# CONTENTS

## HEALTHCARE

<table>
<thead>
<tr>
<th>Title</th>
<th>Page</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>HEALTHCARE FORMATION OF PROFESSIONALLY SIGNIFICANT COMPETENCIES IN THE PROCESS OF LEARNING STUDENTS IN MEDICAL SPECIALTIES</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Albena Andonova</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>IMPACT OF THE PANDEMIC COVID-19 ON THE CHANGE IN NUTRITIONAL BEHAVIOR</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Antonya Yaneva, Nicole Harizanova, Desislava Bakova, Stanislava Harizanova</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FACTORS DETERMINING THE EFFECTIVENESS OF THE HEALTH CARE IN THE FACE OF A PANDEMIC</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Anushka Dimitrova</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEVELOPMENT OF COMMUNICATION SKILLS IN PALLIATIVE CARE</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>Galina Tchaneva, Maria Dimitrova, Kamelia Bogdanova, Pepa Bikova</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PROBLEMS RELATING TO THE MOBILITY OF PERSONS AGED 65 AND OVER USING SOCIAL INSTITUTIONAL SERVICES</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>Galina Haralanova, Lora Georgieva, Iyaylo Mitkovski</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>STUDY OF THE PROFESSIONAL SELF-ASSESSMENT AND PROFESSIONAL PRESTIGE OF THE MEDICAL SPECIALISTS WORKING IN THE CENTERS FOR EMERGENCY MEDICAL CARE</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>Deyana Todorova</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>STUDY OF THE FACTOR &quot;SUSTAINABILITY OF THE PROFESSIONAL CHOICE&quot; IN THE MEDICAL SPECIALISTS WORKING IN THE CENTER FOR EMERGENCY MEDICAL CARE</td>
<td>33</td>
</tr>
<tr>
<td>Deyana Todorova</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>STUDENTS 'COMPETENCES - NURSES TO DEAL WITH EPILEPTIC SEIZURE</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>Dimitrina Blagoeva, Tanya Popova</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MOTIVATION IN CHOOSING THE PROFESSION “NURSE” AND “MIDWIFE” THROUGH THE VIEW OF STUDENTS</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>Zlatina Deneva, Iva Tomova, Katya Popova</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH KIDNEY STONES</td>
<td>47</td>
</tr>
<tr>
<td>Zlatina Mirincheva, Iliya Popov</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ONLINE TRAINING DURING A PANDEMIC – AN ADVANTAGE OR DISADVANTAGE FOR STUDENTS</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>Iva Tomova</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ATTITUDE AND WILLINGNESS OF MIDWIFE STUDENTS TO APPLY PROPHILACTIC HEALTH CARE</td>
<td>55</td>
</tr>
<tr>
<td>Krastina Todorova, Hristina Milcheva</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SURVEY OF THE OPINION OF WOMAN IN LABOR FOR NUTRITION OF PREMATURE NEWBORN WITH ADDITIONALLY ENRICHED FOOD</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>Lilia Perusanova, Aneta Rashieva</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CHALLENGES IN THE PROCESS OF ADAPTATION OF NEWLY APPOINTED NURSES IN THE HEALTH UNIT</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td>Margarita Papazova, Desislava Bakova, Stanislava Harizanova</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OSTEOPOROSIS PREVENTION, RISK FACTORS AND NURSING CARE</td>
<td>70</td>
</tr>
<tr>
<td>Marieta Todorova, Daniela Taneva, Veselina Bukova</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PREPAREDNESS OF PEDAGOGICAL SPECIALISTS FOR THE EFFECTIVE HEALTH MEASURES IMPLEMENTATION DURING THE COVID-19 PANDEMIC</td>
<td>79</td>
</tr>
<tr>
<td>Maria Semerdjiev, Desislava Bakova, Antonia Yaneva, Denitsa Encheva</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Title</td>
<td>Page</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------------------------------------------------------------</td>
<td>------</td>
</tr>
<tr>
<td>STUDY OF ATTITUDES OF HEALTH CARE STUDENTS TO LEARN WITH VIRTUAL REALITY</td>
<td>83</td>
</tr>
<tr>
<td>Monika Obreykova, Галина Терзиева</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OPPORTUNITIES FOR COMBINED THERAPY WITH ADAPALEN</td>
<td>89</td>
</tr>
<tr>
<td>Nadya Agova, Ivelin Iliev, Svetlana Georgieva</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TREATMENT WITH LOW-INTENSITY SHOCK WAVES (LI-SWT) IN PATIENTS WITH LIGHT TO MODERATE VASCULOGENIC ERECTILE DYSFUNCTION</td>
<td>93</td>
</tr>
<tr>
<td>Nikolay Mirinchev</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEUROLOGICAL COMPLICATIONS IN PATIENTS WHO HAVE HAD ACUTE SARS-COV-2 INFECTION: CLINICAL CASES</td>
<td>96</td>
</tr>
<tr>
<td>Radoslava Chapanova, Merzhana Petkova, Boyko Mirazchiiski, Vladimir Gonchev</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VACCINE PROPHYLAXIS IN ELDERLY - ADVANTAGES AND RISKS</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Rozalina Yordanova, Hristina Milcheva</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PROBABLE LIVER AND SKIN METABOLISM ACTIVATION OF HYPERICIN</td>
<td>103</td>
</tr>
<tr>
<td>Svetlana Georgieva, Ivelin Iliev, Nadya Agova, Marieta Georgieva, Petko Marinov</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>INDIVIDUALIZATION IN THE ONLINE TRAINING OF NURSES</td>
<td>112</td>
</tr>
<tr>
<td>Silviya Kyuchukova, Albena Andonova, Manuel Tanev</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEGENERATIVE DISEASES OF THE JOINTS - RISK FACTORS AND QUALITY OF LIFE</td>
<td>115</td>
</tr>
<tr>
<td>Tanya Popova, Ivanka Milotinova</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>STUDENTS ’HEALTH AWARENESS - THE KEY TO CONTROLLING THE CARDIOVASCULAR EPIDEMIC</td>
<td>121</td>
</tr>
<tr>
<td>Tanya Popova, Dimitrina Blagoeva, Nadia Manolova</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
СЪДЪРЖАНИЕ

ЗДРАВНИ ГРИЖИ

ФОРМИРАНЕ НА ПРОФЕСИОНАЛНО ЗНАЧИМИ КОМПЕТЕНТНОСТИ В ПРОЦЕСА НА ОБУЧЕНИЕ НА СТУДЕНТИТЕ ОТ МЕДИЦИНСКИ СПЕЦИАЛНОСТИ
Албена Андонова

ВЛИЯНИЕТО НА ПАНДЕМИЯТА COVID-19 ВЪРХУ ПРОМЯНАТА В ХРАНИТЕЛНОТО ПОВЕДЕНИЕ
Антония Янева, Никол Харизанова, Десислава Бакова, Станислава Харизанова

ФАКТОРИ ОБУСЛАВЯЩИ ЕФЕКТИВНОСТТА НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ В УСЛОВИЯТА НА ПАНДЕМИЯ
Анюшка Димитрова

РАЗВИТИЕ НА КОМУНИКАЦИОННИТЕ УМЕНИЯ В ПАЛИАТИВНИТЕ ГРИЖИ
Галина Чанева, Мария Димитрова, Камелия Богданова, Пепа Бикова

ПРОБЛЕМИ, СВЪРЗАНИ С ПОДВИЖНОСТТА НА ЛИЦАТА НА ВЪЗРАСТ 65 И ПОВЕЧЕ ГОДИНИ, ПОЛЗВАЩИ СОЦИАЛНИ ИНСТИТУЦИОНАЛНИ УСЛУТИ
Галина Хараланова, Лора Георгиева, Ивайло Митковски

ПРОУЧВАНЕ НА ПРОФЕСИОНАЛНАТА САМООЦЕНКА И ПРОФЕСИОНАЕН ПРЕСТИЖ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ РАБОТЕЩИ В ЦЕНТРОВЕТЕ ЗА СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ
Деяна Тодорова

ПРОУЧВАНЕ НА ФАКТОР „УСТОЙЧИВОСТ НА ПРОФЕСИОНАЛНИЯ ИЗБОР“ ПРИ МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ, РАБОТЕЩИ В ЦЕНТЪР ЗА СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ
Деяна Тодорова

КОМПЕТЕНЦИИ НА СТУДЕНТИТЕ – МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ ЗА СПРАВЯНЕ С ЕПИЛЕПТИЧЕН ПРИСТЪП
Димитрина Благоева, Таня Попова

МОТИВАЦИЯ ПРИ ИЗБОР НА ПРОФЕСИЯ „МЕДИЦИНСКА СЕСТРА“ И „АКУШЕРКА“ ПРЕЗ ПОГЛЕДА НА СТУДЕНТИ
Златина Денева, Ива Томова, Катя Попова

ОЦЕНКА НА КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ ПРИ ПАЦИЕНТИ С КАМЪНИ В БЪБРЕЦИТЕ
Златина Миринчева, Илия Попов

ОНЛАЙН ОБУЧЕНИЕ ПО ВРЕМЕ НА ПАНДЕМИЯ – ПРЕИМУЩЕСТВО ИЛИ НЕДОСТАТЪК ЗА СТУДЕНТИТЕ
Ива Томова

НАГЛАСИ И ГОТОВНОСТ НА СТУДЕНТКИТЕ АКУШЕРКИ ДА ПРИЛАГАТ ПРОФИЛАКТИЧНИ ЗДРАВНИ ГРИЖИ
Кръстина Тодорова, Христина Милчева

ПРОУЧВАНЕ МНЕНИЕТО НА РОДИЛКИ ЗА ХРАНЕНИЕ НА НЕДОНОСЕНИ НОВОРОДЕНИ С ДОПЪЛНИТЕЛНО ОБОГАТЕНИ ХРАНИ
Лилия Перусанова, Анеда Рашева

ПРЕДИЗВИКATЕЛСТВА В ПРОЦЕСА НА АДАПТАЦИЯ НА НОВОПОСТОЙПИЛЯТЕ МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ В ЗДРАВНОТО ЗВЕНО
Маргарита Папазова, Десислава Бакова, Станислава Харизанова

ПРЕВЕНЦИЯ НА ОСТЕОПОРОЗАТА, РИСКОВИ ФАКТОРИ И СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ
Марияна Тодорова, Даниела Танева, Веселина Бухова
ГОТОВНОСТ НА ПЕДАГОГИЧЕСКИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ПРИЛАГАНЕ НА ЕФЕКТИВНИ МЕРКИ ЗА ОПАЗВАНЕ НА ЗДРАВЕТО В УСЛОВИЯТА НА ПАНДЕМИЯТА COVID-19
Мария Семерджиева, Десислава Бакова, Антония Янева, Деница Енчева

ПРОУЧВАНЕ НАГЛАСИТЕ НА СТУДЕНТИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ ЗА УЧЕНЕ С ВИРТУАЛНА РЕАЛНОСТ
Моника Обрейкова, Галина Терзиева

ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА КОМБИНИРАНА ТЕРАПИЯ С АДАПАЛЕН
Надя Агова, Ивелин Илиев, Светлана Георгиева

ЛЕЧЕНИЕ С УДАРНИ ВЪЛНИ С НИСКА ИНТЕНЗИВНОСТ (LI-SWT) ПРИ ПАЦИЕНТИ СЛЕКА ДО УМЕРЕНА ВАСКУЛОГЕНА ЕРЕКТИЛНА ДИСФУНКЦИЯ
Николай Миринчев

НЕВРОЛОГИЧНИ УСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ, ПРЕКАРАЛИ ОСТРА SARS-COV-2 ИНФЕКЦИЯ: КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ
Радослава Чапанова, Мерхана Петкова, Бойко Миразчийски, Владимир Гончев

ПОЛЗИ И РИСКОВЕ ОТ ВАКСИНОПРОФИЛАКТИКАТА ПРИ ВЪЗРАСТНИТЕ ХОРА
Розалина Йорданова, Христина Милчева

ВЕРОЯТНА ЧЕРНОДРОБНА И КОЖНА АКТИВАЦИЯ НА ХИПЕРИЦИН
Светлана Георгиева, Ивелин Илиев, Надя Агова, Мариета Георгиева, Петко Маринов

ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯТА В ОНЛАЙН ОБУЧЕНИЕТО НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ
Силвия Кючукова, Албена Андонова, Мануел Танев

ДЕГЕНЕРАТИВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА СТАВИТЕ - РИСКОВИ ФАКТОРИ И КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ
Таня Попова, Иванка Милотинова

ЗДРАВНАТА ИНФОРМИРАНОСТ НА УЧЕНИЦИТЕ – КЛЮЧ КЪМ ОВЛАДЯВАНЕ НА ЕПИДЕМИЯТА ОТ СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ
Таня Попова, Димитрина Благаева, Надя Манолова
FORMATION OF PROFESSIONALLY SIGNIFICANT COMPETENCIES IN THE PROCESS OF LEARNING STUDENTS IN MEDICAL SPECIALTIES

Albena Andonova

ABSTRACT: Formation of professional competence of students by a specialty nurse and midwife is a process that, in addition to theoretical training, an important role are taking teaching practice and clinical practice and undergraduate internship. The motivation and training of teachers and mentors directly affect the knowledge and practical skills of students and their positive attitude towards the profession.

Key words: student, nurses, midwives, physician assistant, exercise, clinical practice, undergraduate internship, lecturers, mentors

Въведение

Думата професионалист най-често се употребява при характеристиките на хора от различни специалности владеещи на най-високо ниво знания, умения и компетентности, изискващи се за професията им.

Според тълковния речник на българския език професионалист е човек, който е превърнал заниманията си през свободното време в професия. Също така и човек, който е много добър в професията си.

Професионалистът е лице, което упражнява и развива придобитите си вследствие на обучение и опит знания, умения и получава възнаграждение за труда си. За да се постигне по-голяма точност при дефинирането трябва да се отбележи, че професионалистът изпълнява работата си съобразно правила и етични норми, установени в неговата сфера на дейност.

От дълбока древност до днес обществото възприема като професионалисти практикуващите медицинските професии. Общество то винаги е считало, че те са личности с високи морални и етични качества. Обществото възприема медицинските специалисти като професионалисти, които винаги ще се отзоват за да лекуват, помогнат, посъветват и то с компетентност и професионализъм.

Пред медицинските университети, факултети, филиали и колежи стои отговорната задача да организират и проведат обучението на студентите от различни медицински специалности.

Като членове на Европейския съюз у нас е приета Директива 2005/36/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 07.05.2005 година относно признаването на професионалните квалификации. Тя е валидна за следните медицински професии - лекари с базово образование, лекари-специалисти, медицински сестри с общ профил, лекари по дентална медицина, лекари по дентална медицина-специалисти, акушерки [2].

За всички медицински специалности има утвърдени Единни държавни изисквания (ЕДИ), в които се описват стандартите по които се провежда обучението в Република България. Посочва се съдържание на обучението за придобиване на висше образование по специалността по дисциплин и хорарий от часове, определят се задължителните, факултативни и избираеми дисциплини, държавните изпити и кредитите. ЕДИ на специалност медицинска сестра и акушерка са съобразени с изискванията на Директива 2005/36/ЕО. [6]

В момента в професионално направление Здравни грижи има три специалности, при които след проведдане на 4 годишен курс на обучение придобиват образователна и квалификационна степен „бакалавър“. Това са специалност „медицинска сестра“, „акушерка“, „лекарски асистент“. 
Обучението по изброените медицински професии включва не само теоретични, но практически знания, умения и компетентности, но също и етично измерение и спомага за формиране на професионален стил на поведение. Избралите тези професии трябва освен желание за усвояване на нови знания, да притежават и редица личностни и морално-етични качества. Знанията в областта на био-етика на здравеопазването, интерпретиране на философията за човешкото здраве и болест в контекста на социалните фактори са важни за всички медицински професии [13].

Необходимо е да се провежда обучение за развитие на комуникативни умения за общуване с болни и техните семейства, както и за овладяване на начини за справяне със страданията, смъртта и загубата, които често са характерни за медицинските професии [1].

По време на своето теоретично и практически обучение студентите се срещат с редица здравословни, емоционални, етични и социални проблеми. Казусите, които се представят пред тях от преподавателите или реални ситуации по време на практика създават възможност бъдещите медицински професионалисти теоретично и на практика да потърсят и приложат различни варианти за справяне с проблема.

Формирането на професионално самосъзнание е част от обучението. Бъдещите медицински специалисти трябва още в началото да знаят, че спазването на правилата на професионална етика и норми на поведение са част от професионалната им характеристика.

За студентите е много важно още по време на обучението си да започнат да се чувстват членове на медицинското общество и да знаят, че носят лична отговорност за поведението си. По този начин в бъдещите медици се формират основи за развитие на самочувствие, позитивни чувства и отношение към професията и свързаните с нея задължения и отговорности. Така се стимулира самовъзпитание, самоусъвършенстване, духовно развитие и емоции и стремеж към продължаващо образование [11].

Формирането на професионално значими знания и умения и навици е фундамент на всяко професионално обучение. При определени професии знания и умения може да се придобият и в следствие на самообучение. В медицинските специалности самообучение е начален процес, но само като подпомага еле-мент. Усвояването на достатъчен обем теоретични знания и практически умения, включително специфични професионални компетентности може да се приеме за качествена професионална подготовка.

Процесът на обучение на медицинските специалисти е насочен към изграждане на професионалните компетенции, та да те успешно да изпълняват основната задача за задоволяване потребностите от здравни грижи на пациента, бременната, родилната, новороденото дете [5].

В медицинските професии практическата подготовка представлява половина от обучението. На базата на теоретичните знания трябва на високо ниво да се овладеят и манипулативни техники, медицински дейности и здравни грижи. Едини от най-важните елементи на учебния процес при професиите от направление Здравни грижи са учебно-практическите занятия, клиничната практика и преддипломния стаж.

Учебно-практическото занятие (УПЗ) е една от основните форми на обучение при студентите от медицински специалности. По време на УПЗ студентите усвояват практически алгоритми за специфични дейности, манипулации, подготовка за изследвания и др. Основни средства за обучение по време на упражненията са мулаж, симулирани пациенти и др. Същото така както се усвояват примери модели/алгоритми от поведение и общуване с различни категории пациенти и близките им.

Преподавателят трябва правилно да прецени готовността на студентите и да използва подходящи методи на обучение, като например дидактическа игра използването на която затвърждава знания по атрактивен и увличащ начин [10].По този начин се улеснява работата по време на учебна практика и спомага за повишаване на удовлетвореността на потребителите на здравни услуги.

Учебната практика на студентите протича в различни сектори на здравната система. По време на клинична практика се създава възможност практически да се прилагат теоретично усвоените алгоритми и начини умения формирани по време на УПЗ в реална работна среда при работа е пациент. Уважението към личността на пациента, запазването на него-вото психическо и физическо здраве е основна задача на преподавателите, наставниците и студентите.
Студентите по време на работа в реални клинични условия повлияват в различна степен процеса на лекуване на пациента [4]. При практическото обучение на студентите спазването на правилата на добрата медицинска практика и професионално-етичните норми е гаранция за проведено на пълноценен учебен процес и гаранция за безопасността на пациента.

Прилагането на клиничната практика на усвоените знания и умения води до формиране на професионално значими навици. Балансът между теоретични и практически умения в медицинските професии е динамична величина и се определя от курса на обучение, от мотивацията и личните качества. Подготовката на студентите повлиява положително на самооценката им за работа по време на преддипломния стаж [7]. Студенти по време на обучението изграждат ценностна система за работа с хора с увреждания [8]. Формирането на личностни качества и специфични компетенции, мотивираност за работа с деца с увреждания е важно за професионалната дейност на медицинските сестри [9].

По време на клиничната (учебна) практика е особено важно създаването на позитивни отношения между наставника и студента, което е изключителен мощен инструмент към по-пълния преход към професионална реализация [3]. Наставниците пряко влияят върху мотивацията на студентите и за да се избие негативния ефект от поведението на някои наставници е необходимо те да преминат допълнително обучение [12].

По време на преддипломния стаж бъдещите медицински специалисти усвояват професионалните компетентности характерни за изучаваната специалност и се подготвят за самостоятелна работа. Усвояването в максимална степен на знания и умения характерни за изучавана професия се извършва по време на преддипломния стаж.

Формираните по време на обучението професионални и морално-етични компетентности гарантира качеството на медицинските и здравни грижи и нараства благото на обществото с жизнено-доценимако високо ниво на медицинска помощ.

Цел

Целта на проучването е да се установи мнението на студентите за значението на УПЗ, клиничната практика и преддипломния стаж за професионалната им подготовка.

Материали и методи

Проведено е анонимно анкетно проучване с 89 стажанти от специалност медицинска сестра, акушерка, лекарски асистент от Траяйски университет в периода 2020-2022г.

Результатите са обработени с Microsoft Office Excel 2016 и StatGrafics.

Анализ на резултатите

Учебно-практическите занятия се определят от над 2/3 от студентите като много важни за формиране на практически умения при общите здравни грижи. УПЗ по дисциплините включващи специални грижи според 54,88% от анкетираните спомага за формиране на умения за анализ и синтез на информация за пациента и изработване на план за здравни грижи. Според 44,8% от анкетираните, план за здравни грижи не е особено полезен в практическата им дейност, а 12,32% отговарят, че не могат да преценят.

Фиг. 1. Мнение на студентите за ефективността на учебното практическо занятие

Клиничната практика за почти всички студенти (91,82%) е мястото на което може да се усвоят практически умения за работа с пациента с различни заболявания. Като 76,16% от студентите са на мнение, че това е възможно, ако наставник има желание и време да работи с тях. Повечето студенти 79,52% посочват, че наставниците много често не им отделят достатъчно време, тъй като са претоварени с работа.

Преддипломния стаж според 78,4% от анкетираните е времето в което започват да работят самостоятелно и да се чувстват, като част от медицинския екип.
Заключение

Стажантите оценяват УПЗ, клиничната практика и преддипломния стаж за учебните форми, които са най-полезни за усвояване на професионална компетентност.

За да се постигне максимално високо ниво на ефективност в практическото обучение на студентите е необходимо наставниците от учебните болнични бази да бъдат мотивирани да отделят необходимото време за работа със студентите. За тази цел трябва да се подобри координацията между университетите и болничните структури, между преподавател и наставник. Необходимо е да осигурят допълнителни стимули и провеждане на надграждащо обучение за насърчаване на наставниците за по-активно отношение към ролята им на обучители.

Литература

2. Direktiva 2005/36/EO na Evropeyskiya parlament i na Saveta ot 7.05.2005 godina otnosno priznavaneto na profesionalnite kvalifikatsii. Ofitsialen vestnik na Evropeyskiya sayuz. 05/ 08. Document 32005L0036
6. Naredba za edinite darzhavni iziskvaniya za pridobivane na visshe obrazovanie po spetsialnostite "meditsinska sestra", "akusherka" i "lekarski asistent" za obrazovatelno-kvalifikatsionna stepen "bakalavar", izm. i dop. - dv. br. 32 ot 2016 g.

Име на автора – Албена Андонова
Университет – Тракийски университет
Катедра - Здравни грижи,
Медицински факултет
Адрес: Гр. Стара Загора
Ул. Армейска 11
e-mail: albena.andonova@trakia-uni.bg
ABSTRACT: The pandemic COVID – 19 affects all the areas of public life worldwide. The prolonged isolation negatively affects the quality of people’s life of all ages. In this case, it is possible that food becomes essential because it is always available at home. On the one hand, the lack of physical activity leads to obesity and on the other hand, it is associated with a focus on continuous calorie counting.

This article examines the impact of the pandemic COVID-19 on the change in nutritional behaviour among the Bulgarian population. An online survey was conducted involving 162 people, and the mean age of the participants was 39.85 (±11.91) years. The survey results show that among the main reasons for changes in their eating behaviour, respondents indicate anxiety and prolonged working hours/extended learning hours and report 22.2% and 12% from them, respectively. At the same time, 16.4% of the respondents report that the changes in their nutrition habits are due to boredom and the abundance of food at home.

The pandemic COVID -19 affects not only physical activity but also mental health and nutritional behaviour. Changes in the organization of everyday life – work and education for an extended period at home, lack of social life, etc. are associated with high levels of increased fear and anxiety. We believe that the present study will help develop a policy for the protection of social health and the adoption of adequate measures for a healthy lifestyle.

Key words: nutritional behavior, COVID -19

Въведение

Внезапното обявяване на пандемията заради COVID-19 и свързаните с нея рестриктивни мерки наложи значителни промени в начина на живот на хората в световен мащаб. Поради големия страх от заразяване драскотично се ограничиха всички форми на социален живот. Въведената задължителна физическа дистанция, работата и обучението в домашна среда засегнаха в голяма степен ежедневните дейности и хранителните навици на хората от всички възрастови групи. Сериозно основание затова са двете ситуации – от една страна оставането вкъщи, което включва дистанционно обучение и професионална дейност, ограничено на физическа активност и от друга запасяване с храна, поради ограничението при пазаруване на хранителни стоки. Според някои автори превръщането на работната рутината, причинено от карантината може да доведе до скучове или тревожност, което от своя страна е свързано с увеличаване приема на различни храни [1]. В допълнение към ситуацията непрекъснатото следение на информация от COVID-19 може да бъде доста натоварващо за психиката. Подобни стресови състояния често подтикват хората към преждевременното и явни предпочитания към така нар. „комфортни храни“ - богати на захар [2, 3].

В настоящата статия е изследвано влиянието на пандемията COVID-19 върху промените в хранителното поведение.

Материал и методи

За целта на проучването беше създаден авторски въпросник, който включва демографска информация (възраст, пол, местожителство, заетост); антропометрични данни (рост и тегло); информация за промени в хранителните навици (спазване на хранителен режим, организиране на храненето по време на изолация, брой хранения на ден и др.); информация за стила и начина на живот. Беше използвана и
валидираната за българската популация версия на въпросника SCOFF за скрининг на нарушения в хранителното поведение [4]. Проучването е проведено в периода 20 януари - 20 февруаря 2021 г. То беше реализирано под формата на анонимна онлайн анкета (google forms), разпространявана чрез Viber, Facebook, Messenger и e-mail, със средна продължителност около 10 минути. Данните са обработени със статистически продукт SPSS V. 19.0. Използвана е описателна статистика. Резултатите са представени графично с помощта на MS Excel 2016.

Резултати и обсъждане

В проучването участваха 162 лица на възраст от 14 до 74 години, от които 73.3% са жени. Въпросникът SCOFF е приет като един от основните скрининг инструменти за нарушения в хранителното поведение. Той включва 5 основни въпроса и се използва широко заради лесното отчитане и интерпретация на резултатите. Това дава възможност за ранно откриване и своевременно лечение на хранителните нарушения, което в значителна степен подобрява здравословното състояние на засегнатите лица [5]. Като тревожен отчитаме факта, че за повече от 50% от участниците са настъпили промени в хранителния режим (фиг. 1):

Фиг. 1. Разпределение на отговорите на анкетираните на въпрос: "Настъпиха ли промени в теглото Ви по време на изолацията?"

Почти половината респонденти (48.2%) са заявили, че не могат да контролират количеството на храната, която консумират Въпреки че по-голяма част от тях (86.4%) са имали възможност да си осигурят желаните храни и хранителни продукти по време на изолацията, 18.2% са намерили теглото си с повече от 5 кг. Непрекъснатото усещане за пълнота, въпреки мнението на околните, се отнася за 40.6% от участниците. Почти една четвърт от анкетираните (25%) са изразили мнение, че храната доминира в техния живот.

Хранителен режим по желание преди пандемията са спазвали 35.3%. Този процент се запазва и след обявяването й.

По-голяма част от респондентите (91.4%) са приготвяли храната си в домашни условия. За тази подготовка 76.2% поясняват, че не са имали нужда от допълнително време.

Преобладаващи причини за промяна в хранителното поведение заради тревожност и удължено работно време/удължено време за обучение докладват съответно 22.2% и 12% от респондентите. За 18% променените хранителни навици се дължат на скука, а за 16% - изобилието от храна вкъщи (фиг. 2):
Фиг. 2. Причини за промяна на хранителното поведение

Към настоящия момент 43.6% от всички участници са на мнение, че имат в известна степен добри хранителни навици.

В своя пручуане De Lorenzo и кол. изследват промените в теглото по време на изолацията. Около 37.4% от изследваната популация съобщава за запазване на теглото, 13.9% са отслабнали, 40.3% се чувстват с леко наддаване на тегло, а 8.3% са натрупали значително много килограми [6]. Предвид ситуацията авторите препоръчват максимално да се намали консумацията на нездравословна храна, която предразполага към наддаване на тегло.

Подобни резултати отчитат Renzo и кол. повече от половината участници отчитат промяна на хранителните навици, което е довело до намаляване (17.7%) и увеличаване на теглото (34.4%) по време на изолацията [7].

Експерти предоставят редица препоръки за първична и вторична профилактика на тревожност и стрес във връзка с пандемия на корона в условията на пандемична обстановка [8,9]. Те са свързани с поддържане на физическа активност в домаши условия (например йога, физически упражнения, пилатес, танци и др.). Освен това е добре да се практикуват ежедневно когнитивни дейности под най-различни форми (судоку, кръстословици, игри). Съществен акцент поставят върху източниците на информация – най-много 1-2 пъти дневно да се следят новините. През останалото време се препоръчва четенето на книги, вестници и списания, воденето на разговори, които нямат отношение към пандемията [10,11].

Заключение

В настоящото изследване представяме част от получените резултати относно промените в хранителното поведение сред българска популация след обявяване на пандемия COVID-19. Като положителен отчитаме факта, че към настоящия момент няма данни за патологични хранителни нарушения при изследваната група (резултати SCOFF). Пред сериозността на проблемата предвидиме допълнителни изследвания с повече на брой участници за по-голяма обективност и представителност на получените резултати. Считаме, че настоящото пручуване ще подпомогне разработването на политики за опазване на общественото здраве и предприемането на адекватни мерки за здравословен начин на живот в условията на пандемичната обстановка.

Литература


International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies: Mental Health and Psychosocial Support for Staff, Volunteers and Communities in an Outbreak of Novel Coronavirus 2020.

Адрес 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: The COVID-19 pandemic quickly covered the entire world. Over the course of two years, millions of people have been sick and dying as a result of mutated variants of coronavirus infection. Despite the fluctuating rates of hospitalized patients in the country, an alarming fact remains the increasing number of sick medical professionals. Daily faced with the challenge of making adequate and timely care of a high standard, they have to be able to cope with the resulting problems of emotional experiences due to increased mortality. The aim of this study is to identify the main factors determining the effectiveness of care provided, as well as their impact on the psycho-emotional state of health care professionals in pandemic conditions. Material and methods: An anonymous survey of 152 health care professionals was conducted on the territory of Sofia between February and May 2021. The demographic characteristics of the surveyed persons provide information about age, marital status/cohabitation, dependent people, work experience and experience in the treatment of infection. According to 71.71% of specialists, the shortage of nurses is a factor in the effectiveness of care, and fear for health (76.97%) and uncertainty for loved ones (68.42%) are the most reported negative emotions affecting the work process. Conclusion: An early assessment of the mental resilience of pandemic professionals should determine the level of their moral and emotional stability. Timely psychological support can be a major resource for preventing or alleviating post-traumatic stress disorder, anxiety and depression among healthcare professionals.

Key words: Covid-19, health care, demotivating factors

FACTORS DETERMINING THE EFFECTIVENESS OF THE HEALTH CARE IN THE FACE OF A PANDEMIC

Anushka Dimitrova

Введение

Пандемията от COVID-19 бързо обхвана целия свят. В продължение на две години милиони хора заболяват и умират в резултат на мутиралите варианти на коронавирусната инфекция. Европейският център за превенция и контрол на разпространението и заболяванията от COVID-19 съобщава, че в световен мащаб до средата на март 2022 година потвърдените случаи на заболявания достигнаха 462 226 539, включително 6 075 115 смъртни случая, а за преболедували се посочват 395 422 773 човека [8].

В България общият брой на заболяванията от коронавирусна инфекция към посочения период възлиза на 1 117 525 потвърдени случая, включително 36 196 умирането, а за преболедували са регистрирани 885 909 човека. През 2020 година по данни на Националния статистически институт се наблюдава съществена промяна в структурата на смъртността по причини. На трето място са умиранията по причини от Клас XXII - Кодове за специални цели (COVID-19), като относителният им дял е 6.9%, а равнището на смъртност 123.4 на сто хиляди души от населението. С най-висок относителен дял са посочени терапевтичните легла (55.9%), сред които са предназначението за лечение на COVID-19 инфекция, трансформирани от други извън инфекционните легла [3]. Друг тревожен факт остава немалкия брой заразени и боледуващи медицински специалисти. Към март 2022 година общият брой възлиза на 23 701 човека, от които лекари - 5 874, медицински сестри - 7 754, фелдшери - 422, санитари - 4 428 и друг немедицински персонал - 5 223 [9].

Прогнозата за лечението на заболяванията зависи от тежестта на инфекцията, възрастта, хроничните заболявания и цялостното медицинско състояние на пациента. Контролът върху заболяванията е насочен към ранната диагностика, незабавната изолация, общите и оптимизирани поддържащи грижи и не на пос-
Ледно място - превенцията и контрола на инфекциите [10]. Благодарение на натрупания опит в страните с развито здравеопазване се разработиха систематизирани терапевтични подходи, базирани на рецензирани доказателства от клинични проучвания и мета-анализи включващи стотици хиляди пациенти [5], [6]. В настоящия момент въпреки, че все още липсва ефективно противовирусно лечение, строго прилагане на тези протоколи позволява намаляване продължителността на хоспитализациите, процентата на тежките последствия от болестта, смъртността от COVID-19, а финансовата стойност на лечението се оптимизира, като цяло. Съществено значение оказва и броя на ваксинирания лицата, но за съжаление у нас той е съвсем незначителен в сравнение с другите страни.

Стандартните подходи за здравни грижи и дейността претърпяха известни промени повлияни от изискванията за изолация на пациентите. Това наложи да се работи по един уникален начин в променена работна среда. По своята същност здравните грижи за пациенти с COVID-19 не се различават съществено от грижите за хоспитализирани с други заболявания, но те се откъртват със своята висока контагиозност, защото носят непосредствена опасност от заразяване на работещите медицински и немедицински екипи [1].

Целта на настоящото проучване е да се установят основните фактори обуславящи ефективността на полаганите грижи, както и техното въздействие върху психическото и емоционално състояние на специалистите по здравни грижи в условия на пандемия.

Материал и методи

За постигане на целта са използвани документален метод, социологически и статистически методи. Проведено е анонимно анкетно проучване сред 152 специалисти по здравни грижи от две университетски болници за активно лечение и две общински болници за лечение на територията на град София в периода февруари - май 2021 г. За анализ на резултатите са приложени статистически методи: дескриптивна статистика – относителни дялове и сравнителен анализ.

Резултати

В проведеното изследване с най-голям относителен дял са респондентите с базова специалност „медицинска сестра“ (74,35%), следвани от тези със специалност „акушерка“ (16,45%) и специалност „фелдшери/лекарски асистент“ (9,21%).

Демографската характеристика на изследванияте лица включва информация за възраст, семейно положение/съжителство, зависимости хора (деца), трудов стаж по специалността и стаж в структурите за лечение на COVID-19. С най-голям относителен дял от 37,50% са лицата във възрастова група между 51-60 години, 26,97% от тях са между 41-50 години, а 21,05% са във възрастовата група от 31-40 години. С равен и най-малък относителен дял (7,24%) са специалистите между 20-30 години и тези над 60 годишна възраст. С трудов стаж между 21-30 години са 42,76% от респондентите, между 31-40 години са 23,68% от тях, следвани от тези с професионален стаж между 1-5 години (17,76%). При изследване на семейното положение/съжителство и зависимости хора (деца) резултатите показват, че 48,68% от анкетираните са семейни или съжителстват с друго лице и имат деца, 19,08% са несемейните или разведени без деца, 16,45% са самотните родители, а относителният дял на двойките без деца е 15,79% (табл. 1):

За осигуряване на съответния човешки капитал в специализираните отделения за лечение на пациенти с COVID-19 се наложи командирание на медицински специалисти от други отделения за определен период от време (45 дни) или за неопределен период по лично изявено желание. В предвид ротационния принцип за осигуряване на персонала, период на работа/стаж в тези отделения се посочи по месеци. С най-голям относителен дял (45,39%) са специалистите по здравни грижи със стаж до 6 месеца в структурите за лечение на инфекциите, 40,79% от тях посочват стаж до 12 месеца, а 13,81% над 12 месеца. С цел мотивиране на персонала се осигуряват средства за допълнително повишено извънредно дежурство, чрез трансфер от НЗОК.
Табл. 1. Демографска характеристика на изследваните лица

<table>
<thead>
<tr>
<th>Показатели</th>
<th>n</th>
<th>отн. дял в %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Възраст</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>от 20 до 30 години</td>
<td>11</td>
<td>7,24</td>
</tr>
<tr>
<td>от 31 до 40 години</td>
<td>32</td>
<td>21,05</td>
</tr>
<tr>
<td>от 41 до 50 години</td>
<td>41</td>
<td>26,97</td>
</tr>
<tr>
<td>от 51 до 60 години</td>
<td>57</td>
<td>37,50</td>
</tr>
<tr>
<td>над 60 години</td>
<td>11</td>
<td>7,24</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Трудов стаж по специалността</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>от 1 до 4 години</td>
<td>27</td>
<td>17,76</td>
</tr>
<tr>
<td>от 5 до 10 години</td>
<td>6</td>
<td>3,95</td>
</tr>
<tr>
<td>от 11 до 20 години</td>
<td>18</td>
<td>11,84</td>
</tr>
<tr>
<td>от 21 до 30 години</td>
<td>65</td>
<td>42,76</td>
</tr>
<tr>
<td>от 31 до 40 години</td>
<td>36</td>
<td>23,68</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Семейното положение/съжителство и зависимости хора (деца)</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>семейство/съжителстват с друго лице и имат деца</td>
<td>74</td>
<td>48,68</td>
</tr>
<tr>
<td>семейство/двойки без деца</td>
<td>29</td>
<td>19,08</td>
</tr>
<tr>
<td>несемейственые/разведените без деца</td>
<td>24</td>
<td>15,79</td>
</tr>
<tr>
<td>самотни родители</td>
<td>25</td>
<td>16,45</td>
</tr>
</tbody>
</table>

По отношение на основните демотивиращи фактори обуславящи ефективността на здравните грижи при лечение на COVID-19, на първо място със значителен относителен дял от 71,71%, анкетираните категорично поставят недостига на медицински сестри и само 28, 29% от тях дават отговор „в известна степен“. Дефицитът на кадри съпровожда специалността от дълго време, но в условия на пандемия проблема остава изключително тревожен. В помощ на персонала в повечето болници се включиха доброволци, предимно студенти от последните курсове на обучение по медицински специалности. На второ място (70,39%) специалисти категорично считат, че физическата натовареност влияе на ефективността на грижите, като 26,97% от тях посочват „в известна степен“. Работата с толкова различен лечебен подход и дългите дежурства могат да допринесат за допускане на грешки и усложнения в лечебния процес. Не по-малко влияние оказват емоционалното и психическо натоварване на медицинските специалисти (63,81%) в резултат на високата смъртност при лечение и недостиг на материални ресурси (55,26%) при работа. Анкетираните специалистите по здравни грижи напълно осъзнато възприемат значимостта на личните предпазни средства за намаляване на риска от заразяване. Обективно по време на дванадесетчасовите дежурства на персонала, защитните облекла причиняват неудобство при носене и възпрепятстват осъществяването на ефективна вербална комуникация с пациентите поради шума на високопоточната кислородна терапия и мониторните системи следящи дихателната ефективност при лечение (табл. 2):
Табл. 2. Основни демотивиращи фактори влияещи на работния процес

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>категорично да</th>
<th>в известна степен, да</th>
<th>не</th>
<th>общо</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>отн. дял в %</td>
<td>n</td>
<td>отн. дял в %</td>
</tr>
<tr>
<td>Физическа натовареност</td>
<td>107</td>
<td>70,39</td>
<td>41</td>
<td>26,97</td>
</tr>
<tr>
<td>Емоционално и психическо натоварване</td>
<td>97</td>
<td>63,81</td>
<td>49</td>
<td>32,24</td>
</tr>
<tr>
<td>Недостиг на медицински сестри</td>
<td>109</td>
<td>71,71</td>
<td>43</td>
<td>28,29</td>
</tr>
<tr>
<td>Недостиг на материали ресурси</td>
<td>84</td>
<td>55,26</td>
<td>49</td>
<td>32,24</td>
</tr>
<tr>
<td>Употреба на специални защитни облекла</td>
<td>61</td>
<td>40,13</td>
<td>38</td>
<td>25,00</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Изправени пред предизвикателствата, свързани с необичайната работна среда и несигурността при необходимост да се грижат за своите деца, родители и близки в условията на пандемия се увеличава и риска на тревожност, депресия и изтощение на специалистите по здравици грижи. Това даде насоката да изследваме влиянието на някои преживявания оказващи негативно въздействие върху тяхната психическа устойчивост и равновесие. Резултатите показват, че значителен дял от анкетираните изпитват страх за собственото си здраве (76,97%), а на 23,03% това влияе само в известна степен. На второ място специалистите поставят несигурността за техните близки (68,42%), малко над една пета отговарят „в известна степен“ и 9,87% дават отрицателен отговор. Според 61,18% от анкетираните социалната изолация оказва влияние върху тяхната психическа устойчивост, 21,95% от тях посочват „в известна степен“, а 17,76% отговарят отрицателно. По време на работа дистанцирането от друг персонал в лечебното заведение влияе емоционално на 53,29% от изследваните лица, за 34,87% това им оказва влияние „в известна степен“, а посочилите отрицателен отговор са 11,84% от тях (табл. 3):

Табл. 3. Емоционални преживявания оказващи отрицателно въздействие на специалистите

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>категорично - да</th>
<th>в известна степен - да</th>
<th>не</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>отн. дял в %</td>
<td>n</td>
</tr>
<tr>
<td>Социална изолация</td>
<td>93</td>
<td>61,18</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>Страх за собственото здраве</td>
<td>117</td>
<td>76,97</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>Дистанциране от друг персонал</td>
<td>81</td>
<td>53,29</td>
<td>53</td>
</tr>
<tr>
<td>Несигурност за близките</td>
<td>104</td>
<td>68,42</td>
<td>33</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Обсъждане

Демографската характеристика на изследваните лица на база информация за възраст, семейно положение/съживелство, зависими хора (деца), трудов стаж и професионален опит при лечение на пациенти с COVID-19 определено влияе върху чувствата и преживявания на изследваните лица. Резултатите показват, че 42,76% от медицинските специалисти имат професионален стаж и опит между 21 до 30 години, което съответства на възраствовата им характеристика. По отношение на семейното съ-
жителство и зависими хора (деца) анализи показва голямо разнообразие, като близо половината (48,68%) са семейни или съжителстват с друго лице и имат деца и малко над една пета са самотните родители.

При изследване на основните демотивиращи фактори, влияещи неблагоприятно върху ефективността и качеството на полаганите грижи се установява, че недостига на медицински сестри в специализираните отделения категорично се поставя на първо място от анкетираните (71,71%). От години в болничната помощ на практика се отчитат несъответствие между нормативните изисквания за щатния състав и реалния брой на работещите медицински сестри. Не по-малък проблем стои и в намирането на достатъчно квалифициран медицински персонал, компетентен и опитен за работа с тежко болни пациенти. Ръководителите по здравни грижи трябва да проявяват гъвкавост и професионализъм при подбора и назначаването на специалисти, но и да осигуряват възможности за система обучение на сочено към повишаване на тяхната професионална квалификация.

Анализът на резултатите показва, че реорганизацията на екипи в толкова различен лечебен подход и установеното физическо натоварване по време на работа (70,39%) могат да доведат до допускане на грешки и възможни усложнения в лечебния процес. Психосоциалните и емоционалните преживявания водещи до дехуманизиране на грижите, Употребата на специални защитни облекла и психическото напрежение породено от високия риск за заразяване повлияват ефективността на работния процес.

Изводи

1. Пандемията на COVID-19 показа основни проблеми на здравната система, свързани с недостиг на кадри в условията на разтягане на болничната помощ.

2. Запазването на психичното здраве на специалистите се предопределя в значителна степен от обективно действия предизвикателства свързани с осигуряване на здравните грижи с висок стандарт и възможността за справяне с установените психосоциални и емоционални преживявания водещи до дехуманизиране на грижите.

3. Социалната изолация, страха за собственото здраве, социалното дистанциране, несигурността и ограниченията възможности при нужда да се грижат за близките си са доказани психосоциални фактори влияещи върху ефективността на работния процес.

4. Потребностите от човешки ресурси в количествено и качествено отношение, съпоставени с физическите фактори на работната среда предопределят ефикасността на интердисциплинарния подход при лечение. Изключителния характер на ситуацията в епидемиологичен и чисто прагматичен план изисква холистичен управленски подход за справяне с проблема.

Заключение

Осигуряването на необходимите условия за добра организация и ефективно протичане на работния процес в специализираните структури за лечение на COVID-19 изискват добри професионални и междудисциплинарни комуникации, индивидуални и групови програми за продължаваща квалификация на лекари и специалисти по здравни грижи, текущо обучение по практическото изпълнение на клиничните протоколи и диагностиочно-терапевтични алгоритми при лечение. Ранната оценка на емоционалното състояние на специалистите по време на пандемия ще определи нивото на тяхната морална и психическа стабилност. Навременно оказаната психологическа подкрепа може да бъде основен ресурс за предотвратяване или облекчаване на посттравматичните стресови разстройства.
Библиография


7. Hayashi R, Fujita S, Iida S, et al. 2020. Relationship of patient safety culture with factors influencing working environment such as working hours, the number of night shifts, and the number of days off among healthcare workers in Japan: a cross-sectional study. BMC Health Serv Res. 15; 20 (1); 310. [Crossref] https://doi.org/10.1186/s12913-020-05114-8.


Адрес за кореспонденция:
dоц. Анушка Димитрова, дм Катедра по здравни грижи, ФОЗ „проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн”
Медицински Университет - София
София 1431, бул. “Акад. Иван Гешов” 15
e-mail: anushka_dimitrova@abv.bg
**ABSTRACT:** Communication is a fundamental element of all aspects of palliative care. The professional communicative competencies of nurses need to be developed in the following areas: counseling for survival of the appointed procedures; assisting the patient in making an unpleasant diagnosis or poor prognosis of the disease; discussion of the topic of death. The aim of the present study is to analyze the opinion of Nurse students regarding communication skills for palliative care and helping the patient and family to cope with poor prognosis and impending death. An anonymous survey of students majoring in "Nurse" who study at the Faculty of Public Health "Prof. Dr. Ts. Vodenicharov, MD "of MU-Sofia. The study included 65 students. The opinion of the students majoring in "nurse" regarding the development of communication skills for palliative care shows a high level of development of skills for conducting conversations for mental support of the patient, a medium level of development of communication skills to discuss the problem of disease prognosis and reporting bad news to the patient's relatives. The results show that it is necessary to develop standard protocols to support the communication of the nurse with the patient and his relatives in palliative care.

**Key words:** communication skills, palliative care

Въведение

Комуникацията е фундаментален елемент на всички аспекти на палиативните грижи: развитието на взаимоотношенията медицинска сестра – пациент – семейство; разглеждане и обсъждане на предпочитанията на пациента при осъществяване на грижите; сестринска оценка на физическите, психологическите и психосоциалните показатели и симптоми на пациента; изработване и прилагане на план за сестрински грижи (Dahlin, 2015). Качеството на палиативните грижи до голяма степен се определя от ефективността на комуникацията, която са конкретно насочени към пациента. Професионалните комуникативни компетенции на медицинските сестри е необходимо да се развиват в следните направления: консултиране за преживяване на назначените процедури; подпомагане на пациента при поставена неприятна диагноза или лоша прогноза на болестта; обсъждане на темата за смъртта. Редица автори се обединяват около мнението, че са необходими ръководства за медицинските специалисти от сферата на палиативните грижи или специалисти от областта на онкологията, които да ги подпомагат при прилагане на културалните и етични аспекти на професионалното общуване, подпомагане на пациента при психологическо разстройство и развиване на компетенциите за представяне на съобщения, съдържащи лоши новини. Комуникационните умения в тази специфична сфера на грижите е необходимо да се развиват на основата на добрите взаимоотношения, когнитивните и емоционалните аспекти и ценностите на личността (Kumer, 2014). Грижите за пациентите в палиативен и терминален стадий се осъществяват от екипи, които трябва непременно да развиват уменията си за общуване и разбиране на пациентите и техните семейства, като изучават индивидуалните потребности на пациента и възможностите в семейството за да предоставят по най-подходящия начин информацията за прогнозата на болестта и възможностите за лечение (Delgado, 2017). Освен медицински знания и умения пациентите очакват лична грижа, съчувствие, внимание, топлота, зачитане на личността и емпатийна подкрепа. Получаващите здравни грижи се нуждаят не само от изпълнение на пряката грижа или манипулация, а и от чисто човешко чувство за помощ и загриженост. Те очакват един нов стил на общуване, нова отно-
шене към страданието им в болестта и подкрепа към емоционалните им преживявания (Савова, 2020). В процеса на комуникация медицинския персонал осъществява психологични и комуникативни търсения, свързани с познанието на индивидуалното своеобразие на другата страна и избор в съответствие с това своеобразие на специфични мерки за въздействие по отношение на всеки конкретен пациент (Хаджиделева, 2016). За постигането на ефективни комуникации с пациентите при осъществяването на палиативни грижи е необходимо проведяването на практическо обучение за развитието на умения водещи до създаването на добри взаимоотношения с пациентите и по-вишаване на тяхната удовлетвореност от грижите.

Целта на настоящото проучване е да се анализира мнението на студентите от специалност „Медицинска сестра“ по отношение на комуникационните умения за осъществяване на палиативни грижи и подпомагане на пациента и семейството за справяне с лошата прогноза на болестта и намиращата се в близост смърт.

Материал и методи

Изследването е извършено чрез социологически метод.Осъществено е анонимно анкетно проучване на студенти от специалност „Медицинска сестра“, които се обучават във Факултета по Обществено здраве „Проф. д-р Ц. Воденичаров, дмн“ на МУ-София. В проучването са включени 65 броя студенти, които са преминали обучението по учебната дисциплина „Палиативни сестрински грижи“. Проучването е проведено през учебната 2021/2022 година.

Резултати и обсъждание

Чрез проучване на мнението на студентите от специалност „Медицинска сестра“ се създават възможности да се анализират приоритетите и насоките за развитие на комуникативните умения и компетенции на студентите в сложния процес на общуване в палиативния период от грижите за пациентите. На табл. 1 са представени резултатите по отношение на комуникационните умения на студентите за разясняване на лоша прогноза на болестта.

Таблица 1. Степен на развитие на комуникационните умения за разясняване на лоша прогноза на болестта

<table>
<thead>
<tr>
<th>Отговор</th>
<th>Висока</th>
<th>Средна</th>
<th>Ниска</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Способност за използване на подходящи термини и съждения</td>
<td>69,23%</td>
<td>26,15%</td>
<td>4,62%</td>
</tr>
<tr>
<td>Способност за използване на подходяща интонация</td>
<td>50,77%</td>
<td>32,31%</td>
<td>16,92%</td>
</tr>
<tr>
<td>Способност за изразяване на съпричастност</td>
<td>40,00%</td>
<td>56,92%</td>
<td>3,08%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Стudentите имат висока степен (69,23%) на развитие на комуникационните умения по отношение използването на подходящи термини и формулиране на съждения за да разяснят на пациента неприятна информация за развитието на болестта. Повече от половината от анкетираните посочват „средна“ степен (56,92%) за развитие на способностите при изразяване на съпричастствие с пациента и неговията прогноза за заболяването. При общуването с пациентите в палиативните грижи е необходимо медицинската сестра да се придържа към рамките на своята професионална отговорност и да се обсъжда информация само по отношение на грижите при съответното заболяване. От съществено значение е проявата на емпатия и подкрепа за да може пациентът да се справи трудните преживявания, които му предстоят. Резултатите за мнението на студентите относно подпомагането на пациент при психично разстройство са представени в табл. 2:
Табл. 2. Степен на развитие на комуникационните умения за подпомагане на пациента при психично разстройство

<table>
<thead>
<tr>
<th>Отговор</th>
<th>Висока</th>
<th>Средна</th>
<th>Ниска</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Умения за наблюдение и оценка на психичното състояние на пациента</td>
<td>80,00%</td>
<td>20,00%</td>
<td>0,00%</td>
</tr>
<tr>
<td>Умения за адекватно отношение към пациента с психично разстройство</td>
<td>38,47%</td>
<td>47,69%</td>
<td>13,84%</td>
</tr>
<tr>
<td>Умения за успокояване и подпомагане на пациента за преодоляване на емоционална криза</td>
<td>26,15%</td>
<td>55,38%</td>
<td>18,47%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Студентите определят развитието на уменията си за наблюдение и оценка на психичното състояние на пациент в палиативния стадий във „висока“ степен (69,23%), но уменията за адекватно отношение и подпомагане на пациента за преодоляване на емоционална криза – като „средна“ степен на развитие (55,38%). Възприемането на диагнози с лоша прогноза винаги е спроводено с негативни емоции от страна на пациента и неговите близки. При общуването с пациент в палиативните грижи, медицинската сестра трябва да проследява неговото емоционално състояние за да информира лекарите и при необходимост да се провежда медикаментозно лечение на промените в психичното състояние на пациента. На таблица 3 са представени данни относно комуникационните умения за съобщаването на лоша новина на близките на пациента, в рамките на професионалните компетенции на медицинската сестра (като например проблеми и влошаване на състоянието – невъзможност за хранене, за движение и т. н., всичко свързано с грижите).

Табл. 3. Степен на развитие на комуникационните умения за съобщаване на лоша новина на близките на пациента

<table>
<thead>
<tr>
<th>Отговор</th>
<th>Висока</th>
<th>Средна</th>
<th>Ниска</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Умения за формулиране на съобщение с лоша новина</td>
<td>27,69%</td>
<td>53,84%</td>
<td>18,47%</td>
</tr>
<tr>
<td>Умения за подготовка и провеждане на разговор за съобщаване на лоша новина</td>
<td>15,38%</td>
<td>40,00%</td>
<td>44,62%</td>
</tr>
<tr>
<td>Умения за подпомагане на семейството за справяне с лошите новини</td>
<td>15,38%</td>
<td>55,38%</td>
<td>29,24%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Способностите си за общуване с близките на пациентните, студентите определят предимно в „средна“ степен. Преди да се съобщават лошите новини на семейството на пациента е необходимо да се проведе разговор с тях за да бъдат подготвени и да могат да се справят без последици с негативните емоции и страдания. В разговора с близките медицинската сестра може да предоставя информация, която се отнася до грижите за пациента и промяната в неговото физическо и психическо състояние.

Общуването на медицинските сестри в палиативните грижи изисква развитие на умения за провеждане на разговор с пациент в терминален стадий. Резултатите от самооценката на студентите са представени на табл. 4:
Таблица 4 Степен на развитие на коммуникационните умения за провеждане на разговор с пациент терминален стадий

<table>
<thead>
<tr>
<th>Отговор</th>
<th>Висока</th>
<th>Средна</th>
<th>Ниска</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Способност за овладяване на личните емоции</td>
<td>64,61%</td>
<td>35,39%</td>
<td>0,00%</td>
</tr>
<tr>
<td>Способност за оценка на психологическите промени в терминалния стадий</td>
<td>27,69%</td>
<td>58,47%</td>
<td>13,84%</td>
</tr>
<tr>
<td>Способност за изразяване на съчувствие и съпричастност</td>
<td>69,24%</td>
<td>30,76%</td>
<td>0,00%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Повече от половината от студентите посочват, че могат да овладяват личните си емоции и да проявяват съчувствие и съпричастност при провеждане на разговор с пациент в терминален стадий, като липсват отговори, които посочват „ниска“ степен за тези коммуникационни способности. Значителна част от анкетираните оценяват развитието на уменията си в „средна“ степен по отношение оценката на психологическите промени в терминалния стадий. Резултатите показват, че на студентите са необходими упражнения и семинари, при които да участват в ролеви и ситуационни задачи с насоченост към общуване с пациент в терминален стадий.

Изводи и заключение

Професионалните отговорности на медицинската сестра в палиативните грижи са свързани с оценка на физическото и психическото състояние на пациента, проследяване на болката и страданието, определяне на потенциалните проблеми, произтичащи от развитието на болестта и лечението, както и планиране и осъществяване на навременни и адекватни грижи. За изпълнението на всички тези дейности и задачи са необходими коммуникационни умения, които определят ефективността на общуването и комуникацията с пациента и неговите близки, като медицинската сестра предоставя информация в рамките на свояте професионални компетенции. Мнението на студентите от специалност „медицинска сестра“ по отношение на развитието на коммуникационните умения за извършването на палиативни грижи, показва висока степен на развитие на уменията за провеждане на разговор за психическо подпомагане на пациента, средна степен на развитие на коммуникационните умения за обсъждане на недобрата прогноза на болестта и съобщаване на лоша новина на близките на пациента. Резултатите показват, че е необходимо разработването на стандартни протоколи, чрез които да се подпомага комуникацията на медицинската сестра с пациента и неговите близки в палиативните грижи. Необходимо е също така да се провежда специализирано обучение за екипите, които осъществяват палиативни грижи за развитие на коммуникационните им умения и способността да проявят съпричаст и състрадание към пациентите в терминален стадий.

Литература

1. Balkanska, P. 2010, Професионално общуване и коммуникативна компетентност, V: Medicinska pedagogika, Gabrovo, EKS-PRES, s.226
3. Savova Z., E. Ivanov, 2020, Psihologia na obshtuvaneto v medicinskata praktika, V: Medicinska psyhologia, EKS-PRES, s.154

Prof. Galina Tchaneva,
Assoc.prof. Maria Dimitrova
Chief. Assist. Kamelia Bogdanova
Assoc. prof. Pepa Bikova
Sofia, ul. Bialo more 8
Faculty of public health
Medical university – Sofia
e-mail: g.chaneva@foz.mu-sofia.bg
ABSTRACT: Mobility is one of the main factors determining human independence. The mobility of elderly has a positive effect on their quality of life, including socialization, whether they live in an institution or in a community. The aim of this article is to address the main issues related to the mobility of institutionalized persons aged 65 and over. For this aim, the analysis is based on the results of a study among 175 people aged 65 and over from four retirement homes for the elderly - two in Varna and two in Provadia. In each of the cities are included two institutions - one with municipal funding and one with private funding. The information from the respondents was obtained through a semi-structured interview. Documentary method and observation were also used. Comparing the mobility of the participants with the time they need to get used to the new environment, it was found that in less than a month, mostly people from the group "move with the help of assistive technology " have adapted. When comparing the mobility of the participants with the walks they perform, almost 1/4 of the walkers are those who move independently. Those with limited mobility walk less, and those abed – don’t walk at all (there is a strong correlation $r = 1; p = 0.001$). A comparison of the sadness that adults feel according to their mobility found that the constant feeling of sadness accompanies more people who have limited mobility ($p = 0.02$). In terms of loneliness, the largest share of elderly included in the study feel lonely all the time, with no statistically significant difference depending on the degree of mobility ($\chi^2 = 10.136; p = 0.06$). Most of them use assistive technology for moving. Limited mobility makes it difficult to meet basic living needs and reduces contacts. This increases the feeling of social isolation, which is already present among many of accommodated persons in the retirement homes for elderly people.

Key words: retirement homes for elderly people, mobility, problems, adaptation, sadness
нето е специално разработен полуструктурин
ран въпросник. За целите на проучването са
използвани също документален метод и наб-
людение. Обработката на данни беше извър-
шена с помощта на IBM SPSS, вер. 19 статис-
tически пакет.
Резултати и обсъждане
Време за адаптация в зависимост от подвижността

Таблица 1. Време за адаптация на изследваните лица спрямо подвижността им

<table>
<thead>
<tr>
<th>Подвижност</th>
<th>Няколко дни</th>
<th>По-малко от месец</th>
<th>1-2 месеца</th>
<th>Повече от 2 месеца</th>
<th>Не се чувствам адаптиран</th>
<th>Общо</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Движки самостоятелно</td>
<td>7 (4,0%)</td>
<td>28 (16,0%)</td>
<td>7 (4,0%)</td>
<td>12 (6,9%)</td>
<td>23 (13,1%)</td>
<td>77 (44,0%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Движки с технически средства</td>
<td>11 (6,3%)</td>
<td>32 (18,3%)</td>
<td>6 (3,4%)</td>
<td>15 (8,6%)</td>
<td>18 (10,3%)</td>
<td>81 (46,3%)</td>
</tr>
<tr>
<td>На легло</td>
<td>1 (0,6%)</td>
<td>6 (3,4%)</td>
<td>2 (1,1%)</td>
<td>1 (0,6%)</td>
<td>7 (4,0%)</td>
<td>17 (9,7%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Общо</td>
<td>19 (10,9%)</td>
<td>66 (37,7%)</td>
<td>15 (8,6%)</td>
<td>28 (16%)</td>
<td>48 (27,4%)</td>
<td>175 (100,0%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Възможност за разходки според степента на подвижност

При съпоставяне на подвижността на участниците с разходките им, почти 1/4 от разхождайните се на тези, които се движат самостоятелно (Фиг. 1). Може да се направи извод, че по-трудноподвижните възрастни обитатели се разхождат по-малко, а тези на легло – въобще (наблюдава се сила корелация $r=1 ; p=0,001$).

Фиг. 1. Осъществяване на разходки според степента на подвижност

Това е обяснимо, предвид затрудненията, които персоналът в домовете често среща в опитите си да обслужи всеки един нуждаещ се. Затрудненията в придвижването изискват помощ от друг човек дори и за елементарни действия, свързани с обслужването, а разходките са занимание, криещо по-висок риск от падане. Познавайки своите собствени възможности много възрастни, настанени в ДСХ (дом за стари хора) споделят, че не предприемат сами подобно начинание поради страх от падане и последваща травма.

Усещане на тъга според степента на подвижност

Съществена роля в социализацията имат личните усещания и преживявания на институционализираните възрастни. Чувството на тъга често ги съпровожда [13]. Това от своя страна потиска настроението им и ограничава желанието за социални контакти.

Мислите за миналото са явяват най-честата причина, поради която изследваните лица изпитват тъга. Едва 38 (21,7%) са отговорили, че никога не се чувстват тъжни (Таблица 2). Разглеждането на всеки отговор според подвижността на респондентите установява, че постоиното чувството на тъга съпровожда повече лица, които изпитват затруднения с придвижването си. Наблюдава се статистически значима разлика между отговорите ($p=0,02$). При разглеждане на останалите отговори спрямо подвижността на лицата не се наблюдава такава ($p>0,05$):
Таблица 2. Усещане на тъга

<table>
<thead>
<tr>
<th>Усещане на тъга</th>
<th>Брой (%)</th>
<th>Подвижност Р(χ²)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Когато си мисля за миналото</td>
<td>55 (31,4)</td>
<td>0,432</td>
</tr>
<tr>
<td>При посещение на мои близки</td>
<td>6 (3,4)</td>
<td>0,714</td>
</tr>
<tr>
<td>При посещение на други хора от дома</td>
<td>12 (6,9)</td>
<td>0,327</td>
</tr>
<tr>
<td>По празниците</td>
<td>43 (25,6)</td>
<td>0,112</td>
</tr>
<tr>
<td>Постоянно</td>
<td>38 (21,7)</td>
<td>0,02</td>
</tr>
<tr>
<td>Никога</td>
<td>38 (21,7)</td>
<td>0,227</td>
</tr>
<tr>
<td>Друго</td>
<td>45 (25,7)</td>
<td>0,317</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Още с постъпването си в институцията, а и по време на целия престой домуващите споделят, че се чувстват тъжни поради липсата на перспектива. Някои определят тъгата си като постоянно съществуващо ги чувство, след сърцата на партньора. Домуващите споделят, че се натъжават при мисълта за миналото, по време на посещения на близки на други от настанените в същия дом, както и по време на лични и други праздници. Мислите за бъдещето, което е неясно според повечето от тях, също ги натъжават. Очаквайки края на живота, възрастните лица се чувстват потиснати, при тесни и несигурни. Те предполагат, че оста вящите им дни ще са изпълнени с все по-големи проблеми заради влошаващия се здравословно състояние, несигурните отношения с близките, както и условията в институцията. Разчитайки на институционалната грижа, лицата в домовете за старци хора развиват постепенно във времето по-близки отношения с персонала и останалите в дома, отколкото със своите родни и приятели.

Респондентите споделят, че изпитват носталгия по своя предиш живот – младостта, съживителното с близките и/или съпруга, усещането за безперспективност занапред. От друга страна това е и времето, споделено с най-близките. Някои от участниците в изследването добавиха, че изпитват особено сила липса спрямо партньора именно в празничните дни. Това са предимно овладелите лица. Изникването на ярко спомени от миналото задълбочава тъгата и довежда до потиснатост и желание за усамотяване, а това възпрепятства социализацията. Непрекъснато се чувстват тъжни 38 (21,7%), което би могло да се объясни с усещането за безперспективност занапред.

В отговора „Друго“ – 45 (25,7%) описаха, че най-много се натъжават, когато мислят за децата си и изпитват тяхната лирика. Много от настанените в ДСХ са лишени от чест контакт с детето си по ред причини. При някои комуникацията е загубена от дълги години поради неразбиране на проблемите. Посочиха, че най-често се натъжават, а тези, които не са ги виждали с години плакат. За отговора „Друго“ има и такива, които описват лични разочарования от своя съпруга. За тях попадането в институцията е следствие на неразбирането и конфликтите в семейството, поради което се явява и изход от честите конфликти в него.

Таблица 3. Усещане на самота според степента на подвижност

<table>
<thead>
<tr>
<th>Усещане на самота</th>
<th>Брой (%)</th>
<th>Подвижност Р(χ²)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Когато си мисля за миналото</td>
<td>26 (14,9)</td>
<td>0,095</td>
</tr>
<tr>
<td>При посещение на други хора от дома</td>
<td>11 (6,3)</td>
<td>0,496</td>
</tr>
<tr>
<td>По празниците</td>
<td>27 (15,4)</td>
<td>0,905</td>
</tr>
<tr>
<td>Постоянно</td>
<td>64 (36,6)</td>
<td>0,006</td>
</tr>
<tr>
<td>Никога</td>
<td>61 (21,7)</td>
<td>0,01</td>
</tr>
<tr>
<td>Друго</td>
<td>20 (11,4)</td>
<td>0,294</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Най-голям делът възрастни хора, които се чувстват самотни постоянно, като се установява статистически значима разлика в зависимост от степента на подвижност (χ²=10,136; p=0,006). Повечето от тях се придвижват с помощта на ТПС (технически помощни средства). Друг отговор със статистически значима разлика е „никога“ (χ²=9,130; p=0,01). Посочва се предимно от лица, които се движат самостоятелно, без помощ от ТПС. По получените
данни може да се направи извод, че възрастните, имащи двигателни затруднения в по-голяма степен се чувстват самотни спрямо тези, които се движат самостоятелно.

Несъмнено усещането за самота повишава и чувството на изолация, което от своя страна значително понижава качеството на живот, а с това и самооценката на изследваните [14], [19].

За отговора „Друго“ респондентите обясняват, че самотата, която изпитват се дължи основно на липса на комуникация с останалите домуващи и с персонала.

Усещане за сигурност за здравето в зависимост от степента на подвижност

По отношение на чувството на сигурност за собственото здраве има няколко отговора, които преобладават (Таблица 4):

<table>
<thead>
<tr>
<th>Сигурност за собственото здраве</th>
<th>Брой (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>В дома ми, като използвам услугата „домашен социален патронаж“</td>
<td>7 (4,0)</td>
</tr>
<tr>
<td>В дома ми, като използвам услугата „личен асистент“</td>
<td>7 (4,0)</td>
</tr>
<tr>
<td>В дома ми като си наема болногледач</td>
<td>26 (14,9)</td>
</tr>
<tr>
<td>В дома ми, когато близките ми се грижат за мен</td>
<td>47 (26,9)</td>
</tr>
<tr>
<td>Тук, в институцията</td>
<td>109 (62,3)</td>
</tr>
<tr>
<td>Друго</td>
<td>8 (4,6)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Като се има предвид комплексната грижа, която получават в ДСХ, за разлика от минималната или дори липсваща такава в дома им, разпределението на отговорите е лесно обяснимо. Много от респондентите, след като са овдовели са останали съвсем си независими в домовете. В ДСХ те се съживяват и с друг/и в една стая, което им дава усещане за утеха, т.е. ако нещо се случи с тях, другото лице би сигнализирало на служителите. Освен това там те получават готова храна, отопление, помощ в различни направления. Голяма част от тях са изпитвали различни затруднения, свързани с осигуряването на здравна грижа, поради което присъствието на медицински персонал в институцията ги успокоява, дори и да няма лекар постоянно (24 часа), то поне има медицинска сестра, която се отговаря при нужда. В домовете, участвали в проучването, винаги има дежурен медицински персонал. Разпределението на лекарствата, рехабилитацията, както и медицинските прегледи са също част от така необходимото за повечето здравно обслужване. Това е и причина за високата честота на отговора „тук, в институцията“ – 109 (62,3%). С възрастните лица работят освен медицински сестри, също и рехабилитатори, лекар. Комплексната грижа за здравето, спомага значително за по-нататъшното възстановяване при много от ползвателите на услугата. Може да има и връзка към живот в обществото след възстановяване на двигателните възможности вследствие на системната рехабилитация и лечението на заболяванията, с които лицето е постъпило в дома. Останалите, по-разпространени отговори са „в дома ми, когато близките ми се грижат за мен“ – 47 (26,9%). Не е изненадващо, тъй като човек се чувства най-спокоен и уверен в собствения си дом. При наличие на близки, достатъчно компетентни да поемат отговорност за грижата на изследваните лица, без съмнение повечето биха си останали у дома. Това още веднъж подчертава, че институционализацията се явява изход за възрастните, при които близките нямат възможност да ги обслужват. На трето място по честота идва отговорът „в дома ми, когато си наема болногледач“ – 26 (14,9%). Тук явно нуждата от по-специфично обслужване за лицата с известен физически или умствен дефицит, съчетана с невъзможност за наемане на частно лице за обслужване, налага избора за постъпване в ДСХ. Повечето настанени, особено тези в държавните институции, не могат да си позволят тази услуга поради финансови затруднения. Причините, поради които социалната институция се явява най-добър избор и осигурява спокойствие по отношение на здравните нужди са комплексни. Отговор „Друго“ дават 8 души, като 4 от тях посочват, че сигурността за здравето им ще е най-голяма, ако си останат в дома и са под наблюдение на личен лекар и специалист. Други двама коментират, че не усещат никъде сигурност, откакто са овдовели и независимо къде са, те усещат липсата на своята полувина.

Не съществува статистически значима разлика между отговорите, данни за усещането за сигурност спрямо подвижност (p>0,05).

В някои случаи ползвателите на домове за стари хора сами решават да потърсят такъв тип обслужване и имат положително отношение към институциите основно заради грижите, които се полагат там за тях [3], [7], [17].
Заключение

Проблемите, свързани с подвижността на възрастните, настанени в ДСХ са комплексни, тъй като обхващат много аспекти от ежедневния им живот. Нарушената мобилност ограничава възможностите за самообслужване, изисква полагане на по-специфични медицински и социални грижи за засегнатите. Освен затруднения в задоволяването на основните жизнени потребности, инвалидността ограничава контакти, а това засилва чувството за социална изолация, което и без това е застъпено сред много от настанените в ДСХ.

Литература


ас. д-р Галина Атанасова Хараланова
проф. д-р Лора Христова Георгиева, д.м. гл.ас. д-р Ивайло Христов Митковски, д.м.
МУ „Проф. П. Стоянов“
9002 Варна, ул. „Марин Дринов“ № 55
e-mail: Galina.Haralanova@mu-varna.bg
ПРЕСТИЖ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ РАБОТЕЩИ В ЦЕНТРОВЕТЕ ЗА СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Деяна Тодорова

STUDY OF THE PROFESSIONAL SELF-ASSESSMENT AND PROFESSIONAL PRESTIGE OF THE MEDICAL SPECIALISTS WORKING IN THE CENTERS FOR EMERGENCY MEDICAL CARE

Deyana Todorova

ABSTRACT: The organizational aspects of the work of medical specialists working in emergency medical care in the Republic of Bulgaria have an impact on the level of professional self-esteem and professional prestige of medical specialists. The level of professional self-assessment of medical professionals is based on the correspondence between income, education, needs and as an assessment of successful personal realization as a professional.

Key words: Center for emergency medical care, professional self-assessment, factor, medical professionals, professional prestige.

Въведение

Специалната медицинска помощ в съвремения свят се възприема като един от основните фактори за предоставяне на качествена медицинска помощ на населението. Проблемите и актуалното състояние на специалната медицинска помощ като наука, образование и практика са обект на оживени дискусии в световен и национален мащаб. Този подчертан интерес и внимание към специалната медицинска помощ произтича от глобалните проблеми, които са предмет на нейната дейност.

Специалните медицински специалисти трябва да извършват точно диагностициране на различни заболявания и да предприемат различни манипулации и дейности за интензивно лечение и стабилизиране на пациентите.

Доброто ниво в подготовката по време на обучението на бъдещи медицински специалисти, ще позволи да се повиши здравното обслужване на популацията [6].

След присъединяването на страната ни в ЕС, необходимостта от прилагането на единни високи стандарти в специалната медицинска помощ станаха наложителни. Въпреки това всяка държава сама предприема реформите си на база на съществуващата структура и организация на специалната медицинска помощ.

В категорията професионална пригодност следва да се влага следното съдържание: желанието на медицинските специалисти да реализират професионалните знания, умения, начин и ценностни в определен сектор на системата на общественото здраве [2].

Високото ниво на емоционална интелигентност е много важна характеристика за медицинските специалисти. Умението да се управляват емоции е много полезно за работещите в сферата на здравните услуги [4].

Цел

Да се проучат, анализират и обобщат нивата на професионална самооценка и професионален престиж на медицинските специалисти, работещи в Центровете за специална медицинска помощ.

Материали и методи

Проведени са предварителни интервюта с медицински специалисти работещи в ЦСМП. На тази база е разработена анкетна карта, с която е проучено чрез социологически метод
мнението на медицински специалисти от Центровете за специна медицинска помощ и Филиалите за специна медицинска помощ (ФСМП). Проучването е проведено чрез пряка анонимна анкета през първото тримесечие на 2019 г. с 325 медицински специалисти работещи в ЦСМП.

Резултатите са обработени с Microsoft Office Excel 2016.

Анализ на резултатите

Анализът на представените данни внушава усещане за твърде висока степен на самооценка на участвалите в изследването медицински специалисти - 87% от тях възприемат себе си като добри професионалисти и посочват ниво на професионална самооценка между 6 и 10. Прави впечатление, че медицинските специалисти се самооценяват високо на база на своята професионална компетентност и категорично заявяват, че се оценяват като високо изразени професионалисти. Може би един от най-важните фактори, предопределящи и по-дълбоко социален аспект. От тук може да се направи извод, че липсата на социални удобства не влияят на професионалната самооценка, успешно реализация, високо ниво на компетентност, усвояемост, практични умения, както и моралната удовлетвореност от практикуването на професията.

Установява се припокриване между професионалната самооценка на специалистите и мнението на анкетираните пациенти - показва, че 85% от пациените са довольни от качеството на здравната помощ, която получават от специалистите, а не на постиженията в професията. От тук може да се направи извод, че липсата на социални удобства влияят на професионалната самооценка, успехи и реализация на медицинските специалисти.

Установява се припокриване между професионалната самооценка на специалистите и мнението на анкетираните пациенти - показва, че 85% от пациентите са довольни от качеството на здравната помощ, която получават от специалистите, а не на постиженията в социален аспект. От тук може да се направи извод, че липсата на социални удобства влияят на професионалната самооценка, успехи и реализация на медицинските специалисти. Установява се припокриване между професионалната самооценка на специалистите и мнението на анкетираните пациенти - показва, че 85% от пациентите са довольни от качеството на здравната помощ, която получават от специалистите, а не на постиженията в социален аспект. От тук може да се направи извод, че липсата на социални удобства влияят на професионалната самооценка, успехи и реализация на медицинските специалисти.

Ако условно приемем, че класирането по значимост до четвърто място е израз на висок обществен престиж на професията, данните разкриват, че подобна убеденост липсва при 77% от съвкупността на изследваните спешни медици, тъй като я класират по значимост между пето и последното - осмо място.

Завоюване обществен престиж (уважение) има по-категорично разпределение на данните в дясната част на оценъчната скала, където са по-високите оценки за професионален престиж в диапазона между степента 5 и най-висока степента – 8.

Така, изводът според медицинските специалисти е, че медицинската професия се ползва със сравнително добър обществен рейтинг.

Отчитайки реализата степен на професионална реализация, медицинските специалисти адресират като надежда за бъдещето постигането на желаното състояние на професионалната си дейност.

Това очакване би могло да се адресира, от една страна, до надеждите за снижаване на обективните рискови фактори за дейността, имайки предвид обществено-икономическата реалност или от друга до увеличаване на ресурсите за справяне и преодоляване на затрудняващите фактори в хода на осъществяването й.

<table>
<thead>
<tr>
<th>№</th>
<th>Наблюдани в ЕС професии</th>
<th>Класиране по значимост - място, %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.</td>
<td>Архитекти</td>
<td>* * * * * * * *</td>
</tr>
<tr>
<td>2.</td>
<td>Медицински специалисти</td>
<td>4 1 11 7 30 16 13 18</td>
</tr>
<tr>
<td>3.</td>
<td>Ветеринарни лекари</td>
<td>* * * * * * * *</td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td>Социални работници</td>
<td>* * * * * * * *</td>
</tr>
<tr>
<td>5.</td>
<td>Стоматологи</td>
<td>* * * * * * * *</td>
</tr>
<tr>
<td>6.</td>
<td>Юристи</td>
<td>* * * * * * * *</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Ако условно приемем, че класирането по значимост до четвърто място е израз на висок обществен престиж на професията, данните разкриват, че подобна убеденост липсва при 77% от съвкупността на изследваните спешни медици, тъй като я класират по значимост между пето и последното - осмо място.

Завоюване обществен престиж (уважение) има по-категорично разпределение на данните в дясната част на оценъчната скала, където са по-високите оценки за професионален престиж в диапазона между степента 5 и най-висока степента – 8.

Така, изводът според медицинските специалисти е, че медицинската професия се ползва със сравнително добър обществен рейтинг.

Отчитайки реализата степен на професионална реализация, медицинските специалисти адресират като надежда за бъдещето постигането на желаното състояние на професионалната си дейност.

Това очакване би могло да се адресира, от една страна, до надеждите за снижаване на обективните рискови фактори за дейността, имайки предвид обществено-икономическата реалност или от друга до увеличаване на ресурсите за справяне и преодоляване на затрудняващите фактори в хода на осъществяването й.
Една част от медицинските специалисти се колебаят във възможностите си за успех, други са сигурни, че ще успеят, но адресират тази си увереност все още в бъдещето.

Изводи
Може да се направи извод, че липсата на социални удобства не влияят на професионалната самооценка, успехи и реализация на медицинските специалисти. Спешните медици имат висока самооценка за професионалната си подготовка, 87% от тях възприемат себе си като добри професионалисти. Престижът на медицинската професия в обществото е сравнително добр.

Заключение
Големият процент на одобрение за работата на спешните медици изразен от пациентите е гаранция за цялостно изградения в годините висок престиж на медицинската професия. Изводът според медицинските специалисти е, че медицинската професия се ползва със сравнително добър обществен рейтинг.

Отчитайки реалната степен на професионална реализация, медицинските специалисти адресират като надежда за бъдещето постигнатото на желаното състояние на професионалната си дейност.

Една част от медицинските специалисти се колебаят във възможностите си за успех, други са сигурни, че ще успеят, но адресират тази си увереност все още в бъдещето. Изди-гане на престижа на професията в обществото е възможно единствено чрез повишаване на качеството на медицинската помощ, а това ще доведе до консолидиране на професията и ще привлече млади медицински специалисти.

Литература
1. Андонова А., Обучението на медицинските сестри. Роля на мотивацията, монография, Стара Загора, 2013.
4. Андонова, А., Студентите за емпатията в медицинската практика, Юбилейна конференция Медицински колеж 16-17 май 2014г, стр. 523-527.
5. Атанасова З., Анализ на сегашното състояние на потребностите от обучение на персонала в специалата медицинска помощ, BG051PO001-6.2.02 „ПУЛСС – Практически увод в лечението на специфичните състояния“, 2010.
6. Обрейкова М., Терзиева Г. “Проучване нагласите на студентите по здравни грижи за учение с виртуална реалност”, 2022, Академично списание „Управление и образование“, кн. 5, том XVIII.
STUDY OF THE FACTOR "SUSTAINABILITY OF THE PROFESSIONAL CHOICE" IN THE MEDICAL SPECIALISTS WORKING IN THE CENTER FOR EMERGENCY MEDICAL CARE

Deyana Todorova

SUMMARY: Emergency medical professionals face a number of challenges, which in turn have a direct impact on the sustainability of professional choices. We studied the factor - sustainability of professional choices, which is influenced and is directly related to the satisfaction with the professional activity of medical professionals working in emergency care centers.

Key words: Center for emergency medical care, sustainability, factor, medical professionals, challenges.

Въведение

Самостоятелният и мотивиран избор на обучаващи се в медицински специалности води до постигане на високи резултати в обучението и желание за професионална реализация в изучаваната специалност. Положително влияние за избора на професия оказват приятели, роднини и професионалисти с авторитет. Ниското заплащане и лошите условия на труд са мотивите на студентите за работа в чужбина. Професионалната мотивация на студентите обучаващи се в медицински професии е проблем, по който работят много ученци. Изборът на професия в областта на здравеопазването трябва да бъде добре обмислено решение, което е съобразено с индивидуалните качества на личността. Професиите в областта на медицината и здравните грижи изискват от практикуващите ги да притежават: психическа и физическа устойчивост, морално-етични качества, умения за работа в екип и под стрес, непрекъснато обучение и усъвършенстване на професионалните знания и компетентности.

В последните години в Р България се наблюдава тенденция за намаляване на броя на здравните специалисти. Това се дължи на нарастващия брой медицински специалисти избиращи да работят в чужбина и на такива, които сменят професията си заради ниското заплащане и лошите условия на труд.

Изборът на професия е важен момент в живота на младия човек. При избора на професия оказват влияние редица фактори като вътрешна мотивация, интереси, способности, информираност професията, за престижа, заплащането, характеристиките на професията, семейството, приятелите и др. [3]. Разбирането на професионалното удовлетворение на студентите и идентифицирането на фактори, които го провокират е от полза за укрепване на образованието във връзка с професионализъм и осигурява солидна основа за изпълнението на качествени медицински грижи [6].

Очакваме удовлетвореността, субективно преживяваната вероятност за успех и загубите при евентуален неуспех, да определят устойчивостта на избора и нагласата за осъществяване на дейността в бъдеще.
Цел
Да се проучи, анализира и обобщи готовността на медицинските специалисти за повторен избор на професията си и желанието за избора на медицинска професия от техните деца.

Материали и методи
Проведени са предварителни интервюта с медицински специалисти работещи в ЦСМП. На тази база е разработена анкетна карта, с която е проучено чрез социологически метод мнението на медицински специалисти от Центровете за спешна медицинска помощ и Филиалите за спешна медицинска помощ (ФСМП). Проучването е проведено чрез пръв анонимна анкета през първото тримесечие на 2019 г. с 325 медицински специалисти, работещи в ЦСМП.
Резултатите са обработени с Microsoft Office Excel 2016.

Анализ на резултатите
Данните от проучването на изследваните специалисти според устойчивост на професионалния избор по показателя – готовност за обучение по специалността, ако можеше всичко да започне отначало, и оценка на родителите – за евентуален избор на същата професия от децата им, са представени на тази таблица.

Табл. 1. Устойчивост на професионалния избор на специалистите и техните деца

<table>
<thead>
<tr>
<th>№</th>
<th>Показатели</th>
<th>Проявление</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Готовност за повторен избор на професията:</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- потвърждение (Да)</td>
<td>59,1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- колебание (Не мога да прецени)</td>
<td>16,2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- отказ (Не)</td>
<td>22,1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Родителите за избора на медицинската професия от техните деца:</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- потвърждение (Да)</td>
<td>24,3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- колебание (Не мога да прецени)</td>
<td>19,1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- отказ (Не)</td>
<td>49,4</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

От представените данни е видно, че 59,1% от общата съвкупност на изследваните специалисти биха отново избрали да се обучават по специалността си. Значителен е относителния дял на сега практикуващите медици 16,2%, които биха се колебали за повторен избор на същата професия, малко по-голям 22,1% е относителния дял на медиците, които категорично не биха избрали същата професия втори път.
От данните по втория показател е видно, че при едва 24,3% от специалистите, професионалната дейност има вероятност да е създала семейна атмосфера, която вероятно да окаже решаващо значение за насочване на децата за избор на родителската професия. В същото време на 49,4% от специалистите категорично не биха насочили децата си да изберат медицинската професия, а 19,1% не могат на този етап да прецени. Резултати, които за съжаление може да се тълкуват като тревожни.

Данните са визуализирани на фигура 1 и фигура 2:

Фиг. 1. Готовност за повторен избор на професията

Фиг. 2. Избор на медицинската професия от децата на медиците
Тук може да се направи обобщението, че медицинските специалисти, утвърдени като специалисти и професионалисти в своята дейност ще изберат същата специалност, ако сега имат възможност да избират професия. Вероятно освен посочените и анализираните фактори има и редица други, които детерминират повторния избор на конкретната медицинска специалност.

Прилагането на методът на Крускал-Уолис показва, че между „собствената оценка на спешните медицински специалисти на финансовото им състояние от доходите от заплатата“ и „повторния избор на същата професия“ се наблюдава статистически значима зависимост ($\chi^2 = 14,754, p < 0,05$).

От средните рангове може да се ранжират следните групи - най-висок е средният ранг в групата няма да прецени, следвания от тази изразяваща отрицание, а положителната група е с най-нисък среден ранг.

Всичко това дава основания за следните твърдения, че между – специалните, които заявяват добро финансово състояние, които оценяват финансовото си състояние като незадоволително и принудените да се занимават и с друга дейност съществуват статистически значими разлики в готовността им за повторен избор на професията в следните посоки:

- Удовлетворените от финансовото си състояние значимо по-категорично заявяват, че биха повторили отново избора си и биха избрали същата професия;
- Оценяващите финансовото си състояние като незадоволително значимо по-често показват колебание спрямо този повторен избор;
- Чувстващите се принудени да се занимават и с друга дейност някоя не биха повторили избора си. Това е така, защото не са удовлетворени от икономическия статут, който професията им носи. Следователно, при едно повторен избор, за да завоюват един подобър икономически статут, логично е те да се ориентират към друга професия, за която вероятно предполагат, че ще бъде икономически по-рентабилна. В съвременната свят материалните потребности са силно фрустрирани за да удовлетворят потребността. Икономическата целесъобразност на дейността е много важен фактор, за удовлетвореността от нея.

Между „повторния избор“ и „санитарно-хигиенитните условия и социално-битовите потребности“ като фактори на удовлетвореност не се наблюдава статистически значима зависимост.

Резултатите от методът на Крускал-Уолис конкретизират, че между „повторният избор на специалните и „санитарно-хигиенитния избор на същата специалност от децата им“ се наблюдава статистически значима зависимост ($\chi^2 = 29,955, p < 0,05$).

От средните рангове може да се ранжират следните групи - най-висок е средният ранг в групата няма да прецени, следвания от тази изразяваща отрицание, а положителната група е с най-нисък среден ранг.

Повторният избор на специалните медии детерминира евентуалния избор на същата специалност от децата им.

ИЗВОДИ

Ниските доходи принуждават специалните медици да се занимават с други дейности за да си осигурят допълнителни финансови средства, въпреки това 59,1% от анкетираните биха отново избрали да се обучават по специалността си, но 49,4% от специалните медии категорично не биха насочили децата си към медицинската професия.

Посочващите, че биха избрали същата специалност, ако отново имат възможността да кандидатстват, значимо по-често показват колебание спрямо избора на децата си и заявяват, че не могат да преценят дали децата им ще се насочат към тяхната професия.

Очакваме удовлетвореността, субективно преживяната вероятност за успех и загубите при евентуален неуспех, да определят устойчивост на избора и нагласата за осъществяване на дейността в бъдеще.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Доколкото може да се предположи, че родителите имат възможност да оказат известно давление върху избора на професия на своите деца, анализът на данните за избор на професия от децата според този на родителите не очертава категорична подобна зависимост и обусловеност. Родителите спешни медицински специалисти може да се
предполага, че имат по-малко мотиви, респ. обективни основания за ефективно давление върху избора на професия на своите деца.

**Литература**

1. Андонова А., Обучението на медицинските сестри. Роля на мотивацията, монография, Стара Загора, 2013.
4. Андонова, А., Студентите за емпатията в медицинската практика, Юбилейна конференция Медицински колеж 16-17 май 2014г, стр. 523-527.
5. Атанасова З., Анализ на сегашното състояние на потребностите от обучение на персонала в специфична медицинска помощ, BG051PO001-6.2.02 „ПУЛСС – Практически увод в лечението на специфични състояния”, 2010.
6. Обрейкова М., Удовлетвореност на студентите от специалност „медицинска сестра“ от учебната програма по "сестрински грижи за деца и възрастни с увреждания, сп. Сестринско дело, бр.2, 2022г.

Деяна Тодорова
Тракийски университет – Стара Загора,
Медицински факултет
Катедра „Здравни грижи“
Адрес: гр. Стара Загора
ул. Армейска № 11
e-mail: deyanatodorova@abv.bg;
STUDENTS 'COMPETENCES - NURSES TO DEAL WITH EPILEPTIC SEIZURE

Dimitrina Blagoeva, Tanya Popova

ABSTRACT: Epilepsy is the most common chronic neurological disease of the brain. The collective term epilepsy includes chronic brain syndromes of various etiologies, clinics and prognosis, which are characterized by recurrent attacks of loss of and / or motor, sensory and mental changes. Around 50 million people worldwide suffer from epilepsy. An epileptic seizure (paroxysm) is a sudden, relatively short-lived and self-limiting disruption of one or more brain functions. Clinically, epileptic seizures are numerous and varied, with two main criteria for their classification - location of the focus and state of consciousness. Epileptic seizures are divided into convulsive, in which there is a motor component and non-convulsive, which are not associated with movements - absences, astatic seizures. The most important division is according to the extent to which the two hemispheres are covered by excitatory activity. The aim of the present study is to study and analyze the knowledge and skills of students to deal with 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 223 students majoring in nursing. Results and discussion. The study found that students who believe they have the competencies to deal with an epileptic seizure have a low relative share, but most of them are willing to enrich their knowledge of epilepsy and epileptic seizures.

Key words: epileptic seizure, epilepsy, competencies, students
Клинично епилептичните пристъпи са многообразни и разнообразни, като два са основните критерии за класифицирането им – локализация на огнището и състояние на съзнанието.

Епилептичният пристъп (пароксизъм) е внезапна, относително краткотрайна и самоограничаваща се дезорганизация на една или няколко мозъчни функции (двигателни, сетивни, вегетативни, психични), които настъпват в резултат на патологична и свръхсилна възбуда на мозъчни неврони [2], [5].

Епилептичните пристъпи се епизоди от внезапно настъпващо количествено и/или качествено разстройство на съзнанието, сензорни, двигателни, автономни и психични функции. Клиничната изява на епилептичните пристъпи зависи от локализацията на разрядите в мозъчната кора и разпространението им в мозъка [4], [5].

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 разделяне е според това доколко се обхващат двете полусферни мозъчни хемисфери. При едновременно обхващане на двете големомозъчни хемисфери имаме генерализирани вид пристъпи, които винаги са съчетани с промяна в съзнанието. Такива са генерализираните тонично-клонични пристъпи, тонични, клонични, миоклонични, абсанси и астатични пристъпи [3], [4].

Цел
Целта на настоящото изследване е да се проучат и анализират знанията и уменията на студентите за справяне с епилептичен пристъп.

Материал, методи и задачи
Проучването е проведено сред 223 студенти специалност „медицинска сестра“, след пети семестър на обучение от Медицински университет – София, Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“. Проучването е проведено в периода месец октомври 2020 година до месец декември 2021 година. В изследването са използвани социологически метод – проведено е анкетно проучване на базата на доброволно и анонимно анкетиране по разработени специално за целта анкетни карти. Използван е и документален метод, статистически метод и графичен анализ на получените данни.

Резултати и обсъждане
Възрастовата характеристика на студентите взели участие в анкетното проучване показва, че с най-висок относителен дял са студентите на възраст от 20 до 30 години – 48,43%, на второ място са респондентите на възраст от 31 до 40 години – 34,98%, а 14,80% – от тях са на възраст от 41 до 50 години. Тези данни показват, че студентите, които се насочват към обучението по специалност „медицинска сестра“ са от различни възрастови групи, което показва тяхната мотивация за избора на тази професия. Възможностите за професионална реализация е водещата мотивация за повечето студенти от тази специалност (фиг.1):

Фиг. 1. Възрастово разпределение на студентите
При анализ на резултатите, по отношение на знанията и уменията на студентите за справяне с епилептичен пристъп (фиг. 2), е видно, че с най-висок относителен дял от анкетираните студенти – 51,57% са тези, които посочват, че в „известна степен“ притежават
необходимите компетенции (знания и умения) за справяне с епилептичен пристъп при дете или възрастен. С по-нисък относителен дял – 28,70% са студентите дали положителен отговор „да“, че притежават знания и умения за справяне с епилептичен пристъп. Студентите, които не могат да преценят, са с относителен дял 11.21% от анкетирани. Тези резултати определено се дължат на трудностите, които студентите имат при усвояването на теоретичното обучение.

Фиг. 2. Знания и умения на студентите за справяне с епилептичен пристъп

В хода на изследването проучихме знанията и уменията (компетенцията) на студентите за самостоятелно справяне при настъпил епилептичен пристъп. Анализът на данните показва, че най-висок е относителният дял на студентите, които смятат, че „в известна степен“ биха се справили самостоятелно при възникване на епилептичен пристъп – 52,91%. С не много висок относителен дял – 26,91% - са студентите посочили, че притежават необходимите компетенции да се справят с епилептичен пристъп. Едва 9,42% от респондентите са посочили, че не могат да се справят самостоятелно при възникване на подобна ситуация (фиг. 3):

Фиг. 3. Знания и умения за самостоятелно справяне при епилептичен пристъп

На фигура 4 са представени данните от анализа на резултатите от проучването на студентите, относно желанието им да обогатят знанията си, свързани с епилепсията и епилептичните пристъпи. Анализът на данните ясно показва, че с най-висок
относителен дял - 80,27% проявяват желание за обогатяване на знанията си:

Фиг. 4. Желание на студентите да обогатят знанията си свързани с епилепсията и епилептичния пристъп

С нисък относителен дял от 14,35% са респондентите, които имат желание „в известна степен“ за обогатяване на знанията. Относителният дял на студентите, които са посочили отговор „не мога да преценя“ е 3,14%. Резултатите ясно показват, че желание за обогатяване на знанията си за епилепсията и епилептичните пристъпи имат по-голямата част от анкетираните студенти.

Изводи и заключение

Изводите, които направихме от проучването са, че възрастта на студентите от специалност „медицинска сестра“ най-често е във възрастовата граница от 20 до 30 години. Студентите, които считат, че притежават знания и умения за справяне с епилептичен пристъп, са 28,70% от всички анкетирани, а 26,91% са посочили, че могат да се справят самостоятелно при възникнал епилептичен пристъп. Около 80% от студентите имат желание да обогатят знанията си за епилепсията и епилептичните пристъпи.

В заключение, от получените резултати на проведеното проучване се установи, че е необходима допълнителна теоретична и практически подготовка на студентите по въпросите, касаещи пациентите – деца и възрастни с епилепсия и епилептични пристъпи, поради специфичната на заболяването и необходимостта от адекватни, бързи и навремени здравни грижи. Допълнителната подготовка на студентите може да бъде включена като свободно избираща дисциплина, за желаещите да обогатят своите знания и умения.

Литература

5. Natsionalen konsensus za diagnostika i lechenie na epilepsiyata, sp. Balgarska nevrologiya, t. 21, dopalnenie 1, 02/2020 ISSN 1311-8641
MOTIVATION IN CHOOSING THE PROFESSION “NURSE” AND “MIDWIFE” THROUGH THE VIEW OF STUDENTS

Zlatina Deneva, Iva Tomova, Katya Popova

ABSTRACT: Motivation is an inner force that stimulates and drives the individual to achieve specific objectives. It is always combined with energy to work to achieve a specific result. In recent years, the trend towards a shortage of nurses and midwives has increased significantly not only in Bulgaria but throughout the European Union. Times are changing, but nursing remains in demand. More and more nurses and midwives prefer to abroad, which leads to a serious lack of nurses and midwives in our country and consequently to a decrease in the quality of healthcare. The study of motivation for choosing this kind of profession is of great importance for solving this problem.

Aim: The aim of the study is to investigate the motives of students in choosing the profession of nurse and midwife.

Results: An analysis of the results of the study found that the students were guided by different motives when choosing a profession. Many students state that their choices are based dreams and are made of personal desire, which proves the desire and motivation of students to take out this profession. The results of the study are dominated by answers that show that the choice of professional direction honey. nurse is motivated by the humanity of the profession, requiring specific personal and professional qualities. The analysis of the data shows that not a small part of the participants in the study are motivated by the provided opportunity for personal expression and career development. Another hour of the respondents emphasized that their choice of profession was accompanied by their desire to be socially significant for people's lives and health. The motives for job security dominate in the answers. In conclusion, we can mention the beginning of a trend of more and more young people to turn to the profession of nurse and midwife, to find a secure realization due to the serious shortage of medical staff.

Conclusion: The nursing profession is gaining more and more interest among the younger generation. Future bachelors are motivated to train as nurses and midwives to follow the path of the onetime “Merciful health professionals” who dedicated their lives to the mission called "nursing"!

Key words: Motivation, student, profession, nurse, midwife

Въведение

Произходът на думата „мотив“ е от латински език. Едно от значенията е подтик, подбуда, повод за демонстриране на поведение. Мотивът е фактор за въздействие върху човешко поведение. Повтарящи се мотиви се дефинират като мотивация. Мотивацията е психичен процес, който насочва и поддържа поведението на индивида в посока за реализиране на предварително поставена цел. В основата на мотивацията на всеки индивид стои човешките потребности и стремежа за тяхното задоволяване. Има много мотивационни теории. Най-известната от всички е тази на А. Маслоу за йерархията на потребностите. Те са пет основни групи, които са неизменни. В основата на пирамидата са физиологичните потребности на индивида. При задоволяването им физиологичните потребности, престават да бъдат мотивиращи фактор. На преден план излиза потребността от сигурност. С удовлетворяването ѝ се преминава на следващо ниво - необходимостта от социална принадлежност към дадена социална група. Следващ етап е този на утвърждаване и уважение и най-висшата потребност е самореализация и самоусъвършенстване [4]. Стимулът за търсене на ново знание, активното отношение към учебния процес, стремежа към постигане и усвояване на професионални компетенции показа безспорна
взаимовръзка между академичната мотивация и професионалната реализация [2]. Чрез своите проучвания и анализи А. Андонова утвърждава тезата си, според която “изграждането на професионалната карiera зависи единствено от индивидуалния избор на човека, от вътрешната му потребност и осъзната мотивираща необходимост за самоусъвършенстване като специалист” [1].

Изборът на професия е от много съществено значение за всеки човек. От това в бъдеще зависи професионалната удовлетвореност, удоволствието или не от практикуването й, възможностите за кариерно развитие.

При професионалното ориентиране се съблюдават следните принципи:

- Индивидуален личностен подход - да се отчитат личните характеристики, склонности и др.;
- Хармонично съчетание на личните и обществените интереси;
- Максимално съвпадение на професиограмата и личните качества - наличие на професионално значими качества и липса на противопоказания [3].

Процесът на професионалното формиране на здравния специалист е сложен, дълъг и непрекъснат. В началото винаги обаче е изборът на специалност.

През последното десетилетие се наблюдава остр недостиг на здравни специалисти, което нарушава устойчивостта на здравеопазваната система в страната ни. Недостигът на медицински сестри, акушерки, лекарски асистенти само по данни РЗИ- Бургас и РК на БАПЗГ са съответно-220, 30, 100 специалисти, като в средносрочен план от 5 години липсата на тези професионалисти ще се удвои. На фона на тази реалност е необходимо да се работи за привличането на учениците и младите хора към тези професии.

Цел:
Цел на проучването е да анализират факторите на мотивация при студентите от професионално направление „Здравни грижи” за избор на специалностите „Медицинска сестра” и „Акушерка”, както и да се изследват възможностите за привличане на млади хора в тези професии.

Обхват на изследването
Изследването обхваща периода 2019-2021г. сред студенти първи и втори курс. Броят на лицата взели участие в проучването е 111, разпределени като следва: 60 от специалност „Медицинска сестра” и 51 от „Акушерка“, професионално направление „Здравни грижи”, ОКС „бакалавър”, ФОЗГ, Университет „Проф. д-р Асен Златаров”- Бургас.

Материали и методи
За събиране, анализ и оценка на резултатите в проучването са използвани следните методи:
- Документален- проучване и анализ на налична литература по изследвания проблем.
- Социологически- подготвено и проведено е пряко индивидуално анонимно анкетно проучване със специално разработен за целта въпросник. Анкетата е проведена по правилата за гарантиране на анонимност и конфиденциалност на информацията.
- Статистически-данните са обработени с програма Microsoft Excel и представени в графичен вид.

Резултати и обсъждане
Специалност „Медицинска сестра”
В хода на проучването се установиха следните закономерности: вътрешните лични убеждения, контакти със студенти от същите специалности и мнението на приятелите. Те са водещи в мотивацията на респондентите за избор на професия.

При студентите от специалност „Медицинска сестра” над 50% са избрали професията по вътрешни лични убеждения, следва влиянието на съученици и приятели, при 16, 66% е случайни избор или по финансови причини. Подобна информация е представена на Фиг. 1:
Фиг. 1. Защо избрахте тази специалност?

Основно измерение на мотивацията на студентите за професионална насоченост в обучението преобладаващо е емоционално отношение към избора на специалност. На източника на информация за специалността, получена от дисертацията на Йорданова и Грудеева, че 40% от анкетираните са реализирали своя мечта, последвани от 35%, които твърдят, че избора им на професия е породен от възможността за проява на хуманност и емпатия, т.е. да бъдат полезни, а останалите 20% са мотивирани от предоставения шанс от системата на висшето образование за придобиване на специалност и 5% посочват, че изборът им е повлиян от възможността за бърза професионална реализация (Фиг. 2):

Фиг. 2. Мотиви за избор на професия „Медицинска сестра“

Получените резултати потвърждават направените изследвания на Йорданова и Грудеева, че „водещ мотивиращ фактор при избора на професията са хуманните съображения, т.е. мотивацията за избор на тази професия е със силно подчертано вътрешно убеждение за желание да се помага на други хора“ [4].

Привличането на млади мотивирани хора за обучение в нашия университет е много важно както за имиджа на ФОЗЗГ, така и за създаване на условия за професионална реализация в гр. Бургас, където има сериозен дефицит от специалисти по здравни грижи.

На въпроса за избор и информация за обучение в Университет „Проф. д-р А. Златаров“- Бургас, респондентите посочват на първо място „студентите, които се обучават в Университета“ (40%), 35% от „посещения на университетски представители в училищата“. Информация за специалността са получили от „сайта на Университета и печатни материали“: 23,33% от респондентите, един анкетиран не е посочил отговор (Фиг. 3):

Фиг. 3. Источник на информация за студентите

Качеството на обучение също е важен мотив за респондентите за да изберат Университетата в гр. Бургас, в частност ФОЗЗГ. Очакванията на 83,33% от студентите са да получат много добра професионална подготовка и знания и умения, които да им позволят успешна бъдеща реализация на пазара на труда. Водещо в обучението според бъдещите медицински сестри е да се осигурят достатъчно занятия в практически залите и реална болнична среда (60%), 28,33% като приоритет определят теоретичната подготовка, а 11,67% „нямат мнение“ (Фиг. 4):

Фиг. 4. Приоритети в обучението

Специалност „Акушерка“

Като една от най-големите групи професионалисти по здравни грижи, акушерките са
ключов фактор в съвременното здравеопазване. Акушерството е не само практическа дейност, извършване на манипулации или изпълнение предписанията на лекаря, а хуманна професия, изискваща специфични личностни и професионални качества, нагласа и мотивация, насочени към първична профилактика, специални акушерски грижи за бременните жени, майките и новородените деца, жените с гинекологични заболявания, семейното планиране. Тя е от обществена значимост за живота и здравето на хората.

На въпроса: „Защо избрахте тази професия“, по-голяма част от студентите посочват „по собствено желание“. Основният момент при такова решение зависи от това колко си информирани и как се виждаш в ролята на акушерка. За 31,37%, това е било мечта, за 58,82% е личен избор. Малка част от студентите 9,8% са го направили по съвет на член от семейството, а за 3,9% е била единствената специалност, в която са били приети. /Процентите са повече от 100, тъй като са дадени повече от един отговор/. (Фиг. 5):
последните две години силно се измени и наруши учебния процес, особено в неговата практическа част. В този контекст са и предложенията на студентите за увеличаване на часовете в учебния план по практически подготвка (вж Фиг. 7):

Фиг. 7. Какво бихте искали допълнително да се включи в учебния план?

Силно обнадеждаващи са отговорите на въпроса „Как и къде искате да се реализирате?”. В момента, когато се чувства острия недостиг на специалисти и голяма част от работещите акушерки са в пенсионна и предпенсионна възраст, 88,23% от анкетираните са твърдо решили да се реализират като акушерки в лечебно заведение в България. Нисък остъва процентът /9,80%/ на тези, които са решили да работят като акушерки в чужбина и на тези, които не мислят да работят като акушерки /3,92%/.

Заключение

Анализът от проучването показва, че студентите са убедени в правилния избор на специалност, плод на дълбока вътрешна мотивация. Мотивирани са да развият потенциала си и да допринесат за издигане престижа на сестринската и акушерска професия. Водени от желание за реализация в България, те целят чрез овладените знания и умения да практикуват достойно професията си.

За разширяване интереса сред учениците и младите хора към мотивиран избор на професия, която е обществено значима за живота и здравето на хората и държавата, е необходимо да се повиши информираността на завършващите средно образование ученици, относно същността на тези хумани професии, начин на кандидатстване, възможности за професионална реализация и карьерно развитие.

Могат да се организират по-често дни на „Отворени врати” във Факултет „Обществено здраве и здравни гръжки”, в които не само кандидат-студенти, но ученици и тяхното обкръжение да се запознаят с учебната база, да прислушват на учебно-практически занятия и по този начин да добият представа за противача учебен процес.

В лечебните заведения могат да се организират мероприятия с цел професионална ориентация.

В кандидатстудентския изпит освен предвидените изпити да се включи и форма на „Мотивационно писмо”, както и интервю с кандидат-студента.

Литература

2. Андонова, А. Обучението на медицински сестри. Роля на мотивацията. 2013. Стара Загора.
5. Маслоу, А. Мотивация и личност, изд. ПИТЕР, с.61 – 68.
6. Никова, Д. Взаимовръзката между дългосрочната мотивация и академичната мотивация на студентите от УНСС, Икономически и социални алтернативи, №1, с.105-106. 2012. София.
ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH KIDNEY STONES

Zlatina Mirincheva, Iliya Popov

ABSTRACT: The frequency of kidney stones depends on geographical, climatic, ethnic, nutritional and genetic factors. The risk of recurrence is determined mainly by the disease or disorder that causes the formation of stones. Quality of life (QOL) has become a key goal of modern health care. Wenger et al. (1984) defines Qol as “an individual's perception of his or her functioning and well-being in various areas of life”.

QOL judgments are now seen as a rich interaction and balance between the way people see their inner state, such as muscle tension or happiness, and external events that affect them from their environment, such as changing jobs or sadness. The present study is to assess the quality of life (QOL) in patients with kidney stones by applying a questionnaire / abbreviated version / for quality of life of the World Health Organization -WHOQOL-BREF and the FS-36 questio.

Key words: Kidney stones; Quality of life

Въведение
Честотата на камъните в бъбреците зависи от географски, климатични, етнически, хранителни и генетични фактори. Рискът от рецидив се определя основно от заболяването или разстройството, което причинява образуването на камъните. Съответно степента на разпространение на камъните в пищуните пътища варира от 1% до 20% [1, 2]. В страни с висок стандарт на живот, като Швеция, Канада или САЩ, разпространението на камъните в бъбреците е особено високо (> 10%). За някои области е отчетено увеличение от над 37% през последните 20 години [1]. Съществуват нови доказателства, свързващи нефролитиазата с риска от хронично бъбречно заболяване (ХБЗ) [1].

Таблица 1. Рискови фактори за образуване на камъни

<table>
<thead>
<tr>
<th>1. Общи фактори</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ранна поява на уролитиаза (особено при деца и тийнейджъри)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Образуване на т.нап.&quot;фамилни камъни&quot;</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Кратко време от последния епизод на бъбречна колика</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Камъни, съдържащи бруцит (CaHPO4.2H2O)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Пищучо-киселинни и уратни камъни</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Инфектирани камъни</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Единствен бъбрек</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Болести, свързани с образуването на камъни</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Хиперпаратиреоидитъм</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Метаболитен синдром</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Нефрокалициноза</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Полицистозна бъбречна болест</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Стомашно-чревни заболявания (т.е. йеюно-илеален байпас, чревна резекция, болест на Crohn, състояния на малабсорбция, чревна хипероксалурия, екзокринна панкреасна недостатъчност. Повишени нива на витамин D Саркоидоза Увреждане на гръбначния мозък, неврогенен пикочен мехур

3. Генетично обусловено образуване на камъни

Цистинурия (тип А, В и AB) Първична хипероксалурия Тип бъбречна тубулна ацидоза 2,8-диидроксихидроксинурия Ксантинурия Синдром на Lesch-Nyhan Кистозна фиброза Образуване на камъни, предизвикани от лекарства

4. Анатомични аномалии, свързани с образуването на камъни

Качеството на живот (КЖ/Qol) се превърна в ключова цел на съвременното здравеопазване.

Wenger et al. (1984) определя КЖ(Qol) като „възприятието на индивида за неговото или нейното функциониране и благополучие в различни области на живота“.

Преценките за КЖ(Qol) сега се разглеждат като богато взаимодействие и баланс между начина, по който хората виждат своето вътрешно състояние, като напрежението в мускулите или щастие, и външните събития, които ги засягат от окръжението им, като смяна на работата или тъга

Цел

Целта на настоящото изследване е да се оцени качеството на живот (КЖ/Qol) при пациенти с камъни в бъбречите чрез прилагане на въпросник /съкратен вариант/ за качество на живот на Световната здравна организация - WHOQOL-BREF и въпросник FS-36.

С помощта на въпросниците се изследва влиянието на различните клинични фактори (пол, възраст, Body mass index, размери и брой на камъните, плътност на камъните и наличие на хидронефроза) върху QoL при пациенти с камъни в бъбречите.

Материал и методи

Сързаното със здравето КЖ/Qol е оценино при 50 възрастни пациенти с камъни в бъбречите.

Пациентите са разделени по:
- Пол-м/ж.
- Възраст<40г. или >40г.
- Body mass index, kg/m2.
- Размер на камъка, mm.
- Брой камъни-1,2 или повече.
- Плътност на камъка, Hounsfield units < или >1000 HU.

- Наличие на хидронефроза-да/не.
- При всички пациенти се приложен въпросник /съкратен вариант/ за качество на живот на Световната Здравна Организация WHOQOL-BREF и FS-36 въпросника и са оценени физическата, психологическата, социалната и емоционалната сфера на здравето.

Двадесет и шестте въпроса на WHOQOL-BREF въпросника са разпределени в четири раздела. Попълва се чрез интервю като възможните отговори са в пет степенна скала.

На края на интервюто резултатите се сумират в четирите раздела по определена формула.

Въпросникът FS-36 също се попълва под формата на интервю.

Той представлява 36 въпроса засягащи:
- Общото здраве.
- Ограничения на дейността.
- Физически здравни проблеми.
- Емоционални здравни проблеми.
- Социални дейности.
- Енергия и емоции.

Резултати

Рисковите фактори за бъбречно-каменната болест и хроничната бъбречна недостатъчност и нарушеното качество на живот са:
1. Женски пол
2. Наднормено тегло
3. Чести инфекции на уринарния тракт
4. Струвити камъни
5. Единствен бъбрек
6. Неврогенен пикочен мехур
7. Предходна обструктивна уропатия

1. Фактор пол

Качеството на живот e еднакво засегнато при двата пола във всичките четири сфери /физическата, психологическата, социалната и емоционалната сфера/ на здравето.
2. Фактор възраст

Най-честата възрастова група е тази на 25-60 години, като при мъжете е 35години, а при жените 30 г. преди менопаузата и 55 г. след менопаузата.

С напредване на възрастта над 55години нарушението в качеството на живот при двата пола се изравнява, а до 45 годишна възраст се наблюдава в по-голяма степен нарушение в качеството на живот при пациентите от женски пол.

3. Фактор наднормено тегло, изчислено чрез Body mass index, kg/m².

При този фактор нарушението на качеството на живот се наблюдава при всички пациенти с наднормено тегло като е то е значително при стойности на индекса по-големи от 29 kg/m².

4. Фактора размер на камъка, в mm и брой на камъните - 1, 2 или повече.

Продължителността на наличието на камъни в бъбреците и техния брой влияят негативно на качеството на живот във всички му сфери: физическа, психологическа, социална и емоционална. Нарушението на качеството на живот най-често започва при размер на камъка над 6 mm.

5. Фактор плътност на камъка в Hounsfield единици и фактор наличие на хидронафроза

Не се намериха убедителни доказателства за връзка между плътността на камъка и нарушението в качеството на живот.

При наличието на хидронафроза, причинена от конкретен, с или без комбинация с други причини (карцином на пикочен мехур, ДПХ, карцином на простата [3] и други причини [4]) има значително нарушение на качеството на живот и при двата пола, независимо от възрастовата им група.

Заключение

Уролитиазата като заболяване се отразява негативно и влошава качеството на живот на пациентите. Модерното лечение на камъните в бъбреците може да подобри качеството на живот и трябва да се обмисли в случаите на бъбречокаменна болест [5, 6].

Настоящото проучване дава представа за факторите, които влияят върху качеството на живот при пациенти с камъни в бъбреците и възможностите за адекватна превенция и лечение.

Уролитиазата има висока честота на рецидив, особено ако съществува основно метаболитно нарушение. Трябва да се насърчава превенцията с подходяща медицинска терапия и висок прием на течности, за да се ограничи заболяваемостта.

Литература

[1]. EAU Guidelines.
[2]. Campbell –Walsh-Wein Urology 2021
[5]. Миринчев, Н., З. Чолакова, 2020. „Комбинирана интрагенитална хирургия при дългосрочна комплицирана уретеролитиаза.“, Уронет, 2/2020 ISSN 1312-1960
[6]. Миринчев, Н., З. Чолакова, 2020 „Миниминва-зиво перкутанно лечение с аспирационен шафт при пациент с пионефроза след тригономоколостомия“, Уронет, 2/2020 ISSN 1312-1960
ONLINE TRAINING DURING A PANDEMIC – AN ADVANTAGE OR DISADVANTAGE FOR STUDENTS

Iva Tomova

ABSTRACT: At the end of November 2019, in Wuhan, Central China, a coronavirus called SARS-Cov-2 appeared. This is because, for no apparent reason, people develop pneumonia in December that does not respond to known treatments. There are evidences of human-to-human transmission of the virus, with the fastest spread in mid-January 2020. This challenging situation was the reason for a full lockdown of the whole country. By order of the Rector of the University "Prof. Dr. Assen Zlatarov," in this period of complete isolation, students from the Department of Health Care, officially switched to an alternative form of learning - online education. Online education is education that is conducted using the Internet and devices such as computers, laptops, tablets or mobile phones. Different formats can be used during the online education - text, video, audio, graphic images, interactive content, etc. Purpose: The research aims to examine the advantages and disadvantages of students during the online education.

In the period from 15.03-15.04.2022 between the future health care professionals ‘‘Medical assistant,’’ ‘‘Nurse’’, ‘‘Midwife’’ studying at the Faculty of Public Health and Health Care – Burgas. The motives of 74 students ‘‘Medical assistant’’-32.9%, ‘‘Nurse’’-52,1%, ‘‘Midwife’’-15.1% were examined.

Conclusion: The main advantages of online learning for students and also for teachers are its flexibility and accessibility from anywhere, as well as the access to resources. The main disadvantages are mostly related to the limited opportunities for communication: there is no face-to-face communication, and the very mediocrity of communication and its dependence on technological constraints also hinders the normal learning process. Most of the respondents believe that online learning is not able to fully replace the face-to-face learning process.

Another difference is that students are relatively more positive about online learning in general, however, a significant part of them believe that in the long term that having such training during their studies will negatively affect the quality of the education they received. In the long term, this factor may have a negative effect on satisfaction with university education in general.

Key words: online education, student, advantage, disadvantage, challenge
– текст, видео, аудио, графични изображения, интерактивно съдържание, тестове за знания. Терминът електронно обучение, придобил широка популярност чрез английския си вариант e-learning, се отнася до интерактивно обучение, което използва компютри или друг вид технологии за комуникация като средство за преподаване. Други наименования за електронно обучение са компютърно обучение, онлайн обучение, мултимедийно обучение и дистанционно обучение.

Компютърното или по-скоро компютърнизираното обучение обикновено се отнася до учебни материали за самоподготовка, най-често предоставени на флеш памет, при ползването на които обучаваният може сам да определя стила на учене и последователността на уроците. С термина “модулно обучение” се наблюдава главно на интерактивността за предлагане на учебни материали (картина, звук, видео) като противоположност на преобладаващо текстовата информация в традиционните учебници.

Тук не става въпрос за заместване на преподавател с компютър: електронните технологии са вплетени в целия процес на обучение – в подготовката, поднасянето на информацията и проверката на знанията. Според редица автори, като М. Грудева, М. Митова, С. Младенова, Т. Попов, Ц. Воденичаров, компютърното обучение обикновено се отнася до учебни материали за самоподготовка, най-често предоставени на флеш памет, при ползването на които обучаваният може сам да определя стила на учене и последователността на уроците. С термина “модулно обучение” се наблюдава главно на интерактивността за предлагане на учебни материали (картина, звук, видео) като противоположност на преобладаващо текстовата информация в традиционните учебници.

Компютърното обучение електронно обучение обикновено се отнася до учебни материали за самоподготовка, най-често предоставени на флеш памет, при ползването на които обучаваният може сам да определя стила на учене и последователността на уроците. С термина “модулно обучение” се наблюдава главно на интерактивността за предлагане на учебни материали (картина, звук, видео) като противоположност на преобладаващо текстовата информация в традиционните учебници.

Компютърното обучение обикновено се отнася до учебни материали за самоподготовка, най-често предоставени на флеш памет, при ползването на които обучаваният може сам да определя стила на учене и последователността на уроците. С термина “модулно обучение” се наблюдава главно на интерактивността за предлагане на учебни материали (картина, звук, видео) като противоположност на преобладаващо текстовата информация в традиционните учебници.

Компютърното обучение обикновено се отнася до учебни материали за самоподготовка, най-често предоставени на флеш памет, при ползването на които обучаваният може сам да определя стила на учене и последователността на уроците. С термина “модулно обучение” се наблюдава главно на интерактивността за предлагане на учебни материали (картина, звук, видео) като противоположност на преобладаващо текстовата информация в традиционните учебници.

Компютърното обучение обикновено се отнася до учебни материали за самоподготовка, най-често предоставени на флеш памет, при ползването на които обучаваният може сам да определя стила на учене и последователността на уроците. С термина “модулно обучение” се наблюдава главно на интерактивността за предлагане на учебни материали (картина, звук, видео) като противоположност на преобладаващо текстовата информация в традиционните учебници.
сочено наблюдение в различните специалности в периода на онлайн обучение и времето на присъствена форма.

Оценка на студентите за качеството на онлайн образователната услуга.

Анализ на резултатите от проведеното проучване, касаещо успеваемостта на студентите в поставените задачи и спазване на сроковете за реализацията им по време онлайн обучение.

Качествен и количествен анализ през погледа на студентите за нивото на придобитите практически умения по време на онлайн обучение.

**Обхват на изследването**

Анонимното анкетно проучване е проведено в периода март – април 2022 год. Изследваните са общо 74 студенти от професионално направление „Здравни грижи“ към Университет „Проф. д-р Асен Златаров“ – Бургас.

**Материали и методи**

За събиране, анализ и оценка на резултатите в проучването са използвани следните методи:

- Документален метод - проучване и анализ на научна литература и нормативни документи по разглеждан проблем.
- Социологически метод - подготвено и проведено е пряко, индивидуално, анонимно анкетно проучване през платформата Google Forms по специално разработен за целта въпросник, наблюдение и сравнителен анализ.
- Статистически метод - данните са обработени с програма Microsoft Excel и представени в графичен вид.

**Резултати**

Университетът е мястото, в което се формират важни компетенции и ценност, поставяйт се основите и се планира, организира, ръководи и контролира бъдещата професионална компетентност на здравния специалист. Според А. Андонова високото ниво на подготовка на студентите е от съществено значение за подобряване на качеството на здравно обслужване на населението, като един от елементите за постигане на тази цел е професионалната огледанка медицинските специалисти по време на обучението им [1].

При анализ на данните от изследваните лица по демографска характеристика се получи следната картина (фиг. 1.):
Очакванията на студентите за подготовката по време на следването е да получат сериозни praktически умения (66,67%), които да помогнат за изграждането им като добри професионалисти. Само 33,3% от тях акцентират на задълбочена теоретическа подготовка. Разпределението по специалности е представена на фиг. 4:

Фиг. 4. Предпочитания за вид професионална подготовка

На въпроса дали качеството на онлайн обучение съответства на нивото на присъствената форма на обучение, по-голяма част от респондентите считат, че качеството на обучение значительно се различава, 33% по-скоро съответства и 20%, не могат да пречвнат (фиг. 5):

Фиг. 5. Мнението на студентите за връзка между присъствено и онлайн обучение.

При изследване удовлетвореността на студентите от използваната форма онлайн обучение, което се осъществява по време на пандемия, малко над половината студенти 56% са напълно удовлетворени, 31% са удовлетворени, но смятат че има още какво да се прави и останалите 13% на този въпрос отговарят, че не са удовлетворени и имат големи затруднения при реализацията на поставените задачи (фиг. 6):

Фиг. 6. Удовлетворява ли Ви формата на онлайн обучение?

При направен сравнителен анализ на средния успех на студентите по време на онлайн обучение и в периода на присъствен учебен процес се наблюдава леко понижаване на броя на студентите с отличен успех след обучение в електронна среда (фиг. 7):

Фиг. 7. Какъв е средният Ви успех в края на двете форми на обучение?

Изводи

От направения анализ на получените резултати могат да се направят следните изводи, относно позитивните и негативните страни на онлайн-обучението:

- Студентите демонстрират положителни нагласи за дистанционно e-обучение и имат готовност за учене в електронна среда;
- Онлайн обучението не се е отразило значително на добрата успеваемост на студентите;
- Значителна част от студентите имат затруднения при решаване на поставените задачи;
Почти една трета от респондентите считат, че тази форма на обучение е понижила качеството на образователния процес;

Налице е разминаване между очакванията на студентите за повече практическа подготовка в обучението и реално осъщественото обучение по време на пандемията.

Наблюдението по време на практическите изпити по профилиращите учебни дисциплини показва несигурност и неточност на студентите при извършване на манипулациите и затруднена комуникация между здравен специалист и пациент.

Заключение

Уникалността и специфичността на медицинското образование изисква да се намери рационален баланс между традиционните и съвременни подходи, форми, методи и средства на обучение, което да е позитивен фактор в мотивацията на студентите за учение и формирането им като добри професионалисти. Онлайн обучението е приложимо като допълваща форма, но не и изцяло преминаване към процес на обучение в е-среда.

Литература

1. Андонова, А. Мотивация за обучение на студентите в сферата на здравните грижи и общественото здраве. Автореферат на дисертационен труд. 2008. Стара Загора.
2. Воденичаров, Ц. Медицинска педагогика. 2008 София, Изд. Артик.
7. Попов, Т. Медицинска педагогика. 2010. Габрово. Изд. „Екз-Прес”
ATTITUDE AND WILLINGNESS OF MIDWIFE STUDENTS TO APPLY PROPHYLACTIC HEALTH CARE

Krastina Todorova, Hristina Milcheva

ABSTRACT: Health promotion and prevention of diseases are the basic means in healthcare, which are used to implement purposefully health intervention. With the education of midwife students is provided a large scale of scientific information, by implementation of accoucheuse cares, considering avoidance and elevation of women health. Earned qualification is permitting them to do specific procedures also they have freedom of decision making and can take direct or indirect responsibility for the results of them according to state law and regulations.

The goal of conducted survey is to study the attitude and readiness of future midwives to wage prophylactic health cares.

The results are showing that large percentage of the respondents (95.2%) are determining the role of midwife as very significant in conducting prophylactic accoucheuse cares and also they must have professional abilities to know how to communicate and own social skills in fundamental faculty disciplines. Yet not so small percentage of the students participating in this study (48.1%) are not confident enough to do health care procedures on their own.

Key words: prophylactic, healthcare promotion, women health, health cares

Въведение

Промоцията на здравето и профилактиката на заболяванията са основни процеси в здравеопазването, чрез които се прилагат целенасочени здравни интервенции. „Промоция на здравето“ е водеща концепция на СЗО, включваща дейности по повишаване на индивидуалното и общественото здраве и благополучие [12].

Промоцията на здравето е свързана с философията за „здраве за здравите“ и включва основни елементи, насочени към елиминиране на рисковите фактори и укрепване на здравна, социална и екологична политика; участие на здравните професионалисти в здравното възпитание и здравната подкрепа [10].

Здравната профилактика е насочена към опазване и утвърждаване здравето на здравите и предотвратяване усложненията от възникнали заболявания [9].

В научната литература са описани видовете профилактика: преморбидна - предотвратяване на появитата на рисковите фактори сред популацията; първична - предотвратяване на взаимодействието между рисковия фактор и възприемчивия индивид; вторична - насочена към ранно откриване на заболяването и третична - свързана с мерките за отстраняване на дълготрайните ефекти [3].

През последното десетилетие набира популярност и се дискутира темата и за т. нар. четвъртична профилактика. Концепцията за нея е предложена от Марк Джамол (Marc Jamoulle) и по дефиниция се разглежда като: „Дейности, предприети при пациенти за избягване на риска от свръхмедикализация (премерен прием на лекарства), с цел предотвратяване на нова медицинска интервенция в бъдеще като резултат от това“ [2].

Дейностите по промоция на здраве и превенция на заболяванията професионалистите по здравни грижи осъществяват чрез провеждане на здравна информираност, формиране на здравно възпитание и здравна култура сред населението.

Здравната култура в съвременните условия не се свежда само до здравна информираност, а включващо още на здравните ценности, здравни нагласи и убеждения, навици,
здравно отношение, здравно поведение с мотивация за подобряване качеството на живот [1].

Всички дейности, които акушерката в България може да извършва самостоятелно или под лекарско назначение са уредени с Наредба № 1 от 8 февруари 2011 г. на Министерството на здравеопазването [7]. Тази наредба дава правото на акушерката да извършва дейности по промоция на здравето и профилактика на заболяванията сред рисковите групи и сред популяцията. Последните промени в Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ) регламентира автономните дейности на акушерките и останалите здравни професионалисти в областта на промоция на здравето и профилактика на заболяванията [4]. Превантивните дейности на този етап не са финансиранi от НЗОК и са за сметка на пациентките. Необходимо е здравната политика да се насочи приоритетно към превенцията, за да бъде предоставена ефективна здравна профилактика, спазвайки принципите на „правото на здраве“ към „отговорност за здравето“, от „здраве за хората“ към „здраве чрез хората“.

Ролята на акушерката във всички нива на профилактиката е свързана със здравната информираност на пациентките, мотивиране за активно участие в скрининговите програми, осъществяване на качествени акушерски грижи и консултиране при социално-значимите заболявания и психо-социалната им рекабилитация, с цел подобряване качеството на живот на жената.

Предоставяйки здравна информация акушерките компетентно разясняват необходимостта и ползите от първична профилактика за бременна жена, родилка, новородено, гинекологична болна жена и техните близки.

В Медицинското висше училище (МВУ) студентите от спецалност „Акушерка“ усвояват професионални компетенции за прилагане на здравни грижи (вкл. и профилактични) за основния контингент - бременни жени, родилки, новородени деца и жени с гинекологични заболявания, съобразно заложените в Учебния план основополагащ учебни дисциплини, съответстващи на Единствените държавни изисквания. На базата на задълбочена научна информация, относно осъществяването на акушерски грижи, свързани с превенцията и промоцията на женското здраве, бъдещите акушерки придобиват компетенции да прилагат професионални дейности, за които са пряко или косвено отговорни и имат свободата да вземат решения, според законовите регламенти [8].

Акушерската професия изисква специфични качества, част от които се формират по време на обучението. Тя се развива динамично и качествената акушерска грижа трябва да отговаря на потребностите и изискванията на съвремието. „Отговорността“ като личностно и професионално качество е необходимо и често е в пряка връзка с качеството на извършванияте дейности и грижи в трите измерения на професионалната колаборация – зависимо, независимо и в партньорство. Докато в зави- симостото измерение акушерките работят по предписания на лекаря, акушер-гинеколог, то при работата в партньорство отговорността е споделена, а в независимото - акушерката е автономна да взема решения за дейностите и грижите, които осъществява.

При съвременните условия целта на професионалната подготовка е все повече да се утвърждава независимото измерение на грижите, за да се гарантира по-голяма степен на автономното на съвременната акушерка, медицинска сестра и останалите здравни професионалисти [5].

Целта на настоящото изследване е: Да се изследват нагласите и готовността на студентките акушерки да прилагат профилактични здравни грижи, за укрепване на физическото и психическото здраве и социалното благополучие на жената през целя живот.

Материал и методи: Документално проучване, анонимно анкетно проучване, проведено онлайн, чрез линк за доброволното участие на студентки от специалност „Акушерка“.


Посочили курс на обучение общо 104 студентки, от които първи курс – 37 студентки; втори курс – 32 студентки; трети курс – 26 студентки; четвърти курс – 9 студентки.

56
Резултати и обсъждане

Съвременното университетско образование предоставя базова и специфична научна информация, която формира познания и умения за диагностициране, терапевтични, промотивни, профилактични и реабилитационен процес на здравните грижи, а това гарантира компетентно, безопасно, ефективно и качествено обгризване. Фундаменталните учебни дисциплини, по които обучаващите се акушерки придобиват знания, умения и нагласи за извършване на дейности по промоция на здраве и профилактични здравни грижи са: „Философия и въведение в сестринските и акушерските грижи“, „Промоция на здраве и Социална медицина“, „Акушерство“, „Гинекология“, „Детски болести“, „Неонатология“, „Семейно планиране“, „Социално и здравно законодателство“ и всеки учебен дисциплин в областта на акушерските специални грижи. Ето защо, първият въпрос към студентите от проведеното проучване бе да посочат учебните дисциплини, които подпомагат формирането на знания и умения за осъществяване на профилактични дейности и грижи (Фиг. 1):

На второ място студентките (79,2%) посочват като значима учебната дисциплина „Гинекология“. Задълбоченото изучаване на гинекологичното здраве на жената предопределя обуваващата роля на акушерката в хигиените грижи, навременното предоставяне на здравна информация за полов предаваните болести, участие в и в провеждането на редовни профилактични прегледи и скринингинги, които са от съществено значение за предизвикването на сексуалното и репродуктивно здраве на жената и допринасят за ранното диагностициране на злокачествени заболявания на женските полови органи. Акушерството и Гинекологията са основните дисциплини за специалността „Акушерка“. Учебната дисциплина „Акушерство“ посочва 57,5% от бъдещите акушерки. Наред със знания за анатомичните особености и физиологични процеси при неравното тяло през целия жизнен цикъл на жената, тези дисциплини допринасят за осъществяването на профилактични, диагностични, лечебно-терапевтични дейности.

Учебната Дисциплина „Промоция на здравето и социална медицина“ е посочена на трето място от 67,9% от респондентите. Придобитите знания са насочени към охлаждане на здравето, осъществяване на здравна мотивация, здравна обучение и възпитание за здравословен начин на живот, формиране на практически умения за промоция на здраве и дава възможности за внедряване на практически мерки за подобряване на здравето [3].

Почти половината от респондентите (48,6%) смятат, че темите по клинична практика подпомагат усвоените теоретични знания да се трансформиран в практически умения за осъществяване на профилактични здравни грижи. По време на клинична практика студентите обещават с пациентките, наблюдават техните реакции и нагласи към лечебно-диагностичния процес, както и дейностите на професионалците по осъществяване на промоция и превенция на заболеванията в реална работна среда и изграждат професионално поведение и националност, както и отговорност за опазване на здравето [11]:
В кое измерение на здравните грижи се извършват дейностите по промоция на здравето и профилактика на болестите

В цитираната вече Наредба №1 от 8 февруари 2011 г. са регламентирани дейностите, които акушерката може да извършва самостоятелно (автономно-независещо), съвместно с лекар (взаимозависещо) и под контрол на лекар (зависещо). Резултатите от запитването показват, че студентките акушери нормативно са запознати с Наредбата, но значителна част от тях (82,4%) отговарят, че дейностите по промоция на здравето и профилактиката на болестите акушерките извършват в взаимозависящото измерение. Малка част от респондентите определят като зависими функциите на акушерката (16,5%). Това може да бъде обяснено със съществуващите традиции акушерката да е изпълнител на предписанията на лекаря. Само 1,1% от анкетираните посочват, че дейностите по промоция на здравето и профилактиката на болестите се осъществяват в независещото измерение. Това показва, че е необходимо по-сериозно осъзнаване на студентите на текстовете на Наредбата, като регламентираните дейности дават възможност на здравните професионалисти да работят напълно самостоятелно (автономно) по отношение на промоция на здравето и профилактичните мероприятия за предотвратяване на заболяванията [6]. Все още е мълчал броят на самостоятелните акушерски практики у нас, където акушерки предоставят автономно съвременна акушерска грижа при нормално протичащ непрекъснат и постабилен период.

За предоставянето на профилактични здравни грижи е необходимо овладяването на комплекс от професионални компетенции. Висок относителен дял от изследваните студенти (95,2%) смятат, че е важно бъдещата акушерка да усвои професионални компетенции, за полагане на здравни грижи. Резултатът показва отговорно отношение към образователния процес и висока лична мотивация. Коммуникативните умения са важно звено в професионалните компетенции на акушерката и за това (89,5%) от респондентите ги посочват на второ място. Акушерската професия изисква коммуникативни умения за ефективно общуване с пациентките; умения за активно слушане, емпатично поведение, прилагане на индивидуален подход, приемане и уважение личността на пациентката. Социалните умения подпомагат коммуникативния процес и половината (57,1%) от анкетираните ги посочват като необходими в прилагането на профилактичните грижи. Те споделят още създаването и поддържането на доверителни отношения, предоставят възможност за вземане на правilen избор, което би допринесло за по-качествено професионално и междудисциплинарно общуване. Социалните умения изискват последователност, целенасоченост, отговарящи на съвременно развитието в обществото (Фиг. 3):

![Фиг. 3. Професионални компетенции на бъдещата акушерка за предоставяне на профилактични акушерски грижи](image-url)
посочват (32,1%), от анкетираните, което показва, че усилията на обучаващите трябва да бъдат насочени към дейности и методи на обучение, които повишават мотивацията, увереността и готовността на студентите при осъществяване на профилактичните здравни грижи (Фиг.4):

Фиг. 4. Чувствате ли се уверени и достатъчно подготвени да участвате в процеса на предоставяне на профилактически акушерски грижи за опазване на женското здраве?

Прави впечатление, че висок процент (85,6%) от бъдещите акушерки определят ролята си като значима при реализиране на дейностите по промоция на здравето и превенция на заболявания. Това показва, че студентите осъзнават положителния принос на промоцията на здравето и превенцията на заболявания за индивидуалното и общественото здраве, както и значимата роля на профилактичните акушерски грижи за укрепване здравето на бремената жена, родилката, новороденото, здравата и гинекологично болна жена. Като ограничена посочват (5,8%) ролята си, може би поради липса на опит и ниво на компетентност. Колебание в преценката си посочват (8,7%) от анкетираните (Фиг. 5):

Фиг. 5. Каква е Вашата роля като бъдеща акушерка в осъществяване на промоцията на здравето и превенцията на заболяванията?

ОТ проведеното проучване можем да направим следните изводи:

1. Включените в учебния план на акушерските профилиращи учебни дисциплини подпомагат знанията и подготовката им за прилагане на профилактични здравни грижи. Висок относителен дял от респондентите (95,3%) посочват на първо място учебните дисциплини от областта на акушерските и сестринските грижи/специални грижи/.

2. Висок процент (82,4%), от анкетираните посочват, че профилактичните здравни грижи се осъществяват екипно във взаимоисключително измерение.

3. Установи се, че за над 90% от респондентите е важно да притежават професионални компетенции за полагане на здравни грижи; комуникативни и социални умения за предоставяне на профилактични здравни грижи.

4. Все още не малък процент от изследваните (48,1%) не се чувстват уверени да прилагат самостоятелно профилактични здравни грижи. Повече от половината (60,4%) респонденти биха се чувствали по-уверени при предоставяне на профилактични здравни грижи в екипно.

5. Висок относителен дял (85,6%) от студентите определят ролята на акушерката като значима в предоставянето на профилактични здравни грижи.

Заключение

Настоящото проучване показа, че студентките акушерки осъзнават своята роля и я определят като значима в осъществяването на профилактични здравни грижи, но не се чувстват
достатъчно готови да ги прилагат самостоятелно. За предоставянето на профилактични здравни грижи е необходимо овладяването на комплекс от професионални компетенции, посредством интерактивни методи, повишаващи мотивацията, увереността и готовността на студентите. Би могло да се помисли за въвеждане на допълнителни модули в учебните програми по основополагащите учебни дисциплини, които да допринесат за попълване на знанията и професионалните умения на обучащите се в областта на профилактията на здравето и профилактиката на заболяванията.

Литература

1. Андонова А., Методи на промоция на здравните грижи, XLI Научно-техническа сесия „Контакт 2018“, София, изд. Темпо София с. 174-177
2. Бердан А., РОЛЯ НА ПРЕВАНТИВНИЯ СКРИНИНГ ЗА РАННО ОТКРИВАНЕ НА ХЕПАТИТ С ВЪЛКАРИЯ, Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „Доктор“, 2021
4. ЗАКОН ЗА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ, Обн. ДВ, бр.54 в сила от 16.06.2020
5. Милчева, Хр., От традицията към иновацията при обучителство на медицинските сестри и акушерките, изд. „ЕКС-ПРЕС”ООД - Габрово, 2012, с. 140, монография
7. Наредба № 1 от 8 февруари 2011 г. За професионалните дейности на здравните професии от 18 февруари 2011г.
8. НАРЕДБА ЗА ЕДИНИТЕ ДЪРЖАВНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА ВИСШЕ ОБРАЗОВАНИЕ ПО СПЕЦИАЛНОСТИТЕ "МЕДИЦИНСКА СЕСТРА", "АКУШЕРКА" И "ЛЕКАРСКИ АСИСТЕНТ" ЗА ОБРАЗОВАТЕЛНО-КВАЛИФИКАЦИОННА СТЕПЕН "БАКАЛАВЪР" (ЗАГЛ. ИЗМ. И ДОП. - ДВ, БР. 32 ОТ 2016 Г.)
9. Терзиева, Г., Катя Попова, 2014. Социологични аспекти на здравната профилактика – състояние и перспективи. Академично списание „Управление и образование“, т. Х (5), стр. 29-36, Бургас, ISSN1 13126121
11. Хаджиделева, Д., Наташка Андреева, 2021, Асертивност и емоционалност в процеса на практическо обучение на студентите от специалност “Акушерка“, KNOWLEDGE –International Journal, Vol.49.4

Ас. Кръстина Тодорова
Катедра „Здравни грижи”
Факултет по общество здраве и здравни грижи Университет „Проф. д-р Асен Златаров“ – Бургас Адрес: „Проф. Якимов“ 1 e-mail: kristin_k@abv.bg

Проф. Христина Милчева
Тракийски университет катедра Здравни грижи Адрес: Стара Загора 6000 ул. „Армейска“ №11 e-mail: hristina.milcheva@trakia uni.bg
PROUČVANJE MNEJNIETO NA RODILKI ZA HRANENJE NA NEDONOSENI NOVORODENI S DOPYLNITELNO OBOGATENI HRANI

Лилия Перусанова, Анета Рашева

SURVEY OF THE OPINION OF WOMAN IN LABOR FOR NUTRITION OF PREMATURE NEWBORN WITH ADDITIONALLY ENRICHED FOOD

Lilia Perusanova, Aneta Rasheva

ABSTRAKT:: Premature infants have very limited energy reserves and their optimal development depends on the quality characteristics of exogenous energy imports. The amount of protein in the mother is insufficient to ensure optimal growth and development of the brain. Therefore, it is necessary to enrich it or to apply adapted milks with hydrolyzed protein and probiotics. Many of the respondents did not know about the availability of fortified milk and food with lactobacilli and bifidobacteria, but were aware of their usefulness for the health of newborns and would have invested additional funds. Wide awareness of young mothers regarding the nutrition of premature babies is needed.

Key words:: premature infants, nutrition, fortified food, somatic health, lactobacillus

Въведение

Съвременните изследвания върху формирането на микробиома показват, че най-голямо въздействие върху състава му през първата година от живота има начинът на раждане, храненето и употребата на антибиотици при кърмачетата [1]. Има проучвания, показващи специфична роля на чревната микробиома върху гената експресия и неврохимичния метаболизъм. Доказана е модулиращата роля при различни невропсихични разстройства, вкл. депресия, тревожност, болест на Паркинсон, както и при аутизъм [2]. Кърмата е предпочитана храна за новородените, но съставът не винаги покрива нуждите на недоносените деца [3,4]. Не е проучено мнението на родилките по отношение на информираността и спецификата на храненето на недоносени новородени с обогатена кърма.

Недоносените новородени деца с много ниско тегло имат силно ограничени енергийни резерви и оптималното соматично и неврологично развитие зависи от качествената и количествената характеристика на екзогения енергийен внос. Количеството белтък в майчината и донорската кърма е недостатъчно за осигуряване на оптимален растеж и развитие на мозъка.

Поради това е необходимо тя да бъде обогатявана или да бъдат приложени адаптирани млека с хидролизиран протеин, както и пробиотиции [5]. Методите за обогатяване на кърма биват стандартен и индивидуализиран [3]. Проучвания на Oshiro et al. [6] показват, че проблемите в развитието на недоносените деца са свързани с аномалии в чревните микробни съобщества. Установяват, че при обогатяване на коластира или кърма с Bifidobacterium breve се създава полезен микробиомен профил, водещ към благоприятни метаболитни отговори.

На пазара има изобилие от пробиотични продукти за деца и възрастни. Дискусионно е приложението на пробиотици при недоносените деца, тъй като реакцията на тази категория деца към пробиотиците не е както при доносените. Недоносените деца са изложени на повишен риск от развитие на некротизиращ ентероколит поради нарушения в микробиотото. Според Слънчева най-произведените пробиотични бифидобактерии, който може да се прилага и при недоносените деца с тегло от 1000-1500 g, е Bifidobacterium animalis ssp. lactis BB-12 [7]. Щамът оказва положително влияние върху храносмилателната, респираторната и имунната система, здравето на кожата, както и прекомерния плач при деца [8,9]. При прием на пробиотичен препарат, съдържащ B. lactis, L. acidophilus, S. thermophilus,
витамини, пробиотик и др., от доноси и недоноси деца Р. Георгиева и В. Симов [12] установяват: тенденция към намаляване на случаите на късен неонатален сепсис; негативиране на чревна колонизация с K. pneumoniae (R); значимо намаляване на колонизацията с C. albicans; много добра поносимост без рети-стрирани нежелани ефекти; липсват случаи на инфекции с пробиотични бактерии.

Според Р. Георгиева [13] пробиотичен препарат, съдържащ L. rhamnosus, L. acidophilus и L. reuteri, намира приложение при: новородени деца с неонатален сепсис; необходимост за обогатяване на кърмата с пробиотични бактерии; намаляване на колонизацията на кишката с потенциално патогенни микроорганизми; ефективност на пробиотичните бактерии при болест на атоничен дебатим; подобряване на храносмилането; както и превенция на инфекциозни епизоди при недоноси и недоноси деца.

Цел на изследването
Да се установи мнението на майките на недоноси новородени относно предпочитането им за хранене на новородените, както и превенция на инфекциозни епизоди при недоноси и недоноси деца.

Материали и методи
За целите на изследването са използвани пряка анонимна анкета за установяване мнението на 100 родители със симптоми на ранно раждане относно информираността и готовността да хранят децата си с обогатена храна или кърпа с млечнокисели бактерии. Извадката е формирана на принципа на отбелязаните със съответната възможност за определена категория.

В частност извадката се формира на основата на анкетиране на родители от следните акушеринекологични болници в гр. София – СБАЛАГ „Майчин дом“, Втора САГБАЛ „Шейново, ПСАГБАЛ Св. София“, УМБАЛ „Св. Анна“ – родилно отделение през периода от месец май 2020 г. до месец ноември 2021 г. На всяка жена бе раздавана информационна брошюра за начина и вида на обогатяване на кърмата или храната на новородените, както и на ползите за здравето на децата им.

Резултати и обсъждане
1. На въпроса за информираността на родилките относно обогатената кърма и храна 96% са отговорили, че не знаят за съществуващата информация. Необходимо е всеобхватна информираност на семействата от личните лекари, акушеринекологистите и педиатрите за полезната информация.

Фиг. 1. Знаяте ли, че съществуват начини за обогатяване на кърмата и храната на недоноси новородени с лактобацили и бифидобактерии?

2. По-голямата част от анкетираните са запознати с полезните ефекти на млечнокиселите бактерии – 93% - може би от широкото

Данните от изследването са обработени чрез математико-статистически анализ – непараметричен анализ, графичен анализ с компютърната програма Microsoft Excell, вер. 7.0.
им използването им по време на антибиотично лечение или от рекламата по медите:

Фиг. 2. Запозната ли сте с полезните дейности на млечнокиселите бактерии върху организма на новороденото?

3. Дали биха хранили децата си с обогатена кърма или храна – отговора е двуяк – само половината от респондентите биха хранили. Това е така, защото майките не са били информирани за полезността на млечнокиселите бактерии за чревния микробиом и за правилното развитие на недоносените новородени:

Фиг. 3. Бихте ли хранили детето си с обогатени храни?

4. Доста голяма част (88%) от анкетираните родилки смятат, че здравето на техните деца би се подобрило, ако ги храният с обогатена кърма или храна:

Фиг. 4. Мислите ли, че здравето на Вашето дете ще се подобри след приемане на обогатени с лактобацили храни и ли кърма?

5. Установи се, че 81% от респондентите имат нужда от допълнително обучение от лекар или акушерка за новостите в храненето на недоносени новородени. Не могат да пречнат 6% от анкетираните, а 13% нямам нужда от обучение. Освен физиологичното състояние на бременните, особено когато те са рискови и се очаква преждевременно раждане – би било добро медицинските специалисти да запознават бременните, че адекватното хранене на тази специфична група новородени е ключово за по нататъшното им правилно физическо и психическо развитие:

Фиг. 5. Имате ли нужда от допълнително обучение, свързано с новостите в храненето?

6. В условията на икономическа криза след Ковид пандемията е напълно приемлив отговора, че почти половината от родилките биха вложили допълнителни лични средства
за закупуване на добавки с лактобацили и бифидобактерии:

Фиг. 6. Бихте ли вложили допълнителни средства за да закупите обогатени храни?

Изводи:

- По-голямата част от анкетираните родилки не знаеха за наличието на обогатена кърма и храна с лактобацили и бифидобактерии, но са запознати с тяхната полезност за здравето.
- Само половината жени биха хранили децата си по този иновативен начин, което е знак за недоверие и недостатъчна информираност.
- Необходима е по-широко информираност на семействата за начина на хранене на новородените още по време на бременността от всички медицински специалисти – общинспрактикуващи лекари, акушер-гинекологи, медицински сестри, акушерки, педиатри, нутриционалисти.
- По-голямата част от респондентите смятат, че здравето на техните деца би се усъвършенствало, ако се храният с обогатена кърма и храна, но биха имали нужда от допълнително обучение от лекар или акушерка.
- Половината от родилките биха инвестирала допълнителни финансови средства в обогатените храни. Българската вина е държала на качеството в храненето на децата си, но в момент на икономическа криза е необходимо допълнително държавно финансиране.
- Предвид влиянието на микробиотата върху здравия статус и спецификата при храненето на недоносили деца, обогатяването на кърмата или на специализираните храни с полезни бактерии, би допринесло за профилактика и лечение на някои заболявания, в това число такива, изискващи антибиотична терапия, като и при превенция на некротизиращ ентероколит.

Заключение

Ефективността на такива обогатяващи добавки може да се повиши чрез прилагането на индивидуализиран подход. В София т съществува център за научноизследователска и развойна дейност и Акредитираната лаборатория за изпитване на храна при „Ел Би Булгарикум” ЕАД разполагат с капацитет и съвременна апарата за оценка наличието на лактобактерии, бифидобактерии и други микроорганизми, както и физикохимичен анализ на кърма, с което при правилна съвместна дейност може да улесни лекарите педиатри при прилагане на индивидуализиран подход при храненето на недоносили новородени.

Препоръки към практиката:

1. Маштабна информираност на семействата за полезните добавки към храната на недоносени новородени.
2. Обучение на бременните за правилно хранене на новородените.
3. Адекватно допълнително финансиране на семействата с недоносени новородени.
4. Подобряване на съвместната дейност между медицински специалисти, медии и центъра за научноизследователска и развойна дейност и Акредитираната лаборатория за изпитване на храна при „Ел Би Булгарикум” ЕАД с цел масово прилагане на пробиотичните щамове в педиатричната практика.

Литература

4. Томова В., Р. Георгиева „Съвременни стратегии за хранене на недоносени деца” „Практическа Педиатрия", Брой 7/2015.

5. Вакрилова, Л. (2016) „Хранене на рискови недоносени деца”, „Практическа педиатрия” https://prakticheskapediatria.net/2016/08/24/parenteral-nutrition/


Bifidobacterium, BB-12® The words most documented Bifidobacterium


12. Георгиева Р., В. Симов „Пробиотици в неонаталния период. Приложение на Bio Balance Baby при доносени и недоносени новородени деца”, „Педиатрия”, Брой 1/2014, стр. 65-69

13. Георгиева Р. „Пробиотици при новородени деца и кърмачета. Ефективност на комбинация от лактобацили, използувана в пробиотичния препарат ProCombo baby”, МЕДИНФО, Брой 8/2019

Доц. Лилия Перусанова, дм
СУ „Св. Климент Охридски" МФ
Email: liliperusanova@abv.bg
ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА В ПРОЦЕСА НА АДАПТАЦИЯ НА НОВОПОСТЪПИЛИТЕ МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ В ЗДРАВНОТО ЗВЕНО

Маргарита Папазова, Десислава Бакова, Станислава Харизанова

CHALLENGES IN THE PROCESS OF ADAPTATION OF NEWLY APPOINTED NURSES IN THE HEALTH UNIT

Margarita Papazova, Desislava Bakova, Stanislava Harizanova

ABSTRACT: The adaptation of newly appointed medical professionals to the specifics and intensity of activities in the health unit is a complex process that is influenced by many factors. Its flexible management ensures quick and smooth adaptation to the working conditions and social environment. The management and control of this process make it possible to plan activities, to stimulate professional growth, solidarity, staff competencies and to minimize staff turnover. Work adaptation is a social process in which the medical specialist must learn the new work situation in the continuous interaction between him/her and the work environment. The professional adaptation of the newly appointed nurses is related to the acquisition of the relevant professional skills necessary for work in the health unit, as well as to the continuous adaptation to the social, psychological and economic working conditions.

Keywords: work adaptation, nurses, health units

Въведение

За да бъде ефективна, дейността на здравната система трябва да бъде добре обезпечена с необходимите ресурси. Добрият баланс и рационалното им управление гарантират ефективност в дейността и високо качество на здравните грижи [1]. Във всяко здравно заведение_balansiranoto osiguravane i upravleniето на технологичните, финансови, материални ресурси не биха довели до ефективност на дейностите без наличието на добра обезпеченост с човешки ресурси [2].

Системата на управление на човешките ресурси в здравното заведение включва разнообразие от дейности, които са обект на непрекъснат анализ и корекция, което обеспечава ефективността й. Управлението и осигуряването с човешки ресурси за всякия дейност в здравното заведение е сложна задача, изпълнена с предизвикателства и изисква задълбочен анализ на работната среда - планиране на необходимостта от ресурси, правилен подбор на персонала, решаване на проблемите с текуществото на персонала, бърза адаптация на новопостъпилите служители в спецификата на здравните дейности, мотивация на персонала [3]. Адаптацията на новопостъпилит медицински специалист се сложен процес включва различни дейности, които имат за цел да гарантират, че служителят добре се адаптира към новите условия на труд, работи с желание в сплотен екип, работи бързо и лесно и може да изпълнява задълженията си най-ефективно [4, 5]. Целта на методите на адаптация в конкретното здравно заведение е да улесни новопостъпилата медицинска сестра да овладе нови трудови функции, знания и умения, да усвои правилата и стандартите на поведение, да се адаптира към условията на труд и социалната среда на здравното звено [6, 7].

В настоящата статия са описани някои предизвикателства в процеса на адаптация на новопостъпилите медицински сестри в здравно звено.

Първите стъпки в процеса на адаптиране към новата работна среда са свързани със запознаване със здравното звено, персонала, спецификата на медицинските дейности, организацията на дейностите, отговорностите по осъществяване грижите за болниците. Професионалната и морална подкрепа на служителите с опит, насочена към младия медицински специалист, формират положително отношение
към работния процес и водят до бързо формиране на необходимите компетенции и по-ефективна адаптация [6, 8]. Предизвикателството в този процес е ниската обезпеченост със сестрински персонал и високата интензивност и специфичност на здравните грижи. Сериозен проблем в системата на здравеопазване в нашата страна е бързо намаляващия брой квалифицирани медицински сестри. Работният процес в здравните заведения се затруднява и това води до претоварване и хронична умора на работещите медицински сестри.

Процесът на адаптация на новопостъпилите медицински специалист е многокомпонентен и включва в себе си психофизиологична, социално-психологическа, организационна адаптация и професионално развитие [9]. Ефективно управление на този процес за всяко здравно звено трябва задължително да включва алгоритми за бързо и безпроблемно усвояване на спецификата на здравните грижи в болнечното звено, внедряване в екипа, създаване на срочовете за адаптация [10]. Важно условие е всички служители да участват активно в подпомагането на тази адаптация, тъй като някои от екипа могат да се нарушават нормалните работни режими. Това ще повиши качеството на работата и ще намали текучеството в здравните грижи [10].

Успешната психофизиологична адаптация е детерминирана от здравето на служителя и неговите естествени реакции към условията на труд [6]. Новопостъпилите медицински специалисти трябва да се адаптират към условията на труд и почивка и към естеството на трудовата дейност. Бързата и адекватна психофизиологична адаптация е изключително важна като превенция на здравослабление, което би могло да доведе до нарушаване на качеството на изпълнените здравни дейности [10].

Организационната адаптация е детерминирана от процесите на запознаване на новопостъпилите медицински специалист с длъжностната характеристика, нормите и регламентите на здравните грижи. Съществен момент при тази стъпка от процеса на адаптация е разбиването на високата интензивност на работата, което би могло да доведе до нарушаване на качеството на изпълнените здравни дейности [10].

Следващата стъпка в процеса на адаптация е приобщаването към неформалните традиции в здравното звено. Участието в тейм билдинги, групови срещи и приключване на работа по различни поводи трябва да се пропускат
от новоназначените колеги, защото тези мероприятия имат за цел да сплотят екипа в приятна среда и да мотивират за по-добра съвместна и ефективна дейност [14].

Бързата адаптация на новопостъпилите медицински служители е приоритетна цел на всеки ръководител на здравното звено. За да бъде възможно това е необходимо информация за факторите и механизмите, които са определящи в процеса на адаптацията [15]. Доброто познаване и управление на процесите свързани с особеностите на работното място, трудовото поведение на членовете в здравното звено, факторите, които оказват влияние на мотивацията са в основата и на планиране дейностите за повишаване мотивацията и трудоспособността на персонала [16, 17].

Заключение

Основната цел на всяко здравно заведение е да предоставя качествени здравни грижи, което е невъзможно без наличието на медицински специалисти с висока квалификация, компетентности и лични качества. Работата на медицинските специалисти е екипна, високо интензивна, в стресова среда и с най-голям риск от професионално изпепеляване. Ефективността на екипа от медицински специалисти е детерминирана от лични и професионални качества на всеки един член. Бързото приспособяване на новопостъпилите към работната и социална среда на здравната структура е гаранция за висока ефективност и качество на предоставените здравни дейности. Адаптацията на новопостъпилите медицински сестри е много важна част от цялостната система за управление на човешките ресурси в здравеопазването. Създаването и прилагането на програми за бръсна адаптация на новопостъпилите служители повишават ефективността на здравните дейности, гарантират качеството им и подобряват цялата организация на работа.

Литература

1. Гърчарова, Г. Управление на здравните грижи. С модул Здравни проекти, Второ преработено издание. Изд. център на МУ-Плевен, Плевен, 2011.
3. Павлова, С., Значимые дейности и характеристики от профессионалната практика на медицинската сестра, Управление и образование, 2012; том VIII (3): 161-164.
11. Шахбазов, АА. Создание системы адаптации в бюджетном медицинском учреждении. Отдел кадров бюджетного учреждения. 2008; (1): 8-17.
13. Radeva S, Georgieva L. Satisfaction and self-assessment of the employment relationship in the practice of the obstetric profession in


17. Прохоренко, Н.Ф. Система мотивации труда медиков. Кадровый менеджмент. 2007, № 3. 130.

18. Матвейчик ТВ, Вальчук АЭ, Иванова ВИ, Корытько СС, Кулagina ГВ. Индивидуальная форма повышения качества сестринских навыков: наставничество. Минск: БелМАПО. 2006.


Маргарита Папазова
4002, Пловдив
бул. „Васил Априлов― №15А
Факультет по Общественно здраве
Медицински университет – Пловдив
E-mail: magisan12.12@gmail.com
ABSTRACT: In recent years, there has been a significant increase in the relative share of people with osteoporosis. Socio-economic consequences for society are serious due to frequent complications, reduced or lost ability to work, deteriorating quality of life. There is a negative trend in which the number of osteoporotic fractures in the next 20-30 years is drastically increasing. This disease affects not only the elderly, but also a large number of people of working age. These trends highlight the need of active prevention and early detection programs. Increasing people's motivation to deal with behavioural risk factors such as: physical activity, diet, body mass index, smoking, and stress are important components of effective prevention. Quality information about the disease and leading a healthy lifestyle contribute to maintaining good bone density, reducing risk and ensuring a good quality of life.

Key words: risk factors, health behaviour, osteoporosis prevention, health monitoring, nursing care

Остеопорозата е социално-значимо заболяване, което има сериозни физически, психологически и социално-икономически последствия. Основна причина за развитието й е непреќьснатата загуба на костна маса през целия живот. Засегнати са хора от различни възрастови групи. Жените боледуват значително по-често от отколкото мъжете, което се обуславя от по-големия загуба на пищовата костна маса, особено след настъпване на менопаузата. Формирането на пищовата костна тъкан, през детството и юношеството е основен индикатор предразполагащ развитието на остеопорозата. Заболяването се характеризира с безсимптомно протичане и липса на клинична изява в продължение на години. Най-честите усложнения са фрактури, които водят до промени в начина на живот на пациентите, инвалидизация и повишена смъртност. Преобладават бедрените и вертебралните остеопоротични фрактури, които причиняват болка, страдание и намаляване способността на болниците да поддържат своето самостоятелност, предоставяка за дълга и трайна инвалидизация. Ранното откриване е от ключово значение за заболяването, като основната задача е да се спре прогресията и да се предотвратят усложненията. Колкото по-навременно бъде диагностициран пациентът и започне лечението, толкова по-голям е шансът да се избегнат сериозните усложнения [24, 25].

В последните 10 години не се извършва масов скрининг за тестиране и определяне на рисковите групи, подлежащи на първична профилактика. Не се отделят достатъчно средства от НЗОК за информационни кампании и превенция на заболяването, не се ренумбурират изследванията за костната плътност и маркериите на костна обмяна. Същевременно не се използва ресурса на специалистите по здравни грижи в областта на профилактиката и здравното обучение на населението и пациентите с остеопороза. Тези обстоятелства налагат да се засили превенцията чрез активно включване на специалисти по здравни грижи в тези дейности.

Целта на статията е да се анализира съществуващата информация относно значението на ранното откриване на намалена костна плътност и навременно идентифициране на рисковите фактори, както и ролята на медицинската сестра в превенцията на остеопорозата.

Разпространение, диаигностика и клинична изява
През 1994 г. Световната здравна организация определя остеопорозата като "прогресивно системно заболяване на костния скелет,
което се характеризира с понижена маса и влошена микроархитектоника на костта, водещи до повишена чупливост на костите и повишен риск от фрактури”. През 2001 г. американските National Institutes of Health, NIH, модифицираха определението и дефинираха остеопорозата като: „Скелетно заболяване, което се характеризира с нарушената костна здравина, предразполагаща индивидите към повишен риск от счупвания; костната здравина включва две основни характеристики: костна пластност и качество на костта.” [5,10,14]. Това определя съдържа 3 важни компонента:

- количествен, касаещ костната маса;
- качествен, касаещ структурата на костта;
- клиничен – фокусиран връху остеопорозните фрактури.

При здрави пациенти със здрава кост има абсолютно равновесие между костна резорбция и костно изграждане, при което костната тъкан запазва своите характеристики в количествено и качествено отношение, докато при пациенти с остеопороза има абсолютен дисбаланс между двата процеса [23, 27].

В световен мащаб се наблюдава значително увеличение на дела на хората с остеопороза, като броят им надвишава 200 млн. души. Нараства и относителния дял на жените над момчета, като броят им надвишава 200 млн. души.

Данните за епидемиологията на остеопорозната костна заболявана в България са непълни. Показателите на костната плътност при жени на възраст 20-87 г. показва, че 20% от младите

женити имат намалена костна плътност или остеопения. Отчетени за резултати, доказващи рязко увеличение на честотата на остеопения и остеопороза във възрастта над 50 години. 32,50% от изследваните жени са с остеопения, 20,45% имат доказана остеопороза. Данныте показват, че почти поне 90000 българки имат повишен риск за остеопорозни счупвания. За една година по клинична пътека Оперативно лечение при фрактура на бедрената кост преминават средно 9 000 – 10 000 болни. Сведенията за хоспитализираните болни се изчисляват средна 9200 болни. Сведението засяга много тежко качеството на живот на пациентите. Това е установено както за пациенти с вертебрална, така и за хората с бедрени фрактури. В рамките на проучването MORE се установява, че дори неусложнената вертебрална остеопороза (без фрактури) повлиява качеството на живот при жените [17, 30]. Остеопорозните фрактури имат две орноми последици: в личен план – повишена смъртност и инвалидизация, а в обществен – огроми финансови разходи. Заболяването застава много тежко качеството на живот на пациентите. Това се установява както за пациенти с бедрени, така и за хората с вертебрални фрактури. В рамките на проучването MORE се установява, че дори неусложнената вертебрална остеопороза (без фрактури) повлиява качеството на живот при жените [17, 30].

Остеопорозата може да съществува без никакви признаци в продължение на години, до като не се получат сърушавания дори при минимална травма или незначително натоварване. Известна е като „тихия убиец” или “крадец на здравето на костите”. Основният симптом е рязко увеличение на честотата на остеопения и фрактурен риск, което може да бъде осъществено чрез интегриран многоисправен подход към проблема, като и с дейност за обучение по проблема на тримата – лекари, пациенти и общественост, за постигане на реални резултати в превенцията на заболяването, преди първата фрактура [4, 6, 8, 24].
колапс. На фона на гръбначни фрактури може да се получи компресия на гръбначния мозък и нервните окончания. Възможна е и загуба на чувствителност в различни части на тялото. Вследствие на остеопорозата могат да възникнат фрактури на бедрения кост, особено след инциденти, падания и спъвания. Тези наранявания могат да имат тежки последици и да доведат до частично или крайно обездвижване. Симптомите обикновено са свързани с болка при ходене, болка в краката, затруднено и бавно придвижване.

Фрактурите са особено опасни в напреднала възраст и само малък процент от пациентите се връщат към нормалния си начин живот. Остеопорозата води и до други нарушения:

- нарушаване в растежа в детска възраст, поради недостиг на пикова костна маса;
- намаление на растежа с около 2-4 см годишно;
- деформации в скелета и гръбнака (гръдна кифоза);
- нарушаване на вътрешните органи поради неправилна стойка и влошаване на съпътстващите заболявания [27, 35, 36].

СЗО и Международната остеопорозна фондация (IOF) предлагат и диагностично определение на остеопорозата, съобразно данните от измерването на количествения критерий – костната маса или плътност. Здравите лица имат костна минерална плътност (КМП) или костно минерално съдържание (КМС) в рамките на плюс-минус 1 стандартно отклонение от съответната средна стойност за млада здрава популация. Определя се т. нар. “T-score”. Намалената КМП, остеопения, се характеризира със стойности между минус 1 и минус 2.5 стандартни отклонения, а остеопорозата – със стойности под -2.5 стандартни отклонения. Одисността от фрактури, най-тежкото усложнение на остеопорозата, може да бъде точно оценино количествено основна на костната плътност и календарната възраст. Златният стандарт за измерване на костната плътност е чрез двойноенергийна рентгенова абсорбциометрия (DXA) [6]. Използват се и други методи за оценка на риска от счупване: оценка на клиничните рискови фактори, изследване на калций в серума, рентгенови изследвания, магнитно-резонансна томография, количествен ултразвук на костите. Най-пръв и удобен метод, с добър информативна стойност е периферната ултразвукова денситометрия, с по-мощта на която за няколко минути се прави заключение за плътността на костната тъкан в тялото.

**Рискови фактори, превенция и профилактика на остеопорозата**

Рисковите фактори за остеопороза се разделят на две групи: модифицируеми и немодифицируеми. Фактори, неподлежащи на корекция са: пол, възраст, раса, генетична предрасположеност, миниални фрактури, фамилна анамнеза за остеопороза, болезни, свързани с нарушаване на калциево-фосфорната обмяна, хормонални заболявания, липса на витамин D, тютюнопушене, увеличен прием на алкохол и кафе, телесна маса, стрес, продължителен прием на медикаменти и др. [24, 25].

Една от най-важните цели на превенцията е предотвратяването на костни фрактури чрез увеличаване на костната плътност и сила. Въпреки, че ранното откриване и навременното лечение на заболяването могат значително да намалят риска от бъдещи фрактури, ефективна терапия за лечение на остеопорозата няма. Една от важните превентивни мерки за запазване на здравината и силата на костите е здравословния начин на живот. Именно затова от изключително важно значение е промяната в стила на живот: създаване на навици за правилно хранене, още от ранна детска възраст. Калцият е необходим за скелетното развитие по време на детството и юношеството, както и за поддържане на качеството на костите при възрастните. Той играе изключително важна и ключова роля в образуването на пиковата костна маса. При хроничен дефицит в храната, риска за остеопороза се повишава. Най-важният фактор за предотвратяване на остеопорозата е създаване на навици за правилно хранене, още от ранна детска възраст. Калцият в необходим за скелетното развитие по време на детството и юношеството, както и за поддържане на качеството на костите при възрастните. Той играе изключително важна и ключова роля в образуването и развитието на пиковата костна маса. При хроничен дефицит в храната, риска за остеопороза се повишава. Това налага повишена консумация на храни богати на калций, магнезий и витамин D, както и прием на хранителни добавки за увеличаване на костната плътност [24].

Най-важният фактор за предотвратяване на остеопорозата е създаване на навици за правилно хранене, още от ранна детска възраст. Калцият е необходим за скелетното развитие по време на детството и юношеството, както и за поддържане на качеството на костите при възрастните. Той играе изключително важна и ключова роля в образуването и развитието на пиковата костна маса. При хроничен дефицит в храната, риска за остеопороза се повишава. Това налага повишена консумация на храни богати на калций. Хранителният режим трябва да включва още месо телешко, говедо, черен дроб, риба и рибни продукти, плодове, зеленчуци, билки, всички видове
ядки, пълнозърнести храни, бобови растения, елда, овес, просо, сусам. Тези храни са богати и на витамин Д, необходим за костното изграждане. Освен с храната, витамин D може да бъде набавен и чрез ултравиолетовите лъчи на слънцето. Смята се, че 30 минутен престой на слънце е достатъчен за осигуряване така необходимия за организма витамин D [9, 15].

От изключително важно значение за по-добро усвояване на калция от храната е ежедневното физическо натоварване. След увеличаване на мускулната активност, притока на кръв се подобрява, костите на скелета получават достатъчно количество хранителни вещества. Това влияе благотворно на костната и мускулна здравина, независимо от възрастта и пола. Обратно, принудително лежане, гипсiranе или гръбначна травма водят до загуба на костно вещество и повишена чувствителност към фрактури. Физическата активност е особено важна за профилактиката на остеопорозата при хората в напреднала възраст. Различните видове упражнения или ходене спомагат за увеличаване на плътността на костната тъкан [20, 22]. Препоръчват се антигравитационни упражнения, танци, интензивна аеробика, упражнения с еластични ленти [11]. Умерените и редовно провеждани физически упражнения имат благоприятен ефект върху обмяната на веществата. Костната система е по-масивна и по-трудно чуплива при лица, които още от детството са били физически активни. В зряла възраст те имат по-нисък риск от остеопороза [34].

Препоръки на СЗО относно борбата с остеопорозата:

- физически активен начин на живот, редовното движение на открито;
- балансирана диета;
- осигуряване на нужния прием на калций дневно;
- избягване на тютюнопушенето и високата консумация на алкохол [27].

Препоръки за хранене на Международната фондация по остеопороза:

- Адекватните нива на калций могат да увеличат положителния ефект на физическата активност, която осигурява здравето на костите по време на периода на растеж на децата.
- Приемът на плодове и зеленчуци осигурява нужната плътност на костите.
- Здравословното хранене е важна част от успешната програма за рехабилитация при пациенти, които са имали фрактура от остеопороза. При възрастни пациенти и такива с фрактура на бедрената кост това е изключително важно, тъй като липсата на пълноценно хранене може да забави възстановяването и да увеличи податливостта към допълнителни фрактури [27].

В България през 2008-2009г. е проведено национално проучване в рамките на Национална програма за ограничаване на остеопорозата и нейната. СЗО и Международната остеопорозна фондация са одобрили компютърна програма FRAX за оценка на фрактурния риск. Програмата е фокусирана върху жените след менопаузата, които са в най-голям риск от развитие на остеопороза. Резултатите от проучването показват необходимостта от комплексно въздействие за ограничаване на остеопорозния фрактурен риск, за постигане на резултати в превенцията на заболяването [20, 23].

Разработената Национална програма за ограничаване на остеопорозата дава добри резултати в периода 2006 – 2010 г. Постигнат е сериозен напредък в скрининга, диагностицирането и лечението на заболяването. Лечението се осъществява според европейските водещи линии за добра практика [19]. Създадени са центрове за борба с остеопорозата в много градове, част от които днес, за съжаление не функционират.

Превенцията на остеопорозата трябва да започне още в млада възраст. Хората от 20 до 30-годишна възраст могат да развият максимална плътност на костната тъкан при релевантен стил на живот. Хранителния режим трябва да включва прием на достаточно количество калций чрез млечни продукти, зеленчуци, бадеми и др. Смята се, че приемът на три млечни продукта на ден, осигурява необходимото количество калций. Калцият е жизнено важен за човешкия органите, но при недостатъчен прием организмът започва да го набавя от костите, което спомага за развитието на остеопороза. Не по-малко важен за предотвратяването на остеопорозата е набавяне на достатъчно витамин D [3, 20, 28].

Роля на медицинската сестра в профилактиката на остеопорозата

В развитите страни, медицинските сестри, които са обучени в грижи за възрастните хора, имат солидни познания за метаболитните костни заболявания. От друга страна имат специфични клинични умения за пла nirane, управление и оценка на грижите за пациенти с остеопороза. Медицински специалисти могат да
осигуряват качествени здравни грижи както по време на лечението на пациента, така и за превенция и профилактика. При първичната профилактика мерките са приложими за общото население, независимо от конкретния индивидуален риск. Фокусът на вторичната профилактика е ранното откриване на заболяването, диагностицирането, терапията и контрола на отделните рискови фактори за предотвратяване на фрактурите. Медицинските сестри могат да предоставят информация и да обучават хората за дългосрочното спазване на терапевтичните предписания, както и за водене на здравословен и пълноценен начин на живот. Ролята им е интегрирана в мултиспекулативната екипна справа, за планиране и управление на грижите, предназначени за пациенти в риск от остеопороза и последващи фрактури. След декомпиляция на пациентите с остеопорозни фрактури, всеки един от тях има нужда от медицински грижи в домашни условия. Именно затова медицинските сестри трябва да имат добри познания относно заболяването, рисковите фактори, психо-социалните проблеми и подходи за специално доверене на пациентите. Те трябва да обучат хората за тяхното последващо поведение, правилното приложение на назначения, включително и при хроничните болки, използването на допълнителни средства, корсети и др. Дома на пациентите трябва да се обезопасят, за да се предотвратят повторни спъвания и падания, както и да се проведат обучения на близките с оглед подобряване на кондицията и мускулната сила на болничните. Медицинските сестри трябва да мотивират пациентите да освобождават си на живот, да коригират храненето си, физическото натоварване и отказване от вредните навици [34].

Тези специфични умения на медицинските сестри са интегрирани в структурирани пътища за грижи чрез организационни модели, които нарасчват многопрофесионална координация и приемственост на грижите. В много страни, организационните модели с участието на опитни медицински специалисти осигуряват връзката между пациенти, семейства, ортопедични хирурги, лекари от първичната медицинска помощ и други здравни специалисти. Значението на тази координационна роля е потвърдено от систематичен преглед, при който е установено, че 66% от тези организационни модели се управлява от сестри и лекари, които създават връзките между пациентите и здравните системи [14, 18, 26].

Проведеното проучване от К. Попова и съавт. (2021), сред 55 жени на различна възраст, чрез въпросник за рискови фактори, показва наличие на риск за развитие на остеопороза при 24 (43,64%) от изследваните жени, като 16,67% от тях са на възраст до 50 г. При 22% се установяват предици по фрактури, основно на предмишницата, бедрения шийка или на гръбначен прешлен. Респондентите съобщават, че до този момент те не провеждали скринингов тест или изследване за ранна диагностика на остеопороза [25]. К. Захариева аниктира 130 жени на възраст 43-55 г., по време на профилактични прегледи. Резултатите показват недостатъчна информираност на респондентите относно превенцията и лечението на остеопорозата, дефицит на знания за профилактиката, както и характерни оплаквания за заболяването, без проведена диагностика (62%) [35]. Недостатъчното хранене и недостигът на хранителни вещества са преобладаващи в популяцията на възрастните хора. Това повлиява негативно костния обмен, което създава предпоставка за променлив рисков фaktuри за остеопороза и за ниски нива на витамин D [16].

Медицинските сестри имат важна роля и в превенцията на остеопорозата сред младежите. Техните усилия трябва да бъдат насочени към повишаване на информираността на учениците и родителите за рисковите фактори, както и за формиране на техните навици за здравословен начин на живот. Основно изискване във тези специалисти е правилното разбиране на медико-социалните проблеми на учениците, имащи склонност към развитие на остеопороза. Детството е критичен период за развитие на здравословни навици, подпомагащи поддържането на добро здраве през цялата живот. Особено важно място в тази възраст заема храненето. За добрата костно-минерална плътност основна роля играят някои миnergali и елементи като калций, магнезий, цинк, силиций, бор, манган и др. Тревожен е фактът, че учениците приемат твърде много фруктовии и зеленчуци, които не съдържат достатъчно калций, както и магнезий, цинк и други въглехидратни елементи. Това е връзка с ниски нива на витамин D [3, 19].

Стратегиите за прилагане на здравно обучение водят до промяна в здравното поведение, едновременно с повишаване на личната мотивация на пациентите и здравообразувателната среда, както и за подпомагане на развитието на остеопорозата. Проведеното проучване показва, че здравословното образование може да играе ключова роля за подобряване на здравословното състояние на големи групи хора [16].
вация за здравословен начин на живот. Добърите практики, основани на превантивни програми от медицински сестри сред младежи, доказват тяхното значение за намаляването на риска за остеопороза. Резултатите от редица проучвания показват, че увеличаването на минералната плътност на костите до 30 годишна възраст, намалява риска от остеопороза в по-къси етапи от живота, чрез спазване на подходяща физическа активност и здравословен начин на живот. Насърчаването към здраве трябва да бъде ежедневна и неразделна част от сестринската практика. По литературни данни, положителни резултати са отчетени след проведен тренинг сред голяма група млади жени. За обучителните сесии са използвани въпросници: Osteoporosis Knowledge Test и The Osteoporosis Self-Efficacy Scale. Информираността за заболяването и рисковите фактори водят до ефективни действия относно личното здравно поведение в дългосрочен план, което е много важно за жените в периода преди менопаузата [8, 9, 14, 19].

Аспектите на профилактичните сестрински дейности

За преодоляване на празнините в управлението на остеопорозата при високорискови пациенти, в редица държави са създадени мултидисциплинарни екипи за превантивно и терапевтично управление на заболяването. Дейностите включват оценка на риска от ниска костна плътност и риска от фрактури. Ролята на медицинските специалисти в тези екипи е водеща при оценката на рисковите фактори за здравето на костите във всички възрастови групи, за повишаване на знанията на пациентите за остеопорозата и насърчаване на промяна в поведението. Специфични сестрински дейности:

- осигуряване на обучение през целия живот относно здравето на костите, първична и вторична профилактика,
- обсъждане на подходящи мерки за поддържане на костната плътност, оценка на риска на пациентите за ниска костна плътност или остеопороза;
- предоставяне на информация на пациенти с или в риск за остеопороза и техните състояния относно фармакологичните и нефармакологични стратегии за лечение;
- обучение на пациенти и техните семейства относно риска от падане и стратегии за предотвратяване на падания у дома;
- оценка на рисковите фактори и прилагане на стратегии по време на хоспитализацията за намаляване на риска от падания и фрактури;
- осигуряване на медицински гръци за пациенти в риск от усложнения от остеопороза;
- насърчаване на спазването на терапията и дълготрайни промени в начина на живот [32].

Повишаване знанията на пациентите за остеопорозата

Повечето интервенционни проучвания показват, че повишаването на знанията водят до положителни промени в начина на живот [8]. Литературни данни от САЩ и други страни показват ниско ниво на знания за остеопорозата сред целеви групи с повишен риск, поради възраст и фамилна анамнеза за роднини от първа линия с остеопороза или фрактура, прием на медикаменти, снижаващи костната плътност или други рискови фактори. Изследванията показват, че въпреки знанията за заболяването участниците в проучването имат ниско ниво на разбиране за ролята на лекарствата за намаляване на риска на падане, опасения за странните ефекти на лекарствата, неразбиране на причините за развитие на остеопороза и несигурност за контролиране на състоянието [7].

Друг важен аспект на профилактиката за остеопороза е адаптирането на интервенциите според културните особености на целевите групи. Медицинските сестри трябва да приспособят своите образователни интервенции към културата, езика и нуждите на специфични етнически групи. При предоставяне на информация за остеопороза на пациентите, включително обясняване за това какво е заболяването, последиците от нея и факторите, които повишават риск от падане, медицинските специалисти трябва да имат адекватна широчина и глобално разбиране на причините за развитие на остеопороза и несигурност за контролиране на състоянието [7].
Въпреки ефикасността на лечението и намаляване на риска от фрактури, лошото придвижване към лечението е проблем за справяне с остеопорозата. Факторите, които вляят отрицателно на здравословното поведение са: недостиг на знания; липса на вяра за ползите, свързани с превенция; липса на мотивация за преодоляване на бариерите пред остеопорозата; липса на социална подкрепа, неадекватен достъп до грижи и възможности за промяна на поведението, както и езикови бариери [1, 2, 8].

По-голямата част от успешните програми включват повече от един вид интервенция (напр. обучение, комбинирано със самоуправление) и използване на стратегии за ангажиране на пациентите, които влияят върху техните здравни убеждения и нагласи за остеопорозата и пропоръчаните лекарства. Редица проучвания демонстрират, че здравните убеждения и самоективността играят важна роля в приемането и поддържането на здравословно поведение на превенция и спазване на лечението за остеопороза. Приложението на обучителни програми води до увеличаване консумацията на храни, богати на калций и витамин D, повишена физическа активност и модификацията на начина на живот. Ефикасността и очакваните резултати играят важна роля за добър двигателен режим и придвижване към терапевтичния план [29, 31, 33].

Друг важен аспект на сестринските грижи е контролът върху редовния прием на преписаните лекарства, при пациенти в напреднала възраст. Специфичната роля на сестрата е да идентифицира факторите, които водят до неправилен прием или намиране на индивидуален подход за преодоляването на този проблем. Литературата справка показва, че пациенти, на които са приложени въпросници за оценка на риска са по-склонни да вземат мерки за намаляване на рисковите фактори, като приемат на калций и витамин D, както и да провеждат необходимите изследвания. Предотвратяването на падения и фрактури може значително да се намали, след активно обучение от медицинска сестра за укрепване на мускулите, оценка на опасностите в дома и осигуряване на безопасна среда, както и регулярна проверка на зрението и редовният прием на преписаното лечение [32].

Заключение

Нарастването на относителния дял на хора в трудоспособна възраст с остеопения и остеопороза е свързан със съвременния начин на живот. Провеждането на превентивни програми за здравно обучение, оценка на рискови фактори, както и скринингови изследвания за ранно установяване на промени в костната плътност ще доведе до снижаване на риска от развитие на остеопороза. Много хора не знаят, че са в риск от развитие на остеопороза или вече имат това заболяване. Предотвратяването на загуба на костна маса и паданията са основни цели, които ще намалят броят на фрактурите, ще доведат до намаляване на заболеваемостта, подобряване на качеството на живот и намаляване на смъртността. Медицинските специалисти, които са подготовени за извършване на скрининг и профилактика на остеопорозата имат ключова позиция в екипите за превенция и лечение, като целта е повишаване качеството на живот, предотвратяване на фрактурите, усложненията и преждевременната смърт. Много от дейностите за предотвратяване или минимизиране на загубата на костна маса са в компетенциите на медицинските сестри и техният ресурс трябва да се използва пълноценно в профилактиката на социално-значимите заболявания, каквото е остеопорозата.

Благодарности: Това проучване се осъществява в рамките на вътрешни университетски проект НО №10/2022г., Медицински университет – Пловдив.

Литература


76


32. Smeltzer, S., Bing, Qi. 2014. Practical implications for nurses caring for patients being treated for osteoporosis. *Nursing: Research and Reviews*, 4: 19-33.


gл. ас. Мариета Тодорова, дм 
Катедра по сестрински грижи 
Факултет по Обществено здраве 
Медицински Университет – Пловдив 
e-mail: marietattodorova@gmail.com

dоц. Даниела Танева, дм 
Катедра по сестрински грижи 
Факултет по Обществено здраве 
Медицински Университет – Пловдив 
e-mail: Daniela.Taneva@mu-plovdiv.bg

преп. Веселина Букова 
Катедра по сестрински грижи 
Факултет по Обществено здраве 
Медицински Университет – Пловдив 
e-mail: Veselina.Bukova@mu-plovdiv.bg
ABSTRACT: The emergence and spread of COVID-19 led to substantial changes in the organisation of the whole educational process. For more than two years, people working in the education system have been trying to build a safe learning environment. With the emergency epidemiological situation announcement, the schools received special instructions on COVID-19 and precautions to protect students and teachers. According to the orders of the health authorities to prevent the spread of the coronavirus disease, all pedagogical specialists were provided with protective equipment and disinfectants. This article presents the results of a study measuring the readiness/preparedness of pedagogical professionals to implement effective health measures to control the SARS-CoV-2 transmission. All educators who participated in the survey used more than one precaution. Among the most preferred are frequent hand-washing (86.7%), mask-wearing (84.1%) and using an alcohol-based disinfectant (56.6%). Almost half (49.6%) of those surveyed have limited social contacts outside of work, and 23.9% have cancelled trips abroad. Despite the preventative measures taken and the readiness of pedagogical professionals to use them to help keep both staff and students, we found high levels of distress and tension caused primarily by the fear of coronavirus infection, the lack of sufficiently reliable protective equipment or personal reasons related to severe illness or care for other family members. In addition, impaired communication and extended working hours, all these factors significantly affect the health and quality of life of many pedagogical professionals.

Key words: COVID-19, pedagogical specialists, health protection
за опазване на здравето в условията на пандемията COVID-19.

Материал и методи

Проведено е анонимно електронно анкетно проучване в началото на м. януари 2022 г., в което участваха 113 преподаватели от училища в гр. Пловдив. Преобладават участниците от женски пол (93.8%), което обясняваме с феминизирането на професията. Проучването беше реализирано под формата на онлайн анкета със средна продължителност около 15 минути. Резултатите от изследването са представени графично с помощта на MS Excel 2016.

Резултати и обсъждане

На фигура 1 е представено разпределението на респондентите по възраст (фиг. 1). Най-малък е процентът (4.4%) на педагогическите специалисти до 30 години:

Фиг. 1. Възраст на анкетираните лица

Почти половината (45.1%) от анкетираните лица са с педагогически стаж над 20 години. Преобладават преподавателите в начален етап на средното образование, (51.3%), следвани от тези в прогимназиален (20.4%) и в гимназиален етап (15%). 13.3% са учителки в детска градина, психолози и преподаватели и в трите етапа на училищното обучение.

COVID-19 оказа огромно влияние на различните сфери на живота. Основните мерки, които се предприемаха от самото начало на пандемията са с цел предизвикване от заразяване. Установихме, че всички респонденти използват повече от един вариант за предпазване от COVID-19. Сред най-разпространените средства са честото миене на ръцете (86.7%), носянето на маска (84.1%) и използването на дезинфектант със спирт (56.6%). Почти половината (49.6%) от анкетираните педагози са ограничили неслужебните контакти, а 23.9% са отменили пътувания в чужбина. Алтернативни методи използват 17.7% (фиг. 2):
С обявяването на извънредната обстановка беше създадена организация във всички училища за инструкции относно COVID-19 и начини за предпазване на ученици и учители.

По-голяма част (85%) от педагогическите специалисти споделят, че са получили инструкции как да се предпазват от COVID-19 (фиг. 3):
От анализа на резултатите установихме, че по-голяма част от респондентите са получили инструкции за предпазване от вируса и в голяма степен ги спазват. Използват предпазни и дезинфекционни средства, независимо дали са осигурени от работодателя или са лични. Почти половината от анкетираните лица са на мнение, че мерките, които са въведени в училищата не са достатъчни, за да се чувстват защищени и сигурни на работното си място. Участниците в проучването категорично прецени, че пандемичната обстановка е оказала негативно влияние и е променила в много отношения стила и начина на техния живот.

Заключение
В настоящата ситуация е важно всички мерки да бъдат осъзнати и приемани от всички като значими за опазване здравето на учителите, учениците и техните семейства. Необходимо е да бъде намерен баланс между добрато информираност и прекаленото ангажиране на вниманието на учениците с рисковете от разпространение на вируса [5]. Важно е да бъде осигурена спокойна среда за работа в колективите съответно училище, за учениците и техните близки, в която да бъде предоставена необходимата информация за рисковете от заразяване, да се ползват предпазни средства, но в никакъв случай да не се допуска създаване на допълнително напрежение.

Литература
1. Заповед № РД09-3310 от 18.11.2020 за носяне на лични предпазни средства за лице (защитна маска/защитен шлем)
2. Насоки за обучение и действия в условия на извънредна епидемична обстановка в училищата и в центровете за специална образователна подкрепа. Утвърдени със Заповед № РД09-4756/30.11.2021 г.

Адрес за кореспонденция
Проф. д-р Мария Семерджиева, дм
4002, Пловдив
бул. „Васил Априлов— №15А
Факултет по Обществено здраве
Медицински университет – Пловдив
E-mail: msemerdjieva@abv.bg

82
STUDY OF ATTITUDES OF HEALTH CARE STUDENTS TO LEARN WITH VIRTUAL REALITY

Monika Obreykova, Galina Terzieva

ABSTRACT: The development of virtual reality applications is constantly evolving and this allows students to become participants in simulated real life. This can be of great importance in education for nurses, midwives, and medical assistants because 3D dimensioning allows better visualization in many areas of activity. The purpose of this study is to study, analyze and summarize the degree of acceptance of the virtual reality application by student nurses, midwives, and medical assistants as a motivator for learning. The online opinion of 96 students from the field of "Health Care" for learning with virtual reality was studied and analyzed. According to the analysis of the data, the following results were found: a positive attitude towards the virtual reality application; factors influencing the acceptance and use of virtual reality in education have emerged; motivation for learning is specified; expressed a desire to learn how to work with virtual reality. The study found that in medical education, the virtual application can be a professional challenge.

Key words: health care students, virtual reality learning, training, computer science, digital games

Въведение

Обучението на медицинските специалисти по здравни грижи е регламентирано със закон. Професионалното обучение е определено за период от четири години, което включва теоретична и практически подготовка и приключва с полагане на държавни изпити. Студентите по здравни грижи трябва да бъдат подготовени за предстоящите предизвикателства. Това налага материална по дисциплините, който се преподава да бъде максимално оптимизиран и да се предлагат атрактивни условия, което ще позволи привличане на нови студенти.

Като се вземе предвид кои от настоящите методи на преподаване и учене са атрактивни, е важно да се отбележи напредък в обществото, както и в технологиите. Университетите и колежите винаги са били на върха на новите технологии, движещи развитието и създавайки следващото поколение ученци. В момента технологиите за виртуална и добавена реалност са на границата на развитието и промяната се случва с бързи темпове. Под виртуална реалност се разбират интерактивни модели на реалността, които се симулират от компютърни технологии. Създава се интерактивна 3-измерна (3D) игра среда, която става осезаема със съответното технологично оборудване (виртуални очила, компютър, смартфон). При това образователната цел е преди целя за забавление.

Ученето, базирано на дигитални игри е възможност за използване и за предаване на знания. Програмите за виртуална реалност са практическо приложение на този процес. Тези приложения могат да бъдат полезни при обучението на медицински специалисти. Непрекъснатото развитие на приложенията за виртуална реалност позволява на обучаемите да се сблъскват ефективно със симулиран реален живот и да изживяват все по-конкретни ситуации. Това може да бъде от голямо значение в образованието на бъдещите медицински специалисти, акушерки и лекарски асистенти, тъй като 3-измерността позволява по-добра визуализация за много области на дейност и може да предотврати потенциални грешки. В допълнение към този учебен ефект и приложението на виртуална реалност носят и елемент на забавление в ученето.

Сериозните игри привличат интереса на здравните науки поради своите интерактивни,
както и забавни свойства. Авторите Breuer и Schmitt формулират три области на приложение за ефективност и значението на виртуалната реалност: превенция и промоция на здравето, подкрепа на лечебните процеси и обучение на вече квалифициран екип. Една от възможностите за това е чрез интегриране на игри в учебния процес [1].

Студентите имат позитивно отношение към прилагането на нетрадиционни методи. Те изказват мнение, че при обучението се използват препратки и примери от други курсове и предмети, за да се повиши разбираемостта и се осъществи интегриране на познаниято по изучавания предмет [3].

В условия на пандемия всеки студент, обучащ се в направление „Здравни грижи“ се включва и използва електронно обучение. Развитието на съвременните технологии все повече променя начина на живот, като този технически прогрес е пряка функция от интелектуалния капацитет на съвременния човек, който се изгражда по време на неговото обучение, а то от своя страна все повече започва да се извършва чрез информационни и комуникационни технологии или все по-голям процес от обучението се реализира във виртуална среда. Усъвършенстването на обучението на медицинските сестри е в унисон с иновациите в образованието и електронното обучение, за да се повиши разбираемостта на познанията по изучавания предмет [4].

Добро ниво в подготовката по време на обучението на бъдещите медицински сестри, ще позволи да се повиши здравното обслужване на популацията.

Професионалната компетентност на медицинските специалисти е от изключително голямо значение, защото грижите за здравето и живота на хората с основна етична и морална необходимост на съвременното общество. Тези компетентности трябва да се формират, изграждат и придобиват още в самото начало на обучението [6].

Университетът е мястото за формиране на компетенции и дава възможност за предаване на информация чрез игрови елементи. По този начин мотивацията за учене се увеличава и студентът се стимулира. Основната функция на игрите не е предаването на информация, а оказването на влияние върху мисленето и съчинението. Факт е, че мозъкът има тенденция да запомня 10% от това, което чете, 20% от това, което чува и 90% от това което прави или симулира. Изучаването на сложен материал чрез практически задачи осигурява по-добра разбиране на дисциплината. Виртуалната реалност може да осигури подходяща и управляема среда за всякакви видеове обучение. Въпреки всички предимства виртуалната реалност все още не е широко разпространена в образованието.

Новото време поставя нови изисквания и електронната техника, с нейните негативи и позитиви, се откроява като важен, основен, свързан фактор в обучението на студентите. Използването и реализирането на възможностите на цифровите технологии, ще се извърши във възможностите на образованието, като този технически прогрес е пряка функция от интелектуалния капацитет на съвременния човек, който се изгражда по време на неговото обучение, а то от своя страна все повече започва да се извършва чрез информационни и комуникационни технологии или все по-голям процес от обучението се реализира във виртуална среда. Усъвършенстването на обучението на медицинските сестри е в унисон с иновациите в образованието и електронното обучение, за да се повиши разбираемостта на познанията по изучавания предмет [4].

Целта на изследването е да се проучи, анализира и обобщи степента на приемане на Приложенето „виртуална реалност“ от студенти в специалност „медицинска сестра“, „акушерка“ и „лекарски асистент“ като стимул за учене.

Обект на изследването е мнението на респондентите относно виртуалната реалност като метод и използване на дигитални игри за предаване на знания.

Логическите единици са 96 студенти от специалност „медицинска сестра“, „акушерка“ и „лекарски асистент“, обучащи се в Университет „Проф. д-р Асен Златаров“. Материали и методи на изследването проведено е онлайн анкетно проучване през декември 2021 - януари 2022 година. Направен е литературен обзор по разглежданата тема, извършено е социолюбно проучване. Резултатите са обработени по Microsoft Office Excel 2016 I Stat Grafics.

Резултати и обсъждане Според анализ на данните 39,6% от респондентите се обучават в специалност „медицинска сестра“, 34,40% в специалност „лекар-
Важно е да се отбележи, че 71,9% от респондентите са имали по-некакъв начин досег до приложението виртуална реалност, а 28,10% дори не са чували за приложението. Това дава основание потенциалът на приложението - виртуалната реалност да бъдат на-пълно използвани от тях самите, но само чрез внедряване в учебната програма на институцията. Ученето е стресиращо, а ученето с виртуална реалност има забавна алтернатива на нормалното учене, което подкрепя ученето на студентите и ги движи напред (фиг. 3.).

Фиг. 2. Отношение към технологиите

Фиг. 3. Наличие на опит с приложението виртуална реалност.

Направеното изследване посочва оценката на студентите по здравни грижи за приложението „виртуална реалност”. Оценяването се извършва не само като приложение за самите респонденти, а също и за боравенето на преподавателите.

Повече от половината (52,70%) респонденти оценят приложението като много полезно, а 36,80% от тях не могат да преценят значението му в образователния процес. Други 10% посочват приложението като неподходящо.

Приложението е необходимо да се приема положително, а не да предизвиква допълнителни трудности както за студентите така и за преподавателите.

Резултатите от проучването очертават положителна оценка за приложението виртуална реалност (фиг. 4.).
Фиг. 4. Как оценявате приложението виртуална реалност?

Зададен бе въпрос относно необходимостта от интегрирането на „Виртуална реалност“ в обучението на студентите от направление здравни грижи. Данните могат да се разгледат по следния начин: над половината (59,6%) от респондентите приемат необходимостта от интегрирането на „Виртуална реалност" в обучението на студентите. Част от запитаните (25,50%) не могат да преценят тази необходимост, а 14,90% не мислят, че е необходимо.

Студентите от специалностите „медицинска сестра“, „акушерка“ и „лекарски асистент“ считат, че използването на „Виртуална реалност“ в обучението е безспорно полезно. Ползите, произтичащи от цифровото визуално обучение с виртуална реалност е спестеното време в процеса на обучение, както и визуализацията на изучаваната материя (вж фиг. 5):

Фиг. 5. Интегрирането на виртуална реалност има ли приложение в обучението на студенти в направление здравни грижи?

За определяне степента на ефективност от обучението посредством използването на Приложението „Виртуална реалност“ е проучено мнението на студентите. За 64,20% от студентите подобряването на теоретичните знания стана чрез визуализация. Според 60% от респондентите използването би подпомогнало самоподготовката при усвояване на материална. Други 42,10% от респондентите считат употребата на „Виртуална реалност“ за съвременен метод за преподаване, който би подпомогнал образователния процес. На следващо място с 40% студентите считат, че по този начин би се повишило качеството на образованието.

Резултатите посочват, че студентите възприемат ученето с Приложение „Виртуална реалност" като положително, което дава възможност за повишаване на практическата им подготовка (фиг. 6):

Фиг. 6. Как виртуалната реалност би подпомогнала обучението Ви?

Логично бе да проучим мнението на студентите за факторите, влияещи върху приемането и използването на виртуална реалност в обучението.

Според 46,70% от студентите времето за усвояване на знания е недостатъчно. За 38,90% от студентите липсата на технически афинитет е предпоставка за трудности, непозволяващи използването на виртуална реалност в учебния процес. Други 33,30% от обучаемите считат, че имат недостатъчно дисциплинни подходящи за този вид подготовка. Това обаче се явява като предизвикателство за практическото интегриране на „Виртуална реалност“ в учебното съдържание, което ще осигури по-добър трансфер на знания у студентите (фиг. 7):

86
Фиг. 7. Фактори, влияещи върху приемането и използването на виртуална реалност в обучението

Проучването показа, че подготовката чрез използване на „Виртуална реалност“ би повишило мотивацията на обучаемите за учене. Според 54,20% от студентите, Приложението е увлекателно, а това би улеснило подготовката им. Студентите считат, че то им позволило да учат индивидуално и да се възприема като приятно занимание.

Една част (28,10%) от студентите не могат да преценят дали ги мотивира използването на Приложението „виртуална реалност“, а 17,70% не мислят, че Приложението би повлияло подготовката им (фиг. 8):

Фиг. 8. Влияние на Приложението „виртуална реалност“ върху мотивацията за учене

Интересно бе да се проучат нагласите на студентите за участие в обучение за работа с Приложението „виртуална реалност“. Повече от половината (59,30%) от запитаните считат за необходимо да се включат в такова обучение; други 24% от тях не могат да преценят дали желаят да учат, а 16,70% считат, че не е нужно. Степента на желанието да се обучат, за да използват приложението очертава личното приемане на технологиите (фиг. 9):

Фиг. 9. Желание за участие в обучение за работа с Приложението „виртуална реалност“

Изводи

Обучението на медицинските специалисти трябва да е базирано на качествена професионална подготовка, необходима за упражняване на професията. За повишаване качеството на професионалната подготовка често се търсят и прилагат иновативни подходи.

Резултатите от направеното проучване ни позволява да направим следните изводи:

- над половината (56,80%) от студентите заявяват своето „добро отношение“ към Приложението „виртуална реалност“;
- висок е делата на студентите (71,9%) при обучението, на които е използвано това Приложение;
- половината (52,70%) от респондентите дават своята положителна оценка за Приложението „виртуална реалност“, а останалите го възприемат и оценяват като „увлекателно приложение“, което ще ги мотивира за учене;
конкретизира се желание у студентите (59,30%) за включване в обучение с „виртуална реалност“.

Заключение

От педагогическа гледна точка Приложението „виртуална реалност“ е иновативен и ефективен подход в обучението на студентите от медицинските специалности.

Литература

2. Gonchev Vl. „Digital health technologies that will change the future activities of nurses”, 2021 Academic journal, Vol. № 5, 26 – 30

ст. преп. Моника Обрейкова, доз
Университет „Проф. д-р Асен Златаров“
ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи“
Адрес: гр. Бургас, бул. „Проф. Якимов“ №1
e-mail: monika.obrejkova@abv.bg

доц. Г. Терзиева, дп
Университет „Проф. д-р Асен Златаров“
ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи“
Адрес: гр. Бургас, бул. „Проф. Якимов“ №1
e-mail: galina.terzieva@abv.bg
OPPORTUNITIES FOR COMBINED THERAPY WITH ADAPALEN

Nadya Agova, Ivelin Iliev, Svetlana Georgieva

ABSTRACT; Topical retinoids play a crucial role in the treatment of acne. Adapalene, a relatively new third-generation retinoid, was approved by the U.S. Food and Drug Administration in 1996 for prevention and treatment of mild to moderate acne vulgaris in patients 12 years of age and older. It’s sold both as a prescription and a non-prescription drug as a 0.1% gel (Differin). Adapalene has a rapid onset of action and a particularly favorable tolerability profile compared with other retinoids. It can be used alone or in combination with antimicrobials, antioxidants, exfoliating agent etc. Combination therapy is therapy that uses more than one medication or modality in the treatment of a single disease. Based on the combination therapy, several combinations with adapalene have been observed. They are based on additive and/or complementary mechanism of action, synergism and other effects. Combinations with antimicrobial agents prove to be effective in single dosage forms while combinations with antioxidants and exfoliating agents are effective as separate dosage forms or are not recommended because of the enhancement of the adverse effects.

Keywords: retinoids, adapalene, treatment of acne, combination therapy

Adapalene is a relatively new third-generation retinoid that is sold both as a prescription drug and in lower concentrations as a non-prescription gel for the prevention and treatment of mild-moderate acne.

Acne treatment mainly involves reducing lesions and preventing permanent scarring. The current line of treatment for mild to moderate acne is topical medications with antimicrobials and retinoids.

Topical retinoids play a crucial role in the treatment of acne. There are other topical retinoids — tretinoin and tazarotene — used to treat acne, but adapalene stands out with significant advantages over others.

First, adapalene can inhibit keratinocyte differentiation, making it useful in reducing microcomedone formations, treating inflammation, and exfoliating mature comedones.

Second, the adapalene molecule is a more stable chemical structure compared to tretinoin and tazarotene, which makes it good to use with other acne medications, such as benzoyl peroxide.

Besides adapalene has a greater anti-inflammatory effect, lower skin irritation potential, and significantly better tolerability than tretinoin.

Adapalene was approved for use in 1996 and is one of the most popular, widely used retinoids on the market. It is a naphthoic acid derivative with retinoid-like activity. Its structure is shown in Figure 1:

![Figure 1 – Structure of adapalene](image_url)

Adapalene is available in several different concentrations and dosage forms. The list of medicinal products permitted for use in the Republic of Bulgaria and containing Adapalene includes only a combination of Adapalene with benzoyl peroxide in a gel [1].

Exactly the structure stability allows its combined use with other substances including benzoyl peroxide, ascorbic acid, as well as some antibiotics such as clindamycin

- Combination of adapalene and benzoyl peroxide
Benzoyl peroxide is an organic peroxide with the structural formula shown in Figure 2:

![Figure 2 - Structural formula of benzoyl peroxide](image)

Topical benzoyl peroxide exhibits bactericidal effects against Cutibacterium acnes (C. acnes) on the skin and within the hair follicles.

Its effects in the treatment of acne are based on its specific mechanism of action. Once absorbed by the skin, benzoyl peroxide is converted to benzoic acid. It is metabolized by cysteine in the skin, releasing active free radical oxygen species, leading to the oxidation of bacterial proteins. Due to this specific mechanism of action drug resistance has not appeared to develop with benzoyl peroxide use.

Benzoyl peroxide has proven safety and efficacy experience and may reduce the need for antibiotic treatment for acne.

Combination products with benzoyl peroxide appear to be more effective than benzoyl peroxide alone for the treatment of acne.

Adapalene and benzoyl peroxide provides significantly greater and synergistic efficacy. And also faster start-up with an acceptable safety profile and was generally well-tolerated in patients. The main reported side effect of the combination of the two substances is the appearance of very dry skin, erythema, and scaling [2].

- **Combination of adapalene and clindamycin**

Another product offered in combination with adapalene is the antibiotic clindamycin.

Clindamycin is a semisynthetic derivative of lincomycin, a natural antibiotic produced by *Streptomyces lincolnensis*. Its structure is shown in Figure 3:

![Figure 3 – Structure of clindamycin](image)

The main application of clindamycin is in the treatment of anaerobic infections caused by sensitive anaerobic bacteria, including infections of the respiratory tract, skin, and soft tissues. Clindamycin is also sometimes used to treat acne used alone or with other medications [3].

The combination of antibiotics with local retinoids is a rational choice because of their different, complementary, and additive mechanisms of action. The class of retinoid compounds is constantly growing and until recently, tretinoin was the only topical retinoid available. However, third-generation synthetic polyaromatic retinoids such as adapalene and tazarotene are currently widely prescribed for the treatment of acne vulgaris.

Therefore, clindamycin is often combined with adapalene. This combination is for external use only.

The rationality of the combination of the two drugs proceeds from the complementary mechanism of action. There is evidence that adapalene improves the penetration of topical clindamycin, contributes significantly to the increased efficacy of therapy [4].

- **Combination of adapalene and ascorbic acid**

Vitamin C, also known as ascorbic acid, has a central place among skincare products. This is largely based on its action as an antioxidant that fights free radicals and facilitates collagen production. Its benefits for the skin are numerous and include lightening, fading hyperpigmentation, fighting sun damage, fighting environmental toxins, reducing redness, and most importantly, preventing fine lines and wrinkles. The structure of ascorbic acid is shown in Figure 4:

![Figure 4 – Structure of ascorbic acid](image)

Based on all of the above, it turns out that retinoids and vitamin C are two of the most powerful ingredients in skincare. Combining them is a sure way to make your skin radiant, healthy, and glowing.
And if at first glance everything sounds promising, the dangers of co-administration of adapalene with ascorbic acid must be taken into account [5].

There is evidence that vitamin C and retinoids together are ineffective due to their different pH. This disadvantage can be easily overcome if applied separately. Retinol is best applied at night (this makes the skin more sensitive to light, increasing the risk of sun damage), and vitamin C works best during the day, as it is an antioxidant that protects against attacks during the day, such as damaging skin effects of pollution and UV rays [6].

- **Combination of adapalene and alpha hydroxy acid (AHA)**

AHAs can reduce the size of enlarged pores, which are often seen in skin prone to acne. The exfoliating effect of glycolic and lactic acids can even reduce acne scars.

As both, adapalene and alpha hydroxy acid, exfoliate the outer layer of the skin, they have potentially irritating side effects, especially in combination.

In addition to the treatment of acne, retinoids are a major class of drugs used in anti-age skincare. Both vitamin A derivatives, such as adapalene, and alpha-hydroxy acids (AHAs) are preferred by dermatologists to combat aging because they accelerate skin cell metabolism and increase collagen production [7].

Some of the most effective AHAs include glycolic acid (derived from sugarcane), lactic acid (derived from milk), malic acid (derived from apples), and citric acid (derived from citrus fruits). The structure of alpha hydroxy acid is shown in Figure 5:

![Figure 5 – Structure of alpha hydroxy acid](image)

Retinol and AHAs can definitely complement each other in routine skin care, but the big problem with their use stems from the fact that they both have a powerful exfoliating effect on the skin layer [8].

As a result, they thin the outer layer of the skin, and also make the skin sensitive to burns. both products can cause irritation and redness, in the worst-case chemical burns.

**Conclusion**

It can be summarized that as a representative of a new generation of retinoids adapalene is a promising product in the treatment of many diseases. Its application in the field of dermatology is especially important. This is complemented by its ability to be combined with other products that have proven their effectiveness and safety when applied to the skin. Much research remains to be conducted to determine the exact mechanism of action and to fully explore the possibilities for combination therapy with retinoids, including adapalene, with drugs from other pharmacological group.

**References**


TREATMENT WITH LOW-INTENSITY SHOCK WAVES (LI-SWT) IN PATIENTS WITH LIGHT TO MODERATE VASCULOGENIC ERECTILE DYSFUNCTION

Nikolay Mirinchev

ABSTRACT: In the present study the results of a course of low-intensity shock wave therapy (Li-SWT) in the treatment of patients with mild to moderate vasculogenic erectile dysfunction (ED) is analyzed. In the period November 2019 - December 2021 in the Department of Urology at UMHAT Burgas 50 patients have been observed. For the assessment of the results an International Index of Erectile Function (IIEF) Questionnaire in the form of a baseline interview and 3 months after treatment with low-intensity shock waves was used.

Key words: diabetes, erectile dysfunction, low-intensity shock wave therapy.

Въведение

Възможността за постигане и поддържане на ерекция изисква здрава нервна система, която провежда нервните импулси в мозъка, гръбначния стълб и пениса, здрави артерии в и в близост до кавернозните тела, здрави гладки мускули и фиброзна тъкан в кавернозните тела. Еректилната дисфункция (ЕД) може да се появи, ако не са изпълнени едно или повече от тези условия, при някои болестни състояния, прием на определени лекарствени средства и стрес.

Важно е да се установи причината за еректилната дисфункция и да се лекуват всички съпътстващи заболявания.

Причините за еректилна дисфункция както следва:

1. Физически причини. Съществуват четири основни типа здравословни състояния, които могат да доведат до физически причини, причиняващи еректилна дисфункция: васкулогенни, неврогенни, хормонални и анатомични

Еректилната дисфункция се появява при 15-25 % от мъжете, които имат тежка травма на главата.

1.1. Васкулогенни състояния. Васкулогенни състояния, които причиняват еректилна дисфункция сърдечно-съдови заболявания, високо кръво налягане (хибертония), диабет Това състояние може да повлияе както на кръвозабиването, така и на нервните окончания в пениса, така че също е неврогенно състояние.

ЕД е свързана в голяма степен със сърдечно-съдови заболявания.

1.2. Неврогенни състояния, като множествена склероза болест на Парикинсон, гръбначна травма или заболяване, инсулт.

1.3. Хормонални състояния – хипогонадизъм, хипертропия на щитовидната жлеза (хипертиреоидизъм), понижен функция на щитовидната жлеза (хипотиреоидизъм), синдром на Кушинг.

1.4. Атомични състояния, напр. болест на Пеййрони, която засяга тъканта на пениса.

2. Медикаменти. При някои мъже определени медикаменти могат да причинят еректилна дисфункция, напр. диуретици, антигипертензивни средства, фибрати, антигипертензивни средства, фибрати, антидепресанти, кортикостероиди, H2-антагонисти, антиконвулсанти, антихистамини, анти-андрогени, цитостатици.

3. Психологически причини. Възможните психологически причини за еректилна дисфункция са депресия и тревожност. Съществуват много емоционални проблеми, които могат да повлият на физическата способност за получаване и поддържане на ерекция, като напр. проблеми във връзката, липса на сексуални познания, минали сексуални проблеми, минало сексуално насилие.
4. Други причини, напр. прекомерен прием на алкохол, умора, тютюнопушене, употреба на наркотични вещества, напреднала възраст.

Обикновено лечението на ЕД включват:
- Медикаменти - терапията с инхибитори на фосфодиестераза тип 5 (PDE5is);
- Промени в начина на живот. Отказът от тютюнопушенето, промяната на дietsата и достатъчното упражнение могат да помогнат в борбата с ЕД;
- Консултиране. Ако психологически проблеми, като тревожност, стрес или проблеми във взаимоотношенията, причиняват ЕД, разговорът с терапевт или съветник може да помогне.
- Лечение на основните здравословни състояния. Здравословните състояния като сърдечни заболявания, високо кръвно налягане и диабет могат да допринесат за ЕД.

В последните години има много съобщения за използване на нискоинтензивна екстракорпорална ударно-вълнова терапия (Li-SWT) за лечение на васкулогенна ЕД чрез подобряване на перфузията на пениса [1], [2], [3], [4].

Клиничният термин за терапия с ударни вълни е нискоинтензивна ударно-вълнова терапия (Li-SWT). Това е неинвазивна терапия, която се е използвала в ортопедията от години, за да помогне за заздравяването на счупени кости, наранени връзки и наранени сухожилия. LiSWT също се използва за подобряване заздравяването на раните. Използвайки насочени високоенергийни звукови вълни, LiSWT може да ускори възстановяването на тъканите и растежа на клетките. Ударно-вълновата терапия подпомага възстановяването и укрепването на кръвоносните съдове в пениса и подобряване на притока на кръв. Импулсите предизвикват подобрен кръвен поток и ремоделиране на тъканите в пениса. И двете промени могат да доведат до ерекция, достатъчна за секс. Не е необходима анестезия [1], [2], [3], [4].

Ефектът от лечението е клинично значим от 1-3 месеца след завършване на лечението, с последваща прогресивно намаляване на постигнатото подобряние по отношение на еректилната функция, въпреки че някои ефекти все още могат да бъдат открити до 5 години след лечението [1], [2], [3], [4].

Цел

Целта на това проучване е да се оценят резултатите от курс с нискоинтензивна терапия с ударни вълни (Li-SWT) при лечението на пациенти с лека до умерена васкулогенна ЕД.

Материал и методи

В периода ноември 2019 г. - декември 2021 г. в амбулаторната практика бяха проследени 50 пациенти с лека до умерена васкулогенна ЕД на средна възраст 57.2 години. Те имаха среден резултат 18 от Международния въпросник за еректилна функция (IIEF) на изходното ниво и бяха лечени с Li-SWT.

По време на всяка терапевтична сесия прилагащата се нискоинтензивна терапия с ударни вълни във върху пениса се разделяше в 5 различни анатомични места на пениса: 3 точки по дорзалната част на корпуса на пениса и по 1 по латералната лява и дясна страна. На всяка точка се правеха 600 пулса. Проведоха се 8 лечебни сесии – по 1 лечебна сесия седмично в продължение на 2 месеца. Приложеното налягане беше от 1.5 до 2 бара, в зависимост от толерантността на пациента.

Резултатите са оценени с помощта на Международния въпросник за еректилна функция (International Index of Erectile Function, IIEF) под формата на интервю на изходно ниво и 3 месеца след лечението с нискоинтензивна ударни вълни.
Възможните отговори са от 0 до 5 точки. Резултатите се класифицират по следния начин:
- от 1 до 10 точки - тежка ЕД;
- от 11 до 16 точки - умерена ЕД;
- от 17 до 21 точки - лека до умерена ЕД;
- от 22 до 25 точки - ЕД;
- от 26 до 30 точки - без ЕД.

Критериите за успешно лечение за пациентите, на които се извърши физикален преглед и анамнеза преди и след всеки курс, са ПЕФ резултати ≥ 26 по време на 3-месечното проследяване.

Резултати

След направените наблюдения и обработка на данните се получи следните резултати:
1. Повече от половината от пациенти се диагностицираха с хипертония (53,12%) и хиперлипидемия (57,43%).
2. Разпределението на захарен диабет и сърдечно-съдови заболявания е съответно 10% и 14%.
3. Средната оценка от Международния въпросник за еректилна функция IIEF на участниците се увеличи до 26 и средното подобрение за всички 50 пациенти надвиши 8 точки. Еректилната функция на 48 пациенти (96%) се нормализира и те бяха в състояние да извършват полов акт, без да използват лекарства в следващите 3 месеца.

Никой от всичките 50 пациенти не е докладвал неблагоприятен ефект, свързан с нискоинтензивна терапия с ударни вълни (LiSWT).

Провеждането на нискоинтензивна терапия с ударни вълни Li-SWT при лечението на пациенти с лека до умерена ЕД позволява на пациентите да се връщат в по-нормалната си среда, като не трябва да използват медикаменти за осъществяване на нормален полов акт.

Ударно-вълновата терапия е нискорискова и безболезнена за повечето мъже и няма странични ефекти.

Заключения

Изследването ни доказа, че нискоинтензивната екстракорпорална ударно-вълнова терапия, използвана при лечение на лека до умерена васкулогенна еректилна дисфункция може да служи като спасително лечение при пациенти, при които няма добри резултати от прием на инхибитори на фосфодиестераза тип 5(PDE5is).

LiSWT е нов, ефективен, нелекарствен и добле толериран от пациентите метод.
96% от пациентите в настоящото проучване поддържат еректилната си функция при 3-месечно проследяване.

Имайки предвид, че над 80% от пациентите с ЕД имат васкулогенна причина, новият подход би бил ефективен при повечето лица с еректилна дисфункция.

Първоначалната тежест на ЕД е единственият значителен предиктор за успешен отговор на нискоинтензивна ударно-вълнова терапия.

Литература


Николай Миричев,
Отделение по урология УМБАЛ-Бургас АД,
Адрес: бул. Стефан Стамболов 73,
Бургас 8000, България
e-mail: drmirinchev@abv.bg
ABSTRACT: The Covid 19 infection has become one of the most current problems in the world since the end of 2019 due to the high morbidity and death rates, affecting all age, sex and racial groups. The disease develops in various ways among different individuals and leads to different kinds of complications. A small part of these affect the nervous system - the central, as well as the peripheral nervous system. In the majority of cases, this involves the onset of cerebrovascular illnesses, neuro-infections, Guillain-Barré syndrome, myopathies and others. The acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy is an immune-mediated disease and can occur in cases of acute infections, as well as in the post-infection phase in different periods of time. This can be considered as one of the rare complications of the "acute Covid-19" syndrome.

We present 3 clinical cases of acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy induced by the SARS-CoV-2 infection for the period between February and April 2021 among men in different age groups, which develop with a diverse clinical picture, characteristic cerebrospinal fluid and EMG changes. Partial motor function deficit recovery is observed after a medical treatment cycle is completed.

Keywords: Infection covid-19, Guillain-Barre syndrome, Polyradicukoneuropathias.

Въведение
COVID-19 е заболяване, свързано с тежък остър респираторен синдром на коронавирус-2 (SARS-CoV-2). SARS-CoV-2 е нов щам, който не е бил идентифициран при хората преди м. декември 2019г. Епидемията, която започна в края на същата, водеща началото си от Ухан, беше обявена за пандемия от СЗО на 11.03.2020г. Това е първата пандемия, причинена от коронавирус. Последни статистически данни към 05.08.2021г. сочат, че заболеваемостта в световен мащаб е 200 мл. души, смъртността - 4,25 млн. броя на оздравелите - 181 млн. броя на боледувалите е 426 хил. души, на починали – 18 229 души, а на оздравели-399 000 души.

Инфектирането с вируса се осъществява чрез свързването на рецептор-свързващия до-мостъс на вирусните шипове и клетъчния ангиотензин-конвертиращ ензим-2 (ACE2) рецептор, който се експресира в множество тъкани (бели дробове, сърце, централна нервна система (ЦНС) и други), което предполага и поява на полироганно усложнение. Множество ретроспективни проучвания, обхващащи пациенти с COVID-19, установяват, че при малък процент от тях се наблюдават неврологични прояви. Откриването на вируса в мозъчната тъкан и церебро-спиналната течност говори за вирусна инвазия в ЦНС. Увреждането на нервната система става чрез два основни механизма – хипоксична енцефалопатия и имуномедирана реакция.


Поради явното подобие между симптомите и механизмите на продължително симптоматичния Covid-19 и автоимунните заболявания, изследователите започнаха да наричат вируса „автоимунен вирус“. Това твърдение се пот-
вържда с наличието на автоантитела, молекуларна мимикрия, хиперферритинемия и цитокинови бури, HLA полиморфизмът на гена.

Едно от редките неврологични усложнения е острата възпалителна демиелинизираща полиневропатия (ОДПН) или синдром на Guillain-Barré (GBS). GBS е имуномедирано заболяване, протичащо с остро или по-достро начало (развитие до 4 седмици), характеризиращо се с поява на засилваща се двустранна слабост за крайниците и хипоили арефлексия, което може бавно или бързо да прогресира и да обхване асцендентно цялата мускулатура, включително дихателната и лицевата.

Заболеваемостта е средно около 1-2 на 100 000 души, като мъжете се засягат по-често от жените.

Етиологията му е свързана с инфекция, която тригерира имунен отговор, увреждащ периферните нерви, посредством кръстосана реакция с антигени в аксолемните и Шванови клетки.

При 75% от пациентите има предшестваща с 1–4 седмици от заболяването инфекция – от типа на простудно заболяване във формата на COVID-19, в края на м. Декември 2020г. След което е имал период с фебрилитет и ангина през месец Януари тази година. Процедура е консервативно лечение с нестероидни противовъзпалителни средства (НПВС). Около 15 дни по-късно се появили парестезии и дистална мускулна слабост в долни крайници, като не е предприето лечение, поради отказ от страна на пациента за хоспитализация. Поради прогресивния ход на заболяването, изявяващ се с новопоявили се парестезии и слабост в горни крайници, около седмица след първоначалните оплаквания, е осъществена електромиография (EMG) с данни за полиневрит, което налага хоспитализирането на пациента.

При проведената консултация с офталмолог се констатира оток на папилите, вероятно поради силната хиперпротеинорахия. Назначени са противооточни (Mannitol 15% за 2 дни, Furanthril 20 mg amp. за 2 дни) и кортикостероидна (средно високи дози Dexamethazon) терапия, КТ на главен мозък за изключване на остър мозъчен инцидент и обемзаема процес. Поради липсата на такива, се осъществяват ЛП. Започна лечение с високи дози интравенозен имуноглобулин, който пациента понесе добре. Параклиничните изследвания са без особености. От ликворното изследване се установява характерната белтъчно-клетъчна дисоциация, при нормални стойности на ликворна захар и електролити. При микробиологичното му изследване не се установи растеж.

Първият клиничен случай: Касае се за мъж на 65г., постъпи през месец Февруари 2021 година в Отделение по Нервни Болести (ОНБ) при УМБАЛ-Бургас, с подостро настъпила слабост в крайниците, по-изразена за долни, нарушаща походката му. Пациентът е бил контакт на съпругата си – болна от COVID-19, в края на м. Декември 2020г. След което е имал период с фебрилитет и ангина през месец Януари тази година. Процедура е консервативно лечение с нестероидни противовъзпалителни средства (НПВС). Около 15 дни по-късно се появили парестезии и дистална мускулна слабост в долни крайници, като не е предприето лечение, поради отказ от страна на пациента за хоспитализация. Поради прогресивния ход на заболяването, изявяващ се с новопоявили се парестезии и слабост в горни крайници, около седмица след първоначалните оплаквания, е осъществена електромиография (EMG) с данни за полиневрит, което налага хоспитализирането на пациента.

От неврологичния статус се установиха вяла квадрипареза с квадриарефлексия, по-изразени за долни крайници, повече в ляво и липса на патологични рефлекси от групите на Бабински и Росолимо. Наличие на парестезии в четирите крайника. Без тазово-резервоарни нарушения.

При постъпването, както и по време на престоя на пациента беше контактен и адекватен. В задоволително общо състояние.

При проведената консултация с офталмолог се констатира оток на папилите, вероятно поради силната хиперпротеинорахия. Назначени са противооточни (Mannitol 15% за 2 дни, Furanthril 20 mg amp. за 2 дни) и кортикостероидна (средно високи дози Dexamethazon) терапия, КТ на главен мозък за изключване на остър мозъчен инцидент и обемзаема процес. Поради липсата на такива, се осъществяват ЛП. Започна лечение с високи дози интравенозен имуноглобулин, който пациентът понесе добре. Параклиничните изследвания са без особености. От ликворното изследване се установява характерната белтъчно-клетъчна дисоциация, при нормални стойности на ликворна захар и електролити. При микробиологичното му изследване не се установи растеж.

От ЕМГ (проведени амбулаторно и при контрола по време на болничния престой) се установяват данни за остра демиелинизираща полиневропатия (ОДПН).

Таблица 1. Електромиографски данни

<table>
<thead>
<tr>
<th>Мышца</th>
<th>Латенция (msec)</th>
<th>Амплитуда (mV)</th>
<th>Площ (mVx msec)</th>
<th>Сконост (m/sec)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abductor digitii minimi (ulnaris)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Китка</td>
<td>5,1</td>
<td>5,2</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Лакет</td>
<td>10,0</td>
<td>4,0</td>
<td>22</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>Abductor pollicis brevis (medianus)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Китка</td>
<td>6,1</td>
<td>2,2</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Лакет</td>
<td>10,2</td>
<td>2,0</td>
<td>22</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>Abductor hallucis (tibialis)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>медиален малеол</td>
<td>5,9</td>
<td>2,1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>задколелна язика</td>
<td>16,9</td>
<td>0,7</td>
<td>39</td>
<td>35,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Extensor digitorum brevis (peroneus)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>стъпало</td>
<td>7,1</td>
<td>1,1</td>
<td>30</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>главна на фибула</td>
<td>17,5</td>
<td>1,1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
В резултат на проведеното лечение и рехабилитация, още през престоя в стационара, се наблюдава почти пълно обратно развитие на двигателния дефицит. При контролен преглед пациентът беше напълно възстановен.

Втори клиничен случай: Касае се за мъж на 69г., постъпил в Отделението по Неврохирургия (НХО) към УМБАЛ-Бургас, по повод гръбначно-мозъчна травма. В известен период след падане от собствена височина, се появили силна цервико-брахиална болка и изтръпване в дисталната част на крайниците. Поради бърза прогресия на оплакванията - поява и на дистална слабост в крайниците, до степен паациента да не може да се придвижва самостоятелно, е консултиран амбулаторно с неврохирург и насочен за хоспитализация в НХО през месец Февруари тази година.

От проведените образни изследвания (МРТ на торакален и КТ на цервикален сегменти), се установи липса на данни за травматични промени, мозъчно-съдови, компресионни и обемозаема процеси. След проведените LP и ЕМГ, с данни за остра демиелинизираща полрадикулоневропатия, пациента е преведен в ОНБ. При по-подробно снемане на анамнеза съобщи за прекарана SARS-CoV-2 инфекция около месец преди клиничната изява на симптомите.

От неврологичния статус се установиха горна вяла парапареза и долна вяла параплегия, с квадриарефлексия и наличие на патологични рефлекси от групата на Бабински двустранно. Не се установиха сетивни нарушения. При превеждането, както и по време на престоя в стационара, пациентът беше контактен и адекватен. В задоволително общо състояние.

Параклиничните изследвания са без особености. От ликворното изследване се устано- вяват белтъчно-клетъчна дисоциация, при нормонични стойности на ликворна захар и електролити. От микробиологичното му изследване не се установи растеж. Започна се терапия с високи дози интравенозен имуноглобулин, която пациентът понесе добре.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Таблица 2. Електромиографски данни</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Латенция</td>
</tr>
<tr>
<td>(msec)</td>
</tr>
<tr>
<td>Abductor digiti minimi (ulnaris)</td>
</tr>
<tr>
<td>Китка</td>
</tr>
<tr>
<td>Лакет</td>
</tr>
<tr>
<td>Abductor pollicis brevis (medianus)</td>
</tr>
<tr>
<td>меднален малеол</td>
</tr>
<tr>
<td>задколянна ямка</td>
</tr>
</tbody>
</table>

След проведеното лечение и рехабилитация, се наблюдава частично подобряние в движенията, като персистираща вяла квадрипаратеза (пареза за ръцете и слабост за краката). Поради отказ от страна на пациента да се храни по време на болничния престой, в последствие и в домашни условия (по данни на близки), около седмица след декомпенсацията, пациентът е починал вследствие на кахексия.

Трети клиничен случай: Касае се за пациент на 44г., постъпил по повод поява на тръпнение и дистална слабост в четирите крайника в края на месец Март тази година.

Пациентът е бил контактен на съпртата си (болна от Covid-19), след което е имал период на фебрилуитет с кашлица, и провел лечение с антибиотици и противовирусни препарати. Седмица след заболяването се появила мускулна слабост в долни крайници, по-изразена в дясно с парестезии в същата област.

От прегледа се установиха долна вяла паралепия по периферен тип в ляво, след което прогресира в лицева диплегия, с дисфагия и дисфония.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Таблица 2. Електромиографски данни</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Латенция</td>
</tr>
<tr>
<td>(msec)</td>
</tr>
<tr>
<td>Extensor digitorum brevis (peroneus)</td>
</tr>
<tr>
<td>стъпало</td>
</tr>
<tr>
<td>глава на фибула</td>
</tr>
</tbody>
</table>

След проведеното лечение и рехабилитация, се наблюдава частично подобряние в движенията, като персистираща вяла квадрипаратеза (пареза за ръцете и слабост за краката). Поради отказ от страна на пациента да се храни по време на болничния престой, в последствие и в домашни условия (по данни на близки), около седмица след декомпенсацията, пациентът е починал вследствие на кахексия.
От ЕМГ (проведено в стационара) се установяват данни за ОДПН.

В резултат на проведеното лечение и реконвалесценция, още по време на престоя в стационара, се наблюдава почти пълно обратно развитие на двигателния дефицит, като персистира лицевата лицевата дисфагия и дисфония.

По време на контролен преглед, около месец след дехоспитализацията, се установява пълно обратно развитие на двигателния дефицит. Персистира лицевата лицевата дисфагия и дисфония.

### Таблица 3. Електромиографски данни

<table>
<thead>
<tr>
<th>Латенция (msec)</th>
<th>Амплитуда (mV)</th>
<th>Площ (mVx msec)</th>
<th>Сконостроение (m/sec)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abductor digiti minimi (ulnaris)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Китка</td>
<td>35</td>
<td>6,4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Лакет</td>
<td>7,7</td>
<td>3,7</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>Abductor pollicis brevis (medianus)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Китка</td>
<td>13,7</td>
<td>5,3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Лакет</td>
<td>18,2</td>
<td>3,6</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>Abductor hallucis (tibialis)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>медиален мазел</td>
<td>6,6</td>
<td>6,8</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>задкоялна ямка</td>
<td>16,3</td>
<td>5,6</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>Extensor digitorum brevis (peroneus)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>стъпало</td>
<td>9,3</td>
<td>4,2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>глава на фибула</td>
<td>16,2</td>
<td>5,2</td>
<td>29</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Обсъждане

Пациентите прекарали SARS-CoV-2 инфекция, могат да развият различна неврологична симптоматика, което може да е причина за спешна госпитализация и лечение. Липсата на достатъчен клиничен опит влизат в диагностиката и лечение, като се наблюдават пациенти с тежко протичаща COVID-19 инфекция. Симптоматиката може да бъде, както от страна на централната, така и на периферната нервна система. Липсата на предиктор на усложнения е много висок. Неврологичните усложнения, тяхната превенция и лечение, тяхната превенция и лечение.

### Заключение

Съвременната медицина е в състояние да предотврати и лекува неврологични усложнения при пациенти, след прекарана остра Ковид-инфекция. Големият брой хора, засегнати от болестта се нуждаят от своевременно лечение и превенция на късните усложнения от различни органи и системи при една непозната инфекция в глобален мащаб. Правилното и навременно лечение значително подобрява изхода от заболяването. Необходими са по-масштабни клинични проучвания, насочени към оценка на риска за развитие на неврологични усложнения, тяхната превенция и лечение.

### Литература

1. Хайнц-Валтер Деланг, „Неврология“, 1996, медицински изпражжение „Шаров“
2. „Национален консенсус за диагностиката и лечение на имунно медирираните полиневрити и полиинвропатии“. Под редакцията на Акад. проф. д-р И. Миланов, д.м.н. София, 21.02.2019г.
4. К. Димитрова, Дж. Самул, Я. Грънчарова, М. Димитрова, УМБАЛСМ “И. И. Пирогов”, Отделение на имунно медирираните полиневрити и последващи неврологични усложнения, 2021г.

5. Проф. д-р Ян. Симова, „Пост-COVID-синдром – Предизвикателство пред медицината ще бъде „дългата COVID опашка“, https://cardiacinstitute.bg/%D0%B7%D0%B0%D0%BF-%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%82-%D0%B8%B0%D0%BF-%D1%81%D1%82-%D0%BD-%D0%BE-%D0%BD-%D0%BE-%D0%BC%


Радослава Чапанова, Мерхана Петкова, Владимир Гончев

Владимир Гончев

Университет“ Проф. д-р Асен Златаров“ - Бургас

УМБАЛ Бургас

e-mail: gonchev@gmail.com
ABSTRACT: Age-related changes in the immune system contribute to increased incidence and severity of infections in the elderly, and vaccination is an important preventive measure to facilitate healthy aging. Preventing diseases and death in older population that can be prevented by vaccines is a major challenge for public health. The aim of the study is to establish the state of our national health policy regarding the programs and measures for the realization of adequate vaccine prophylaxis of the population of elderly people and their awareness of the possible benefits and risks of its implementation. Materials and methods: study of normative documents, scientific literature and international experience regarding vaccine prophylaxis in the elderly. Results: Increased susceptibility to infectious disease in the elderly makes them an important target group for vaccination. However, most vaccines are less immunogenic and effective in adults because of age-related changes in the immune system. Vaccination programs in childhood are well accepted and widely used, but unfortunately, awareness about vaccination of elderly is far less noticeable. In addition to new vaccine development, it is crucial to raise awareness of the importance of vaccination outside of the pediatric field, as the vaccination coverage is still far from optimal for the older population.

Key words: vaccine prophylaxis, elderly people, information, benefits, risks
тоva от друга страна крие потенциални рискове за възрастните хора, за които не е препоръчлива ваксинация.

От съществено значение е да се разработят стратегии за ваксинация, специално пригодени за възрастното население, като по отношение на състава на ваксините, така и на протоколите за ваксинация, като се вземат предвид стареещата имуна система и възпалението, двете основни характеристики на остраяването.

Важно условие за разширяване на обхвата на ваксиниранияте е да се използва рационално кадровият ресурс (здравните професионалисти) за повишаване здравната информираност на населението, относно ползите и евентуалните рискове при ваксинопрофилактиката.

Целта на нашето проучване е: на базата на някои международни препоръки за ваксинопрофилактика, да се акцентира върху имуногенността и ефикасността на ваксините, използвани в момента за възрастните хора. Да се осигури стойността на националната здравна политика по отношение на ваксините, като се вземат предвид стареящата имуна система и възпалението, като основни характеристики на остраяването.

Материали и методи: проучване и анализ на нормативни документи, научна литература и международен опит по отношение на ваксинопрофилактиката възрастни хора.

Резултати и обсъждане
Много страни са установили препоръки за ваксинация за възрастни и повечето от тях включват специфични насоки. Няколко ваксини, като грипна и пневмококова, ваксина срещу тетанус, дифтерия и коклюш и както и ваксината за предотвратяване реактивацията на varicella zoster virus, се препоръчват специално за възрастни хора, като препаратите за ваксиниране включват възрастни хора от подходящи интервали.

Почти всички възрастни са латентно засегнати с Varicella zoster virus. Първичната инфекция, която обикновено се проявява в детска възраст, се проявява като варицела, и вирусът остава в латентно състояние до края на живота. При липса на достатъчно имунологичен контрол (например имуносупресия, имунооставяне) вирусното активиране може да доведе до херпес зостер. Честотата на това заболяване се увеличава с възрастта и е изчислено, че до 50% от всички случаи засягат лица над 85 години. При някои от пациентите острите епизоди на херпес зостер са последвани от редица усложнения, водещи до значително влошаване на ежедневните дейности.

Редовните бустер ваксинации срещу тетанус и дифтерия, в някои случаи в комбинация с коклюш и/или полиомиелит, се препоръчват на всеки 10 години в много страни за всички възрастни, включително и за хората над 85 години. Въпреки че тези ваксинации са по-редки в резултат на успешно ваксинацията, те са от решаващо значение за защитата на възрастните хора в напреднала възраст.

101
Ваксините при пътуване (вкл. и на дълги разстояния), стават все по-важни за възрастните хора, чиято брой се увеличава, поради подобреното здраве и мобилност на тази възрастова група. Честотата и тежестта на заболявания като коремен тиф, японския енцефалит, бял и жълт треска, са по-големи при възрастните. Съществуват обаче оскъдни данни, относно имунните реакции на възрастните хора, които пътуват по отношение на ваксините. Поради това насоките за имунизация разчитат основно на проучвания с млади участници. Поради това насоките за имунизация разчитат основно на проучвания с млади възрастни.

Заключение
Повишената чувствителност към инфекциозни заболявания при възрастните хора ги прави важна целева група за ваксинация. Въпреки това, повечето ваксини са по-малко имуногенни и ефективни при тази популация, поради свързани с възрастта промени в имунната система. Програмите за ваксиниране в детска възраст са добре приети и широко използвани, но за съжаление осведомеността за ваксинирането на възрастните хора е далеч по-малко забележима. В допълнение към разработването на нови ваксини, (в т. ч и срещу Ковид 19) отбележим. В допълнение към разработването на нови ваксини, (в т. ч и срещу Ковид 19) отбележим. В допълнение към разработването на нови ваксини, (в т. ч и срещу Ковид 19) отбележим. В допълнение към разработването на нови ваксини, (в т. ч и срещу Ковид 19) отбележим.

Литература
PROBABLE LIVER AND SKIN METABOLISM ACTIVATION OF HYPERICIN

Svetlana Georgieva, Ivelin Iliev, Nadya Agova, Marieta Georgieva, Petko Marinov

ABSTRACT: Hypericum perforatum L. is a spontaneous perennial herbaceous plant, widely distributed in Europe, Asia, Northern Africa, and North America. The dried flowers or dried aerial parts are used to prepare the drug Hyperici Herba or St. John's Wort. Nowadays this drug is largely used as a natural antidepressant; hypericin and hypericin-like substances are considered the main active ingredients. In this work we were examined the probable metabolic activity of hypericin in the liver and skin and prediction of protein and DNA binding of its metabolites.

Key words: liver metabolism, skin metabolism, hypericin

Introduction

St. John’s wort (Hypericum perforatum L.) (SJW) contains numerous compounds with documented biological activity. Constituents that have stimulated the most interest include:
- Phloroglucinol derivates: 0.2-4%, depending on the age of the herbal drug, mainly hyperforin and its homologue adhyperforin, furanohyperforin;
- Naphthodianthrones: 0.06-0.4%, mainly pseudohypericin and hypericin, protohypericin, protopseudohypericin, cyclopseudohypericin, skyriderivatives. The amount of pseudohypericin is about 2-4 times higher than that of hypericin;
- Flavonoids: 2-4%, mainly glycosides of the flavonol quercetin: hyperoside, rutin, isoquercitrin, quercitrin; also biflavones (I3,II8-Biapigenin, Amentoflavone);
- Procyanidines: e.g. procyanidine B2, tannins with catechin skeletal (6-15%)
- Xanthones: in trace amounts;
- Essential oil: 0.1-0.25%; the essential oil of dried flowering tops contains as main compounds 2-methyloctane (16%) and α-pinene (10.6%). In the essential oil of leaves of Indian origin 58 components were identified, α-pinene (67%) being dominant; the other components included Caryophyllene, geranyl acetate and nonane (each about 5%);
- Other constituents: include small amounts of chloregenic acid and other caffeoylquinic and p-coumaroylquinic acids, and also free amino acids.

Although there are some contradictions, most data suggest that several groups of active compounds are responsible for the antidepressant efficacy of the plant extract. Thus, according to the current state of scientific knowledge, the total extract has to be considered as the active substance.

The naphthodianthrones hypericin and pseudohypericin occur in the flowers and leaves of the crude drug material in concentrations of 0.06% to 0.4%, depending on the developmental stage of the plant with significant variation (7). The amount of pseudohypericin in SJW is approximately two to four times higher than that of hypericin (4). In some extracts this ratio may even be 10:1.

The naphthodianthrones show a restricted solubility in almost all solvents; the pure compounds, especially hypericin, are almost insoluble in water at ambient temperature. Nevertheless, more than 40% of the naphthodianthrone amount is extractable from the crude drug when preparing a tea with water at 60 to 80 °C (approx. 35% pseudohypericin and 6% hypericin) (11). The increase in solubility suggests the presence of coeffectors in the drug material that modify the solubility of the naphthodianthrones.

The naphthodianthrones attracted the attention of phytochemists early on because of their intense red color and their phototoxic properties (5 - 10).
Thus, toxicological concerns have centered on the potential photosensitizing effects of humans ingesting SJW extract, since this is a well-known toxic effect in animals consuming large amounts of the fresh plant material (1–4% of body weight). Calves receiving up to 3 g/kg of SJW herb have demonstrated no photosensitivity (17).

Bernd et al. (2) investigated the phototoxic activity of SJW extract (0.3% hypericin) using cultures of human keratinocytes. The authors cultivated human keratinocytes in the presence of different SJW extract concentrations and irradiated the cells with 150 mJ/cm² UVB, 1 J/cm² UVA, or 3 h with a white light of photon flux density 2.6 mmolm⁻²s⁻¹. The determination of the bromodeoxyuridine incorporation rate showed a concentration- and light-dependent decrease in DNA synthesis with high hypericin concentrations (≥ 50 μg/ml) combined with UVA or visible light radiation. In the case of UVB irradiation, a clear phototoxic cell reaction was not detected. The researchers concluded that phototoxic reactions of the skin would not be expected from the amounts of SJW extract used in the treatment of depression because blood levels of hypericin would be below the phototoxic dose (2). Based on the hypericin content, others have estimated that the amount of a commercial extract of SJW required to increase the risk of phototoxicity is approximately 2 to 4g/d, or 5 to 10 mg/d of hypericin (13, 14).

From a pharmacological standpoint, the hypericins are at present the most interesting compounds of SJW. Inhibition of monoamine oxidase (MAO) was considered as one of the key mechanisms used in conventional therapy for depression. Suzuki et al. (18) were the first to find that micromolar concentrations of hypericin could irreversibly inhibit MAO-A and MAO-B activity in vitro. However, the progress made in preparation and analytical techniques since 1984 has shown that the hypericin used in these experiments was impure and contained at least 20% of other constituents of the extracts—among these, the flavonoids are most noticeable. In fact, the MAO inhibitory effects of hypericin alone could not be confirmed in subsequent studies (3, 8).

The effects of hypericin in various receptor-screening models provide the most contradictory data: Raffa (12) found that hypericin had no affinity for traditional monoamine receptors or for adrenergic, gamma-aminobutyric acid (GABA), adenosine, or benzodiazepine receptors. The naphthodianthrone had modest affinity for muscarinic cholinergic receptors (subtype not measured) and similar affinity to σ receptors. Gobbi et al. (9) showed that hypericin inhibited ligand binding to NPY1-, NPY2-, and σ receptors. The authors found that these inhibitory effects were light dependent because they decreased or disappeared when binding assays were carried out in the dark.

Cott tested hypericin in a battery of 39 in vitro receptor assays, and hypericin showed affinity only for the N-methyl D-aspartate (NMDA) receptor (Ki ~ 1 μM) (10). These results could not be confirmed by Butterweck et al. (6). In Cott’s study, hypericin showed high affinity for the D3-dopamine receptor (Ki = 34.5 nM) and negligible affinities (Ki > 1000 nM) for nearly all other tested receptors and transporters. Interestingly, the affinity of hypericin for the D3-receptor subtype was much higher than that of the atypical antipsychotic clozapine (Ki = 372.3 nM).

Simmen et al. showed that hypericin had the most potent binding inhibition of all tested constituents to human corticotropin-releasing factor 1 (CRF1) receptor with an IC50 value of 300 nM (15). In a follow-up study, the same authors investigated the CRF-binding properties of both naphthodianthrones in greater detail by measuring their effect on CRF-stimulated cAMP formation in recombinant Chinese hamster ovary (CHO) cells (16). The authors found that only pseudohypericin selectively antagonized CRF (K(B) 0.76 μM).

In summary, the data from in vitro studies allocate interesting pharmacological properties to hypericin and similarly to the flavonoids. The therapeutic relevance of these findings needs verification by in vivo experiments. However, with regard to the contradictory effects of hypericin in various test models, it should be pointed out that the pharmacological evaluation of hypericin in most in vitro and in vivo studies is hampered by its poor solubility in aqueous solutions.

The OECD QSAR Toolbox is a software designed to support hazard assessment of chemicals as well as to increase mechanistic and other knowledge on chemical substances in a cost-efficient way. It promotes the use of assessment methods alternative to animals and minimizes unnecessary animal testing without reducing the safety of human health and environment (20). At a glance, computational tools reduce the use of animals in laboratory tests, reduce the cost for testing and increase the number of chemicals which are assessed for their effects upon human
health and the environment. The toxicity of substances can be predicted even before they are produced, facilitating sustainable product development and green chemistry (20).

The skin, like other organs in the human body, contains numerous enzymes that are capable of metabolizing endogenous substances and xenobiotics. In the past, the skin has been considered only as a physical barrier. Nowadays, it is well known that the skin also has the potential to metabolize substances with a different nature. Although the topical administration of drugs offers several advantages compared to traditional routes it is necessary to be well aware of the possibility of metabolism in the skin. The study of skin metabolism is of major importance not only in the field of transdermal drug delivery systems but also for the safe and efficient local skin treatment with topically applied substances (1).

Skin metabolism, in turn, can affect a number of processes, including skin toxicity, absorption, maintenance of homeostasis, delivery of dermal dosage forms, and efficacy. Due to the potentially wide-ranging effects that skin metabolism may affect, interest in it is increasing. This has led to the development of in vitro methods for predicting the potential of various substances to produce skin metabolites (1).

The aim of this work is examined the probable metabolic activity of hypericin in the liver and skin and prediction of protein and DNA binding of its metabolites by OASIS (Q) SAR Application Toolbox.

In vivo rat metabolism simulator. The current in vivo rat liver metabolic simulator (transformation table) represents electronically designed set of 671 structurally generalized, hierarchically arranged abiotic and enzymatic transformation reactions, which are characteristic for the metabolism for in vivo experimental systems such as rodent (mostly rat). The principal applicability of this simulator is associated with the reproduction as well as the prediction of the metabolic activation reactions and pathways of xenobiotic chemicals, which may elicit in vivo genotoxicity effects (19).

Rat liver S9 metabolism simulator. The current in vitro rat liver metabolic simulator (transformation table) represents electronically designed set of 551 structurally generalized, hierarchically arranged biotransformation reactions, which are characteristic for the metabolism for in vitro experimental systems such as rodent (mostly rat) liver microsomes and S9 fraction. The principal applicability of this simulator is associated with the reproduction as well as the prediction of the metabolic activation reactions and pathways of xenobiotic chemicals, which may elicit in vitro genotoxicity effects such as bacterial mutagenicity and chromosomal aberrations (19).

Skin metabolism simulator. Skin metabolism simulator mimics the metabolism of chemicals in the skin compartment. Given the lack of reported skin metabolism data and the widespread hypotheses is that skin enzymes can metabolize absorbed xenobiotics via reactions analogous to those determined in liver, the simulator was developed as a simplified mammalian liver metabolism simulator. The skin metabolism simulator contains a list of hierarchically ordered principal transformations, which can be divided into two main types – rate-determining and non-rate-determining (19).

DNA binding by OASIS. The profiler is based on Ames Mutagenicity model part of OASIS TIMES system. The profiler consists of 85 structural alerts responsible for interaction with DNA analyzed in Ames Mutagenicity model. The scope of the profiler is to investigate presence of alerts within target molecules which may interact with DNA (19).

Protein binding by OASIS. The scope of the profiler is to investigate presence of alerts within target molecules responsible for interaction with proteins. The list of 112 structural alerts has been separated into 11 mechanistic domains. Each of the mechanistic domains has been separated into
more than 2 mechanistic alerts. The profiling result outcome assigns a target to the corresponding structural alert, mechanistic alerts and domain (19).

Results and Discussion

QSAR Toolbox software (version 4.5) has been used for predicting possible metabolites of 9,11,13,16,18,20-hexahydroxy-5,24-dimethyloctacyclo[13.11.12,10.03,8.04,25.019,27.021,26.014,28]octacosa-1(26),2,4(25),5,8,10,12,14(28),15(27),16,18,20,23-tridecaene-7,22-dione (hypericin) in the liver (in vivo and in vitro rat) and in the skin its DNA and protein binding. The parent structure of hypericin can bind to DNA by two mechanism of actions - $S_N^1$ and $S_N^2$. The mechanistic alerts are alkylation after metabolically formed carbenium ion species, nucleophilic attack after metabolic N-hydroxylation and nitrenium ion formation and alkylation, direct acting epoxides and related after P450-mediated metabolic activation with the same structural alerts for polycyclic aromatic hydrocarbon, naphthaleneimide and carbazole derivatives. The parent structure can also bind to proteins by formin Schiff bases with carbonyl compounds with structural alert for aromatic carbonyl compounds.

In the liver metabolism simulator (in vivo rat), three metabolites were predicted. Results of hepatic prediction (in vivo rat) of 9,11,13,16,18,20-hexahydroxy-5,24-dimethyloctacyclo[13.11.12,10.03,8.04,25.019,27.021,26.014,28]octacosa-1(26),2,4(25),5,8,10,12,14(28),15(27),16,18,20,23-tridecaene-7,22-dione are present in Table 1.

### Table 1. Number and structure of the predicted hepatic metabolites (in vivo) of 9,11,13,16,18,20-hexahydroxy-5,24-dimethyloctacyclo[13.11.12,10.03,8.04,25.019,27.021,26.014,28]octacosa-1(26),2,4(25),5,8,10,12,14(28),15(27),16,18,20,23-tridecaene-7,22-dione by QSAR Toolbox.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Number of metabolite</th>
<th>DNA binding by OASIS (Mechanism of reaction)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Structural alert</td>
</tr>
<tr>
<td>1-3</td>
<td>Polycyclic Aromatic Hydrocarbon, Naphthaleneimide and Carbazole Derivatives</td>
</tr>
</tbody>
</table>

The possible DNA binding by OASIS (mechanism of reaction) of the predicted hepatic metabolites for 9,11,13,16,18,20-hexahydroxy-5,24-dimethyloctacyclo[13.11.12,10.03,8.04,25.019,27.021,26.014,28]octacosa-1(26),2,4(25),5,8,10,12,14(28),15(27),16,18,20,23-tridecaene-7,22-dione was estimated by QSAR Toolbox software. Results of DNA binding of the predicted hepatic metabolites for 9,11,13,16,18,20-hexahydroxy-5,24-dimethyloctacyclo[13.11.12,10.03,8.04,25.019,27.021,26.014,28]octacosa-1(26),2,4(25),5,8,10,12,14(28),15(27),16,18,20,23-tridecaene-7,22-dione are present in Table 2.
Polycyclic Aromatic Hydrocarbon, Naphthaleneimide and Carbazole Derivatives

<table>
<thead>
<tr>
<th>Number of metabolite</th>
<th>Protein binding by OASIS (Mechanism of reaction)</th>
<th>Structural alert</th>
<th>Mechanistic alert</th>
<th>Mechanistic domain</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1-3</td>
<td>Aromatic carbonyl compounds</td>
<td>Schiff base formation with carbonyl compounds</td>
<td>Schiff base formation</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

3-tridecaene-7,22-dione that have been predicted by QSAR Toolbox (in vitro rat metabolism simulator) are also three. Results of hepatic prediction (in vitro rat) of 9,11,13,16,18,20-hexahydroxy-5,24-dimethyloctacyclo[13.11.1.12,10.03,8.04,25.019,27.021,26.014,28]octacosa-1(26),2,4(25),5,8,10,12,14(28),15(27),16,18,20,23-tridecaene-7,22-dione are present in Table 4.

<table>
<thead>
<tr>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
</tr>
</thead>
</table>

Results of DNA binding of the predicted hepatic (liver in vitro) metabolites for 9,11,13,16,18,20-hexahydroxy-5,24-dimethyloctacyclo[13.11.1.12,10.03,8.04,25.019,27.021,26.014,28]octacosa-1(26),2,4(25),5,8,10,12,14(28),15(27),16,18,20,23-tridecaene-7,22-dione are present in Table 5.

Table 5. DNA binding of the hepatic metabolites for 9,11,13,16,18,20-hexahydroxy-5,24-dimethyloctacyclo[13.11.1.12,10.03,8.04,25.019,27.021,26.014,28]octacosa-1(26),2,4(25),5,8,10,12,14(28),15(27),16,18,20,23-tridecaene-7,22-dione by QSAR Toolbox (liver in vitro metabolism simulator).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Number of metabolite</th>
<th>DNA binding by OASIS (Mechanism of reaction)</th>
<th>Structural alert</th>
<th>Mechanistic alert</th>
<th>Mechanistic domain</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1-3</td>
<td>Polycyclic Aromatic Hydrocarbon, Naphthaleneimide and Carbazole Derivatives</td>
<td>Alkylation after metabolically formed carbenium ion species</td>
<td>$S_N^1$</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1-3</td>
<td>Polycyclic Aromatic Hydrocarbon, Naphthaleneimide and Carbazole Derivatives</td>
<td>Nucleophilic attack after metabolic N-hydroxylation and nitrenium ion formation</td>
<td>$S_N^1$</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1-3</td>
<td>Polycyclic Aromatic Hydrocarbon, Naphthaleneimide and Carbazole Derivatives</td>
<td>Alkylation, direct acting epoxides and related after P450-mediated metabolic activation</td>
<td>$S_N^2$</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

All three metabolites are reactive, i.e. alerts are found for DNA binding. The metabolites share the same structural alerts, mechanistic alerts and mechanistic domains as the parent structure.

Prediction results of protein binding of the predicted hepatic (liver in vitro) metabolites for 9,11,13,16,18,20-hexahydroxy-5,24-dimethyloctacyclo[13.11.1.12,10.03,8.04,25.019,27.021,26.014,28]octacosa-1(26),2,4(25),5,8,10,12,14(28),15(27),16,18,20,23-tridecaene-7,22-dione are present in Table 6.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Number of metabolite</th>
<th>Protein binding by OASIS (Mechanism of reaction)</th>
<th>Structural alert</th>
<th>Mechanistic alert</th>
<th>Mechanistic domain</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1-3</td>
<td>Aromatic carbonyl compounds</td>
<td>Schiff base formation with carbonyl compounds</td>
<td>Schiff base formation</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

All three metabolites are reactive, i.e. alerts are found for protein binding. The metabolites share the same structural alerts, mechanistic alerts and mechanistic domains as the parent structure.

After metabolic activation of hypericin in the skin (skin metabolism simulator), one metabolite was predicted. Results of skin prediction of 9,11,13,16,18,20-hexahydroxy-5,24-dimethyloctacyclo[13.11.1.12,10.03,8.04,25.019,27.021,26.014,28]octacosa-1(26),2,4(25),5,8,10,12,14(28),15(27),16,18,20,23-tridecaene-7,22-dione are present in Table 7.
The possible DNA binding by OASIS (mechanism of reaction) of the skin metabolites for (9,11,13,16,18,20-hexahydroxy-5,24-dimethyloctacyclo[13.11.1.12,10.03.8.04,25.019,27.021,26.014,28]octacosa-1(26),2,4(25),5,8,10,12,14(28),15(27),16,18,20,23-tridecaene-7,22-dione) are predicted by QSAR Toolbox software. Results of DNA binding of the predicted skin metabolites for 9,11,13,16,18,20-hexahydroxy-5,24-dimethyloctacyclo[13.11.1.12,10.03.8.04,25.019,27.021,26.014,28]octacosa-1(26),2,4(25),5,8,10,12,14(28),15(27),16,18,20,23-tridecaene-7,22-dione are present in Table 8.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Number of metabolite</th>
<th>DNA binding by OASIS (Mechanism of reaction)</th>
<th>Structural alert</th>
<th>Mechanistic alert</th>
<th>Mechanistic domain</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Polycyclic Aromatic Hydrocarbon, Naphthaleneimide and Carbazole Derivatives</td>
<td>Alkylation after metabolically formed carbenium ion species</td>
<td>$S_N^1$</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Polycyclic Aromatic Hydrocarbon, Naphthaleneimide and Carbazole Derivatives</td>
<td>Nucleophilic attack after metabolic N-hydroxylation and nitrenium ion formation</td>
<td>$S_N^1$</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Polycyclic Aromatic Hydrocarbon, Naphthaleneimide and Carbazole Derivatives</td>
<td>Alkylation, direct acting epoxides and related after P450-mediated metabolic activation</td>
<td>$S_N^2$</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

The metabolite is reactive, i.e. alerts are found by DNA binding. The metabolites share the same structural alerts, mechanistic alerts and mechanistic domains as the parent structure. The results of protein binding of the predicted skin metabolites for 9,11,13,16,18,20-hexahydroxy-5,24-dimethyloctacyclo[13.11.1.12,10.03.8.04,25.019,27.021,26.014,28]octacosa-1(26),2,4(25),5,8,10,12,14(28),15(27),16,18,20,23-tridecaene-7,22-dione are present in Table 4.
Table 4. Protein binding of skin metabolites for 9,11,13,16,18,20-hexahydroxy-5,24-dimethylloctacyclo[13.11.12.10.03.8.04.25.019.27.021.26.014.28]octacosa-1(26),2,4(25),5,8,10,12,14(28),15(27),16,18,20,23-tridecaene-7,22-dione by QSAR Toolbox (skin metabolism simulator).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Number of metabolite</th>
<th>Protein binding by OASIS (Mechanism of reaction)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Structural alert</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Aromatic carbonyl compounds</td>
</tr>
</tbody>
</table>

The metabolite is reactive, i.e. alerts are found for protein binding. The metabolites share the same structural alerts, mechanistic alerts and mechanistic domains as the parent structure.

Conclusions

The parent (basic) structure of the newly synthesized derivative of bexarotene and paracetamol after application of in silico methods (QSAR Toolbox software for metabolic activation in the liver of rats (in vivo and in vitro) to the OECD) has been found to generate hepatic metabolites that exhibit different reactivity.

The metabolites were mainly formed through different types of mechanism – Michael type addition, nucleophilic addition, non-covalent interaction, radical mechanism and both types of nucleophilic substitution.

A total of twenty-four metabolites were predicted as positive.

The twenty-four predicted metabolites belong to diverse chemical classes, including quinoneimine, thionine, phenoxazinium derivatives, hydrazine derivatives, DNA intercalators with carboxamide and aminoaalkylamine side chain, specific imine and thione derivatives, epoxides and aziridines.

The probable active metabolites (hepatic) may be cytotoxic and to enhance the potential antitumor effect of the newly synthesized compound.

References


10. Lavie G, Mazur Y, Lavie D, Meruelo D. The chemical and biological properties of hypericin: a compound with a broad spectrum of


20. QSAR Toolbox - https://qsartoolbox.org/about/
ABSTRACT The traditions and merits of the higher schools in Bulgaria have been proven over time. Today the way of communication between the teacher and the student has changed. Information technology has entered the learning process and it has been done online. In such an environment it is imperative to approach each student individually - intensively, business-wise, intellectually. This stimulates the active attitude of the student to learning, fills in the gaps, the distribution of time is optimal. Students must succeed in their studies.

Key words: individualization, students, online learning, teacher.

Въведение

Българските висши училища са с дълбоки традиции и неоспорими високи резултати в обучението на студентите. Те достойно изпълняват своите функции и задачи. Днес, обаче, условията са променени. Променен е акцентът. Променени са позициите.

Информационните и компютърните технологии бележат изключително бурно развитие в края на 20ти и началото на 21ви век. Те позволяват максимално бърз, удобен и лесен достъп до информация и отлична свързаност между самите хора и хората и машините. Това развитие става заряда на новата характеристика на нашето време – глобализацията. Преградите падат. Бърз и всестранен е износът на специалисти, култура, стоки, обществени отношения, идеи… Въпреки процесите на глобализация животът и да се реализират като специалисти. По този начин на масовизиране на обучението, се губи индивидуалността на всеки студент. В този случай индивидуализирането може да се тълкува като „пречка”. Но, днес във века на технологиите и наложеното онлайн обучение е много по-лесно да бъдат преодолени пречките съществуващи при традиционното подхождане в образованието. Онлайн е присъствено обучение пренесено в онлайн среда. В този формат обучението се провежда в реално време и използва множество интеракции.

Образователната система днес можете да предостави достатъчна възможност за пълноценно развитие на индивидуалността на всеки студент благодаря на компетентността и умението на преподавателите и целите и задачите, които те са си поставили.

При онлайн обучението преподавателят има възможността да отдел酶 време и внимание
да работи персонално с отделни студенти, ко- 
гато това е необходимо. Тогава той може да 
опознае по – задълбочено индивидуалните 
особености на студентите, да им окаже инди-
видуална помощ за развитие на уменията и 
способностите им, за развитие на положителна 
мотивация за учене, за преодоляване на труд-
ностите, за изграждане на светоглед, характер 
и т.н. Все по – лесно образователната система 
може да отговори идеално на потребностите 
на обучаемите съобразено с индивидуалното 
im откърване. Онлайн обучението има своите 
неотменни преимущества:

Предимства на онлайн обучението
✓ Предлага разнообразие от онлайн 
учебни материали
- преподавателят има възможността да 
включи различни учебни материали в препо-
даването на нови знания – видеоеклипове, под-
касти, приложения, интерактивни презента-
ции и др.;
- преподавателите се доближават макси-
мално до своите студенти като излизат от рам-
kите на традиционния учебник и включват он-
lайн ресурси и „говорят“ на техния език;
✓ Достъпност навсякъде и по всяка 
време
- студентите могат да посещават часове, 
лекции, упражнения, семинари, беседи, из-
pити, без значение къде се намират, без да бъ-
dат физически ограничени от присъствие;
- това е възможност и за самите универ-
sитети да разширяват контингент а си от сту-
dенти без значение от географската им при-
nадлежност;
- уроците могат да се записват, архиви-
рат, споделят и достъпа до тях е 24/7;
- онлайн актуализирането пести време и 
ресурси;
- достъпът до най – актуалната информ-
ация е мигновен;
✓ Лесно обновяване на съдържанието
- в сравнение с печатните издания он-
lайн информацията се опреснява много бързо,
dори в момента, в който се е появила/ случила;
✓ По – малки разходи
- онлайн обучението спестява много фин-
ансови разходи – транспорт, храна, жилищен 
наем, учебни пособия и др.;
✓ Възможност за персонализиране
- съобразяване с индивидуалните раз-
lичия на всеки студент – стил на учене, типо-
lогия на личността, самостоятелност и т.н.,
могат да бъдат взети под внимание от препо-
dавателите и студента да се обчува в свои 
темп;
✓ Засилва се ангажираността на студент-
tите
- позволява да се използва хибридната 
техника на преподаване, която включва раз-
lични учебни ресурси и методи на препода-
vане;
- поднасяне на учебното съдържание по 
mногообразство начини;
✓ Повишава се ефективността на препо-
dавателя, неговата гъвкавост и контрол на 
учебния процес и самостоятелната работа на 
студентите;
✓ Пести време за планиране на уроците и 
оценяването [3].

Осъществяването на индивидуален под-
ход в образователния процес е осъществимо 
благодарение на доброто лично бюджетиране 
на времето. Във виртуалната класна стая пре-
pодавателя трябва да постигне множество 
цели и задачи: осигуряване на положителна 
mотивация за учене, опознаване на индивиду-
алните особености на студентите, доцимопо-
лични действия, разработване на ново учебно 
съдържание, осъществяване на междууре-
метни връзки, попълване на пропуски, стиму-
лиране и поддържане на активността на сту-
dентите в работата и т.н. Всичко това е огра-
nично във времето на конкретната учебна 
форма. Тази времева рамка ограничава препо-
dавателя да осъществи задълбочено когнитив-
ната функция – опознаване на индивидуал-
ните особености на студентите, на учебната им 
дейност / самостоятелност, задълбочено, ло-
гично и др./ Но времето за извънаудиторна 
самостоятелна работа се разпределя от всеки 
студент самостоятелно.

Работата на преподавателя с един студент 
предоставя възможността за пълноценно из-
ползване на професионалния му и личен опит 
за преодоляване на пропуските и засилване на 
индивидуалния характер на обучението. Вним-
анието и усилията на преподавателя се кон-
cентрират върху индивидуалните нужди на 
конкретния студент. Според Ив. Шивачева - 
Pинеда функциите на индивидуалната помощ 
са многообразни:
• Опознаване на индивидуалните особе-
nости на студентите: психически особености, 
nиво на усвоения учебен материал, индивиду-
ален стил на учене, на разсъждаване, интереси, 
nедостатъци и т.н. Познавайте студентите в 
тази интерпретация, преподавателят може да
ръководи успешно и по най – подходящ начин учебната дейност и личностовото развитие на конкретен студент;

• Интензивно, делово и интелектуално общуване преподавател – студент, за да се преодолеят психическите бариери и да се формира реална самооценка, увереност, удовлетвореност;

• Взаимодействието преподавател – студент да стимулира активното, съзнателното, творческото отношение и повишен интерес към усвояваните знания и умения от студентите, чрез създаване на подходяща организация и използване на механизми за изграждане на доверие;

• Подпомагане на студентите, които срещат трудности при усвояване на учебния материал, да се коригират грешките при формиране на знания, умения и навици;

• Попълване на пропуските в подготовката, допуснати по различни причини;

• Развитие на значими личностни качества на студента – самостоятелност, компетентност, активност, организираност, коригиране на личностни слабости и т.н. Постига се чрез системно и умело ръководене на самостоятелната работа на студента, съобразно индивидуалните му особености;

• Естествено различните студенти учат и усвояват учебното съдържание с различен темп и задълбоченост. Една част успяват да се справят с учебните задачи в рамките на определеното учебно време, за други това е непосильно. Независимо от проблемите и затрудненията студентите трябва да успяват в следвания на контролните студенти, съпроводена с различни форми на контрол [1].

Пандемията от COVID 19 и наложеното извънредно положение изведе на преден план необходимостта от разработване и прилагане на иновативни методи на учене и преподаване, които се основават на вече добре познатите и изпитани във времето методики.

Литература


4. Pidkasisty, P.I., Samostoyatel'naya deyat'nost' uchashchikhsya, Moskva, 1972, izd. Pedagogika, 278 s, (russ)


6. https://tuk-tam.bg/learn/a/online-classes-benefits-challenges

Силвия Кючукова
Тр У- Стара Загора
ул. Армейска 9
МФ, Катедра Здравни грижи
siliya.kyuchukova@trakia-uni.bg


DEGENERATIVE DISEASES OF THE JOINTS - RISK FACTORS AND QUALITY OF LIFE

Tanya Popova, Ivanka Milotinova

ABSTRACT: Degenerative joint diseases are the most common joint diseases of great medical and social importance. The aim of the present study is to study and analyze the risk factors for degenerative changes in the joints and their impact on quality of life. The survey was conducted among 114 respondents in the period July-September 2021. Documentary, sociological, statistical and graphical methods of graphic analysis of the obtained results were used. The conclusions we made are that the risk factors for osteoarthritis are widespread. Approximately 45.00% of the participants in the study self-defined their body weight as overweight or overweight, and 38.00% were hereditarily burdened by the mother or father for osteoarthritis. Quality of life is affected by joint problems in 63.00% of respondents, and for approximately 28.00% of them complaints of joint pain restrict and impede movement and force them to prefer rest to physical activity. These data indicate the need for timely prevention of osteoarthritis in order to prevent or delay the onset of the disease and maintain a high quality of life.

Keywords: degenerative diseases, arthrosis, risk factors, quality of life

Введение

Дегенеративните заболявания на ставите (артрози) са най-често срещаните ставни заболявания. Те се развиват в определен етап от живота на човек под влиянието на различни предразполагащи фактори. Протичат с изразена болкова симптоматика, дължаща се на увреждане на ставния хрущял, с последващо увреждане на ставните повърхности [1], [11], [13], [14]. Развитието на артрозната болест може да бъде бавно, постепенно, умерено или бързо, като прогресията продължава от години до десетилетия. При бавнопрогресиращата форма за развитието на болестта са необходими 10-20 години, докато при бързопрогресиращата само 1-2 години. Независимо от формата обаче, артрозните заболявания често пъти водят до трайни поражения в организма с големи здравни, социални и икономически последици и оказват значително намаляване на качеството на живот [8], [9], [10], [13].

Артрозните промени се наблюдават при рентгеново изследване при половината от изследвания хора над 40 години и на практика след 65 годишна възраст няма човек без артрозни изменения в една или друга става. Оплаквания има при едва 25% от засегнатите лица [11].

Тези данни определят огромната медицинска и социална значимост на артрозната болест. Медико-социалните проблеми на пациентите произлизат от високата честота на заболяваемост, често хронифициране, засягаше на хора в млада и работоспособна възраст, скъпо струващо и продължително лечение, възможна загуба на работоспособност, налагаща се преквалификация и промина на работното място, често съпровождане и от намаляване на доходите, постепенна инвалидизация и влошаване качеството на живот.

Цел

Целта на настоящето изследване е проучване и анализ на рисковите фактори за дегенеративни изменения на ставите и влиянието на оплакванията върху качеството на живот.

За постигане на набелязаната цел си поставихме следните задачи:

• Разработване на индивидуална анонимна анкетна карта за проучване на рисковите фактори за артрозна болест и въздействието върху качеството на живот.
• Провеждане на анонимна социологическа анкета сред пациенти посещаващи Амбулатория за първична медицинска помощ (индивидуална практика в гр. София).
• Обработка на събрания първична информация и анализ на получените данни.

Проучването е проведено сред 114 анкетираните в периода юли-септември 2021 година. Освен социологическия метод са използвани още документален, статистически и метод на графичен анализ на получените резултати. Статистическата обработка на данните и графичното представяне на резултатите са направени с MS Excel 2007.

Анкетната карта съдържа предимно закрити въпроси, с готови варианти за отговори, с оглед точен анализ на данните при статистическата им обработка. Същевременно е дадена възможность за посочване на различен от избраните отговор, с цел конкретизиране на информация. От проучването са изключени анкетираните пациента, който към настоящия момент са били оперирани по повод на артрозна болест.

Резултати и дискусия

Артрозите са мултифакторни заболявания, а появлата на симптоматиката, интензитетът на болката и прогресията на патологичния процес зависят от рисковите фактори и тяхното кумулиране. Един от рисковите фактори за артрозна болест е напредването на възрастта, като в последните години често се наблюдава "подмладяване" на заболяването и симптоматиката [1], [5], [11]. По принцип във възрастта 35-45 години заболяването е с честота 2-3% [10], а при хора над 65 годишна възраст се диагностицират различни форми при 70-80% от изследваните лица [4], [10].

Анализът на социално-демографската характеристика на участниците в нашето проучване показва, че по-голяма част от тях са в активна работоспособна възраст. Най-висок е относителният дял на изследваните лица попадащи във възрастовата група от 51-60 години (35.29%), следвани от 41-50 годишните (29.41%) и 31-40 годишните (15.69%). Най-ниски същевременно равни са относителните дялове на 20-30 годишните и респондентите на възраст над 61 години – съответно 9.80%. Средната възраст на всички анкетираните лица е 50 г., като при мъжете тя е 47 години, а при жените 53 години. По отношение на разпределението на респондентите по пол, аналитът показа, че 44.23% от тях са мъже и 55.77% жени.

Друг важен рисков фактор в генезата на артрозите е наднорменото тегло и затлъстяването, поради допълнителното натоварване на ставите вследствие на високото телесно тегло. Проучванията сочат, че при пациенти с индекс на телесна маса над 30, честотата на заболяваемост е четири пъти по-висока [1], [5], [10].

На въпроса за самооценка на телесното тегло, най-висок относителен дял от анкетираните (55.56%) го самоопределят като нормално, 38.89% като наднормено, а 5.56% като свръхтегло или тегло много над нормата (Фиг. 1.).

Фиг. 1. Самооценка на телесното тегло

Анализът на данните показва, че приблизително 45.00 % от респондентите определят теглото си като наднормено или свръхтегло. Патофизиологията на връзката между затлъстяването и артрозните промени се свързва освен с директния ефект на излишните механични натоварвания върху хрущяла и с ефекта на мастната тъкан, предизвикваща възпаление. В центъра на вниманието отново трябва да се постави превенцията, като основните й компоненти са загуба на телесно тегло, балансирано хранене и оптимална физическа активност [3].

Причини за поява на дегенеративно заболяване на ставите са различните между натиска и
пораженията, които тялото упражнява върху ставния хрущял, и способността на хрущялната тъкан да се възстановява и да поема този натиск. Поради това, често артрозната болест засяга хора, чиито професии са свързани с извършване на голямо физическо натоварване, тежък физически труд и натоварване с еднотипни движения, които износват преждевременно определен участък от ставния хрущял – работници, атлети, културисти и др. [1], [10].

Резултатите показват, че най-висок (61.29%), е делът на респондентите, които в ежедневието си прекарват подължително време в една и съща поза. Вдигането на тежести, носене на тежки товари и/или извършване на тежък физически труд съпровождат ежедневието на всеки трети анкетиран (32.25%). Най-ниски и същевременно равни са относителните дяловете на участниците в изследването, които са отговорили негативно и тези, които не могат да преценят – съответно по 3.23%. Данните са представени графично на фиг. 2.

Фиг. 2. Дейности в ежедневието, свързани с физическо натоварване и допълнително натоварване на ставите

Фиг. 3. Физическа активност сред респондентите
Стилът на живот има ключова роля за бъдещото развитие на артрозната болест. Колкото важно е да се избягват екстремни натоварвания на ставите, толкова важно е да се профилактира друг негативен рисков фактор, а именно липсата на физическа активност, хиподинамията и заседнал начин на живот [6], [7], [11]. За да се поддържа добро здраве на ставите и да се профилактира артрозната болест е необходимо да се изгледи такъв начин на живот, който да осигурява оптимална физическа активност, с добър обем на движение и сила на мускулите. Често обаче, с проявата на симптоматика на болестта, напредването и хронифицирането й, физическата активност също съпротива. Най-честият симптом – болката, в началото се проявява при претоварване, по-късно при обичайните движения, а в напреднали стадии и в покой [11].

Нашето проучване установява, че най-висок процент (37.5%) е делът на участниците, които правят често разходки в парка и/или планината. Почти всеки четвърти (23.21%) ходи на пеша по 1 час на ден, а всеки десети (10.71%) спортува ежедневно. Не малък (21.43%) е делът на запитаните, които се страхуват, че имат желание да се движат оптимално, но болката ограничава движенията им, а други 7.14% прецениват ежедневието си в по-голяма част от деня седнали или легнали поради чувство на болка. Данните са графично представени на фиг. 3.

Анализът на данните показва, че една трета от респондентите имат оплаквания от болки в ставите, които са причина за ограничаване на движенията и възпрепятстват физическата им активност в ежедневието.

Генетичната предразположеност е друг фактор, участващ в патогенезата на някои от формите на артрозна болест [1], [4]. Генетичната предиспозиция влияе върху чувствителността към възникване на заболяването, възраста, прогресията. Фамилната обремененост е описана през 40-те години на 20 век, като са описани мутации на гени в редица популяционни проучвания [4].

На въпроса „Имате ли в семейството роднини със ставни заболявания?” най-висок относителен дял (37.86%) са дали положителен отговор, от които 25.00% са наследствено обременени от страна на майката и 17.86% от страна на бащата. Малко над една четвърт от запитаните твърдят, че нямат генетична предразположеност за артрозна болест, а 16.07% нямат информация за такава. Най-нисък е делът на респондентите, които посочват, че имат близък в семейството със заболяване, от които сестра, баща или дядо (Фиг. 4).

Клиничните резултати за хора със заболяване на ставите обичайнно включват изразена болкова симптоматика, ограничения на ежедневните дейности и намаляване на качеството на живот [13]. Опитахме се да изясним и до каква степен ставните оплаквания влячат върху качеството на живот и ежедневните дейности на респондентите.
Почти половината от респондентите (47.73%) твърдят, че ставните проблеми понякога повлияват ежедневието и качеството на живот. Всеки шести (15.91%) посочва, че качеството на живот и движението се влияе винаги от ставните проблеми и болката, която изпитва. Други 22.73% не могат да преценият и едва 13.64% отговарят категорично негативно. Данните са представени на фиг. 5.

Изводи

1. Рисковите фактори за артрозна болест при пациенти в активна работоспособна възраст са широко разпространени. Приблизително 45.00% самоопределят телесното си тегло като наднормено или свръхтегло, а 38.00% са наследствено обременени от страна на майката или бащата за артрозна болест.

2. За 61.00% от респондентите работата е свързана с продължително седене или стоене в една поза, а за 32.00% вдигането на тежести, носене на тежки товари и/или извършване на тежък физически труд е част от ежедневието, което благоприятства развитието на проявата на артрозната болест.

3. Качеството на живот се влияе значително от ставните проблеми при 63.00% от запитаните, с различна честота от понякога до винаги. При приблизително 28.00% от тях оплаквания от ставни болки ограничават движенията и възпрепятстват движението и ги принуждава да предпочитат покоя пред физическата активност.

Заключение

Широкото разпространение на рисковите фактори за артрозна болест изисква своевремена превенция на заболяването и я определя като важен аспект в борбата със ставните болести. Профилактиката на артрозната болест включва здравословно и балансирано хранене, физически активен начин на живот, стриктен контрол над телесното тегло и редукция на наднормено такова и затъстване. Необходимо е също да се извършва проучване на организмите, травми, извършване на тежък физически труд и/или вдигане на тежести [15].

Превенцията трябва да е своевремена, с цел недопускане или забавяне на проявата на болестта, увеличаване продължителността на живот без симптоматика и подобряване качеството на живот. Медицинската сестра, като част от екипа на общинския лекар, може да прилага всички стратегии и подходи за постигане на целите на профилактиката и съхраняване на здравето и качеството на живот на пациентите [12]. Необходимо е проучване на рисковите, водещи до ставни заболявания, анализ и оценка на здравното състояние, образоване на пациентите и своевременно прилагане на мерки за коригиране на рисковото здравно поведение. Добър пример за това е изработване на индивидуален план за грижи, който да акцентира върху промишления на здравето и превенцията на артрозните заболявания [2],[12].

Литература


Адрес за кореспонденция:
Тания Попова, д.м.
Медицински Университет – София
Факултет по Обществено здраве
„проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн”
Катедра “Здравни грижи”
E-mail: t.popova@foz.mu-sofia.bg
ЗДРАВНАТА ИНФОРМИРАНОСТ НА УЧЕНИЦИТЕ – КЛЮЧ КЪМ ОВЛАДЕЯВАНЕ НА ЕПИДЕМИЯТА ОТ СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Таня Попова, Димитrina Благоева, Надя Манолова

STUDENTS 'HEALTH AWARENESS - THE KEY TO CONTROLLING THE CARDIOVASCULAR EPIDEMIC

Tanya Popova, Dimitrina Blagoeva, Nadia Manolova

ABSTRACT: An epidemic of cardiovascular diseases has been observed in Bulgaria for decades. Most of the risk factors for them are present from childhood and adolescence, and to prevent them it is necessary to attach importance to the prevention and control of risk factors. The aim of this study is to examine students' health awareness of cardiovascular disease and the need for prevention. An anonymous sociological survey was conducted among 126 students aged 13 to 16.

The conclusions we made are that almost all students are familiar with myocardial infarction and high blood pressure, but there is a need for additional information on other types of cardiovascular disease. Corrective risk factors such as alcohol use, smoking, and overweight are well known, but additional information is needed on the impact of non-corrective ones. There is also a need to raise awareness of the concepts of disease promotion and disease prevention and the need to start them in childhood and adolescence in order to reduce future heart risk.

Key words: risk factors, cardiovascular disease, awareness, students
кови фактори, населението ни има огромен потенциал да се справи, но началото на промотията на здравето и превенцията на болестите требва да се постави в детското [4], [11], [12]. Повечето рискови сърдечно-съдови фактори са налице още в детска и юношеска възраст, особено затлъстяване, повишено кръвно налягане, нездравословен начин на живот. За предотвратяване на заболяваемостта е необходимо да се отдаде значение на превенцията и контрола на ризиковите фактори в детска възраст [1], [6], [11]. Повечето рискови сърдечно-съдови фактори са налице още в детска и юношеска възраст, особено затлъстяване, повишено кръвно налягане, тютюнопушене, нездравословен начин на живот – основа [1].

За да бъдат ефективни и да постигнат целите си, промотията и превенцията требва да започнат в семейството и да продължат в училището, което има ключова роля за утвърждаване на здраве в обществото. За постигане на ефективност и устойчивост на работата и взаимодействието е нужно:

- Активно образователно взаимодействие с децата и юношите за изграждане на ценностна система и нагласи, познания и умения за здравословен начин на живот.
- Непрекъснато здравно обучение и използване на интерактивни методи за надграждане на информацията. Това може да стане чрез засърочване на основни теми, периодично им повторяване, както и съобразяване с възрастта, знанията и възможностите на децата да възприемат информацията.
- Организация и осигуряване на здравословен избор в училище, семейството и извънучилищните дейности [5].

Грижата за здравето, здравното образование и възпитание са приоритети на всяка държава. Здравното образование е информирано детето, както и общественото мнение за здравството и националната политика [5]. За постигане на уникалните цел е нужно и периодично проучване на потребностите от информация, училище и семейството. Изграждане на информационния подход е важно за повишаване на информираността по съответната тематика.

Целта на настоящото изследване е да се проучи здравната информираност на учениците по въпросите за сърдечно-съдовите заболявания и необходимостта от превенцията им.

Материал и методи
Проведено е доброволно и анонимно социологическо проучване в периода ноември 2021 г. – декември 2021 година. В него са включени 126 ученика на възраст от 13 до 16 години от средни училища на територията на град София.

За целите на изследването е използван собствен инструментарий – анкетна карта, състояща се от два панела. Първияят панел съдържа 12 въпроса, от които 10 затворени и 2 отворени. Затворените въпроси са с възможност за повече от един отговор, а отворените са с цел конкретизиране на съответните данни. Използван е още документален метод, свързан с проучване литературните източници по изследваното явление, статистически метод и метод на графичен анализ на получените резултати. Статистическата обработка на данните и графичното представяне на резултати е направена с помощта на MS Excel 2007.

Резултати и дискусия
Разпределението на участниците в проучването по пол показва, че 61.54% от учениците са момичета, а 38.46% момчета. Сърдечно-съдовите заболявания увреждат състоянието и функционалността на сърцето и кръвоносните съдове. Най-честите такива заболявания са исхемична болест на сърцето, миокарден инфаркт, атеросклероза, артериална хипертония, сърдечна недостатъчност, ритъмни и проводни нарушения, заболявания на сърдечните клапи, различни възпалителни заболявания (ендокардит, перикардит, миокардит), мозъчно-съдови заболявания, заболявания на вени, лимфни съдове и възли, заболявания на кръвообращението на белия дроб и белодробна сърдечна болест, хронични ревматични сърдечни болести [11].

При въпрос дали учащите са запознати със заболявания, водещи до увреждане на сърдечно-съдовата система, данните показва, че 94.87% от запитаните отговарят категорично положително и едва 5.13% дават отрицателен отговор (Фиг.1):
Информираност относно типовете сърдечно-съдови заболявания

По отношение на същността на познанията за типовете ССЗ, анализа на данните показва, че учащите са информирани за две основни заболявания – миокарден инфаркт и повишено артериално налягане – съответно 56.10% и 24.39%. В същото време прави впечатление, че от запитаните, които твърдят, че познават видовете ССЗ, има такива, които са посочили – „Ифас“, „Миокард“ (12.20%), а също така и „Рак“ (2.44%). Други 4.88% не могат да посочат заболяване на сърдечно-съдовата система. Данните са представени на фиг. 2:

Фиг. 1. Информираност относно типовете сърдечно-съдови заболявания

Проучването показва, че приблизително 80.00% от учащите, посочили, че познават типовете ССЗ са информирани за наличието на едва две такива заболявания – миокарден инфаркт или високо артериално налягане. Останалите 20.00% от респондентите, които твърдят, че познават ССЗ нямат информация или тя е неточна и погрешно разбрана. Тази информация ни позволява да кажем, че учащите свързват ССЗ единствено с миокарден инфаркт и повишено артериално налягане и нямат информация за останалата пъстра палитра от сърдечно-съдова заболяваемост.

Проучихме познанията, респективно необходимостта от предоставяне на допълнителна информация, относно рисковите сърдечно-съдови фактори (Фиг. 3):

Фиг. 2. Видове ССЗ според участниците в проучването

Фиг. 3. Рискови сърдечно-съдови фактори
Процентите надвишават 100, тъй като част от респондентите са посочили по 2, 3 и повече отговаря.

Фиг. 3. Познания за рисковите фактори за ССЗ

Значителна част от анкетираните ученици (94.87%) са посочили употребата на алкохол като рисков фактор за ССЗ. Равни са относителните дялове на учащите, които определят тютюнопушенето, употребата на наркотици и стрес, като други рискове за сърдечно увреждане – съответно 76.92%. Повече от половината от запитаните (53.85%) познават наднормено тегло, други 41.03% повишено артериално налягане, като рискови фактори за сърдечно-съдов риск. Всеки трети учащ от изследванията група, определя като такъв нездравословния хранене (35.90%) и употребата на медикаменти (94.87%). Прави впечатление, че най-ниски са относителните дялове на респондентите, които познават като фактори на риска захарния диабет (7.69%), възрастта (5.13%) и високият холестерол и атеросклерозата (2.56%). Нито един от участниците в проучването не е посочил наследствената обемененост и пола, като фактори, имащи отношение към заболяваемостта.

Анализът на данните сочи, че участниците в проучването добре познават коригируемите рискови фактори като употреба на алкохол, тютюнопушене, наднормено тегло, стрес и преумора, а заедно с тях поставят и употребата на наркотици. Същевременно, учениците не познават други основни рискови фактори, а именно пол, възраст, наследствена обемененост, висок холестерол и атеросклероза, захарен диабет. Тези данни вероятно се дължат на факта, че в училищата, съвременно, се поставя акцент върху вредата от употреба на алкохол, тютюн и наркотици, което спомага да някъде за превенцията на ССЗ. Тези факти показват необходимостта от повишаване на здравната култура и информираността на учащите и за влиянието на некоригируемите рискови фактори. Въпреки, че те не могат да бъдат променени, учениците трябва да знаят, че съчетаването им е нездравословен и нерационален начин на живот. Децата се вграждат в храненето, ще работят на преустановяване на рисковете фактори и повишава бъдещия сърдечно-съдов риск, а от там и възможността за загуба на активност, трудоспособност и възможна инвалидизация.

Промоцията на здравето и правото на здраве, превенцията на болестите и мотивацията за здравословен начин на живот са в основата на редица документи и стратегии. Те си взаимодействват непрекъснато с цел подобряване здравето на хората и постигане на тяхното здравно благополучие [10].

Промоцията на здравето определя личността като основен ресурс на здравната система. Тя е активен процес, целен, увеличаващ на самоконтрола върху собственото здраве, а информираността и високото ниво на здравна култура са основополагащи за постигане на целите й. Профилактиката на болестите е комплекс от мерки, насочени към предотвратяване
на заболяване и последиците от него, чрез промяна в начина на живот и ограничаване на негативните рискови фактори [3], [10], [11], [15].

Проучихме познанията на учащите за същността и специфичността на тези понятия. На въпроса „Според Вас съществува ли разлика между промоция на здравето, превенция на болестите и заболяване?” най-висок относителен дял (71.79%) са дали положителен отговор. Приблизително една четвърт (25.64%) от анкетираните не могат да преценят, и едва 2.56% от тях отговарят негативно (Фиг. 4):

**Фиг. 4** Познания за съществуване различия между промоцията на здравето, превенция на болестите и заболяване

За да проучим познанията на учениците, които отговарят, че съществува разлика между понятията превенция, промоция и заболяване, ги поканихме да посочат в какво се изразява тя (вж Фиг. 5):

**Фиг. 5** Познания на учениците за значението на понятията промоция, превенция и заболяване

Най-висок относителен дял (86.21%) не са отговорили на въпроса, въпреки, че са дали положителен отговор и посочват, че разлика между понятията съществува. Едва едно от девет деца (10.34%) от изследваната група е информирано, че промоцията и превенцията целят да се предпази от заболяване, а заболяването е съществуващо вече такова. Макар и с
нисък относителен дял (3.45%) има такива, които въпреки положителния си отговор, са на мнение, че „Заболяването е когато си болен, а промоцията е да се лекуваш.” Анализът на дадените показа, че една четвърт от запитаните не могат да преценят дали съществува разликата между промоция, превенция и на лично заболевяване, а останалите знаят, че такава съществува, но не знаят каква в действителност е тя.

Превенцията и контролът на рисковите кардиоваскулярни фактори в детството може да бъде от полза за бъдещата профилактика и лечение на ССЗ в зряла възраст, да осигури научна база за превенция и интервенция на сърдечно-съдови рискови фактори в детска възраст и да предостави нова перспектива за ранната профилактика на сърдечно-съдъвите заболявания в зряла възраст [1].

Ключът към овладяване на епидемията от рискови сърдечно-съдови фактори, респективно сърдечно-съдовата заболяваемост, може би се крие в здравната информираност на учениците. Спецификата и ползата от промоция на здраве и превенция на болестите трябва да се възпитават своевременно. Детството и юношеството са периоди, в които се изграждат здравни навици, умения и потребност от правилен и недопускането на влияние на рисковите фактори ще допринесе да бъдат здрави и с по-дълъг живот. Един от пътицата за благоприятно въздействие върху рисковите фактори и начина на живот е информираността, образователните потребности и образователното ниво.

Изводи

1. Голям дял (94.87%) от ученици са запознати със заболяванията, водещи до увреждане на сърдечно-съдовата система. Познанието се свежда само до заболяването инфаркт на миокарда и повишено артериално налягане, което показва, че съществува потребност от допълнителна информация за останалите типове сърдечно-съдови заболявания.

2. Участниците в проучването добре познават коригираните рискови фактори като употреба на алкохол, тютюнопушене, наднормено тегло, стрес и преумора. Същевременно има потребност от допълнителна информация за влиянието на некоригираните рискови фактори, с цел поставяне на акцент върху възможностите им за превенция и повишаване на бъдещия сърдечно-съдов риск.

3. Необходимо е да се повиши информираността на учениците за промоцията на болестите и превенцията на заболеванията и нуждата от поставянето на началото им в детска и юношеска възраст с цел намаляване на бъдещия сърдечен риск.

Заключение

Фундаментът в борбата срещу ССЗ трябва да бъдат промоцията на здраве и превенцията на заболеванията. За да може да се постигне нужното саморегулирано поведение и да се проведе адекватна и своевременна профилактика на ССЗ е нужно да се познават и профилират своевременно рисковите кардиоваскулярни фактори. Само позитивното здравно отношение и поведение на отделния човек може да доведе до намаляване на заболеваемостта от ССЗ в бъдеще. Не случайно в Националната здравна стратегия 2020 подкрепя тезата, че „отделния човек може да направи за здравето и благополучието си повече, отколкото най-добре развитата здравна система” [2].

Училищата и медицинските специалисти в училищното здравеопазване имат ключова роля в превенцията на болестите, утвърждаване на здраве и повишаване на информираността на учениците. Училището е мястото, в което учениците прекарват голяма част от времето си и представлява организирана среда, в която е възможно и въздействие и контрол. Медицинските специалисти трябва да участват активно в разработването на учебното съдържание по здраво образование, като фокусират вниманието на учащите не само върху краткосрочните ефекти от рисковото им здравно поведение, но и върху дългосрочните такива и негативният здравен ефект от кумулативното им въздействие. В темите, касаещи здравното обучение, е необходимо да залегне по-задълбочена информация за рисковите фактори за ССЗ, както коригируеми, така и некоригируеми, възможностите им за превенция и дългосрочните ползите от тях.

Здравното образование трябва непрекъснато да се обогатява чрез:
• представяне на актуални здравни теми чрез проведение на вербални здравни обучение;
• изработване на информационна табла на базата проучените информационни протребности на учениците по отношение на превенцията на ССЗ, периодичното им актуализиране и поставянето им на видно място;
• ангажиране на учащите в изработване на информационна табла и материали, касаещи превенцията на сърдечно-съдовите рискови фактори;
• провеждане на здравни мероприятия (за ученици и/или родители), засягащи здравни проблеми, рисково поведение и превенция на сърдечно риск [5].

Литература


Адрес за кореспонденция: Таня Попова, д.м.
Медицински Университет – София
Факултет по Обществено здраве „проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн”
Катедра “Здравни гръзви”
E-mail: t.popova@foz.mu-sofia.bg