет – Пловдив
TELEREHABILITATION: THE FUTURE OF MEDICINE IN REHABILITATION?

Kristina Kilova, Nadezhda Kutseva

ABSTRACT: The development of information and communication technologies has accelerated their application in various fields of healthcare, including rehabilitation. In times of a pandemic, telerehabilitation allows patients to interact remotely with healthcare providers not only for consultation but also for therapy. The aim of the present study is to examine and analyze the possibilities for the application of telemedicine in rehabilitation in various diseases. Material and methods. A study was conducted in the databases of PubMed, Google Scholar on the keywords “Telerehabilitation” and “E-rehabilitation”. Results. A literature review was made. The existing applications of telerehabilitation in various diseases, their advantages and limitations, including in the conditions of COVID-19, were studied and analyzed. Conclusion. The development of information and communication technologies and new high-tech devices in medicine leads to an increase in the possibilities of applying telerehabilitation. It is the future of medicine in rehabilitation. As technology advances, it will become more widely accepted and accessible to patients and healthcare professionals.

Key words: telerehabilitation, telemedicine, rehabilitation, information and communication technologies.

Въведение
Телерехабилитацията (електронна рехабилитация) представлява предоставяне на услуги за рехабилитация с помощта на телекомуникационни технологии и интернет [1]-[3]. Тя позволява на пациентите да взаимодействат раздалечено с доставчиците на здравни услуги и може да се използва както за оценка на пациентите, така и за провеждане на терапия. Плетета на медицината, които използват телерехабилитация, включват: физикална терапия, трудова терапия, речово-езикова патология, аудиология и психология. Терапевтите със сесии могат да бъдат индивидуални или базирани на общността. Видовете терапия включват упражнения за двигателно обучение, логопедия, виртуална реалност, роботизирана терапия, поставяне на цели и групови упражнения.

Често използваните методи включват уеб камери, видеоконференции, телефонни линии, видеоф онни уеб страници, съдържати Богати интернет приложения. Визуалната природа на техниката за телерехабилитация ограничава видовете услуги за рехабилитация, които могат да бъдат предоставени. Тя често се комбинира с други модалности като лична терапия. Важните области на телерехабилитационните изследвания включват изследване на нови и възникващи рехабилитационни модалности, както и сравнения между телерехабилитация и лична терапия по отношение на функционалните резултати на пациента, разходите, удовлетвореността на пациента и съответствието. Удовлетвореността на пациентите е приоритет в здравеопазването. Качеството на грижите за пациентите се измерва чрез The Healthcare Effectiveness Data and Information Set, който измерва различни области на качеството, включително ефективност, достъп, наличност и опит в грижите [4].


Телемедицината в селските райони в Съединените американски щати е силно субсиди-
рана чрез безвъзмездни средства от федералните агенции за телекомуникационни операции. По-голямата част от това финансиране идва от Администрацията за изследвания на здравните услуги и Министерството на търговията. Някои държавни университети са получили държавно финансиране за управление на телеклиники в селските райони. За разлика от тях Администрацията за ветераните е относително активна в използването на телемедицина за хора с увреждания. Има програми, които осигуряват ежедневни физически прегледи или наблюдение и консултации за ветерани с увреждания на гръбначния мозък. По същия начин някои държавни програми Medicare (за бедни хора и хора с увреждания) имат пилотни програми, използвайки телекомуникации, за да свържат практикуващите в селските райони със субспециалисти. Няколко университета в Оклахома и Хавай предлагат рехабилитационна терапия на базата на обучение, използвайки терапевтични асистенти, които се ръководят от отдалечен терапевт. Нововъзникналата област в телерехабилитацията е виртуалната реалност (VR). Тя дава възможност на пациента да бъде представен с множество зрителни, слухови, тактилни или обонятелни усещания като представяне на физическото преживяване [8]. Освен това има развитие на хаптични системи, които включват тактилна информация, наричана обрата връзка в приложението. Хаптичната технология е развитието на роботизирана рехабилитация. Тази технология използва традиционната терапия и е предназначена за пациенти с двигателни увреждания с цел подобряване на двигателната функция, съкращаване на време за рехабилитация и осигуряване на обективни параметри за оценка на пациента [9]. Едно от предимствата на използването на виртуалната реалност е, че средата може да бъде съобразена със състоянието на пациента и да оптимизира трудността в съответствие с неврологичната тежест на конкретния пациент [10]. Нова тенденция в телерехабилитация е развитието на приложения чрез мултиmedийни и геймификационни техники за рехабилитация на пациенти с физически увреждания. Пример за това е „Rehab @ Home“, който представлява инфраструктура, базирана на наличните устройства като „Kinect“ или „Nintendo Wii“, създаваща виртуална среда за пациента и използвяща „игра“, която увеличава ангажирането на пациента [11]. Виртуалната реалност (VR) се превръща в удобна и дистанционна технология за практиката на клиничната медицина. Новите VR системи с висока точност имат практическо приложение в областта, варирущи от психиатрия до интервенция и рехабилитация [12]. Университетът по медицина и дентална медицина в Ню Дъжърси проектира дистанционната конзола (ReCon) [13], система за телерехабилитация, предназначена да предостави на терапевтите на отдалечено място инструментите, необходими за наблюдение на рехабилитационната сесия на
пациента в реално време. Тази система предоставя на терапевта триизмерни изображения на движенията на пациента, базиращи се на VR напредък в упражненията и актуализация на изпълнението, докато пациентът тренира. По време на сесията терапевтът оценява представянето на пациента и създава или модифицира текущото упражнение, или настройва следващото. Дистанционният терапевт е снабден с инструменти за аудио и видео комуникация с местния сайт, като терапевтите се съобщават и създават съвместни упражнения. Изследователите провеждат проучвания както за използването на системата [13]. Trepagnier описва стойността на VR системите за разследване и рехабилитация на когнитивни и перцептивни увреждания и обсъжда възможностите за прилагане на VR технологии [14]. Неврорехабилитационните промени са включени в тези приложения, варират от обикновен телефон до използването на специализирани системи за виртуална реалност, базирани на интернет. Изследователи от Националната болница за рехабилитация във Вашингтон разработват технология за виртуален упражнителен площад, който използва интерактивен софтуерен пакет, наричан RESPECT (Remote SPEech language and Cognitive Treatment), който изследва ролята на интерактивното съдействие между пациентите и терапевтите. Изследването установява валидността на използването на системата в история, преразказваща между директна или дистанционна оценка и дистанционна терапия, с извъдка от 40 субекти с мозъчно увреждане [17]. В допълнение към еквивалентната произ водителност на разработените програми, системите са установени възможност за възпроиз водимост на сценарии и ролята на върховенството на възрастите на субектите, образователните нива и технологичния произход. С система със същите функции, система за рехабилитация, която използва интерактивни инструменти за откриване на мозъка, компютърни приложения, дъски за цифрово рисуване и комбинирани аудио/видео конферентни връзки, където клиницистът контролира системата на клиентите. Изследванията са установили валидността на използването на системата в история, преразказваща между директна или лична оценка и дистанционни сесии за телерехабилитация, с извъдка от 40 субекти с мозъчно увреждане [17]. В допълнение към еквивалентната произ водителност между настройките е установено високо ниво на приемане на технологията за телерехабилитация независимо от възрастта на субектите, образователните нива и технологичния произход. Системи за наредители на българските думи, компютърни приложения, дъски за цифрово рисуване и комбинирани ау дино/видео конферентни връзки, където клиницистът контролира системата на клиентите.
Упражненията за двигателна тренировка са най-често прилаганата модалност. При упражненията за двигателна тренировка доставчикът насочва пациента чрез извършване на различни движения и дейности, за да възстанови силата и функциите си. Постоянно е показано, че двигателното обучение чрез телерехабилитация дава еквивалентни функционални резултати в сравнение с терапията на човек. Въпреки това много пациенти първоначално се нуждаят от терапия преди да преминат към телерехабилитация.

Поставянето на цели се използва в отдалечени райони, където цената и наличността на доставчика забраняват достъпа до физическа терапия. Пациентите работят с терапевт, за да поставят лични цели и да проследят напредъка си чрез сесии. Доказано е, че телерехабилитацията за поставяне на цели води до повишено удовлетворение на пациентите и подобряване на ежедневните дейности в сравнение с контролната група, която не получава терапия.

Терапията в общността се използва за отдаване на образование и терапия на пациенти от разстояние или чрез павилиони. Терапията в общността обикновено има по-ниско съответствие на пациента, но може да доведе до подобни резултати, ако се използва по подходящ начин.

Телерехабилитацията се прилага предимно за физиотерапия [18],[19], а невронната рехабилитация се използва за проследяване на рехабилитационния напредък на пациентите с инсулт [20]. Техниките за телерехабилитация имитират виртуална реалност [21]-[24] и рехабилитация при неврологични състояния чрез използване на роботика и техники за игри [25]. Доста често телерехабилитацията се свързва с други нерехабилитационни технологии като дистанционно наблюдение на сърдечно-съдови параметри, включително електрокардиограма (ЕКГ), кръво налягане и насищане с кислород при пациенти с хронични заболявания [26]. Тези технологии принадлежат на друг клон за телемедицина, наречен телемониторинг, който е широко развит и използван през последните години. Няколко проучвания са съществени върху икономическите аспекти на използването на телерехабилитация за намаляване на разходите за госпитализация [27].

Телерехабилитацията се отнася до „предоставяне на рехабилитационна услуга с използване на електронни комуникационни технологии“ [28]. Като такава, рехабилитационната терапия може да се прилага дистанционно, без да се срещнат лично лекарят и пациента. Въпреки че има много методи и програми за рехабилитационна терапия, базирани на телерехабилитация, те обикновено включват медицински персонал, който проверява състоянието на пациента, показва примери за рехабилитационна терапия на пациента или на настойника му и използва снимки и видеоклипове, за да демонстрира как трябва да се извършва рехабилитационната терапия. Дигиталните, езицковите и когнитивните функции могат да бъдат оценени чрез видео или с помощта на специално разработени програми. Технологията, използвана в телерехабилитацията, е идеално подбрана с мисъл за пациента. Първата стъпка от телерехабилитацията е отделяна оценка. С точна оценка на пациента е възможно да се установи функционално ниво за пациента, да се оценят ефикасността на лечението и да се интегрират данни, за да се оценят прогресията [29]. Основният компонент на всяка оценка е интервюто с пациента, което може да бъде завършено чрез дистанционно
оценяване. Освен това може да се направи за-
dълбочен физически изпит, включително наблюдение, изпити за движение, стандартизирани тестове, специфични тестове и обхват на движение с някои творчески адаптации и използване на технологията. Наблюдението на функционалността и походката на пациента е сравнително лесно с технологията за видеоконференции [30].

Палпацията, от друга страна, не може да се извършва по традиционен начин; вместо това пациентът може да бъде помолен да участва в самостоятелна палпация с демонстрация в реално време и устни насоки от клинициста. Изпитите за движение е друго предизвикателство с липса на базирани в клиниката инструменти за измерване; обаче са разработени специализирани инструменти за рехабилитация, като технологията за видео㑁конференции „еHAB“, които интегрират видеоконференции, измерване, медийни инструменти и протоколи за оценка [31]. Специфично тестване на мускулите, нервите или артикулацията би представлявало друго предизвикателство, но може да бъде предотвратено, като се използват домашни болногледачи, членове на семейство или инжеекциенти, за да дейстрават като ръце за клинициста, като извършват модифицирани неврологични тестове, които могат да предоставят решаваща информация на клинициста. Други тестове като обхват на движение могат да се извършват динамично в реално време, като се използват компютърни модел на пациента и визуализация на движенията.
като се използва за подобряване качеството на живот на пациентите и намаляване на сърдечните рискови фактори чрез промяна в начина на живот. Някои проучвания показват, че от 5 мин. до 30 мин. аеробни сесии на седмица намаляват сърдечните рискови. Някои проучвания показват, че домашна телемониторна сърдечна рехабилитация (HTCR) е нов метод за рехабилитация на пациенти със сърдечна недостатъчност. За домашни упражнения транстелфонната ЕКГ може да бъде добър заместител на амбулаторните посещения. При сърдечно-съдови заболявания е прилагана системата SAPHIRE, която се състои от велосипед със сензорен екран и безжични сензори за превръщане на ЕКГ на пациентите, кръвно налягане и насищане с кислород в реално време. Надзорният персонал от болницата се свързва дистанционно със сензорния екран на компютъра на пациента. Така наблюдава здравословното състояние на пациента по време на рехабилитацията и може да спре упражненията, ако бъдат открити необичайни стойности на сензорите. При превишаване на някои граници пациентът се предупреждава чрез икона за намаляване на натоварването или за незабавно прекратяване на упражненията.

Инсултът е водеща причина за смъртност и заболяваност и достъпът до навременна рехабилитация може да намали заболеваемостта и да помогне на пациентите да се върнат към нормалния си живот. Пациентите с инсулт имат нужда от непрекъсната рехабилитация, но много от тях я пропускат. Има много бариери за тези хора – достъп до обичайните грижи лицесъ, ограничение във времето, ограничение на ресурсите, географска изолация, спазване на рехабилитация и липса на информираност. Телерехабилитация може да бъде един от начините за справяне с тези бариери [40]. Пациентите могат да получат услуги чрез компютри или други мобилни устройства и в отделени райони. Телерехабилитацията има положително въздействие върху двигателната функция. Интегрираната лечебна терапия, обучение със специалисти, обучение за устойчивост и баланс се предпочита от пациентите с хроничен инсулт води до подобряване на двигателната функция.
ХОББ е водеща причина за заболеваемост и смъртност. Тя е третата причина за смърт в света. Нелечимо е и е от съществено значение подобряването и поддържането на качеството на живот на пациентите. Лечението се извършва чрез лекарства, обучение на пациентите, планове на действие при обостряния и белодробна рехабилитация [49]. Белодробната рехабилитация (PR) е базирана на доказателства, мултидисциплинарна и всеобхватна намеса за управление на ХОББ [50],[51]. Основната цел е да се подобри физическото и психологическото състояние и да се насърчи дългосрочното придаване към подобряващо здраве поведение [52]. Специално внимание към участието на здравните специалисти в процеса на вземане на решение, съчетано с достатъчно образование и обучение е изключително важно за подобряване на качеството на изпълнената работа [53]. Тук трябва да се обръне внимание и на безопасността и сигурността, тъй като при преминаване на данни за пациентите през интернет изисква сигурност и оберовойност. Комбинацията от методологии, основани на доказателства, с рентабилни услуги ще послужи като основа за по-нататъшното разширяване на жизненоважните телерехабилитационни услуги и увеличава възможността за повишаване на качеството на услугите. Комитетът за иновации в физическата терапия публикува заключения относно телерехабилитацията, за да се подобрят условията за прилагане на телерехабилитацията в клиничната практика.

3. Телерехабилитация в условия на пандемия COVID-19

Пандемията COVID-19 накара правителствата в световен мащаб да приемат строги правила, които ограничават индивидуалната свобода и налагат социално дистанциране (напр. затваряне на училища, задължителна карантина, ограничаване на забавления), за да се предотвратява сривът на националните здравни системи [53]. Въпреки че тези мерки са необходими при пандемия, те представяват бариера за здравните специалисти, които обикновено са в близък контакт с пациенти, нуждаещи се от физикална терапия. Един от начините за осигуряване на физическата терапия за гръкки е пациентите в този период е чрез телемедицината, които позволява предоставяне на здравни услуги от разстояние. Ефектите от телерехабилитация са изследвани при различни мускуло-скелетни състояния (MSK), включително болки в долната част на гърба, лумбална стеноза, остеоартрит и болки във врата. Ползвите включват намаляване процента на хоспитализация, по-кратък престой в рехабилитационното звено, намалена тежест на достъп до здравна физикална терапия, като същевременно се подобрява качеството на живот, здравните резултати и ранното връщане на работа [54]. Тук трябва да се обръне внимание и на безопасността и сигурността, тъй като при преминаване на данни за пациентите през интернет изисква сигурност и оберовогоност. Комбинацията от методологии, основани на доказателства, с рентабилни услуги ще послужи като основа за по-нататъшното разширяване на жизненоважните телерехабилитационни услуги и увеличава възможността за повишаване на качеството на услугите. Комитетът за иновации в физическата терапия публикува заключения относно телерехабилитацията, за да се подобрят условията за прилагане на телерехабилитацията в клиничната практика.

Телерехабилитацията е от полза на физиотерапевтите, като им позволява: - да поддържат приемствост на грижите, като обучават пациентите чрез дистанционна консултация; - да извършват физическа оценка и да планират целенасочена програма за терапевтични упражнения; - да следи напредъка на пациентите, като им предоставя непрекъсната обратна връзка и наблюдение [56],[57]. На ниво здравни услуги телерехабилитацията позволява на специалистите по телерехабилитация да: - адаптират интензивността, честотата и продължителността на програмите за рехабилитация, като ефективността на грижите; - намалят списъците на чакащите, като по този начин увеличават устойчивостта на услугите; - гарантират адекватни и непрекъснати услуги както за остри (напр. след операция), така и за хронични (напр. дегенеративни) състояния [56],[57].
Преди разпространението на коронавирус (COVID-19) телерехабилитацията е призната от няколко държави като ефективно допълнение към традиционните стационарни методи. По време на пандемията от COVID-19 много държави дерегулират правилата около телерехабилитацията, за да позволят на пациентите да продължат с настоящия си терапевтичен план за лечение, като същевременно се при- държат към заповедите на здравните власти. Всъщност към 16 април 2020 г. 45 държави издаха изпълнителни заповеди, разрешаващи на физиотерапевтите да предоставят телездравни услуги, като се очаква този брой да на- расне.

Заключение
Развитието на информационните и комуникационни технологии и на нови високотехно- логични устройства в медицината води до уве-личаване на възможностите от прилагане на телерехабилитация. Много проучвания доказа- ват, че тя е ефективна и подобрява резултатите при различни заболявания, като предлагала безо- пасна и ефективна альтернатива(когато е въз- можно), на традиционната рехабилитация. Във времена на пандемия позволява на паци- ентите да продължат с терапевтичния план за лечение от разстояние.

Телерехабилитацията е бъдещето на меди- цината в рехабилитацията. С напредъка на тех-нологиите тя ще става все по-широко приета и по-достъпна за пациенти и здравни специа- листи.

Благодарности
Проучването по тази статия се финансира от Национална научна програма “Електронно здравеопазване в България” (е-здраве), по спо- разумение с МОН Д-01-200/16.11.2018 г.

Литература


ABSTRACT: The aim of the study was to promote nursing prophylactic activities to address risk factors in patients with Ischemic Heart Disease through individual health education and counseling. The study involved 52 patients with chronic Ischemic Heart Disease. The methods of interview, meeting, measurement of indicators and documentary method were applied. To achieve the goal and objectives of the study, structured questionnaires were developed. An interview was conducted to clarify behavioral risk factors such as: smoking, alcohol use, immobility, unhealthy eating, stress. A short training of the patients was conducted after specifying the risk factors. The talk was about the problems of diet, physical activity, motivation to quit smoking, compile a daily diet, controlling blood pressure, patient diary and more. Conclusion: The active involvement of nurses in health promotion and prevention would improve the health of patients with ischemic heart disease.

Key words: health education, prevention, risk factors, nursing interventions
консулиране на пациенти със социално-значими заболявания, грижи за психичното, физическото и социалното здраве на пациента, оценка на здравни потребности и рискови фактори за здравето, свързани за хигиена и хранене, психо-социална рехабилитация и др. [20]. Профилактиката на хората с исхемична болест на сърцето в нашата страна се извършва основно от общопрактикуващите лекари и кардиологите в първичната медицинска помощ, същевременно участие на сестрата в тези екипи не е регламентирано. Психолого-педагогическият аспект на сестринските грижи в превенцията на сърдечно-съдовите болести заема важно място в комплексния подход. Пациентът трябва да се насърчава в израждане на терапевтичен съюз със сестрата, да се мотивира за по-активно самоуправление на неговото заболяване, което е свързано и с по-добро качество на живот и удовлетвореност.

Целта на разработката е да се промотират сестрински дейности за повлияване на рисковите фактори сред пациенти с хронична исхемична болест на сърцето, чрез здраво консултиране и мониторинг.

Материал и методи

Изследването се проведе през 2020 г. с участието на 52 пациенти с хронична исхемична болест на сърцето. В приложената част участваха студенти от специалност „медицинска сестра“, в последен курс на обучение. Използвани са документален, социологически, експериментален и статистически методи. За осъществяване на целта и задачите на проекта беше разработен структуриран инструмент: социодемографска характеристика; рискови фактори; тематично здравно обучение.

При обработката на данните са използвани следните статистически методи: вариационен анализ, алтернативен анализ; непараметричен анализ; корелационен анализ. Ниво на значимост на нулевата хипотеза P=0.05, доверителен интервал 95%. Анализът на данните се извърши със статистическия програмен продукт SPSS v.19. За графичното представяне на резултатите беше използван MS Excel for Windows.

Резултати и обсъждане

Демографската характеристика на участниците включва следните показатели: пол, възраст, брой членове в домакинството, трудова заетост, финансова обезпеченост. Разпределението по пол и възраст е следното: жени 24, средна възраст - 61.67 (SD=8.07), мъже – 28, средна възраст - 64.68 (SD=8.81). Почти половината от интервюираните лица са пенсионери 25 (48.1%), професионално ангажирани са 20 (38.5%), а неработещи са 7 (13.5%).

Разпределението по отношение на трудовата заетост, численост на домакинството и финансово средства е показано в Таблица 1. Относителният дял на участниците, които се грижат сами за себе си е 21.2%, като 57.7% от участниците са с доходи под средно ниво. Връзката с роднини има важно здравно-социално значение за хората с хронични заболявания. Почти половината от изследваните лица (44, 84.6%) заявяват, че поддържат връзка с роднини, които биха им оказали подкрепа при необходимост.

Класическите рискови фактори служат за изясняване на повечето сърдечно-съдови събития. Доказани са 9 потенциално променящи се предиктори, които определят над 90% прогнозата за ИБС и миокарден инфаркт. Това са: тютюнопушене; дислипидемия, артериална хипертония, диабет, абдоминално затълзване, нездравословно хранене, ниска физическа активност, консумация на алкохол, психологически фактори. В зависимост от силата и самостоятелността на своето атерогенно действие, те се разделят на модифицируеми и немодифицируеми [3, 10].

Водещите немодифицируеми рискови фактори за сърдечно-съдови заболявания са пол, възраст, наследственост. По-възрастните хора са с по-силно застрашение от исхемично увреждане на сърцето, същевременно мъжете имат висок риск за ранно развитие на ИБС.

Наследствеността също е важен предиктор. При голяма част от пациентите с коронарна болест, родните от първи ред имат сърдечно-съдово заболяване с неблагоприятен изход. Към немодифицируемите рискови фактори се отнасят и придружаващи болести, водещи до коронарна патология. С артериална хипертония са 24 (46.2%) пациенти. При 19.2% от участниците заболяването е с давност от 5 до 10 г., при 25% до 5 г. Не доказа връзка между давността на хипертонията и разпределението на лицата по пол (P>0.05). Пациенти с придружаващо заболяване диабет тип 2 са 17.3%, при 11.5% давността на заболяването е над 10 г. Половината от респондентите са с данни за фамилна обремененост за сърдечно-съдово заболяване.
Таблица 1. Разпределение на респондентите по социално-демографски показатели

<table>
<thead>
<tr>
<th>Индикатори</th>
<th>мъже</th>
<th></th>
<th></th>
<th>жени</th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>N</td>
<td>р %</td>
<td>Sp</td>
<td>N</td>
<td>р %</td>
<td>Sp</td>
</tr>
<tr>
<td>Пол</td>
<td>28</td>
<td>53.84</td>
<td></td>
<td>24</td>
<td>46.16</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Трудова заетост</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>работещ</td>
<td>9</td>
<td>32.1</td>
<td>6.4</td>
<td>11</td>
<td>45.8</td>
<td>6.9</td>
</tr>
<tr>
<td>безработен</td>
<td>4</td>
<td>14.3</td>
<td>4.8</td>
<td>3</td>
<td>12.5</td>
<td>4.5</td>
</tr>
<tr>
<td>пенсионер</td>
<td>15</td>
<td>53.6</td>
<td>6.9</td>
<td>10</td>
<td>41.7</td>
<td>6.8</td>
</tr>
<tr>
<td>общо</td>
<td>28</td>
<td>100</td>
<td></td>
<td>24</td>
<td>100</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Членове на домакинството</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>един</td>
<td>4</td>
<td>14.3</td>
<td>4.8</td>
<td>7</td>
<td>29.2</td>
<td>6.3</td>
</tr>
<tr>
<td>двама</td>
<td>12</td>
<td>42.9</td>
<td>6.8</td>
<td>3</td>
<td>12.5</td>
<td>4.5</td>
</tr>
<tr>
<td>повече от двама</td>
<td>12</td>
<td>42.9</td>
<td>6.8</td>
<td>14</td>
<td>58.3</td>
<td>6.9</td>
</tr>
<tr>
<td>общо</td>
<td>28</td>
<td>100</td>
<td></td>
<td>24</td>
<td>100</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Финансово състояние</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>над средно ниво</td>
<td>0</td>
<td>0.00</td>
<td>0.00</td>
<td>1</td>
<td>4.2</td>
<td>2.7</td>
</tr>
<tr>
<td>средно ниво</td>
<td>12</td>
<td>42.9</td>
<td>6.8</td>
<td>9</td>
<td>37.5</td>
<td>6.6</td>
</tr>
<tr>
<td>под средно ниво</td>
<td>16</td>
<td>57.1</td>
<td>6.9</td>
<td>14</td>
<td>58.3</td>
<td>6.9</td>
</tr>
<tr>
<td>общо</td>
<td>28</td>
<td>100</td>
<td></td>
<td>24</td>
<td>100</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Факторите, подлежащи на управление, които бяха предмет на нашето проучване са: ИТМ, физическа активност, хранителни навици, тютюнопушене, употреба на алкохол, тревожност и стрес. Резултатите от измерване на обиколка на талията и определяне на ИТМ показват завишени стойности при повече от половината изследвани лица. С наднормено тегло са 29 (55.8%) пациенти, ИТМ между 25 и 29.9, със затълствяване са 9 (17.3%) лица (виж фигура 1). Голяма част от участниците в проучването са с обиколка на талията над 80 см. при жените – 20 (83.3%) и над 94 см. за мъжете – 23 (82.1%). Връзката между обиколката на талията и ИТМ е права умерена (r=0.397, p=0.004).

Фиг. 1. Разпределение на стойностите на ИТМ по пол

Затълствяването се оказва глобален медицински и социален проблем. По данни на Eurostat, над 50% от възрастното население в ЕС е с наднормено тегло. Възрастните хора над 65 г. са със значително повече наднормено тегло (42.4%) и затълствяване (20.9%), отколкото тези на средна възраст и по-млади хора. Словения, Естония и Англия са държавите, в които има най-много хора със затълствяване.
България също е сред страните с висок относителен дял лица с наднормено тегло: мъже 62.2%, жени 46.8% [17].

Заседналата начин на живот е свързана с увеличаване на риска от прогресиране на сърдечно-съдовото заболяване. Минималните промени в начина на живот и умерена физическа активност могат да имат благоприятен ефект в посока намаляване на вероятността за коронарен инцидент [16]. Физическата активност на пациентите трябва да е съобразена с указанията на лекуващия лекар, в зависимост от тежестта на заболяването. В същото време тя е резултат на личната мотивация за по-добро здраве. Информацията относно физическата активност на изследваните пациенти е следната: 29 (55.8%) респонденти имат нормална физическа активност, 23 (44.2%) - ниска физическа активност. Редовна физическа активност от 30 мин. извършват 19.2% от респондентите, преобладават лицата с нередовна двигателна активност 42.3%. От тях: 35.7% са мъже, женто са 50%.

Спазването на диетичен режим, с необходимия баланс на витамини и минерали, при ограничен прием на сол и мазнини, при ограничен прием на сол и мазнини, е много важен за пациентите със сърдечно-съдови заболявания. Получените резултати относно хранителните навици на изследваната група показват известно различие при консумацията на плодове, зеленчуци и месо при мъжете и жените. Почти половината от респондентите 25 (48.1%) консумират плодове 3-4 пъти седмично, а 18 (34.6%) – ежедневно. Ежедневната консумация на зеленчуци е приоритет за 19 (36.5%) пациенти, а 31 (59.6%) лица от изследваната група - 3-4 пъти седмично. 75% от мъжете консумират повече червено месо, докато белите меса са предпочитани от жените 13 (54.2%). Доказа се връзка между консумацията на плодове и полът на респондентите ($\chi^2=9.33$, $p=0.009$), както и относно честотата на консумацията месо ($\chi^2=6.2$, $p=0.04$) (табл. 2).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Индикатори</th>
<th>ежедневно</th>
<th>3-4 пъти седмично</th>
<th>1 път седмично</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>брой</td>
<td>Р %</td>
<td>брой</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Плодове</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>мъже</td>
<td>8</td>
<td>28.6</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>жени</td>
<td>10</td>
<td>41.7</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Зеленчуци</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>мъже</td>
<td>10</td>
<td>35.7</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>жени</td>
<td>9</td>
<td>37.5</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Месо</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>мъже</td>
<td>11</td>
<td>39.3</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>жени</td>
<td>5</td>
<td>20.8</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Въглехидратни храни</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>мъже</td>
<td>9</td>
<td>32.1</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>жени</td>
<td>11</td>
<td>45.8</td>
<td>9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Прегледът на литературата по темата показва ефективност на моделите за управление на хронични заболявания, включващи телефонно интервю за обратна връзка, след обучителни сесии за здравословно хранене на пациентите и консултации с диетолог. Наднорменото тегло увеличава вероятността за развитие на усложнения. Хората със затлъстяване са по-склонни към развитие на хипертония, диабет и нарушена обмяна на мазнините. Приемът на по-малко мазнини, захар и алкохол в диетата е от голяма полза за контролиране на телесното тегло. Прилагането на подходи за изграждане на цялостна индивидуализирана диета биха били по-ефективни за лица с висок сърдечно-съдов риск [4, 5]. Тютюнопушенето е един от сериозните управляеми рискови фактори, водещи до увреждане на съдовете. Интервюираните пациенти, които не пушат са 30 (53.7%), 25% са отказали цигарите, а останалите 32.7% никога не са пушили. Пациентите, които пушат към периода на проучването са 22 (42.3%), преобладаващата част от тях са мъже - 17 (60.7%). Уста-
нови се връзка между тютюнопушенето и полът на респондентите ($\chi^2=18.21$, df=2, $p=0.000$).

Резултатите относно психологическите рискови фактори (стрес и тревожност) са следните: стрес на работното място изпитват 38.5% от респондентите, често епизоди на страх - 9.6%, тревожност 15.4%. Установи се връзка между полът и факторът страх, който е изявен предимно за жените ($\chi^2=14.55$, $p=0.02$).

Резултатите относно психологическите рискови фактори (стрес и тревожност) са следните: стрес на работното място изпитват 38.5% от респондентите, често епизоди на страх - 9.6%, тревожност 15.4%. Установи се връзка между полът и факторът страх, който е изявен предимно за жените ($\chi^2=14.55$, $p=0.02$).

След установяването на областите, свързани с нездравословно поведение, стажант медицинска сестра проведе индивидуална насочена здравна беседа с всеки от участниците. Беседата се фокусира върху проблемите на диетично хранене, физическа активност, мотивиране за отказ от тютюнопушене, консултиране за съставяне на дневен хранителен режим, контролиране на кръвно налягане чрез редовно измерване, водене на дневник на пациента и др. На пациентите бяха предоставени подходящи обучителни материали: брошюри, листовки, книжка за контролиране на кръвно налягане, информативни материали за за болването. Дадоха се насоки за самоуправление на състоянието и за ползата от профилактиката. Беше потвърдено мнението на всички участници в процеса на контролиране за потребността от проведяване на консултации веднага след установяване на областите, свързани с нездравословно поведение.

Литература

Антибиотици активност на някои локални анестетици

Мария Дангова, Силвия Стамова, Надя Агова, Ивелин Илиев, Светлана Георгиева

ANTIMICROBIAL ACTIVITY OF SOME LOCAL ANESTHETICS

Mariya Dangova, Silvia Stamova, Nadya Agova, Ivelin Iliev, Svetlana Georgieva

абстракт: Локалните анестетици са лекарства, които осигуряват ефективна анестезия и аналгезия в отделни области от тялото чрез блокада на натриевите канали, инхибиране на възбуддането на нервните окончания или чрез блокиране на проводимостта в периферните нерви (La Van, Hunt, 1990). Различните представители от тази група лекарствени средства имат обща химична структура, която включва следните фрагменти: липофилна ароматна група, свързана с хидрофилна амино група посредством естерен или амиден мост (Becker, Reed, 2012). На фиг. 1 е представена общата химична структура на локалните анестетици.

Въведение

Локалните анестетици са лекарства, които осигуряват ефективна анестезия и аналгезия в отделни области от тялото чрез блокада на натриевите канали, инхибиране на възбуддането на нервните окончания или чрез блокиране на проводимостта в периферните нерви (La Van, Hunt, 1990). Различните представители от тази група лекарствени средства имат обща химична структура, която включва следните фрагменти: липофилна ароматна група, свързана с хидрофилна амино група посредством естерен или амиден мост (Becker, Reed, 2012). На фиг. 1 е представена общата химична структура на локалните анестетици.
тъканна биопсия, проби от бронхиална течност и други. Целта на тази обзорна статия е да се обобщат резултатите от различни in vitro и in vivo проучвания относно антимикробните ефекти на някои локални анестетици спрямо различни микробни организми.

Антибактериални ефекти на някои локални анестетици
Лидокаинът е представител от групата на локалните анестетици, който притежава и допълнителни фармакологични ефекти, които предлагат допълнителен преимущество при нозокомиални инфекции. Изследванията на различни хирургични процедури и клинични изолации на бактерии показват, че Лидокаинът е активен спрямо някои от най-често срещаните бактериални инфекции. Най-подходящата концентрация на анестетиката гл. 2 проценати за кремовите препарати. Освен това, във връзка с други микробни видове, се установява, че Лидокаинът не оказва такъв ефект срещу грам-позитивните микроорганизми, като например S. aureus. Обобщава се, че локалната анестезия в плътта и нозокомиалните инфекции се възползват от Лидокаин като допълнителен антибактериален ефект.
Streptococcus sanguinis и Streptococcus salivarius, но не показа ефект срещу S. aureus, Enterococcus faecalis и Streptococcus pyogenes. Първоначално времето на експозиция е било минута, но в последствие е увеличено на 3 мин. С нарастването на времето на действие се наблюдава и по-силен антимикробен ефект. В клиничното проучване, прилагането на спрей с Лидокаин върху лигавицата на устната кухина за 3 минути води до 60–95% намаляване на биофилма. Като основен извод авторите на това проучване определят, че според концентрация и времето на експозиция, ефективността на Лидокаин е различна при всеки човек (Srisatjaluk et al., 2016).

Бупивакаин е локален анестетик от групата на амидите. Химичната му структура е представена на фиг.3. Има бавно начало и по-дълга продължителност на действие. Обикновено се използва в концентрация 0,5%. Прилага се като епидурална упойка и за контрол на следоперативна болка (Drasner, 2015).

Антимикробната активност на Бупивакаин е изследвана срещу коагулаза-отрицателен Staphylococcus, коагулаза положителен Staphylococcus, E coli, Klebsiella enterobacter и Proteusspecies.

Най-чувствителните микроорганизми са коагулазно-положителни Staphylococcus последвали от коагулаза-отрицателните Staphylococcus, K. enterobacter, E. Coli и Proteusspecies (Rota S et al., 1993).

![Фиг. 3. Химична структура на Бупивакаин.](image)

Проведено е изследване за инхибиращ ефект на Бупивакаин в концентрации, използвани при епидурална анестезия спрямо различни микроорганизми, колонизирани по кожата, включително E. coli, S. aureus, метицилин-резистентни S. aureus, S. epidermidis, S. pyogenes, E. faecalis и S. pneumoniae. В това проучване антибактериалното действие на Бупивакаин се сравнило с Петидин, лекарство, също използвано като епидурална упойка. Всички гореизброени патогени, с изключение на S. aureus и E. faecalis се потискаха от Петидин (Grimmond, Brownridge, 1986).

Друго проучване доказа, че Бупивакаин в концентрация 0,25% потиска разстежа на чувствителните S. epidermidis, S. pneumoniae u S. pyogenes, докато E. coli, S. aureus, устойчивите S. epidermidis, E. faecalis, Bacillus cereus и C. albicans се инхибират от Бупивакаин в концентрация 0,5%. P. aeruginosa остава устойчива на Бупивакаин. Според резултатите Бупивакаин в концентрация 0,375% инхибира три щама на S. aureus (Pere P et al., 1999).

Ропивакаин е още един амиден представител на локалните анестетици с относително бавно начало на действие и дълго действие. Въведен е в клиничната практика като заместител на Бупивакаин. Химичната му структура е показана на фиг. 4. Използва се за епидурална анестезия, за контрол на следоперативни и родилни болки. Съобщица се, че въпреки че ропивакаин 2 mg / ml подпомага растежа на E. coli, неговата по-висока концентрация 10 mg / ml инхибира растежа на E. coli и S. aureus (Batai, et al., 2002).
Абделазиз и ел-Накееб изследват спороцидния ефект на разтвори на няколко локални анестетици самостоятелно или в комбинация с различни консервanti спрямо Bacillus subtilis и A. nigerspores с вариации в температурата. Използвани са Тетракаин, Прокаин и Амилокаин, Дибукаин, и Лидокаин, както и консервантите Цетримид, Хлоркрезол, Хлорхексидин, Феноксиетанол и Фенилживачен нитrat. Резултатите показват, че температурата има отношение за проявява спороциден ефект на отделните разтвори. Спороцидният ефект се прояви при следните температури за изследваните вещества спрямо A. nigerspores: 30° C за Тетракаин, 43° C за Дибукаин, 45° C за Амилокаин, 48° C за Лидокаин и 50° C за Прокаин в сравнение с 58° C за контролна проба с физиологичен разтвор. Отчетени температури за спороцидния ефект на изследваните локални анестетици спрямо B. subtilis са по-високи: 60° C за Дибукаин, 84° C за Амилокаин, 90° C за Тетракаин и 100° C за Прокаин и контрола контра. Следователно, A. niger spores са по-чувствителни от B. subtilis спрямо действиято на различни локални анестетици. Сред комбинациите между локален анестетик и консерван, съчетаването на локалните анестетици с Хлоркрезол дава най-добър резултат (Abdelaziz, el-Nakeeb, 1988).

Заключение

Множество проучвания доказват, че локалните анестетици могат да се използват не само като средства за анестетичен и болков контрол, но и като потенциални антимикробни агенти. В това си качество локалните анестетици могат да се считат за допълнение или алтернатива на традиционните антимикробни средства в клиничната или лабораторна практика.

Литература


Фиг. 4. Химична структура на Ропивакаин.


ас. Силвия Стамова д.ф
Медицински университет “Проф. д-р Параскев Стоянов” Варна
Факултет по фармация
Катедра “Фармацевтична химия”
Silvia.Stamova@mu-varna.bg

Гл.ас . Надя Агова д.ф
Медицински университет “Проф. д-р Параскев Стоянов” Варна
Факултет по фармация
Катедра “Фармацевтична химия”
Nadya.agova@mu-varna.bg

ас. Ивелин Илиев
Медицински университет “Проф. д-р Параскев Стоянов” Варна
Факултет по фармация
Катедра “Фармацевтична химия”
i__iliev@abv.bg

Доц. Светлана Фоткова Георгиева д.ф
Медицински университет “Проф. д-р Параскев Стоянов” Варна
Факултет по фармация
Катедра “Фармацевтична химия”
fotkova@abv.bg
DISTANCE LEARNING CHALLENGES DURING COVID-19: A SURVEY STUDY IN MEDICAL UNIVERSITY OF PLOVDIV

Maria Semerdjieva, Desislava Bakova

ABSTRACT: The global spread of the COVID-19 pandemic in March 2020 led to a complete change in the learning process for all educational institutions and the switch from offline to online / distance learning. The changes in the learning environment and teaching methods affected both teachers and students especially in medical education. The present study aims to examine the challenges that students had faced in Health Care Management Master’s Degree Program during distance learning at Medical University – Plovdiv, Bulgaria. Lack of computer skills (60.4%), problems with the Internet connection, or with the university distance learning platforms were some of the main difficulties that were outlined. The examination process was a serious issue for 17.4% of students. Thanks to the professional technical support and the active participation of all stakeholders, many of the difficulties during the training sessions were overcome.

Key words: distance learning, COVID-19, difficulties

Въведение

Разпространението на COVID-19 от март 2020 г. доведе до цялостна промяна на учебния процес за всички учебни заведения и преминаването към дистанционно обучение (ДО). Това наложи предприемането на редица действия, мерки и промяна на методи за провеждане на учебни занятия, упражнения, лекции, тестове и изпити, които засегнаха и преподавателите и студентите от Медицински университет - Пловдив. За осигуряване на процесите на учене и преподаване бяха въведени платформи за дистанционно обучение [1-3]. Предизвикателствата пред студенти, преподаватели и инспектори бяха много, но беше осигурено за пазването на един от основните приоритети на ръководството на Медицински университет - Пловдив, свързан с подобряване на качеството на обучение във всички форми включително и в електронна среда [4-6]. Благодарение на професионалното техническо осигуряване и активното участие на всички заинтересовани страни продължи ефективното провеждане на учебните занятия.

Настоящото изследване има за цел да проучи основните затруднения, които са имали студентите от специалност „Управление на здравните грижи“ по време на дистанционното обучение.

Материали и методи


Резултати и обсъждане

Заради въвеждането на пълната изолация в страната всички преподаватели и студенти бяха изправени пред сериозни предизвикател-
ства. Голямо предимство в случая се оказа наличието на платформа за електронно обучение във ФОЗ (edo.mup.bg), която беше успешно въведена през 2014 г. Това изключително много улесни всички преподаватели при организацията на занятията, предоставяне на учебни материали на студентите и провеждане на изпитите. Освен това ръководството осигури свободен достъп на всички студенти до допълнителни електронни ресурси (библиотека, научни бази данни и др.). Въпреки това беше важно да установим, какви затруднения имат студентите. На фигура 1 е представено разпределението на най-често срещаните трудности.

Фиг. 1. Най-често срещани трудности по време на дистанционното обучение

Всички студенти във ФОЗ са възрастни обучащи се, работещи в здравни структури (91.3%) и това в допълнение им създаваше сериозни затруднения по време на обучението. Голяма част от тях бяха командированi в новооткритите отделения за обслужване на пациенти с корона вирус. На други се налага да полагат извънреден труд, тъй като липсва достатъчно персонал. Значителен беше броят на студентите, които също бяха заразени с корона вирус при изпълнение на служебните си задължения. Тези факти са основната причина, поради които 30.4% считат, че са положили преекспностно усилия за учене. За въвеждането на Microsoft Office 365 Teams за дистанционно обучение беше необходимо технологично време. Техническите проблеми с различните платформи също се оказаха сериозно изпитание за 65.2% - предимно по време на изпитите. Освен това беше необходимо изготвянето на ръководства за работа с платформата, заради липсата на достатъчно указания за дистанционното обучение, според 34.8% от респондентите. Учебната програма за студентите от специалност „Управление на здравните гръчки“ надгражда техните знания, като преобладават теоретичните учебни дисциплини. През годините преподавателите от ФОЗ създавали оригинали тематични лекционни курсове, които непрекъснато обновяват, прилагайки интерактивни форми за обучение. Интерактивната образователна среда допълва традиционното обучение, като осигурява условия да се реализира ефективна групова динамика между субектите в учебния процес, ръководена и направлявана от преподавателя [7]. Въпреки предимно теоретичния характер на обучението, като усвоеното на преподавателски умения отстранена на студентите, като бъдещи преподаватели по практика, се изисква активна практическия дейност в реални условия. Това е и основното, поради което 26.1% отчитат липсата на възможност за дистанционно обучение по определени учебни дисциплини. Като основни причини за затруднения по време на провеждането на изпитите (17.4%) са недостатъчно добри на компютърни умения (60.4%), проблеми с интернет връзката, някои несъвършенства в платформите за дистанционно обучение и др. Установихме статистически значими разлика по отношение на възрастта по-младите студенти имат значително по-добри компютърни умения $P=0.01 \ (\chi^2=15.07)$. Корелационната зависимост е умерена $P=0.01 \ (r=0.374)$. Затова и нужда от професионална помощ са имали почти една трета от респондентите (фигура 2). Всички преподаватели от катедрата по „Медицинска информатика, биостатистика и електронно обучение“ към ФОЗ непрекъснато...
Оказваха подкрепа на студенти и преподаватели от други катедри за ефективното осигуряване на дистанционното обучение.

Фиг. 2. Необходимост от професионална помощ

Липсата на достатъчно учебни материали е отчетена от 17.4% от всички участници в проучването (фигура 1). Някои от студентите отчитат затруднения при осъществяването на контакт с преподавателите (фигура 3).

Фиг. 3. Затруднения при осъществяване на връзка с преподавателите по време на ДО.

Целият курс на обучение е свързан с обмен на информация, създаване на допълнителна организация и т.н. между студенти, инспектори от учебен отдел и друг административен персонал. В тази връзка попитахме участниците, дали са имали затруднения при осъществяването на тези контакти (фигура 4).

Фиг. 4. Затруднения при комуникацията с административен персонал

Отчетени са частични трудности, предимно от организационен характер (завързване на студентски книжки, плащане на такси и др.), които бързо са били преодолявани.

Поради тази причина 82.6% считат дистанционното обучение като добра възможност в извънредна ситуация, но предпочитат традиционния вариант на обучение в реална среда. Като положителен оценяваме фактът, че голяма част от проблемите във връзка с дистанционното обучение в началото на неговото въвеждане са били преодолени, според 91.5% от студентите.

В сравнение с нашите резултати при проучване мнението и нагласите относно електронното обучение на Михайлова и кол. студентите отчитат повече предимства - форма за бърз и удобен достъп до учебните материали, чието онагледяване подпомага усвояването на детайлите по отделните теми, както и ефективна комуникация с преподавателя [8].

Заключение

Промените в начина на живот заради пандемията COVID-19 наложиха спешна необходимост от виртуалната комуникация и онлайн обучението за решаване на възникналия проблем с активното участие от страна на заинтересованите страни [9]. Осигуряването на ефективни подходи за оптимизиране на обучението и неговата адаптация към изискванията на професионалната среда е една от основните приоритетни задачи на медицинското образование [10]. За кратък период от време всички преподаватели от ФОЗ при МУ-Пловдив успяха успешно да адаптират учебното съдържание към съответните електронни платформи. Този факт е причина за високата степен на удовлетвореност на студентите от цялостната организация и провеждането на дистанционното обучение на студентите от специалност „Управление на здравните грижи“ в условията на пандемията COVID-19. Въпреки голямата полза на системите за управление на обучението, те все още се оказват недостатъчни. Спецификата на изучаваните учебни дисциплини от студентите от специалност „Управление на здравните грижи“ изисква в голяма степен пряк контакт, провеждането на дискусии и активни взаимоотношения между преподаватели и студенти за бъдещата им професионална подготовка като ръководители и преподаватели. Качественото (дистанционно) обу-
чение зависи в голяма степен от условията, които се предоставят на студентите, за да им бъде осигурено развитие съгласно техните очаквания, като нивото на придобитите знания и умения [11]. Затова е необходимо всяко висше училище да се стреми да поддържа високи стандарти на медицинското образование, които да осигурят на завършващите стабилна научна основа и практически умения за успешното практикуване на избраната професия.

**Литература**


3. Kilova K. Distance learning in the conditions of a pandemic through the view of the students from Medical University – Plovdiv. Sciences researches of the Union of scientists in Bulgaria, Plovdiv, G. Medicine, Pharmacy and Dental medicine, 2020, XXV:210-214


7. Каснакова П. Основни моменти при професионалното формиране на рехабилитатори в процеса на обучение в Медицински колеж. Монография. Под научната редакция на Б. Торньова, изд. „Лакс бус“ Пловдив, 2018:113.


10. Kasnakova P. Survey and analysis of the factors influencing the level of job satisfaction of physical rehabilitation students from the organization of their pre-graduation traineeships. Monografia wieloautorska: Współczesne konteksty edukacji dorosłych, (Redakcja naukowa) Jolanta Szada-Borzyszkowska, Marianna Styczyńska, Siedlce, Poland, 2019:91.

POLICIES TO ADDRESS HEALTH CHALLENGES

Milena Vladimirova, Jeni Staykova, Galinka Pavlova

ABSTRACT: Health care reform in Bulgaria is an ongoing process that involves all parts of society. As a result of the wide range of challenges ahead, the direction and implementation of the latest plans are encouraging. Some progress has been made in health management and accountability of health care system in Bulgaria. The main goal of this article is to develop the steps to improve health policies for the 2009-2020 period. Documentary and social methods are applied, as well as descriptive statistics.

Key words: health policy, development, imbalances

Въведение

Системата на здравеопазването в България е изправена едновременно пред няколко големи предизвикателства. България има втората най-ниска продължителност на живота в ЕС (след Литва) и някои тревожно високи поведенчески рискови фактори (тютюнопушене, употреба на алкохол, увеличаване на затлъстяването), както и бързо застаряващо население, недостиг на работна сила и ниски разходи за здравеопазване. За да се запази устойчивостта на здравната система в България здравните власти ще трябва разумно да изразходват стратегически ограничениите си ресурси.

Периодът 2009-2018 г. се характеризира с намаляване на населението на България със 7.38%, намаляване на наетите лица по трудово правоотношение в страната с 3.53%, увеличение на наетите лица в Хуманно здравеопазване и социална работа (ХЗСР) е 5.91%, Хуманно здравеопазване (ХЗ) - 5.11% и в Медико-социални грижи с настаняване и социална работа без настаняване (МСГНСР) - 8.88% [табл. 1] (Marcheva, 2009-2018)

Таблица 1. Население и Средно списъчен брой на наетите лица по трудово и служебно правоотношение по икономически дейности (А38, А21) в България за периода 2009-2018

<table>
<thead>
<tr>
<th>Година</th>
<th>Средно-годишно население</th>
<th>Пасти лица общо в страната</th>
<th>Пасти лица в Хуманно здравеопазване и социална работа</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Общо</td>
<td>Хуманно здравеопазване</td>
<td>Медико-социални грижи с настаняване и социална работа без настаняване</td>
</tr>
<tr>
<td>2009</td>
<td>7585131</td>
<td>131169</td>
<td>27990</td>
</tr>
<tr>
<td>2010</td>
<td>7534289</td>
<td>130335</td>
<td>26091</td>
</tr>
<tr>
<td>2011</td>
<td>7348328</td>
<td>132838</td>
<td>28663</td>
</tr>
<tr>
<td>2012</td>
<td>7305888</td>
<td>133397</td>
<td>28452</td>
</tr>
<tr>
<td>2013</td>
<td>7265115</td>
<td>136480</td>
<td>29257</td>
</tr>
<tr>
<td>2014</td>
<td>7223937</td>
<td>136837</td>
<td>29535</td>
</tr>
<tr>
<td>2015</td>
<td>7177991</td>
<td>136959</td>
<td>28659</td>
</tr>
<tr>
<td>2016</td>
<td>7127822</td>
<td>138016</td>
<td>29478</td>
</tr>
<tr>
<td>2017</td>
<td>7075947</td>
<td>138636</td>
<td>29931</td>
</tr>
<tr>
<td>2018</td>
<td>7025037</td>
<td>138923</td>
<td>30475</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Здравната система не е ефективна в намаляването на предотвратимата смъртност, изразена в постоянно висока смъртност от заболявания, като например сърдечно-съдови заболявания, и нарастваща смъртност от рак, диабет и незаразни болести. Всъщност България има най-високата смъртност от мозъчно-съдови заболявания (например инсулт) в ЕС и много ниска честота на преживяването при няколко ракови заболявания. Всъщност България има най-високата смъртност от мозъчно-съдови заболявания в ЕС и много ниска честота на преживяването при няколко ракови заболявания. Повече от 10% от преживяните са при рак на устата, холера, ядене на нечисто и странените заболявания.

Положителен признак е, че от 2008 г. са постигнати известни напредъци в областта на здравната профилактика и ранната диагностиката на хронични болести, а в последно време и с опитите за въвеждане на интегрирана грижа. В бюджета за 2017 г. са задели допълнителни средства например за ранна диагностика на сърдечно-съдови заболявания. Необходимо е повече време за постигане на реални резултати (Staykova, 2017).

Финансирането на здравеопазването се характеризира с ниски общи разходи, както и с много високи преки плащания от потребителите. Въпреки че през последните години ръстът наразходите за здравеопазване изпреварва икономиката като цяло, приходната база трябва да се разшири, за да бъдат защитени социалните съсловия на населението. Необходимо е повече време за постигане на реални резултати (Staykova, 2017).

Поновата реформа в болничния сектор беше важен барьер пред достъпа, особено за хората в групите с по-ниски доходи. (Бъдещата) работна сила или (човеките) в здравеопазването са изправени пред план за неговото разработване, като натурален принос към съществуваша земя и стради. В последствие други малки частни инвеститори, включително работещите медицински специалисти в болницата, бяха въвлечени. Разработен е уникален проект за създаване на модерна високотехнологична многопрофилна болница, която предлагала лечение на жители в региона, пациенти в цялата страна и европейските страни. Концепцията за изграждане се основава на комплексен подход, позволяващ съвременни диагностични, хирургични и терапевтично лечение, диспансер и профилактика на пациента. Строителството включва реконструкция и преоборудване на старата болнична сграда, както и изграждането на нови корпуси, където се намират нови клинични и операционни зали оборудвани с най-модерното медицинско оборудване (Vladimirova).

На следващо място за да се повиши ефективността е населението в по-доброто разпределение на ресурсите. Понастоящем България изразходва по-големата част от ресурсите си за лекарствени продукти и болнична помощ (повече от 40%). Първичната помощ може да бъде разгледана в амбулаторната и извънболничната помощ. Отново постигнатите реформи в болничния сектор бяха насочени към решаването на този проблем. Освен това разходите за лекарствени продукти трябва да продължат да бъдат във фокус на внимание. Съществуващото възстановление на ефективността на здравните технологии, основните причини за високите разходи за лекарствени продукти (като например цените и обемите) могат да бъдат рационализирани и да бъдат разработени нови политики (Vladimirova).

Достъпът до здравни услуги продължава да бъде проблематичен. Около 12% от гражданите са без осигуровка, а големите преки плащания на потребителите застрашават достъпа до здравни грижи за уязвимите групи, включително ромите, домакинствата с по-ниски доходи и възрастните хора. Въпреки че съществува освобождаване от някои потребителски данъци, с това хората не са защитени от стопанските изисквания и ценовите разходи за лекарства, които се променят. Използване на джобови съдии, както и на някои неофициални плащания, които все още съществуват в България. Изминаването на разстояния и наличието на лекари също създават важни бариери пред достъпа, особено за хората в групите с по-ниски доходи.
тежък недостиг и постоянен проблем с миграцията. Най-вече има големи регионални различия в разпределението на общопрактикуващите лекари и голям недостиг на медицински сестри [1,3,6]. Специалистите в сферата на здравеопазването мигрират към други държави в търсене на по-добри перспективи за кариерно развитие и по-добро заплащане. Необходими са политики за решаване на тези проблеми, за да може да се гарантират достатъчни човешки ресурси и комбинация от умения в дългосрочен план. Променената наредба за специализации дава предимства, но има и някои недостатъци, които не са за подценяване.

Заключение
в ценен ресурс. Добрите здравни показатели и добrite икономически показатели са взаимно свързани и това прави по-успешното управление на ресурсите в сектор „Здравеопазване“ фактор от решаващо значение.

Необходимо е да се посочи, че както здравните политици, така и обществото трябва да се замислят върху факторите, които оказват влияние върху здравето на гражданите и да пренасочат своите очаквания от това, че здравната система ще реши всички проблеми, свързани с опазване и възстановяване на здравето.

Тези очаквания не почиват на обективна основа и именно затова в последните години се наблюдава спадане на доверието на гражданите към здравната система и работещите в нея.

Функционирането на здравната система е един от елементите, които оказват влияние върху здравето на гражданите. Тя от своя страна зависи от влиянието на множество фактори – външни и вътрешни, а именно – социално-икономическото развитие на страната, ресурсната осигуреност, нормативната база, която отразява обществено-политическите отношения и много други. Здравната система има своите характеристики, структура, организационна схема и представлява обособена подсистема на цялостната обществено-икономическа система на страната, предлагаша и осъществяваща специфични здравни дейности, насочени към решаване на здравните проблеми на населението.

Литература:

1. Doklad „Strategicheshki analiz za nuzhdite na protsesa po programirane na Sredstvata za Razvitie na choveshki resursi prez programata period 2021-2027“, Sofiya, 2020, MTSP, 1090-1100s.;
5. Vladimirova, M. Public – private partnership in health care-case of Bulgaria. MEZHDUNARODNOM ZHURNALE. ISSN — 2413-5291
7. EANC/2013/Health/07/Study concerning the review and mapping of continuous professional development and lifelong learning for health professionals in the EU Contract no 2013 6202,Final Report, www.PGEU.com;
11. NZOK, www.nhif.bg;

гл. ас. Миlena Владимирова, дмн, НЦОЗА Е-mail: m.vladimirova@ncpha.government.bg проф. д-р Жени Стайкова, дмн Медицински Университет, София “ФОЗ проф. д-р Ц. Воденичаров, дмн” E-mail: j.staykova@abv.bg Ас. Галинка Павлова, дм Медицински Университет, София „ФОЗ проф. д-р Ц. Воденичаров, дмн” E-mail: g.pavlova@abv.bg
THE QUALITY OF CARE FOR CHILDREN WITH DISABILITIES AT EYES OF THEIR PARENTS IN THE DEINSTITUTIONALIZATION PROCESS

Monika Obreykova

ABSTRACT: An important prerequisite for the adequate development of children with disabilities is the quality of health care provided by nurses working in institutions. The aim is to study the opinion of parents of children with disabilities about the care provided; their opinion about volunteering among students in institutions for work with children with disabilities as well as the motivation of future nurses to work with children with disabilities. The survey was conducted among 100 parents of children with disabilities through a questionnaire. Conclusions: parents express the opinion that nurses use positive language in communication with children with disabilities and show attention; respondents indicate that future nurses are not motivated to work with children with disabilities; parents believe that volunteering will provide an opportunity to improve the practical experience of students and thus get closer to the nature of working with children with disabilities. And this will create conditions for improving the quality of care for children with disabilities which is so necessary in the period of deinstitutionalization.

Key words: disabled children, parents, training.
Петенциите са знания, умения, приложени в дадена работна ситуация [1]. Според други автори „...обезпечатването на достъп на деца та с увреждания до адекватни здравни, соци ални и образователни услуги съобразени с техните потребности в максимални ранна възраст е една дългосрочна социална инвестиция“ [3].

Грижите за децата с увреждания не са само проблем на родителите, но и на държавните институции, които да ги подпомагат и да им съдействат за да се справят с всички проблеми. Ето за това би било добре родителите на деца с увреждания да бъдат включени в различни асоциации или доброволчески организации последствия, които освен че ще бъдат подпомогнати самите те, но и децата ще бъдат защищени и подкрепени в развитието на способностите им. Доброволната работа има силно социално влияние, тъй като изразява активното поведение на човека. Според Ки чукова нагласите за доброволен труд често се повлияват в положителен аспект от заразителния пример на околните доброволци [2]. От друга страна доброволчеството при работа с деца с увреждания позволява на студентите от специалност „медицинска сестра“ да изградят мотивация за овладяване на избраната тях професия. А това от своя страна ще допринесе за повишаване качеството на полаганите грижи.

Цел

Настоящата разработка е част от дисертационно проучване. Целта е да се проучат и анализират полаганите здравни грижи за деца с увреждания, според техните родители. Обекта на изследването са мнението на родителите относно качеството на здравните грижи към децата.

Обхват на изследването са 100 родители от семейства на деца с увреждания настанени ДМСГД (Дом за медико-социални грижи за деца), Дневни центрове, Центрове за обществена подкрепа.

Материал и методи на изследването

Проведена е пряка индивидуална анонимна анкета. Исполнен е теоретичен анализ на литературата по проблема и социологическо проучване. Резултатите са обработени на програма EXESEL.

Резултати и обсъждане

В изследването са участвали 100 родители на деца с увреждания от град Бургас. Възрастта на родителите е разпределена в четири възрастови категории с 28% между 25-30 години, с 58% между 31-40 години, 0% са между 41-50 и с 14% са над 50 г., резултатите са ранжирани в таблица №1:

<table>
<thead>
<tr>
<th>№</th>
<th>Възраст</th>
<th>брой</th>
<th>Отн. дял- п%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>а</td>
<td>25 – 30 години</td>
<td>28</td>
<td>28%</td>
</tr>
<tr>
<td>б</td>
<td>31 – 40 години</td>
<td>58</td>
<td>58%</td>
</tr>
<tr>
<td>в</td>
<td>41 – 50 години</td>
<td>0</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td>г</td>
<td>Над 50 години</td>
<td>14</td>
<td>14%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Следващ идентификационен въпрос е дали респондентите имат медицинско образование. С 95% анкетираните посочват, че нямат, а с 5% отговарят, че имат медицинско образование. Анализирайки този резултат установяваме, че большинството родителите нямат медицински познания относно качеството на здравните грижи и изцяло се доверяват на изпълнението на медицинските специалисти (фиг. 1):

Фиг.1. Имате ли медицинско образование?

В процесът на проучване си поставихме въпроса „каква е възрастта на детето с увреждания“. Налице е разпределение на възрастта с 9% деца до 1г., 17% до 2г., до 3г. са 13%, а деца до 4 г. с 25% и с 36% деца над пет годишна възраст. За нас беше интересно да проучим възрастта, защото се определя сте-
пента на необходимост от качествени здравни грижи при по-малки деца с увреждания (фиг.2):

Фиг. 2. Възраст на детето

За да се определи отношението на медицинските сестри към децата с увреждания на родителите бе зададен следващия въпрос „Според вашите наблюдения какъв език използват медицинските сестри при работа с вашето дете?“. Според 76% от запитаните родители медицинските сестри, обгрижващи децата им „винаги използват позитивен език и ги поощряват и им обръщат внимание“. С 22% респондентите посочват, че медицинските сестри поощряват децата им. Запитаните родители с 2% посочват, че медицинските сестри „като цяло повече наблягат на изискванията си, отколкото да го поощряват“. Анкетиранияте категорично посочват с 0% да е използван негативен език при полагане на грижи към техните деца. При анализирането на резултатите се установи положително мнение на респондентите относно комуникацията на медицинските сестри към децата с увреждания (фиг. 3):

Фиг. 3. Какъв език използват медицинските сестри?

Основните констатации, базирани на мнението на родителите за това дали медицинските сестри проявяват внимание към тяхното дете си проличава от резултатите на следващия въпрос. С категоричните 50% родителите отговарят с „Да“, с 49% „по-скоро да“ и само 1% от тях посочва „по-скоро не“ (фиг.4.):

Фиг. 4. Медицинските сестри проявяват ли внимание към детето
Проучването позволя да се представи и анализира мнението на респондентите относно качеството на грижите за деца с увреждания. Според 46% от родителите считат, че грижите са качествени, а с 54% посочват „по-скоро да”, което позволява да се приеме, че полаганите грижи са удовлетворяващи.

Фиг. 5. Качествени ли са грижите

В анкетата е предвиден и свободен отговор на родителите относно препоръки за подобряване на здравните компетентности на медицинските сестри към деца с увреждания, които да повишат качеството на грижите за децата. Предложението в отговорите на някой от родителите можем да ги цитираме:

- допълнителна квалификация включваща подобряване на комуникативни умения, грижи в кризисни ситуации;
- умения за обучителни програми към родителите за справяне в домашна среда;
- умения за полагане на съвременни грижи за деца с увреждания.

Интересно беше да проучим мнението на родителите относно мотивацията на бъдещите медицински сестри за работа с деца с увреждания. Проучването установи ниски проценти за желанието да работят в институция, според родителите. Те посочват с 8% „да” и с 6% „по-скоро да”, че медицинските сестри желаят да работят с деца с увреждания. Респондентите категорично заявяват, с 30% „не”, с 27% „по-скоро не”, че бъдещите медицински сестри нямат мотивация за работа с деца с увреждания, а с 27% „не могат да преценят” тяхната мотивация (табл. 2):

<table>
<thead>
<tr>
<th>№</th>
<th>Отговори</th>
<th>брой</th>
<th>Отн. дял в п%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>а</td>
<td>Да</td>
<td>8</td>
<td>8%</td>
</tr>
<tr>
<td>б</td>
<td>По-скоро да</td>
<td>6</td>
<td>6%</td>
</tr>
<tr>
<td>в</td>
<td>Не</td>
<td>30</td>
<td>30%</td>
</tr>
<tr>
<td>г</td>
<td>По-скоро не</td>
<td>27</td>
<td>27%</td>
</tr>
<tr>
<td>д</td>
<td>Не мога да преценя</td>
<td>29</td>
<td>29%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Съвсем логично бе зададен следващият въпрос дали работата на студентите като доброволци ще повиши интереса им към работа с деца с увреждания. С категоричните 51% родителите посочват „да” и с 44% „по-скоро да”, че доброволчество би мотивирало бъдещите медицински сестри да повлияе върху избора им на работа с деца с увреждания. С 5% респондентите отбелязват „по-скоро не”. Резултатите доказват, че доброволният труд ще осигури възможност за подобряване на практически опит на студентите и по този начин ще се доближат до естеството на работа с деца с увреждания (фиг. 6.):

Фиг. 6. Доброволната работа с деца с увреждания
Заключение

Минусите в институционалната грижа за деца с увреждания се свеждат до недостатъчно обучение на персонала, дефицити в здравните грижи, въпреки това родителите изразяват положително мнение относно тяхното реализиране. Въз основа на направеното проучване се очертава висока оценка на полаганите грижи за деца с увреждания. Установя се необходимост от включване на бъдещите медицински сестри в доброволчески проекти, което според родителите, ще допринесе до повишаване на мотивацията им към работа с деца с увреждания.

Литература:


Моника Обрейкова
Университет „Проф. Д-р Асен Златаров“
Катедра „Здравни грижи“
Бул. „Проф. Якимов“ №1
8010 Бургас
E-mail: Monika_Obrejkova@abv.bg
ABSTRACT: Hydrazones are widely studied molecules. They can be easily synthesized, and the newly obtained compounds have a diverse pharmacological profile, including: antimicrobial, anti-inflammatory, anti-cancer, antimalarial, cardioprotective, antioxidant, analgesic, anthelmintic, antituberculous, etc. The review highlights the use of hydrazones as a basis for the development of newer structurally similar molecules, the mechanisms for their production, and their potential as biologically active substances.

Key words: Hydrazones, synthesis, pharmacological activities

Hydrazones, pritežkavia ažometinov funksional (−NHN − CH −), pritežkavia vajen klass sъedinienia za razrabotowan na novi lekaresta. Pordati tova много izследo-vateli sintezirat tezi sъedinienia kato cele- wi sтруктури i oceňivat biologichnata im aktivnost.

• Биологична активност на хидразо-novия клас съединения

Развитието на хидразоновия клас съедине-nia beliži znachitelan progres, tъj kato hидразоните се характеризират с разнообраз- ni biologichni efekti. Hидразоните се получävat pri vzaimodействието на хидразин или хидразид с карбонилно sъединение. Te pritežkavia visoka reaktivospособност i mogat da vлизат v различни реакции kato хидразон йодиране, реакция на Шапиро и Бамфорд, реакция на Стивънс за образуване на виниол-ovi sъединения и пр.

Доказанo e, че хидразоните pritežkavia antимикробна, антikonvulсанта, аналгетич-на, противовъзпалителна, антитромбоцитна, противотуберкулярна i противотуморна ак-тивност. Например, izoniktionoil hидразо-nite сa протivotuberkularni aгенти.

Hидразидите на izoniktionovata kиселina (izonizazid, INH) imat mnogo visoka in vitro инхибираторна aktivnost sprijmo M. tuberculosis. Georгиева, (2011г.) sintezira 28 novi hидразона, съдържащи пиролов пръстен. Туберкулостатичната aktivnost na novosin-
Подходи за синтез на хидразони

Хидразоните и тяхната реактивоспособност са изследвани още през 1888 г. Взаимодействието на карбонил с хидразин дава хидразон. Процесът е представлен на фигура 1. Хидразинът е по-нуклеофилен от обикновения амин поради присъствието на съседния азот. Хидразоните обикновено образуват смес от геометрични изомери.

Фиг. 1. Взаимодействието на карбонил с хидразин дава хидразон.


Двойната връзка -C = N- в хидразони е важна структурна компонента в дизайна на лекарствените средства. Тя действа като лиганд за метални комплекси, органокатализи и синтез на органични съединения. Окисителните процеси обуславят възможността за лесно превръщане на хидразоновите в азосъединения. Връзката - N=N- в азосъединенията е по-стабилна при окисление от - C=C- връзката в алкени, поради което окислителното й разкъсване е по-трудно.

Редукционните процеси определят възможността за превръщане на азосъединенията в хидразонови връзки. Това се осъществява съответно слабо редукционни съединения, например Zn/NaOH или NaBH₄. С по-активни редуктори – SnCl₂ или TiCl₃/HCl и други, азосъединенията се редуцират до амини. (Ulrich, S et. all 2014) Получените продукти представляват шифови бани, но са малко киселни и лабилни от стандартната основа на Шиф. Освен това степента на лабилност към киселина зависи от това дали хидразоновата връзка е образувана от алдехид или кетон. Освен това, хидразоновите връзки, образувани от ароматни алдехиди, са по-стабилни от хидразоновите връзки, образувани от алифатни алдехиди.

Хидразони, съдържащи азометин -NHN = C- притежават висока реакционна способност, която им дава възможност да участват в голям брой взаимодействия.

При взаимодействие на съдържащи хидразин или хидразид съединения с карбонилни съединения водят до формирането на хидразонови връзки.

Карбонилните съединения са важен клас органични съединения, които се получават лесно и притежават висока реакционна способност, която им дава възможност да участват в голям брой взаимодействия.

При взаимодействие на съдържащи хидразин или хидразид съединения с карбонилни съединения водят до формирането на хидразонови връзки.

Установено е, че pH на среда може да се използва за манипулиране на освобождаването на хидразоните носещи лекарствени молекули. Това позволява таргетно освобождаване на активни форми, което може да бъде приложено за получаване на prodrug форми.
Хидразонови производни могат да бъдат получени и чрез реакция на дифлунизал и метанол в присъствието на концентрирана сярна киселина. Междинният хидразид се синтезира чрез нагряване на хидразин хидрат в метанол. След кондензиране на хидразид с 5-нитро-2-фуралдехид или заместени бензалдехиди могат да бъдат получени нови хидразонови производни. (S. Gu’ñiz Kuu’kguzel et. all. 2003) Принципната схема на синтез е представена на фигура 2.

Фиг. 2. Принципна схема за синтез на хидразони на дифлунизал.

Агова (2019г.) синтезира и охарактеризира 5 нови хидразона на антинеопластичният препарат бексаротен. (Agova N, 2019)

При директно взаимодействие на тионил хлорид и бексаротен в среда от метанол протича процес на естерификация, при който бексаротен реагира с тионилхлорид (SOCl₂) до образуване на ацилхлориди. In situ получените хлориден хидразид е изключително реактивноспособен и при взаимодействие с метанол води до образуване на съответния метилов естер. Така формираният метилов естер се изолира, след което се въвежда в следващ етап от синтеза на хидразони, а именно получаване на хидразид на бексаротен. Получаването на целевия хидразид се основава на взаимодействие на метилиден с хидразин, при което протича нуклеофилна заместителна реакция, известна като хидразинолиза. Метилиденният характер на хидразинната група се дължи на наличието на неподелена електронна двойка при азотния атом от аминогрупата. За синтез на целевите хидразони взаимодейства с алдехиди. Принципната схема на синтеза е представена на фигура 3.

Фигура 3. Обща схема за синтез на хидразони на бексаротен.

С помощта на теоретични подходи успешно са идентифицирани възможностите за метаболитно активиране новополучените хидразони, включително е определена и възможността за получаване на дермални метаболити. Проведена е и оценка на антиоксидантния потенциал на новополучените бексаротенови производни посредством ABTS-тест, пренос на водороден атом-DPPH-тест, както и по електрохимичен път. При новосинтезираните хидразони не е отчетен антиоксидантен потенциал.

Изследователи разглеждат възможността за зелен подход при синтеза на хидразони, като за среда на реакцията се използва вода, вместо органични разтворители. Вариации на синтеза на хидразони са получени и при провеждане на кондензацията на ацетофенон с фенил хидаразин във вода при условия на облъчване с микровълни. Установено е че реак-

Фиг. 4. Синтез на хидразони при условие на облучване с микровълни.

Друга възможност за повлияване на реакционния синтез при получаване на хидразони е вариация в реакционното време. Описани са синтези, при които реакционното време варира от 45 до 360 минути, без да се използва разтворител, по принципа на смилането. Принципна схема е представена на фигура 5.

Фиг. 5. Синтез на хидразони посредством „ball-milling” метод.

Този метод демонстрира значително пре-възходство пред класическите модели на синтез главно по отношение на добив и време за реакция, а също и премахване на разтворители от процеса. Методологията се отличава с ефективност във всяко отношение, осигуряйки хидразони в чиста форма без допълнителна необходимост от пречистване. (Pierrick Nun et. all -2011)

Изследванията възможността за насочено приложение на хидразоните и потенциала им като носители на различни лекарствени молекули, но сравнително малко са данните, описващи методите за синтез и модификация на хидразоните. Съобщава се, че химически катализатори като донорите на протони могат да се използват за ускоряване на хидразоновата реакция като същевременно осигурява висок добив. (Jenna Wahbeh and Sarah Milkowsk - 2019)

Друг подход за подобряване на синтеза на хидразони включва топлина като катализатор за ускоряване на реакцията. Изследвания разглеждащи оптимизирането на реакционните условия с цел получаване на висок добив при по-малко реакционно време са от решаващо значение за осигуряването на това хидразоните да могат да се интезират по-ефективно.

Заключение

Прегледът подчертава използването на хидразони като основа за разработването на по-нови структурно сходни агенти. Хидразоните и техните производни могат да бъдат включени в различни биоактивни молекули. С разработването на подходящи синтетични схеми и подробен анализ на връзката между структурата и действието могат да бъдат получени хидразони с разнообразно биологично действие и потенциал за приложение в терапията и редица заболявания.

Литература


THE ROLE ON THE NURSE IN THE PATRONAGE CARE AS AN INTEGRATED HEALTH AND SOCIAL SERVICE IN THE MUNICIPALITY OF BURGAS

Petya Stefanova, Albena Andonova

ABSTRACT: The right to health is an inviolable human right for every individual, so institutions must create conditions for the provision of quality health and social services. Most of the users of health and social care at home suffer from chronic diseases, which requires a specific and complex response to meet their needs. By providing quality care in a family environment for people with functional dependencies, social adaptability and maintaining their quality of life is achieved within the frames of their disability. The competencies of the nurse as a member of a multidisciplinary team include activities for assessment of individual needs, elaboration of individual care plans, coordination, control and reporting of the effectiveness of the applied health and social interventions to the users. The provisioning of health care in the emerging nursing practices is an essential element of the realization of the autonomy of the nursing profession. Efforts are needed to train nurses in geriatric and home care. Social and health services should be aimed at improving their quality and expanding the scope of services in the areas of prevention and social and medical support.

Key words: care in a family environment, needs, care plan, nurse, competencies.
ранните грижи се обуславят от насоките в европейски и национален план за деинституциализирането им, като се създава цялостна, децентрализирана инфраструктура по местоживеене. Голяма част от потребителите страдат от хронични заболявания, което налага специфичен и комплексен отговор за удовлетворяване на нуждите им, за поддържане на относителна или оптимална самостоятелност и здравен статус, т. е. за получаване на компетентни, качествени здравно-социални грижи.

Изложение

Интегрираните здравно-социални услуги са дейности, чрез които медицински специалисти и специалисти в областта на социалните услуги предоставят здравни грижи и медицинско наблюдение и осъществяват социална работа за хора с увреждания и хронични заболявания и възрастни хора, които имат нужда от помощ при изпълнение на ежедневните си дейности [9, 10].

Прилагането на грижи в домашна обстановка гарантира по-добри условия и възможност за цялостен контрол върху потребителя за когото е предназначена грижата” [1].

При проучване влиянието на физическото здраве върху субективната оценка за качеството на живот при хора с хронични заболявания са получени резултати за влошаването му. Те трябва “да бъдат обучени как могат да се справят с ежедневието си, какви помощни средства и приспособления съществуват и как да ги използват”[3]. „Прилагането на навременни, комплексни медицински, здравни и рехабилитационни програми ще предостави възможност на хората с хронични заболявания да поддържат автономност в ежедневната си дейност и да имат позитивно усещане за добро качество на живот” [5].

Някои автори посочват, че „Фокусът на специализираните грижи при възрастни пациенти с функционална зависимост трябва да бъде насочен върху полиморбидността и индивидуализиране на грижите. Това е и основата, на която трябва да се изгражда здравното обслужване за възрастните хора в светлината на съвременните концепции за качество на живота на хората в третата възраст. Процесите на лечение, обгрижване, но и също профилактика на преждевременното стареене изисква отлично подготвени медицински специалисти [8].

А други са на мнение че „Гериатричните грижи в най-голяма степен демонстрират интегративната роля на първичната здравна помощ. „Оказването на качествени гериатрични грижи изисква различен стил и подходи при организиране на здравните дейности, както и специалисти, притежаващи знания, умения и готовност да работят в екип и професионално партньорство [5].

В съответствие с Плана за действие за 2018-2021г. за изпълнение на Националната стратегия за дългосрочна грижа, одобрен с решение на министерския съвет №28 от 19.01.2018г. и с изменението и допълнението в ДВ бр.14 към ЗСУ от 17.02.2021г [12]. В доразработената наредба за социална услуга „Асистентска подкрепа” като държавно деле-грирана дейност от 2021 година” е регламентирано, че предоставянето на социални услуги е въз основа на индивидуална оценка на потребностите и индивидуален план за подкрепа на лицето [9, 10, 13]. Планът трябва да подкрепя активност и самостоятелност на потребителя.

Индивидуалната оценка на потребностите и индивидуалния план за подкрепа на лицето се изготват от мултидисциплинарен екип от служители, осъществяващи дейност по предоставянето на социално-здравната услуга [12, 14]. Медицинската сестра е член на този екип и изпълнява ключова роля.

В компетенциите на медицинската сестра от патронажната грижа са дейностите по оценяване, планиране, координиране, управление и отчитане на резултатите от реализирането на тези здравно-социални услуги. „Знанията и компетенциите на медицинските сестри предопределят до голяма степен характера на процесите за комплексно обслужване на възрастни хора” [6].

В брой 27 на Държавен вестник от 02.04.2019 г. е обнародвана „Методика за извършване на индивидуална оценка на потребностите от подкрепа за хората с увреждания”, в сила от 01.04.2019г. Тази методика се основава на био-психо-социалния модел при съобразяване на Международната класификация на функционирането, уврежданията и здравето на Световната здравна организация [8, 9, 13, 14]. Оценката, която е комплексна, изследва функционалните затруднения на човека с увреждане и наличие на бариери за изпълнение на ежедневните и други дейности. Видът на подкрепата се отразява в пет степенна скала от 0-4 /0-няма нужда от подк-
репа; 1- умерена зависимост; 2- тежка зависи-
симост; 3- много тежка зависимост; 4-тотална
зависимост.

Цел на проучването са потребностите на
получаването на интергирани здравно-
социални услуги.

Предмет на изследването е предлагането
на интергрирана здравно-социална услуга спо-
ред очакванията на потребителя.

Обектът на изследването са
нагласите и
познанията на потребителят за подобряване
на качеството им на живот при ползване на
предоставените им социално-здравни грижи.

Методи на проучването:

За целите на изследването са използва-
ни следните методи:

Документален -проучване и анализ на на-
учна литература и нормативни документи по
разглежданите проблем.

Социологически - проведен е анкетно
проучване и интервю на търсението на потребителите
предпочитани намеси.

Статистически - данните са обработени с
програма Microsoft Excel и представени в
графичен вид.

Обхват на изследването.

Проучването е реализирано в периода май
2020 – юни 2020г. Проведено е анонимно ан-
кетното проучване на потребителите на 118
получители от патронажна грижа в Община
Бургас. В екипите, интервюиращи получате-
лите на здравно-социалната услуга са вклю-
чени студенти от специалност „Медицинска
сестра”, четвърти курс на Университет
„Проф. д-р Асен Златаров” Бургас.

Резултати и обсъждане

В проекта „Патронажна грижа за възраст-
ни хора и лица с увреждания” в Община Бур-
гас са включени 306 потребители в периода
на изследването, а анкетното проучване е
проведено сред 118. От тях: мъже 57 на брой
и жени-61 на брой във възраст под 65г. до над
85 години.

Разпределението по пол и възраст е отра-
зено в процентно съотношение и графичен
вид на фигура 1, където се вижда, че съществу-
ва разлика между половете се очертава във
възрастовите групи под 65 години - 2,46 %; от
81-85 г. - 2,55% и над 85 години, където же-
ние са 5,09 % повече от мъжете. В остана-
лите възрастови групи разликите са в рамките
под 2% /виж фиг. 1/:
ното проучване са отразени графично по пол /виж фиг. 2/:
От анкетираните 118 потребители най-голям брой, 105 са посочили, че имат потребност от посещения на медицинската сестра. Необходимост от асистент в ежедневните дейности са отбелязали 77 от респондентите, а нужда от лекарска консултация - 64. Значителен брой потребители са изявили желание да работят с рехабилитатор - 60. Като част от мултидисциплинарен екип, необходим за повишаване качеството на живот на хората, нуждаещи се от патронажна грижа са посочени психолог 35 бр. и социален работник - 28 бр. Двама от респондентите са изявили желание за консултация с юрист.

Изводи и препоръки

Анализът на получените резултати води до следните изводи:

В резултат на тенденциите за застаряване на населението и неблагоприятното въздействие на инвалидизацията от хроничните незаразни болести, популацията на възрастните хора с увреждания и тези с хронични заболявания се увеличава, както в световен мащаб, така и в Република България;

Потребителите на интегрирани здравно-социални услуги имат специфични и многоаспектни проблеми, които са предпоставка за тяхната здравна, психологическа и социална изолация и влияят негативно върху качеството на живот, както на тях, така и на техните близки.

Представеният действащ модел на интегрирана патронажна и асистентска грижа за възрастни хора с увреждания и хронични заболявания от Община Бургас очертава ролята на медицинската сестра като ключова в мултидисциплинарния екип за удовлетворяването на потребностите на ползвалиците със здравно-социална услуга.

В компетенцията на медицинската сестра е планирането, организирането, координирането и контролирането на адекватни и продължителни грижи и наблюдение за възрастните и болни хора у дома.

Предоставянето на здравни грижи в новосъздаващите се самостоятелни сестрински практики е съществен елемент от реализацията на автономността на професията на медицинската сестра. Това ще даде възможност за избор в професионалното развитие на сестрите и възможност на пациентите на избор за здравно-социална подкрепа.

Необходимо е да се инвестират усилия в обучението на медицински сестри за гериатрични грижи и грижи по домовете, които ще управляват здравно-социалните грижи за хронично болни и инвалидизираните.

Социално-здравните услуги трябва да бъдат насочени към подобряване на качеството им и разширяване на обхвата на услугите в областите превенция и социално-медицинска подкрепа.

Значимо е да се създадат такива условия в обществото, че възрастните хора и тези с увреждания да запазят психо-социалния си статут възможно най-дълго и да останат активни и полезни за себе си, семейството и общността.
6. Popova Katya, Galina Terzieva-Complex approach to organization and implementation of geriatric care, Annual of Assen Zlatarv University, 2018, v. XLVII (2), 138
NITROFURAL – ADVANTAGES AND DISADVANTAGES

Sonya Ivanova, Svetlana Georgieva, Iliyan Kolev

ABSTRACT: The current study aims at presenting the existing benefits and drawbacks of Nitrofural therapy summarized systematically and at highlighting the effectiveness of this therapy in the treatment of significant and "imported" (tropical) diseases.

Key words: Nitrofural, anti-trypanosomal agent, antimicrobial topical agent

Въведение

Употреба

Nitrofural е широкоспектърен антиинфекционен медикамент, представител на съвременната Европейска фармакопея [1,2]. Бактерицидното му действие засяга микроорганизми (Staphylococcus spp., Streptococcus spp., Escherichia coli, Clostridium perfringens и пр.), намиращи се както в стадий на пролиферация, така и в покой.

Проявява в допълнение и антипротозойно и антипаразитно действие [1,3].

Прилага се локално в терапията на инфектирани повърхности рани. Ефективен е в терапията на оторино-ларингологични и офталмологични инфекции. Използва се и профилактично в превенцията на вторични кожни инфекции; особено ефективен при пациенти с рани от изгаряне II или III степен, както и в случаите на кожно присаждане, където евентуална бактериална инфекция би причинила отхвърляне на присадката [4,5].

Прах за посипване (наличен на територията на Европейския съюз). Прилаган външно при пиодермии, инфектирани рани и екземи,
декубитуси, интертриго, пемфигус у новородени и др.

Използвани са и други лекарствени форми, с основа *Nitrofural* – разтвори, спрейове, суппозитории, вагинални овули, хирургични превръзки и пр., някои от които се намират все още в употреба в някои страни.

**Клинична ефективност**

Клиничната ефективност на *Nitrofural* се свързва с неговата склонност да формира водороден пероксид (*in vivo*), водороден пероксид (Схема 1) [9].

\[
\begin{align*}
\text{Nitrofural} & \rightarrow H_2O_2 \\
\text{Bакт. нитроредуктази} & \rightarrow H_2O_2
\end{align*}
\]

Схема 1. Уравнение, илюстриращо взаимодействие на *Nitrofural* с бактериални нитроредуктази

Въпреки, че механизмът на бактерицидно действие на нитрофурановите производни все още не е напълно изяснен, днес се счита, че частичната редукция на техни NO₂ групи от бактериални нитроредуктази (специализирани ензими) е от съществено значение за техната активност [10,11]. Представеното окислително-редукционно взаимодействие е реверсивно и повтаря многократно. В резултат се продуцира, *in situ* (във вътреклетъчното бактериално съдържимо), водороден пероксид. Последният е определящ за бактерицидния ефект на медикамента. Представеното обяснява отсъствието на регистрирани прояви на бактериална резистентност спрямо *Nitrofural* и неговите производни - *Nifuroxazide* и *Nitrofurantoin* [12].

В тази връзка, нитрофураните, вкл. и *Nitrofural*, преминават метаболитна редукция, която засяга главно тяхната NO₂ група. Повечето нитрофуранови метаболити проявяват способността да се съвързват ковалентно с редица клетъчни (бактериални) макромолекули – протеини, ДНК. Сродството (стохастично) на някои техни радикални форми спрямо посочените макромолекули, но при пациента, обясняват доякъде и алергичните отговори в терапията с този клас медикаменти.

Присъствието на нитроредуктази бива повсеместно в царството *Bacteria* [13]. Ето защо действието на *Nitrofural* е широкоспектърно - бактерицидно както спрямо Gram-положителни, така и Gram-отрицателни бактерии, а също и редица анаеробни патогени.

*Nitrofural* се използва за третиране на повърхностни рани, обхващащи всички части на тялото. В практиката, с него са третирани почти всички видове наранявания (наранявания от различно естество) - военни, хирургични, случайни, патологични лезии и пр.

Той е медикамент от първи избор в терапията на инфекции, причинени от резистентни спрямо антибиотици и сулфоналиди бактерии. В хода на 70 годишната клинична употреба на *Nitrofural* не е регистрирана проявата на бактериална (спрямо него) резистентност.

Локално прилагания *Nitrofural* не взаимодейства със системно приемани медикаменти (вкл. и други антиинфекциозни медикаменти). Не предизвиква местен дразнеш ефект.

Минималната бактерицидна концентрация (МБС) за чувствителни бактерии е 0.002 ÷ 31.25 µg/mL, а минималната инхибиторна такава (МИС) - 0.002 ÷ 7.81 µg/mL [14].

*Nitrofural* се разтворя добре в кръв, гной и серум. Макар, че активността на редица антибактериални средства отслабва в присъствието на телесни и течности, вкл. и гной, тази на *Nitrofural* не се влияе [15]. *Nitrofural* се абсорбира в незначителна степен от кожата и лигавиците [7].

**Докладвани съобщения, касаещи ефективността на *Nitrofural***

Съществуват множество доклади за приложението на *Nitrofural* върху рани, придобити при различни обстоятелства, а също и при пациенти с кожи инфекции с неустановен произход, рани от изгаряне и гангрена (диабетна). Наблюденията са категорични и показват, че, приложен локално, *Nitrofural* е полезен, ефикасен и безопасен [16].

В архивен медицински журнал дори са описани редица случаи [17], включващи усложнения от открити фрактури, тежки наранявания с разкъсване на мускулна тъкан, прерязани сухожилия и връзки, третирани локално с *Nitrofural*. Резултатите от терапията с медикамента показват, че при никой от пациентите инфекциите не се генерализират, а третираните с медикамента рани се подобряват бързо. В тази връзка се счита, че *Nitrofural* най-вероятно стимулира и гранулацията на рани.

*Nitrofural* се прилага и в профилактиката на нозокомиални инфекции. Лечението се оказва ефективно при 99% от изследваните случаи; инфекциите преминават в леки само при 1% от тях [18]. Заключението от прове-
деното изпитване гласи, че Nitrofural проявява значителен потенциал в превенцията на вътреболнични инфекции, сред пациенти с оперативни рани. Екип от лекари споделят [19], че прилагат Nitrofural като лекарство от първа линия за защита спрямо сепсис.

Накои от характеристиките предимства на Nitrofural са: високата му антибактериална ефективност, добрата тъканна пенетрация, стабилност, липсата на токсични ефекти и болка при приложение върху рана. От най-голямо значение е способността на Nitrofural да прониква и през мъртва кожа в случаи на изгаряне (II и III степен), което го прави незаменим при третиране на тежки рани.

В доклад на лекарски екип са описани случаи на хирургични рани на краката, третирани с Nitrofural (превързвани с импрегнирани с Nitrofural превръзки) [20]. Екипът от лекари описва прилаганото лечение с Nitrofural като добро (при 67% от случаите) или отлично (при 27% от тях).

Дерматолози също съобщават за успешно приложение на Nitrofural в терапията на бактериални кожни инфекции, включително импетиго и пиодермия [21]. Съществуват данни и за ефективността на Nitrofural в превенцията на катетеро-инициирани инфекции [22]. По време на епидемии от респираторни инфекции се препоръчва профилактичния прием на Nitrofural (под формата на таблетки за смучене) от обслужващия персонал в акушерско-гинекологични, детски и инфекциозни отделения [23].

Нежелани ефекти
Сенсибилизирани и генерализирани алергични кожни реакции при около 1.2% от пациентите [24-27]. Гадене, повръщане, болки в ставите, глаувоболие и полиневропатия са типични токсични прояви на Nitrofural след перорално приложение [28]. Полиневропатията е често срещана сред пациентите с трипанозомоза [29,30]. Съобщиена е и промяна на еритроцитната хемоглобинова стойност при някои пациенти с високо заболяване. Способността на Nitrofural да прониква и през мъртва кожа, в случаи на изгаряне (втора и трета степен), го прави незаменим при третиране на тежки рани, както и в борбата със сепсис в тези случаи. В отсъствието на антитрипанозомни средства, Nitrofural може да се използва също и като медикамент от първи избор в терапията на Африканска трипанозомия – внасяно инфекциозно (паразитно) заболяване.

Литература


ABSTRACT: Over the next few decades, the incidence of cancer among adults will increase significantly. Given the demographic situation, in 2030, approximately 72 million people in USA[3] will be over the age of 65. In this age group, about 70% of all oncological diseases will be diagnosed. Elderly people are at greater risk of complications due to the disease and ongoing therapy. It is no coincidence that patients report poor health during or after therapy, which in turn affects their quality of life. Usually, these patients cannot return to previous activities, which again affects their quality of life.

Little is still known about the effect of occupational therapy on improving the daily activities and quality of life of cancer patients. Occupational therapy, has a beneficial effect on reducing pain and depression. People with cancer cannot be cured by medication alone or by eating certain foods. They need to change their lifestyle, to pay attention to their emotional world. The solution is occupational therapy. It aims to make a difference in the life of the patient/client. It gives the opportunity to express feelings, thoughts, experiences. The freedom to express yourself without words, with a sheet, a brush and paints. Medicine is an art. Why not bring art into medicine.

Key words: Elderly people, Activities of daily living; Functional status; Occupational therapy; Quality of life.
Прави впечатление, че сред пациентите има и такива, които са на възраст 36 и 44 години. Тревожен факт е подмладяването на този вид заболявания сред населението на България. Данните от изследването по отношение на разпределението по пол съвпада с националната статистика, а именно, че преобладават мъжете – почти 63,33%±8,80 от изследваните.

Пациентите са образовани, като най-голям е относителният дял на средно образованите 63,33%±8,80, следвани от тези с полувисше и висше 23,33%±7,72 и 13,33%±6,21 с основно.


За голяма част от тях онкологичното заболяване е първо 86,66%±6,21 (фиг.2). До сега са били много активни и поставянето на диагнозата променя изцяло животът им. Това се свързва и с допълнителен стрес за организма.

Фиг. 1 Разпределение на пациентите по възраст

Фиг. 2. Разпределение на контингента според броя заболявания

С напредване на медицината и технологиите пациентите имат достатъчно информация, наясно са с възможностите и прогнозата на заболяването си. Има случаи, когато губят работата си, често изпадат в социална изолация, спиращ се да занимават с любими за тях дейности. Притеснени са за себе си и близките. Това е видно и от отговорите на въпросите, които дават. И двата поля са еднакво тревожни. Тревожността ги създава навсякъде. Едни са тези, които не съобщават за такава (фиг.3). Най-младите пациенти чувстват
непрекъсната тревожност. Останалите също са тревожни, но една част от тях отбелязват, че не са непостоянно в такова състояние.

Фиг. 3. Разпределение на чувството за тревожност

Причините за тревожност са различни, като на първо място се нарежда тревогата от неблагоприятната прогноза. Страха от смъртта съответства 56,66% ± 9,05% от изследваните, 16,66% ± 6,80% са тревожни поради невъзможността да се самообслужват и с еднакъв относителен дял 13,33% ± 6,21% са тези, при които тревожността е породена от физическата болка и социални причини. Медикаментите имат частично въздействие, не предоставят големи възможности за справяне със състоянието. Нарушен е балансът между стреса, предизвикан от заболяването и възможността на организма за справяне с него. Необходимо е ерготерапевтичното въздействие, като се изследват дейности, които имат значение и са важни за пациента. В резултат на направената оценка се стига до заключението на конкретния човек има нужда от тази услуга или не. Обикновено пациентите с онкологични заболявания са показани за ерготерапия. Нейната цел е превантивна, по отношение на факторите, които биха могли да причинят сериозни психични разстройства. Клиентите могат да се възползват от ерготерапия още докато са в болнична обстановка. Тук могат да бъдат приложени ерготерапевтични подходи като промоция на здравето, с акцент върху здравословното поведение, превенция на усложненията след оперативна намеса.

Друг подход за възстановяване на физическото и психичното здраве е изграждане на общности, които да приобщават хората с подобни проблеми, където да бъдат ангажирани в смислено дейност, да развиват нови умения, според предпочитанията и интересите си, да обменят информация и опит. Всичко това може да се постигне чрез разнообразни ерго-терапевтични средства. Те могат да бъдат под формата на консултации и препоръки за справяне с проблемите в стационара и извън него. Могат да бъдат също подготвители
действия или изпълнение на целенасочения действия - част от дейностите, с които клиентът иска да се ангажира, да развива, усъвършенства и други.

Болката е също важно усещане, което не бива да бъде подценявано. Пациентите са определили степента си на болка според цифровата болкова скала (Numeric Rating Scale – NRS-11). Най-малък е относителният дял на тези, които са определили болката си като „сила“.

Прави впечатление, че това са най-вече хората в активна трудова възраст, между 45 и 64 г. (Фиг. 4) Болката често е съпътствана от емоционална и психическа симптоматика. Изследванията също споделят мнението, че болката има негативно отражение върху психиката им. Болката принуждава пациентите да се обездвижват. Оттам страдат изпълнението на ежедневните дейности и самообслужването. Тя дава своето отражение върху семейното и социалните взаимоотношения, и като цяло – върху качеството на живот.

Фиг. 4. Разпределение на контингента според усещането за степента на болка

Ерготерапията при такива клиенти цели да отвлече вниманието им чрез ангажиране в различни любими дейности и занимания. важно условие за постигане на целта е да се постигне взаимно доверие между терапевт и клиент. Тук могат да дойдат на помощ елементи от арттерапията, като музикотерапия, танци, упражнения в различни изкуства, занятия. Използвайки тези методи и средства може да се контролира болката, да се намали тревожността, да се повиши удовлетвореността, да се подобри социалното взаимодействие, да се изпълняват житейските роли и като цяло да се подобри качеството на живот [1,2].

В проучване, направено през 2019 г., в което участват 71 жени на възраст между 40 и 80 г., с различни онкологични заболявания, се потвърждава голямото значение на дейностите извън стационара и по-специално включването им в неправителствени организации. Подчертява се голямото значение на обществената организация за преодоляне на физическите и психологическите проблеми, свързани с болестта [7].

Изследваните състояния на тревожност и болка могат успешно да бъдат повлияни чрез споменатите подходи, методи и средства.

Много от уврежданията, резултат от приложената терапия, могат да бъдат повлияни чрез ерготерапия.

Заключение

Населението на България прогресивно остава. Нараства и броят на онкологичните заболявания, като тенденцията е да станат веднаш причина за смъртност. Необходимостта от грижи за тези пациенти също нараства. Комплексният подход е от съществено значение за цялостното възстановяване на пациентите/кlientите. В същото време сред тях липсва достатъчна информираност за здравните грижи, от които могат да се възползват. Ерготерапията е сравнително нова за страната въпреки, че от няколко години съществуват специалностите „Ерготерапия“ и „Медицинска рехабилитация и ерготерапия“. Липсва достатъчна гласност за тези специалности, също така и достъпността до такива специалисти е малка. В държавите от Западна Европа ерготерапевтичните услуги се покриват от Здравна каса, но за съжаление в България не е така. Пациентите/кlientите трябва да заплатят услугата. В здравните заведения няма отпуснати места за такъв вид специалисти и липсват съответните направления за това. А прилагайки ерготерапия може да се ограничат или забавят свързани с онкологичните заболявания усложнения или инвалидност.

Ерготерапевтът има холистичен подход и използва цялата си креативност за осигуряване на възможности за активно участие на хората с онкологични заболявания във всички дейности, които имат смисъл и значение за тях.

Литература

8. Todorova, L. 2012. Teoretichni osnovi na ergoterapevtichnya protses. *Izdatelski tsentar na Rusenski universitet Ångel Kanchev*, s. 7
9. Umiraniy po prichini za smartta prez 2019 g. po pol i vazrastovi grupi. [https://www.nsi.bg/bg/content/3351](https://www.nsi.bg/bg/content/3351)

Chief Assist. Prof. Sonya Nencheva, PhD
Department of Rehabilitation and Maritime Medicine,
Faculty of Public Health and Health Care,
University “Prof. dr Asen Zlatarov” of Burgas,
e-mail: s_nencheva@yahoo.co.uk
ABSTRACT: Since the beginning of 2020, with the occurrence of the Coronavirus pandemic in our country and the world, many restrictive measures have been imposed to preserve life and health of the population. As a result, universities quickly switched to online learning. That is why it is especially important to study the attitude of the trainees to this type of training.

The purpose of the study is to determine the attitude of students in the specialty "nurse" to e-learning and how to improve its applying.

Material and methods A survey was conducted with 102 students, first year in the specialty "nurse", studying at the Faculty of Public Health "Prof. Dr. Tsekomir Vodenicharov, MD" of the Medical University in Sofia. The anonymous survey was conducted online, and students were sent a link which they can fill in if they wish.

The results show that students found positive and negative aspects of online learning. Most of the students find advantages in conducting online lectures, but the majority prefer practical training to be conducted in their presence. It is very important in the future to use the good practices of this type of training in order to improve its quality.

Key words: nursing students, online training, E-learning, innovative methods

Въведение

През изминалата учебна година всички университети в нашата страна бяха принудени да преминат към онлайн обучение поради световната пандемия от корона вирус. Много от университетите имаха готовност за такъв вид обучение, но за специалностите от регулираните професии, каквото е специалността „медицинска сестра“ не се предвижда такава възможност, но тя беше наложена от обстоятелствата. Студентите и преподавателите трябваше бързо да се адаптират и да се справят с много предизвикателства.

Според И. Сербезова, „Информационните и комуникационните технологии се развиват изключително динамично и за кратък период от време (едно десетилетие) от екстремна съвременна млад човек. Като резултат от пълното обкръжение и непрекъснатото взаимодействие с него студентите възприемат и обработват информацията по начин, твърде различен от този на техните предшественици. Всичко това е, че образователната система срещу сериозни проблеми при обучението и причината за това в никакъв случай не се крие в по-ниските им възможности – те не са по-добри или по-лоши от своите родители и преподаватели, а са само по-различни – това е новото поколение“ [2].

Б. Асенова коментира, че „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 подготвени за изпити. За тази цел следва 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. Учените трябва да бъдат структуриран в такава форма, че да позволява ученето от разстояние. Днес, новите технологии дават възможности за много по-качествено дистанционно обучение, което в повечето случаи прилагаме чрез инструментите на е-обучението [1].

При електронното обучение обучаваните и преподавателят не са на едно и също място. Дистанцията може да се преодолее чрез из-
ползването на технологични средства: аудио, видео, компютърни и комуникационни технологии. Електронното обучение може да бъде синхронно, при него участниците в учебния процес общувают в реално време или асинхронно, при което комуникацията е в различно време.

Според Б. Асанова „Съществуват множество e-инструменти и модели, използвани и при двата вида дистанционна форма. Видео/аудио модела на e-обучението е все по-често използван в учебния процес. Той предоставя възможност за прилагането и съчетаването на различни подходи на обучение. При синхронното обучение видео/аудио модела дава възможност преподавателите и учащите да общуват чрез двупосочна видео връзка или чрез еднопосочна видео и двупосочна аудио връзка. При асинхронното обучение видео/аудио модела е под формата на запис, който може да бъде ползван от учащите в удобно за тях време. Като много често по време и на синхронното обучение видео/аудио файловете биват използвани, с цел по-добро визуализиране и усвояване на учебния материал“ [1].

Целта на изследването е да се установи какво е отношението на студентите от специалност „медицинска сестра“ към електронното обучението и по какъв начин може да се подобри неговото приложение.

Материал и методи
Проведено е анкетно проучване със 102 студенти, първи курс от специалност „медицинска сестра“, обучаващи се във Факултета по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмг“ на Медицински университет в София.

Анонимното анкетно проучване е проведено он-лайн, като на студентите се изпраща линк, които те могат да попълват, ако пожелаят. Трябва да се има предвид, че тези студенти са приети през 2020/2021г. и не са имали възможност да се обучават по традиционния начин поради пандемията и преминаването към дистанционно електронно обучение на висшето образование в цялата страна.

Резултати и обсъждане

Особено важно е да се изследва, какво е отношението на обучаваните към онлайн обучение и дали студентите са удовлетворени от него.

На студентите бе зададен въпрос „Какво значение и има за Вас възможността да използвате ресурсите на електронната среда (социални мрежи, интернет, e-поща и др.) за комуникация и връзка с преподавателите?“

Фиг. 1

Три дяла от студентите (38,9%), отговорили дълбоко, че електронната среда има много голямо значение, следвани от тези, които са на мнение, че има сравнително голямо значение 31,5%, за 20,4% средно, много малко 7,4% и 1,9% сравнително малко. Когато се сумират тези, които са посочили много голямо и сравнително голямо значение при използваните електронни ресурси се установява, че преобладават използвателите, тази възможност. Получените резултати показват, че вече използването на интернет ресурсите става ежедневие и за нуждите на обучението.

За да изследваме дали се ползва информацията, която се предоставя в интернет поставихме въпроса „Получавате ли информация за вашата специалност от страницата на факултета?“
Множеството от анкетираните 87% отговарят положително, 9,3% не използват електронни източници, а 3,7% споделят, че имат проблеми при използването им. Резултатите красноречиво показват, че използването на интернет и електронните ресурси е навялозо трайно в обучението и трябва да се търсят най-подходящи варианти за предоставяне на необходимите съобразно целите на обучението учебни материали.

За да установим дали обучаваните имат проблеми при обучението поставихме въпроса „Затруднява ли Ви дистанционното обучение?“

Най-много са отговорилите 63%, че дистанционното обучение по-скоро не ги затруднява, следвани от 20,3%, които по-скоро са затруднени и 15,7% не могат да преценят.

На студентите бе поставен въпроса „Използвате ли електронни източници за търсене на учебен материал?“

Получените резултати показват, че повечето от студентите се справят успешно с онлайн обучението, но трябва да се проучи, от какъв характер са причините 1/5 от обучаваните да имат проблеми при този вид обучение.

С цел установяване на предпочитания за провеждане на лекционното обучение бе зададен въпроса „Какво обучение предпочитате за по-добро разбиране и осъзнаване на учебния материал по време на лекции?“
Най-много от анкетираните 50% са на мнение, че присъственото и онлайн обучението имат предимства и недостатъци, 22,2% предпочитат присъственото обучение, за 14,8% по-добрият вариант е дистанционно обучение, а за 13% двете възможности трябва да се ползват съчетани, нито един участник в анкетирането не е изbral отговора не мога да преценя, което показва, че всеки има ясно определено мнение. Изненадващи са получените резултати, че само 1/5 от обучаваните са категорично за провеждане на лекциите при присъствието.

За да се изследва, какво е мнението на студентите за практическото обучение бе поставен въпроса „Какво обучение предпочитате за по-добро разбиране и осмисляне на учебния материал по време на практическо обучение?“

Получените резултати за предпочитанията при практическото обучение са много различни от тези при лекциите. Мнозинството 76,1% са за присъствено обучение при практическото обучение, според 15% всяко от тях има предимства, за 7% двете съчетани са предпочитани и само 1,9% са за дистанционно практическо обучение. Обучаваните са добре ориентирани, че поради спецификата на специалността „медицинска сестра“, студентите се нуждаят от присъствени практически занимания, за да овладеят необходимите манипулации умения.

За да се изследва каква е удовлетвореността от електронното обучение, бе зададен въпроса „Удовлетворени ли сте от проведеното онлайн обучение през последната учебна година?“

Мнозинството от обучаваните 55,5% са удовлетворени частично, следвани от тези, които са удовлетворени 29,6%. От анкетираните 7,4% са очаквали повече, 5,6% не са удовлетворени, а 1,9% не могат да преценят. Резултатите показват, че трябва да се ползват повече усилия, предоставяните учебни материали да бъдат по интересни и ангажиращи вниманието на обучаваните, от страна на преподавателите. А вероятно на студентите
им липсват повечето практически занимания и контактът с преподавателите и колегите.

В заключение могат да бъдат направени следните изводи:

1. Според мнозинството от студентите обучаващи се в специалност „медицинска сестра“ използването на електроните ресурси за обучение е много важно.

2. Преобладават студентите, които получават информация за специалността си от сайта на факултета.

3. Много висок е относителният дял на студентите, които използват електронни източници за търсене на учебни материали. Трябва да се потърсят възможности за предоставяне на повече електронни учебни материали и електронни библиотеки.

4. Преобладават обучаваните, които се справят успешно с онлайн обучението.

5. Студентите считат, че и присъственото и онлайн обучението имат предимства и недостатъци и могат да се използват съчетано, но за практическото обучение предпочитат присъственото обучение поради специфичността на професионалната дейност.

6. Преобладават студентите, според които са частично удовлетворени от онлайн обучението.

Литература


проф. Силвия Младенова, дм
Медицински университет – София
Факултет по обществено здраве
„Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“
Катедра „Медицинска педагогика“
ул. “Бяло море” № 8
1527 София, България
e-mail sylviamladenova1@gmail.com

Professor Sylvia Mladenova, PhD
Medical University – Sofia
Faculty of Public Health
"Prof. Dr. Tsekomir Vodenicharov, MD”
Department of Medical Pedagogy
8 Bialo More
1527 Sofia, Bulgaria
e-mail sylviamladenova1@gmail.com
CHILDHOOD HEALTH INFORMATION AS A TOOL FOR HEART HEALTH PREVENTION

ABSTRACT: Cardiovascular diseases in Bulgaria are the leading cause of death among the population and are a consequence of the long-term and cumulative effect of cardiovascular risk factors. Health education of children and adolescents is a leading priority of health promotion, and its goal is to achieve a high health culture, which is crucial in building health behavior and lifestyle of the younger generation and reducing the negative long-term impact of risk factors. The aim of the present study is to establish the health awareness of students on the prevention of cardiovascular diseases and to justify the need for health education. The survey was conducted in the period February-April 2021 among 104 students aged 12 to 17 from high schools in the city of Sofia. A sociological method was used – a survey based on voluntary and anonymous inquiries, specially designed questionnaires, documentary, statistical and graphical analysis of the results. The conclusions we made are that approximately 70.00% of the respondents have never participated in health training for heart health prevention. 42.00% have no information about the risk factors for their cardiovascular health. These data impose and determine the need to raise awareness of all students at the appropriate age. In order to prevent and reduce the health risk, it is necessary to conduct health training with an emphasis on the prevalence and possible prevention of risk factors, as well as future risks to heart health in the early and long-term impact.

Key words: health awareness, children, prevention, heart health

Въведение

Здравното обучение на децата и подрастващите е водещ приоритет на промоцията на здравето. Своевременната здравна информираност и достигането на висока здравна култура са решаващи фактори за изграждането на здравното поведение и начина на живот на младото поколение. [2], [8], [12], [14] Целта на здравната образованост е ангажиране на личността и обществото за изграждане на здравословен начин на живот, който е основен фактор за подобряване на здравето на бъдещите поколения [1], [12], [13].

Известно е, че сърдечно-съдовите заболявания (ССЗ) в България са водеща причина за смъртност сред населението у нас и са следствие от кумулативния ефект на сърдечно-съдови рискови фактори.

Вътрешният и външен фокус на бъдещите поколения РФ, в последния проект на Национална здравна стратегия (НЗС) 2021-2030 година отново се съблюдава за широкото им пространство, както и за недостатъчните знания, умения и мотивация за превенция на болестите и контрол над тях. Визията за развитие на здравеопазването в България до 2030 година е „Здраве за всички – чрез ефективна промоция на здраве и превенция на болестите, условия за здравословен начин на живот...”, а стратегическата цел №1 е „Промоция на здравето и профилактика на болестите – укрепване на капацитета на общественото здраве” [7].

У нас все повече се наблюдава явно „подмладяване” на рисковите фактори (РФ) за ССЗ и негативна промяна в продължителността им на въздействие, както и все по-голямата „подмладяване” на самите заболявания [10]. Датирани от здравия профил на Република България за 2019 год. показателно тревожни тенденции, като 8.3% от деца на възраст 1 до 5 години и 30.1% при децата от 5 до 19 години възраст са с наднормено тегло, включително затлъстяване [7].
Тютюнопушенето сред младежите също показва негативни тенденции. У нас 21% от 15 годишните момчета и 30% от 15 годишните момичета са пушачи и, което наредя страната ни съответно на второ (след Хърватия) и първо място по тютюнопушене в Европейския съюз. Друг тревожен факт е, че 70% от пушачите започват да пушат преди навършване на пълнолетие, а 94% преди 25 годишна възраст. [7] Тези данни категорично показват, че тютюнопушенето е детска и младежка болест. Това налага нуждата от приложението на адекватни интервенции още в детството, с акцент към бъдещите рискове за здравето и натрупването на въздействието на РФ.

Някои от мерките, набелязани в Националната здравна стратегия 2021-2030, касаят прилагане на интердисциплинарен подход при изпълнение на политиките за промяна на здравето и профилактика на заболяванията, прилагане на интегрирани модули за интервенция на намаляване на факторите на риска в различните възрастови групи, повишаване на информираността за основните РФ, имащи отношение към хроничните незаразни заболявания, уменията и мотивацията за вдъхновен начин на живот, както и разработване и внедряване на скринингови програми, включително при деца. [7]

Цел

Целта на настоящото проучване е да установи здравната информираност на учениците по въпросите за превенция на сърдечно-съдовите заболявания и да се обоснове необходимостта от провеждане на здравно обучение.

Материал и методи

Изследването е проведено в периода на месец февруари-април 2021 година сред 104 ученика от 12 до 17 годишна възраст от средни училища на територията на град София. За постигане на поставената цел е използван социологически метод – проведено е анкетно проучване на базата на доброволно и анонимно анкетиране по разработени специално за целта въпросници. Използван е и документален метод, съврзан с проучване литературните източници по изследваното явление, статистически метод и метод на графичен анализ на получените резултати.

Резултати и обсъждане

Разпределението на участниците в проучването по пол показва, че 57.69% от учениците са момчета, а 42.31% момичета.

По отношение разпределението на анкетираните по възрастови групи, анализът на данните показва, че най-големи (30.77%) е относителният дял на 12 годишните ученици. Всеки шести ученик е 13-15 и 16 годишен и съответно съставлява относителен дял от по 15.38%. Най-ниски и същевременно равни са дяловете на 14 и 17 годишните – съответно по 11.54%. (Фигура 1)

Фиг. 1. Разпределение на участниците според възраста им

Рискови за ССЗ са факторите, които повишават вероятността от възникване на заболяване, а не непосредствена причина за болестта. В литературата те често се класифицират като коригируеми (тютюнопушенето, хранителните навици, наднорменото тегло и затлъстяването, липса на физическата активност, сърдечната честота, артериалната хипертония, повишени плазмени липиди, захарен диабет, метаболитния синдром, редица психо-социални фактори и маркери на възпалението и хемостазата и некоригируеми (възрастта, полът, генетичната предразположеност и раса). [3], [4], [5], [9], [10] Често пъти РФ и негативното им влияние водят началото си от детството и юношеството, с тенденция за нарастване с възрастта. Могат да съществуват заедно, което увеличава многократно риска за здравето [10], [12], а своевременната им превенция зависи от здравната информираност на учениците и нагласите им за предприемане от заболяване.

В хода на изследването проучихме дали учениците познават РФ за ССЗ.
Фиг. 2. Познаване на рисковите сърдечно-съдови фактори

Повече от половината (57.69%) от анкетираните твърдят, че познават и са информирани за РФ, които водят до ССЗ. Относително висок (42.31%) е дялът на участниците в проучването, които посочват, че нямат информация. (Фиг. 2)

Фиг. 3. Познания на учениците за РФ за ССЗ

При изследване на наличните знания за РФ и за негативното им въздействие върху сърдечно-съдовата система, резултатите съчат, че най-висок (24.00%) е отношението към РФ за ССЗ. На второ място (12.00%) са анкетираните, които въпреки, че са посочили познаване на РФ за ССЗ, като такива са визирали различни състояния и заболявания, а именно: „Липса на дъх, болки в гърдния кош, инсулт, инфаркт, хронични заболявания и слабо сърце“. На трето място, с равни относителни дялове (11.00%), учениците са поставили стреса и „преждването и хранението с лоша храна“, а на четвъртото (9.00%) алкохолизма. Едва 7.00% от тях определят като рискови кардиоваскуларни фактори „обезщепването“ и високото кръвно налягане. Малък е и относителният дял на участниците в изследването, които посочват наднорменото тегло (5.00%) и възрастта (4.00%), а най-ниски и равни са дяловете на тези, които са определили като РФ наследствената обремененост, захарния диабет и високия холестерол – съответно по 2.00%. Данните са графично представени на фиг. 3.

Анализът ни показва, че малко над половината (57.69%) от анкетираните твърдят, че познават и са информирани за РФ, които водят до ССЗ. Относително висок (42.31%) е дялът на участниците в проучването, които посочват, че нямат информация. (Фиг. 2)

Към някои от тях, познанията са недостатъчни, частични или грешни, отклоняват се от профилактиката и поставят акцент върху различни състояния и заболявания. Останалите участниците в проучването не са запознати с РФ и влиянието им върху сърдечно-съдното здраве. Тези данни ни дават основание да мислим, че те нямат нужните познания за профилактика на заболяванията и бъдещото въздействие на РФ върху сърдечно-съдната система. Липсата на информираност на учащите пречи на изграждането на правилния им мироглед и създаване на здравословна околна среда, която е от съществено значение за бъдещото им здраве, благополучие и качество на живот като възрастни.

Проучихме и участието на учениците в здравно обучение (беседа, семинар, час на класа) по въпросите, касаещи превенцията на ССЗ.
Фиг. 4. Участие на учениците в здравно обучение за профилактика на ССЗ

При сравнителна характеристика на отговорите относно честотата на участие в здравно обучение за профилактика на ССЗ се установява, че повече от две трети (70.09%) от изследваните ученици не са участвали в здравно обучение за превенция на РФ и ССЗ. Останалата част (29.91%) от анкетираните дават положителен отговор, като половината от тях отговарят, че са участвали в такова здравно обучение еднократно, а останалите многократно – съответно по 14.95%. Данните са представени на фиг. 4.

Аналогични са резултатите от проучване на повишаването на информираността на учениците чрез раздаване на информационни материали.

Фиг. 5. Раздаване на информационни материали с цел повишаване на информираността на учениците

Значителна част от участниците в проучването (80.77%), към момента на провеждането му, не са получавали информационни материали за промоция и превенция на ССЗ и рисковите за тях фактори. Други 19.23% отговарят, че по този начин са били информирани еднократно. Няма анкетирани, които отговарят, че са получавали многократно информационни материали по съответната тематика. (Фиг. 5)

Анализът на данните посочва тревожни факти за липса на информираност и участие в здравно обучение на учащите с акцент към превенция на сърдечно-съдовото здраве и бъдещата здравна подготовка и изграждане на здравословен стил и начин на живот. Съгласно чл. 183 от Закона за предучилищно и училишното образование (ЗПУО) „Грижата за здравето се осигурява чрез гарантиране на достъпа на децата и учениците до медицинско обслужване и програми за здравно образование и здравословен начин на живот”. [15]

Получените резултати най-вероятно се дължат на факта, че в училищното образование се провеждат здравни обучения, които касаят някои РФ за ССЗ, без обаче да се поставя акцент върху самото сърдечно здраве. Най-често това се свежда до превенция на тютюнопушенето и наздравословното хранене, с което експонираните ученици обясняват и получените данни за познаване на РФ за ССЗ.

Необходимо е по-тясно сътрудничество и взаимодействие между работещите в училищата медицински специалисти, учителите, родители и самите ученици с цел повишаване на здравната им информираност, поставяне на акцент върху нивата от своевременната превенция на сърдечното здраве, а от там и подготовката на учащите, бъдещи възрастни, за живота и скритите рискове за добрия им сърдечно здраве. [11]

Ролята на медицинските специалисти в осъществяваните дейности по профилактика и промоция на здравето е регламентирана в В Наредба № 3 на МЗ за здравните кабинети в детските заведения и училища (Обн. ДВ. 38 от 09 май 2000 г., изм. ДВ. 83 от 10 октомври 2000 г.) Наред с вменените задължения за провеждане на профилактични дейности за предотвратяване и ограничаване на рискови за здравето фактори те осъществяват и задължителни дейности по организиране и провеждане на програми за здравно образование на децата и учениците. [7, 10] Ролята на учителите за обучението и
възпитанието също е законово регламентирано, което създава благоприятна среда за провеждането на здравното обучение и възможност за акцент към бъдещия сърдечен риск. Здравното обучение може да се извършва съвместно с медицинските специалисти по време на часа на класа, който съгласно Закона за предучилищно и училищно образование „... се използва за последователно развиване на класа... и за изграждане на граждански компетентности, включително чрез ученческо самоуправление” [15], а самоуправлението е ключово понятие при изграждането на личността и профилактиране на заболяванията.

Изводи

Повече от половината от изследваната група ученици посочват, че познават РФ за ССЗ, като за голяма част от тях знанията най-често са свързани само с негативното влияние на тютюнопушенето, стреса и нездравословното хранене. Съществува обаче и относително висок дял (приблизително 42.00%), които не са информирани и нямат представа какви могат да бъдат рисковете, които ще влошат сърдечното им здраве, сега и в бъдеще. Приблизително 70.0% от учениците никога не са участвали в здравно обучение, касаещо превенция на РФ и ССЗ. Тези данни налагат и обуславят необходимостта от повишаване на информираността на всички учащи се в съответната възраст. С цел превенция и редукция на здравния риск е необходимо провеждане на здравно обучение с акцент към разпространението и възможната профилактика на РФ, както и бъдещите рискове за сърдечното здраве при ранното и продължителното им въздействие.

Заключение

Децата и подрастващите са бъдещето на народа ни, а тяхното отношение към собственото им здраве и здравното им поведение е огледало на утрешния ден. Наблюдаваната епидемия от ССЗ в последните десетилетия налага търсенето на причините за тях в детството и юношеството и предприемането на своевремени профилактични действия с цел недопускане на негативното влияние на факторите на риска и намаляване на заболяваемостта.

Провеждане на здравно обучение и повишаване на здравната информираност на учащите е път към ограничаване на въздействието на РФ за ССЗ, както в детска възраст, така и в бъдеще, и би могло да окаже благоприятен ефект върху здравето на цялата популация. Този ефект може да се постигне чрез мултидисциплинарен подход, а именно – обединяване на усилията и потенциала на медицинските сестри в училищното здравеопазване, педагогите, държавата като цяло и активното съдействие на семейството и техните деца.

Литература


Таня Попова, МУ – София, ФОЗ „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн” Катедра “Здравни грижи”
E-mail: t. popova@foz.mu-sofia.bg
THE NEED FOR HEALTH EDUCATION IN STUDENTS ABOUT THE BENEFITS OF HEALTHY NUTRITION AND THE PREVENTION OF HEART RISK

Tanya Popova, Nadka Vasileva, Antoaneta Terzieva

ABSTRACT: Childhood is a period that is essential for creating a eating pattern that will reduce cardiovascular risk in the future. The aim of the present study is to study and analyze the nutrition and eating habits of students aged 13-18 years. Documentary, sociological and statistical methods were used. The study covers 229 students from 6 settlements in Bulgaria from 10 schools.

The analysis of the data shows that unhealthy eating habits are acquired in childhood and adolescence. There is a relatively low consumption of fresh fruits and vegetables, milk, dairy products and high consumption of ready-made snacks, chips, confectionery, carbonated drinks. Close cooperation is needed between health professionals, teachers and parents in the fight against unhealthy eating habits, which will help reduce heart risk in the future.

Keywords: nutrition, eating habits, students, heart risk

Въведение

Детството и юношеството са периоди, които са от съществено значение за създаване на модел на хранене, който ще намали сърдечно-съдовия риск в бъдеще. Това е периода, в който се възпитава и изгражда здравословен хранителен режим, който определя здравето, растежа и развитието на децата и повлиява хранителните навици и поведение през следващите периоди от живота. [12], [13], [14]

Правилно изградените хранителни навици и способстват за предотвратяване на редица заболявания, част от които сърдечно-съдови заболявания (ССЗ), захарен диабет, артериална хипертония, затъпяване, хиперлипопротеинемия и други. За намаляване на заболяваемостта и сърценаустойчивостта от тези заболявания е необходимо прилагане на една национална политика по отношение на храните и храненето и своевременно здравно обучение. В борбата със сърдечно-съдовите заболявания е неизбежно ангажиране и на родителите, и на обществото, и на общо практикуващите лекари и медицинските специалисти, и на детските заведения и училища. [2], [10], [13], [15], [16], [17]
стратегическите документи на Европейския съюз и на СЗО намират отражение в приетата от Министерския съвет програма за превенция на ХНБ 2014-2020”.

Експерти в областта на храненето разработват Национални препоръки за здравословно хранене при деца от 7 до 19 години. В тях са формулирани 12 препоръки за здравословно хранене при деца и юноши. [13]

У нас са разработени и приети Наредба №6 от 10.08.2011 г. за здравословното хранене на децата на възраст от 3 до 7 години в детските заведения, Наредба за изменение и допълнение на Наредба за №6 от 2011 за здравословно хранене на децата на възраст от 3 до 7 години в детските заведения (2019 г.) и Наредба № 37 от 21 юли 2009 година на Министерство на здравеопазването за здравословното хранене на учениците. Целта на нормативните документи е, чрез регламентиране на изискванията към честотата и количеството на консумация на основните групи храни да се създадат условия за здравословно хранене на децата и учениците. [7], [8], [9]

Предприети са и действия за задължително осигуряване с плодове, зеленчуци и мляко в детските ясли, детските градини и училищата. От 2010 г. има разработена Национална стратегия за прилагане на схема за предоставяне на плодове и зеленчуци, мляко и млечен продукти в учебните заведения на Република България, като последната приста такава е от учебната 2017/2018 г. до 2022/2023 г. [6, 13]

Цел

Целта на настоящото изследване е да се проучат и анализират храненето и хранителните навици на ученици на възраст 13-18 години.

Материали и методи

Изследването е поведено сред 229 ученика от 13- до 18-годишна възраст от 6 населени места на територията на страната и 10 учебни заведения.

За събиране на първичната информация са приложени:
- Документален метод;
- Статистически методи. – За статистическа обработка на резултатите се използва статистически пакет SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) версия 19.

Резултати и обсъждане

В проучването участват 229 ученика на възраст от 13 до 18 години, от които 53.1% са момичета и 46.9% момчета.

В хода на изследването проучихме храненето и хранителните навици на учениците, като честотата на консумация на определени групи храни. Данните са таблично представени на табл. 1

В 12-те препоръки за здравословно хранене на децата от 7 до 19 години се поставя акцент върху осигуряване на разнообразното хранене, редовно хранене и задължителна закуска, ежедневна консумация на зърнени храни и прием на пълнозърнест хляб, мляко и млечни продукти, прием на достатъчно количество течности, както и спазване на хигиенни правила при хранене и приготвяне на храни. Препоръчва се ограничаване на животинските мазнини, пържени храни, захар и сладкарски изделия, консумация на газираните напитки, намаляване употребата на сол и солени храни, въздържане от употреба на алкохолни напитки, както и поддържане на здравословно тегло и ежедневна физическа активност. [13]:
Анализът на получените от проучването данни показва, че едва почти 49.0% от респондентите консумират пресни плодове ежедневно, само за 53.0% от тях зеленчуците са предпочитана храна в менюто им всеки ден и само за 51.0% млечните продукти присъстват ежедневно в менюто. Установява се честа консумация на храни, богати на енергия, мазнини и сол. Приблизително 27.0% от запитаните консумират пържените картофи ежедневно или 3-4 пъти седмично, а за 47.00% от анкетираните такава е честотата на консумация на колбаси и червени меса през седмицата. Изключително висока е и консумацията на готови закуски, като проучването установява, че приблизително 64.0% от учащите ги консумират ежедневно и 3-4 пъти седмично. С такава честота е и консумацията на чипс или снакс за 26.0% от учениците. Приблизително 45.0% от респондентите пият газирани напитки всеки ден или 3-4 пъти в седмица. Изключително висока е консумацията на готови сладкиши, а именно в 35.0% от случаите те присъстват в менюто на ученците ежедневно. Съществуват научни доказателства, които свързват приема им с повишен здравен риск от коронарна болест на сърцето, поради неблагоприятен ефект върху кръвните липиди и липопротеините. [1]

С цел да проучим какъв е един хранителен ден на ученците по време на училище, ги подканихме, да възпроизведат храните, с които са се хранили през деня преди попълване на анкетната карта.

Анализът на данните показва, че съществуват негативни тенденции в храненето на ученците и по време на училище, въпреки съществуващите нормативни документи за осигуряване на здравословно хранене на ученците (Наредба 37 от 21 юли 2009 г. за здравословното хранене на ученците). [9] Положителната на тях се проявява по време на училище, а плодовете, млякото и яденето се приемат от изключително нисък дял от анкетираните. За наблюдаващи се негативни тенденции в храненето на ученците сме проведени от тях и екипите им Национални представители.

Причините за нерационалния модел на хранене могат да се търсят в свободната продажба (около училищата) на храни и напитки, компрометиращи здравословните хранителни навици и свободния достъп на училищните деца към тях. За това свидетелстват данните от проучването, че част от учащите се хранили с храна от Макдоналдс, дюнер, чийзбургер и др. Причините могат да се търсят и в предлагането на неразрешени съгласно Наредбата храни и напитки в училищните лавки и автомати.

Изводи

1. Нездравословни хранителни навици се усвояват в детството и се запазват и/или задълбочават с възрастта.
2. Едва почти половината от проучените респонденти консумират ежедневно пресни плодове и зеленчуци, мляко и млечни продукти.
3. Установява се честа консумация на нездравословни храни и напитки, а именно готвени закуски, чипс и снакс, сладкарски изделия, газиран напитки.

Заключение

Широкото разпространение на съдържанието, високата честота на наднормено тегло и затлъстяване, високата сърдечно-съдовата заболяемост, високата честота на наднормено тегло и затлъстяване, налага търсенето на причините за тях в детството и юношеството и предприемането на своевремени профилактични действия с цел недопускане на негативното влияние на рисковите фактори и намаляване на заболяемостта в бъдеще. За осигуряване на здравословно хранене и влияние върху този съществен рисков фактор е нужно тясно сътрудничество на медицинските специалисти, работещи в училищата, педагогите и родителите. Сътрудничеството ще спомогне за провеждане на редовни целенасочени обучения на училищните за ползите от здравословното и рационално хранене и рисковете при нездравословно такова, с акцент към бъдещия сърдечно-съдов риск. Медицинските специалисти могат да влияят и чрез създаване на промени в рекламата на здравословни храни и напитки и своевременно да информират ръководствата на училищата и съответните контролни органи.

Литература

7. Naredba na MZ za izmenenie i dopolnenie na Naredba No 6 ot 2011 g. za zdravoslovno hranene na detsata na vazrast ot 3 do 7 godini v detski zavedeniya. (DV, br. 65 ot 2011 g.) [An electronic resource] of URL:
11. Петрова, С., В. Дулява, Л. Ранелова, М. Константинова, П. Димитров. 2016. Национално проучване на хранителния статус на ученците в България, 2011 година – обосновка, тези и задачи, дизайн и методи на проучването. Българско списание за обсъждането за здраве. Том 8, кн. 1, 3-17.
16. Попова, Т. 2020. Промотиране на здраве и превръщане на рискови фактори в детска и юношеска възраст. София.

Адрес за кореспонденция: 
Таня Попова 
Медицински Университет – София 
Факултет по Обществено здраве „проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн” 
Катедра “Здравни грязи” 
E-mail: t.popova@foz.mu-sofia.bg
ИЗСЛЕДВАНЕ НА ЖЕЛАНИЕТО НА СТУДЕНТИТЕ ЗА УЧАСТИЕ В НАУЧНО-ИЗСЛЕДОВАТЕЛСКИ ПРОЕКТИ

Деяна Тодорова, Албена Андонова, Мима Николова, Силвия Кючукова

STUDY OF STUDENTS' DESIRE FOR PARTICIPATION IN RESEARCH PROJECTS

Deyana Todorova, Albena Andonova, Mima Nikolova, Silviya Kyuchukova

ABSTRACT: Modern medical education and science, in particular higher education institutions and research organizations, should provide students with the opportunity to be actively involved in research and to participate in research that will help solve significant and current problems of modern health care. We are used to thinking that professionals in the research process are the only ones who are responsible for modeling and improving the quality and healthcare system. Over time, we realize that this model can be improved through the involvement of different actors to overcome this fragmentation. It is necessary for all subjects to work together, in partnership, to share information, ideas, opinions, to make together important decisions that concern research.

Key words: Study, Students, Education, Health Care, Scientific research

Въведение

Научноизследователската и развойна дейност, особено в областта на новите технологии, е ключът към бъдещия икономически растеж и създаването на нови работни места. ЕС има амбицията да стане най-динамичната световна икономика, основана на знанието. Това предполага големи инвестиции в научноизследователската дейност, която е източник на нови знания, както и в образованието и обучението, които дават на хората достъп до тези нови знания. [9]

Съвременното медицинско образование и наука в частност висшите учебни заведения и научните организации трябва да предоставят на студентите възможност да се включат активно в научноизследователската дейност и да участват в процеса на обучаване, които да спомогнат решаването на важни и актуални проблеми на съвременното здравеопазване. [1], [2], [3], [4], [7]

Свикнали сме да мислим, че професионалистите в научноизследователския процес са единствените, които са отговорни за изготвянето на модели и подобряване на качеството и системата на здравеопазване. С времето осъзнаваме, че този модел може да бъде подобрен чрез участие на различните субекти за да се преодолее тази фрагментираност.

Необходимо е всички субекти да работят заедно, в партньорство, да споделят информация, идеи, мнения, да вземат заедно важни решение, които касаят научноизследователската дейност.

Наукознанието изследва процеса на научноизследователската дейност в цялостната система на нейните предметно съдържателни и социални характеристики и влиянието на науката върху развитието на производителните сили и обществения живот като цяло. [10]

Към настоящия момент във висшето медицинско образование важен акцент е извън аудиторната заетост на студентите. В тази връзка проучването и изследването на желаниято на студентите за участие в научноизследователски проекти е от изключително голямо значение за да се стигне до изграждане на комплексни научно обосновани решения, които от двата страна ще спомогнат решаването на важни и актуални проблеми на съвременното здравеопазване, до утвърждаването на найрационалното и високоэффективно здравеопазване, което е адекватно на свестните и европейските стандарти, отговарящи на специфичните потребности на населението на Република България.
Цел
Да се проучи, анализира и обобщи желанието на студентите от професионално направление „Здравни грижи“ в Тракийски университет за участие в научно-изследователски проекти.

Материали и методи
Проведени са предварителни интервюта със студенти от Тракийски университет. На тази база е разработена анкетна карта. Анализите са от свободно структурираната анонимна анкетна карта, проведена сред 88 студенти от първи, втори и трети курс специалност „Лекарски асистент“ и „Медицинска сестра“ през летен семестър на учебната 2020/2021 г.
Резултатите са обработени с Microsoft Office Excel 2016 и StatGrafics.

Анализ на резултатите
Според анализът на данните 31,8% от студентите са участвали в научно-изследователски проект в училище, а 68,2% от тях не са, 94,3% от студентите са участвали в научно-изследователски проект в университета, а 5,7% отговарят отрицателно. Резултатите показват висок относителен дял на участие на респондентите в научноизследователска работа, както в училище, така и в университета.
На фигура 1 и 2 са представени данните от тези изследвания.

Фиг. 1. Участвали ли сте в научно-изследователски проект в училище?
Фиг. 2. Участвали ли сте в научно-изследователски проект в университета?

Ако ги поканят 52,3% от студентите изразяват положителна нагласа да се включат в научно-изследователски проект. Не могат да преценят 45,5%, а 2,2% от тях биха се включили според възможната им ангажираност или са получили покана, но не отговарят на условията за участие.
Данните са визуализирани на фигура 3.

Фиг. 3. Бихте ли се включили в такъв проект, ако ги поканят?
Важно е да се отбележи, че няма нито един отрицателен отговор. Това означава, че студентите осъзнават значението на участие в научно-изследователски проекти и им помогне да научат нови неща и да бъдат полезни.
Анкетираните заявяват различни теми на научно-изследователски проекти, в които биха се включили. Най-предпочитаната тема според 46,6% от студентите е „промоция на здравни знания за здравословен начин на живот“. На второ място по предпочитания е по 34,1% са „здравни грижи за хронично болни със заболявания на различни органи и системи“. 
ми“ и „здравни грижи за хронично болни деца“. В проекти на тема „промоция на здравни знания за деца“ биха участвали 31,8%, „здравни грижи за възрастни хора“ – 29,5%, „здравни грижи за хора с физически увреждания“ – 26,1%, „здравни грижи за хора с ментални увреждания“ – 18,2%, „промоция на здравни знания за възрастни и стари хора“ биха участвали 10,2%, а в „промоция на здравни знания за хронично болни“ биха участвали 8%. От направения детайлен анализ, може да се направи извода, че инициативността за участие на студентите в научно-изследователски проекти по различни теми е доста висока.

Предпочитанията за участие в проекта са: изработване на презентации – 60,2%, провеждане на анкети – 26,1%, обработване на данни от проучването 22,7%, раздаване на флаери 20,5%, провеждане на разговори за подбор на участници в проекта 14,8%, изработване на доклад 12,5% и като лектор – 9,1%. При студентите са изразени разлики в ранжироването по този показател. Отговорите показват, че те не се чувстват уверени да бъдат лектори, но пък са готови да изработват презентации, да провеждат анкети и да обработват данните от проучването.

При изследване мотивацията на студентите за участие в научно-изследователски проекти е голяма част 75% биха се включили за да придобият нови знания и умения, малко над половината 59,1% за да бъдат полезни на обществото, 50% да подобрят знанията и уменията си, останалите 30,7% за да се запознаят с нови хора и 26,1% защото им е интересно. От резултатите е видно, че студентите формулират значителна мотивация да придобият нови знания и умения и повишен интерес за участие в научно-изследователски проекти.

Фиг. 4. Мотивацията ви за участие в научно-изследователски проект е?

Нашето проучване показва, че студентите имат очаквания да получат определени стимули за участието си в научно-изследователски проект. Най-голям дял очакват 39,8% благодарност от екипа, 33% благодарност от участвниците към, които е насочен проекта, 18,2% очакват парични средства, 11,4% предмети награди, морална удовлетвореност 10,2%, 5,7 % да придобият популярност сред колеги и приятели, а 1,1% да бъдат известни в обществото. Студентските стимули за участие в научно-изследователски проекти са важни показатели, който очертават техните очаквания и съответно степента им удовлетвореност.

Предпочитат да участват в научно-изследователски проекти организирани от университет – 87,5% от студентите. От държавни институции – 30,7%, община – 25%, неправителствена организация – 14,8% и като други 1,1%, Това становище на студентите относно място на формиране на умения за научно-изследователската дейност е тя да се осъществява в университетската структура. Това становище е породено вероятно от желанието за съчетаване на научно-изследователската дейност с образователния процес.

Извори

Извършеното проучване позволява да се направят следните изводи:

1. Високо изразено желание за участие в научно-изследователски проекти по различни теми.
2. Основни мотивиращи фактори са любопитството и готовността да придобият нови знания и умения, да подобрят наученото по изследвания проблем, както и възможността да се помогне с получените резултати за решаване на проблема, който се изследва.
3. Предпочитани области и направления за проучване са проучвания на здравни знания за здравословен начин на живот и здравните грижи при хронично болни деца и възрастни.

Заключение

Извършеното проучване позволява да се направи следното заключение:

Прави впечатление, че по-голямата част от бъдещите специалисти по „Здравни грижи“ имат желание и заявяват готовност да вземат участие в научно-изследователски проекти. Изразяват висока мотивация за това предиз-
викателство, което представлява за тях научно-изследователска работа. Студентите заявят своето увлечение и индивидуален избор на проблематиката и обема на научното изследване, така че да бъдат удовлетворени конкретни потребности на професионалната им практика.

Литература

1. Борисова, С., С. Тончева. 2007. Изследователската дейност на медицинските сестри-територия, очертана в базовото обучение. Национална научно-практична конференция "Роля на професионалистите по здравни грижи в промоция на здравето". Поморие, с. 28-29
7. Попова, К. (2013). Изследователският подход в съвременното обучение на студенти от професионално направление "Здравни грижи". Управление и образование, том IX, с. 50-53.

Име на авторите: Деяна Тодорова, Албена Айдонова, Мима Николова, Силвия Кючукова
Тракийски университет
Катедра Здравни грижи
Адрес/ Стара Загора, ул. Армейска 11
e-mail: deyanatodorova@abv.bg
THE ELECTRONIC TECHNOLOGY AS A MODERN FACTOR IN STUDENT EDUCATION

Silviya Kyuchukova, Albena Andonova, Mima Nikolova, Encho Boychev, Manuel Tanev

ABSTRACT The article analyzes the problem of how the quality and technical opportunities of electronic equipment affect the efficiency of online learning in the university. The possibilities are being considered for improvement in a given state of the art. Definitely the necessary teaching of educational content in an online environment and forcing all participants in the process to work in this way, regardless of their desire, experience, digital training, specialty and financial capabilities determined the purpose of this study. Effects on business and future realization are forecast.

Objective: To be indicated the main factors related to electronic technology, influencing the quality and effectiveness of student learning in the Internet environment.

Contingent: Students / 102 / and teachers / 18 / in Trakia University, Stara Zagora, Bulgaria.

Methods: questionnaire; mathematical and statistical; Desk-Research.

The prepared questionnaire containing 13 questions gave us primary information that was statistically processed and allowed us to draw a few basic conclusions.

1. The capabilities of e-technology directly affect the effectiveness of online learning, the latter could be improved in a given state of the art- modern computer devices / computer with peripherals, tablet, phone / and good internet connection / availability and quality of the connection; visualization; value/.

2. Having a personal printer would significantly improve the clarity, understanding, interpretation and independent work of students - 64% of surveyed students would better absorb the information.

3. The teaching staff / 37% of the respondents from the group of teachers / accept the use of electronic equipment in the education of students, but only as a complementary and not a basic method of teaching. The main problem is digital literacy.

The new time sets new requirements and electronic technology, with its negatives and positives, stands out as an important, basic, modern factor in student education.

Key words: electronic devices; students; education; business environment
Дигиталната грамотност се оказа важен фактор! Понятията за разстояние, разширяват възможностите за бизнес, комуникации и обмен на информация, които качествено и количество променят характеристиките си и характера на работното място и ежедневието на всеки човек. Новите технологии и изключително богатият набор от електронни устройства се превръщат във водещ фактор за икономически растеж и страните, които имат предимство в дигиталните технологии са значително по конкурентноспособни, а икономиката им процъфтява. Новите технологии и процесите променят качествен и количественно характеристиката на работното място и ежедневието на всеки човек.

Амалгамата от всички изброени по горе фактори и предпоставки от съвременният пандемичен начин на живот, работа и учене привлича научно-изследователското внимание. В статията се анализира проблема как качеството и техническите възможности на електронната техника влияят на ефективността на онлайн обучението в университета. Разглеждат се възможностите за подобряване на последното при определено дадено състояние на техниката. Прогнозират се схематично ефекти върху бизнеса и бъдеща реализация.

Цел: Да се посочат основни фактори свързани с електронната техника влияещи на качеството и ефективността на обучението на студентите в интернет среда.

Контингент: Студенти/102/ и преподаватели/18/ в Тракийски университет, град Стара Загора, България.

Методи: анкетен; математико-статистически; деск-рискуч.

Времеви интервал: учебна 2020/2021 година

Диалогът по проблемите на дигиталната грамотност започва на извънредна среща на Европейския съвет в Лисабон през март 2000 година. Отчитат се новите реалности в общественото и ясно се откроява необходимостта от коренно изменение на политическата парадигма движена от глобализацията и новата икономика на познанието. Инициативата „eЕвропа“ акцентира на усвояване на цифровите технологии, развитие на високоскоростен интернет и електронния бизнес като основен двигател на ЕС към икономика базирана на знанието. Следващите в годишните инициативи като: Информационно общество за всеки /2002; 2005/; Меморандум за учене през целта живот/2000/; Електронните умения през 21 век: Насърчаване на конкурентоспособността, растежа и работните места/2007/ определят ключовата роля на съвременните технологии, но само ако до тях има хора със съответната подготовка, иначе не се реализират успешни и не се чувстват социално изолирани[1]. Т. е. електронните умения /разбирали на различно ниво/ са в основата на развитието на икономиката – иновации, продуктивност, заетост и т. н. Един от очертаните три, в края на 2006 година, ключови за ЕС проблема е: Подобряване на търговия и производство сред държавите и частния сектор на дългосрочна основа, за да се осигури целостна рамка, свързваща основното обучение, специализирано и висше образование и професионалното развитие.

Всяка от страните участващи в ЕС разработва собствени възможности за използване на компютри и най-вече достъп до интернет, което предопределя и различията между тях, понякога доста дразнителни[2]. Великобритания и Люксембург/4:1/ са в най-добра ситуация по отношение на показател студент/компютър, най-сложно е в Словакия/30:1/, България /11:1/[2]. Инициативата „Програма в областта на цифровите технологии за Европа“/2010/, стратегията „Европа 2020“, има за цел да усъвършенства развитието на високоскоростен достъп до интернет и да извлече полза от наличието на единен цифров пазар за домакинствата и формите[3]. А инициативата „Отваряне на образованието“/2012/, в контекста на новата политика на ЕС, е приета за провеждане на цифрова революция в образованието, защото тя е част от общата рамка, за да се учи по всяко време на деня, възможности за образование по отношение на време, място, преподавател. Наставянето на тази революция позволява да се учи по всяко време на деня, като се намира човек, на всяко устройство.

От учащите се очаква да придобият творчески умения и критично да използват цифровите технологии като паралелно се използват възможностите на ниво на неформално и самостоятелно учене, както и актуализирането на учебните програми и планове.

Възможностите на електронната техника пряко влияят на ефективността на онлайн обучението, като последното би могло да бъде подобряно при определено дадено състояние на техниката – съвременни компютърни устройства/компютър или периферия, таблет, телефон/ и съвремен интернет свързаност/наличие и качество.
на връзката; визуализация; стойност/.

Основен проблем е дигиталната грамотност! Това се посочва като сборен комплексен отговор на свързан въпрос: Защо?.

Изготвената анкетна карта съдържаща 13 въпроса ни даде първична информация, която бе статистически обработена и ни позволи да направим няколко основни извода.

1. Възможностите на електронната техника пряко влияят на ефективността на онлайн обучението, като последното би могло да бъде подобreno при определено дадено състояние на техниката – съвременни компютърни устройства/компютър с периферия, таблет, телефон/ и добра интернет свързаност/възможност на връзката; визуализация; стойност/.

2. Наличието на персонален принтер би подобрило значителна степен нагледността, разбирането, интерпретацията и самостоятелната работа на студентите – 64% от анкетираните студенти биха усвоявали по-добре информацията.

3. Преподавателският състав/37% от респондентите от групата на преподавателите/ приема използването на електронна техника в обучението на студентите, но само като допълващ, а не основен метод на преподаване. Основен проблем е дигиталната грамотност.

Проблемите на реалното интегриране на новите технологии в университетите не могат да бъдат разкрити само с данните на едно цензурно проучване. Това е въпрос на дискусии, психо-педагогически анализи, преценки и решения. Модернизацията на висшето образование има за цел:

- да преодолее икономическата и финансовата криза;
- да намали младежката безработица;
- да подготви квалифицирани кадри, удовлетворяващи потребностите на икономика, базирана на знанието.

Стимулирането на международната мобилност на студентите и академичния състав дава световно измерение и подобрява на учебните програми и електронното обучение. Особено в ситуацията на засилена конкуренция на образователния пазар и навлизането на нови индустриално мощни държави като Китай, Бразилия, Индия. Паралелно с това стратегическото сътрудничество и партньорствата с бизнес средата имат потенциала да окажат влияние върху краткосрочното и дългосрочното развитие на бизнеса, общественото и вероятно в измерения, каквито трудно могат да се дефинират.
Новото време поставя нови изисквания и електронната техника, с нейните негативи и позитиви, се откроява като важен, основен, съвременен фактор в обучението на студентите. Използването и реализирането на възможностите на цифровите технологии, ще засили свързаността на повишеното качество и достъпа до образование и развитието на бизнеса.

Литература

5. https://edu.uni-sz.bg

Силвия Георгиева Кючукова
Доктор по медицина, Главен асистент
Тракийски университет, Медицински факултет,
Катедра Здравни грижи
Стара Загора, ул. Армейска №9
e-mail: silviya.kyuchukova@trakia-uni.bg