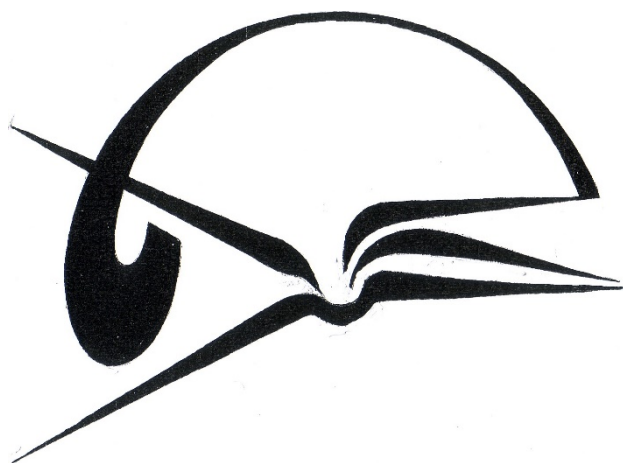


**УПРАВЛЕНИЕ И
ОБРАЗОВАНИЕ**

**MANAGEMENT AND
EDUCATION**



ЗДРАВНИ ГРИЖИ

HEALTH CARE

**УНИВЕРСИТЕТ
“Проф. д-р Асен Златаров”, Бургас
Том 19 (5) 2023**

**UNIVERSITY
“Prof. Dr Assen Zlatarov”, Burgas
Vol. 19 (5) 2023**

Главен редактор:

Проф. д-р Иван Димитров

Помощник главен редактор:

Доц. д-р Галина Терзиева

**Научен борд, гост-редактори,
рецензенти:**

Проф. д-р Бианка Торньова дп
Проф. д-р Валентин Стоянов дм
Проф. дпн Веска Шивачева
Проф. д-р Галина Чанева дм
Проф. д-р Иванка Стамболова дм
Проф. д-р Кичка Велкова дмн
Проф. д-р Красимир Василев
Проф. д-р Полина Балканска дм
Проф. д-р Христина Милчева
Проф. д-р Евдокия Сотирова
Проф. д-р Елена Желева
Проф. д-р Албена Андонова дм
Доц. д-р Антоанета Грозева дм
Доц. д-р Биляна Цонкова дп
Доц. д-р Владимир Гончев дм
Доц. д-р Галина Терзиева дп
Доц. д-р Даниела Танева дм
Доц. д-р Калоян Георгиев
Доц. д-р Сашка Михайлова
Доц. д-р Светла Желева
Доц. д-р Светлана Георгиева дф
Доц. д-р Ася Консулова, дм
Гл. ас. д-р Златинка Лечева
Д-р Златинка Лечева доз
Николай Паунчев

Editor-in-chief:

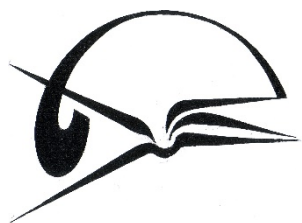
Prof. Dr. Ivan Dimitrov

Assistant to the Editor:

Assoc. Prof. Dr. Galina Terzieva

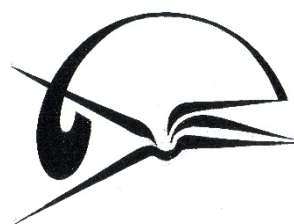
**Scientific Board, Guest Editors and
Reviewers:**

Prof. Dr. Bianka Torniova
Prof. Dr. Valentin Stoyanov
Prof. Dr. Veska Shivacheva
Prof. Dr. Galina Chaneva
Prof. Dr. Ivanka Stambolova
Prof. Dr. Kichka Velkova
Prof. Dr. Krasimir Vasilev
Prof. Dr. Polina Balkanska
Prof. Dr. Hristina Milcheva
Prof. Dr. Evdokiya Sotirova
Prof. Dr. Elena Zheleva
Prof. Dr. Albena Andonova
Assoc. Prof. Dr. Antoaneta Grozeva
Assoc. Prof. Dr. Bilyana Tzonkova
Assoc. Prof. Dr. Vladimir Gonchev
Assoc. Prof. Dr. Galina Terzieva
Assoc. Prof. Dr. Daniela Taneva
Assoc. Prof. Dr. Kaloyan Georgiev
Assoc. Prof. Dr. Sashka Mihajlova
Assoc. Prof. Dr. Svetla Zheleva
Assoc. Prof. Dr. Svetlana Georgieva
Assoc. Prof. Dr. Asya Konsulova
As. Prof. Zlatinka Lecheva PhD
Zlatinka Lecheva PhD
Nikolaj Paunchev



© Управление и Образование
ISSN 13126121

Университет „Проф. д-р Асен Златаров”
Ул. „Проф. Якимов”, № 1
Бургас 8010, България



© Management and Education
ISSN 13126121

Prof. Dr Assen Zlatarov University
1 “Prof. Yakimov”, str.
Burgas 8010, Bulgaria

CONTENTS

HEALTHCARE

PREVALENCE OF BACK PAIN AMONG NURSES AND THE ASSOCIATED WITH RISK FACTORS IN THE WORK ENVIROMENT	7
Kameliya Evtimova, Rositsa Doynovska	
NEED FOR TRAINING OF STUDENTS FROM THE SPECIALTY "NURSE" FOR PROVIDING MEDICAL CARE AT BURNS	10
Anushka Dimitrova	
SOME ETHICAL CONSIDERATIONS OF DIGITAL TECHNOLOGIES AND ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN HEALTHCARE	15
Desislava Bakova, Antonia Yaneva, Anna Mihaylova, Dobromira Shopova, Maria Semerdjieva	
PROVISION OF BLOOD AND BLOOD COMPONENTS IN PATIENTS WITH LIVER TRANSPLANTATION – CHALLENGES FOR THE SPECIALISTS HEALTH CARE	19
Zornitsa Yordanova, Ivanka Stambolova, Elisaveta Grancharova	
OBESITY IN CHILDHOOD – A RISK FACTOR FOR INCREASING MORBIDITY	23
Iva Tomova	
SELF-ASSESSMENT OF SOME CHANGES IN THE LIFESTYLE OF TEACHERS DUE TO THE PANDEMIC	29
Maria Semerdjieva, Anna Mihaylova, Antonia Yaneva, Dobromira Shopova, Desislava Bakova	
MEDICAL AND SOCIAL SIDES OF THE ADOLESCENT PREGNANCY – A LITERATURE REVIEW	34
Nino Koleva, Delyana Hadzhideleva	
PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF ADOLESCENT PREGNANCY - LITERATURE REVIEW	43
Nino Koleva, Delyana Hadzhideleva	
ON PATIENT’S RESPONSIBILITY AS A CRITERION FOR RESOURCE ALLOCATION IN HEALTHCARE	53
Silviya Aleksandrova-Yankulovska	
SAFETY OF CARE IN CONDITIONS OF E-HEALTH	60
Svetlana Radeva	
AUDITING AS A MEANS OF RISK MANAGEMENT IN OBSTETRIC STRUCTURES IN E-HEALTH SETTINGS	66
Svetlana Radeva	
A MODEL FOR OBSTETRICAL CARE - CONCEPT AND GUIDELINES FOR PRACTICAL IMPLEMENTATION	72
Hristina Milcheva	
ADOLESCENT PREGNANCY AND CHILDBIRTH	78
Zlatina Deneva, Boriana Tasheva, Gyulsyum Smail, Iva Raykova	
POSSIBILITIES FOR IMPLEMENTATION OF MEDIATION IN THE FIELD OF HEALTHCARE, ACCORDING TO THE OPINION OF MEDICAL SPECIALISTS IN MANAGERIAL POSITIONS	83
Radka Goranova-Spasova, Neli Gradinarova, Radostina Shtereva	

STUDENT MIDWIVES' SKILLS IN DELIVERING ADOLESCENT HEALTH EDUCATION IN RELATION TO SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS	91
Krastina Todorova, Bachar Saidova, Radoslava Djambazova	
A STUDY OF AWARENESS AMONG WOMEN ABOUT SELF-EXAMINATION AS A PREVENTION FOR BREAST CANCER	97
Monika Obreykova, Petya Stefanova, Aysun Redjeb, Aysun Ahmed	
PARTICIPATION OF THE MIDWIFE IN THE DECISION-MAKING PROCESS OF THE MODE OF BIRTH BY WOMEN- NON-LABORING, PREGNANT, LABORING WITHOUT ABSOLUTE OR RELATIVE INDICATIONS FOR CAESAREAN SECTION	102
Nedyalka Atanasova, Vanya Vasileva, Ebru Smail, Toni Ivanova, Fatme Femi	
PALLIATIVE NURSING THROUGH THE LENS OF STUDENTS	106
Silviya Kyuchukova, Albena Andonova, Manuel Tanev	
APPLICABILITY OF „PEER-TO-PEER“ TEACHING IN UNIVERSITY EDUCATION	111
Silviya Kyuchukova, Albena Andonova, Teodora Todorova, Manuel Tanev	
ANALYSIS OF THE ORGANIZATION OF INTENSIVE CARE IN THE NEONATAL UNIT. PRESIDENCIES	116
Fanya Kyuchun	
THE RISKS OF LATE PARENTHOOD WHEN LEAVING THE NEWBORN IN THE MATERNITY HOME. A CLINICAL CASE	122
Fanya Kyuchun	
HYPERBARIC OXYGENATION APPLICATIONS FOR CHILDREN WITH DISABILITIES ROLE OF THE HEALTHCARE SPECIALIST.	128
Filiz Alendarova, Ivanka Stambolova	
ADMINISTRATIVE-CRIMINAL LIABILITY OF HEALTHCARE PROFESSIONALS IN THE PROVISION OF MEDICAL ASSISTANCE	133
Neli Gradinarova, Radka Goranova-Spasova	
STUDY OF THE POSSIBLE HARMFUL EFFECTS OF HAND DISINFECTANTS	139
Yana Koleva, Elisaveta Todorova – Koynova	
SMALL CELL LUNG CARCINOMA - MODERN ASPECTS AND NEW PERSPECTIVES	145
Yaroslava Marincheva, Desislava Encheva, Ziyneb Isuf	

СЪДЪРЖАНИЕ

ЗДРАВНИ ГРИЖИ

РАЗПРОСТРАНЕНИЕ НА БОЛКИТЕ В ГЪРБА СРЕД МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ И СВЪРЗАНИТЕ С ТЯХ РИСКОВИ ФАКТОРИ НА РАБОТНАТА СРЕДА	7
Камелия Евтимова, Росица Дойновска	
НЕОБХОДИМОСТ ОТ ОБУЧЕНИЕ НА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „МЕДИЦИНСКА СЕСТРА” ЗА ОКАЗВАНЕ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ ПРИ ИЗГАРЯНИЯ	10
Анушка Димитрова	
НЯКОИ ЕТИЧНИ АСПЕКТИ СВЪРЗАНИ С ДИГИТАЛНИТЕ ТЕХНОЛОГИИ И ИЗКУСТВЕНИЯ ИНТЕЛЕКТ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО	15
Десислава Бакова, Антония Янева, Анна Михайлова, Добромира Шопова, Мария Семерджиева	
ОСИГУРЯВАНЕ С КРЪВ И КРЪВНИ СЪСТАВКИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ЧЕРНОДРОБНА ТРАНСПЛАНТАЦИЯ – ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРЕД СПЕЦИАЛИСТИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ	19
Зорница Йорданова, Иванка Стамболова, Елисавета Грънчарова	
ЗАТЛЪСТЯВАНЕ В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ – РИСКОВ ФАКТОР ЗА НАРАСТВАНЕ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТТА	23
Ива Томова	
САМООЦЕНКА НА НЯКОИ ПРОМЕНИ В СТИЛА И НАЧИНА НА ЖИВОТ НА ПРЕПОДАВАТЕЛИ ЗАРАДИ ПАНДЕМИЯТА	29
Мария Семерджиева, Анна Михайлова, Антония Янева, Добромира Шопова, Десислава Бакова	
МЕДИЦИНСКИ И СОЦИАЛНИ АСПЕКТИ НА БРЕМЕННОСТТА В АДОЛЕСЦЕНТНА ВЪЗРАСТ – ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР	34
Нино Колева, Деляна Хаджиделева	
ПСИХОЛОГИЧЕСКИ АСПЕКТИ НА БРЕМЕННОСТТА В АДОЛЕСЦЕНТНА ВЪЗРАСТ – ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР	43
Нино Колева, Деляна Хаджиделева	
ЗА ОТГОВОРНОСТТА НА ПАЦИЕНТА КАТО КРИТЕРИЙ ЗА РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА РЕСУРСИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО	53
Силвия Александрова-Янкуловска	
БЕЗОПАСНОСТ НА ГРИЖИТЕ В УСЛОВИЯТА НА Е-ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ	60
Светлана Радева	
ОДИТЪТ КАТО СРЕДСТВО ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА РИСКА В АКУШЕРСКИТЕ СТРУКТУРИ В УСЛОВИЯТА НА Е-ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ	66
Светлана Радева	
МОДЕЛ ЗА АКУШЕРСКИ ГРИЖИ – КОНЦЕПЦИЯ И НАСОКИ ЗА ПРАКТИЧЕСКО ПРИЛОЖЕНИЕ	72
Христина Милчева	
ЮНОШЕСКА БРЕМЕННОСТ И РАЖДАНЕ	78
Златина Денева, Боряна Ташева, Гюлсюм Смаил, Ива Райкова	

ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ПРИЛОЖЕНИЕ НА МЕДИАЦИЯТА В СФЕРАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО ПО МНЕНИЕТО НА МЕДИЦИНСКИ СПЕЦИАЛИСТИ НА УПРАВЛЕНСКИ ПОЗИЦИИ	83
Радка Горанова-Спасова, Нели Градинарова, Радостина Щерева	
УМЕНИЯТА НА СТУДЕНТКИТЕ АКУШЕРКИ ЗА ОСЪЩЕСТВЯВАНЕ НА ЗДРАВНО ОБРАЗОВАНИЕ НА ПОДРАСТВАЩИТЕ ВЪВ ВРЪЗКА С ПОЛОВО ПРЕДАВАНИТЕ ИНФЕКЦИИ	91
Кръстина Тодорова, Бахар Саидова, Радослава Джамбазова	
ПРОУЧВАНЕ ИНФОРМИРАНОСТТА СРЕД ЖЕНИТЕ ЗА САМОПРЕГЛЕД КАТО ПРЕВЕНЦИЯ ЗА РАК НА ГЪРДАТА	97
Моника Обрейкова, Петя Стефанова, Айсун Реджеб, Айсун Мехмед	
УЧАСТИЕ НА АКУШЕРКАТА В ПРОЦЕСА НА ВЗИМАНЕ НА РЕШЕНИЕ ЗА НАЧИНА НА РАЖДАНЕ ОТ ЖЕНИ- НЕ РАЖДАЛИ, БРЕМЕННИ, РАЖДАЛИ БЕЗ ДА ИМАТ АБСОЛЮТНИ ИЛИ ОТНОСИТЕЛНИ ИНДИКАЦИИ ЗА ЦЕЗАРОВО СЕЧЕНИЕ	102
Недялка Атанасова, Ваня Василева, Ебру Смаил, Тони Иванова, Фатме Феми	
ПАЛИАТИВНИТЕ СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ ПРЕЗ ПРИЗМАТА НА СТУДЕНТИТЕ	106
Силвия Кючукова, Албена Андонова, Мануел Танев	
ПРИЛОЖИМОСТ НА МЕТОДА „ВРЪСТНИЦИ ОБУЧАВАТ ВРЪСТНИЦИ“ В УНИВЕРСИТЕТСКОТО ОБРАЗОВАНИЕ	111
Силвия Кючукова, Албена Андонова, Теодора Тодорова, Мануел Танев	
АНАЛИЗ НА ОРГАНИЗАЦИЯТА НА ИНТЕНЗИВНИТЕ ГРИЖИ В НЕОНАТОЛОГИЧНО ОТДЕЛЕНИЕ. ПРЕЗИДВИКАТЕЛСТВА	116
Фаня Кючюн	
РИСКОВИТЕ НА КЪСНОТО РОДИТЕЛСТВО ПРИ ИЗОСТАВЯНЕ НА НОВОРОДЕНОТО В РОДИЛНИЯ ДОМ. КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ	122
Фаня Кючюн	
ПРИЛОЖЕНИЕ НА ХИПЕРБАРНАТА ОКСИГЕНАЦИЯ ПРИ ДЕЦА С УВРЕЖДАНЯ. РОЛЯТА НА СПЕЦИАЛИСТА ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ.	128
Филиз Алendarова, Иванка Стамболова	
АДМИНИСТРАТИВНО-НАКАЗАТЕЛНА ОТГОВОРНОСТ НА СПЕЦИАЛИСТИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ ПРИ ПРЕДОСТАВЯНЕ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ	133
Нели Градинарова, Радка Горанова-Спасова	
ИЗУЧАВАНЕ НА ВЪЗМОЖНОТО ВРЕДНО ВЛИЯНИЕ НА ПРЕПАРАТИ ЗА ДЕЗИНФЕКЦИЯ НА РЪЦЕ	139
Яна Колева, Елисавета Тодорова - Койнова	
ДРЕБНОКЛЕТЪЧЕН БЕЛОДРОБЕН КАРЦИНОМ- СЪВРЕМЕННИ АСПЕКТИ И НОВИ ПЕРСПЕКТИВИ	145
Ярослава Маринчева, Десислава Енчева, Зийнеб Исуф	



РАЗПРОСТРАНЕНИЕ НА БОЛКИТЕ В ГЪРБА СРЕД МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ И СВЪРЗАНИТЕ С ТЯХ РИСКОВИ ФАКТОРИ НА РАБОТНАТА СРЕДА

Камелия Евтимова, Росица Дойновска

PREVALENCE OF BACK PAIN AMONG NURSES AND THE ASSOCIATED WITH RISK FACTORS IN THE WORK ENVIRONMENT

Kameliya Evtimova, Rositsa Doynovska

ABSTRACT: *Back pain is one of the most common health problems in the modern world and can affect people for life. Most of those affected have so-called non-specific or functional back pain due to the overloading of a certain part of the body. Non-specific back pain is a big problem for hospital staff, and nurses in particular. The aim of this study was to investigate the occupational risk factors affecting the prevalence of back pain in different regions of the vertebral column among nurses. By using the Google application (Google Forms), 52 nurses working in medical facilities for hospital care in the city of Blagoevgrad were surveyed. A statistically significant influence was found between the number of patients served and the degree of workload of the nurses. Half of the respondents claim that they are somewhat familiar with the techniques for properly lifting and repositioning a patient, and a third of them are not familiar and would like to be informed. Back pain associated with professional activities is a consequence of caring for a large number of patients, overtime, increases with advancing age and untimely treatment. It is necessary to develop a preventive program for medical specialists and ergonomics courses. Healthcare facilities should be equipped with equipment that allows work in accordance with the principles of ergonomics.*

Keywords: back pain, nurse, patients

Въведение

Болките в гърба са един от най-често срещаните здравословни проблеми в съвременния свят и могат да засегнат хората за цял живот. Резултатите от редица изследвания показват, че голяма част от населението е страдало от болки в гърба поне веднъж в живота си. Повечето от засегнатите имат т. нар. неспецифична или функционална болка в гърба за която има вина претоварването на една определена част от тялото. Неспецифичната болка в гърба е голям проблем за болничния персонал, и по-специално за медицинските сестри. (Mroczek et al., 2020). Доказано е, че професията на медицинската сестра е една от най-рисковите за болки в долната част на гърба. Основната причина е свързана със задачите по обгрижване на пациенти, като вдигане, преместване и промяна на положението на пациентите, непривични пози, извършване на едно и също движение или на серии от движения, непрекъснато или често през работния ден, както и липсата на знания и опит. Правилната стойка на тялото е от съществено значение за

намаляване на болката при здравните работници, които имат анамнеза за хронична болка в долната част на гърба. Чрез провеждането на обучения свързани с техники на повдигане, сядане, обръщане, първо раздвижване, пренасяне и придвижване на болен, здравни заведения могат значително да намалят страданието на техния медицински персонал. (Richardson et al., 2018). За да се сведе до минимум ръчното повдигане във всички случаи и премахването е възможно, е необходимо използването на високо ергономични устройства. Установено е, че болките в гърба се срещат значително по-малко сред сестринския персонал, който използва електромеханични повдигателни съоръжения. (Gilchrist et al., 2021; Gold et al., 2017).

Цел

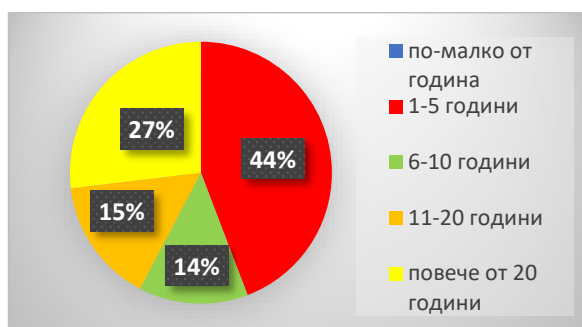
Целта на това проучване беше да се изследват професионалните рискови фактори, засягащи разпространението на болките в гърба в различни дялове на гръбначния стълб сред медицинските сестри.

Материали и методи

Използвайки приложението на Google (Google Forms), подготвихме онлайн анкета, която бе разпространена сред медицински сестри чрез социалните мрежи и електронни писма в периода март- април 2022г. Статистическата обработка на данните и графичното им представяне е осъществена посредством статистически пакет SPSS 16.0

Резултати

В анкетата взеха участие 52 медицински сестри работещи в лечебните заведения за болнична помощ в гр. Благоевград. Средната възраст на анкетираните е $39,33 \pm 9,79$ години.

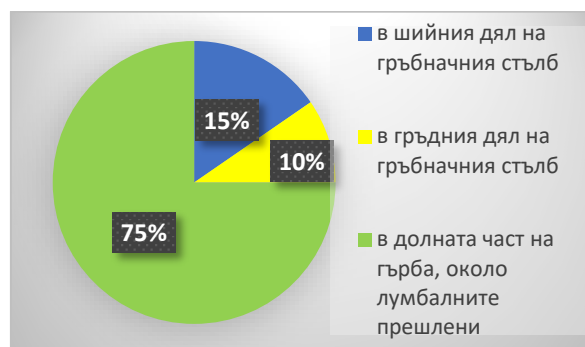


Фиг.1. Разпределение на респондентите спрямо трудовия им стаж

Разпределение на медицинските сестри според професионалния им стаж в болничната помощ е представено на фиг.1. Най-голям е относителният дял на тези с професионален стаж от 1 до 5 години – 44,2 % (n=23), както и повече от 20 години и 11 – 20 години – съответно 26,9%(n=14) и 15,4 %(n=8). Професионалният стаж на 13,5 % (n=7) от анкетираните е между 6 и 10 години. Една работна седмица е с продължителност $44,19 \pm 8,49$ часа. Средните стойности на броя на пациентите обслужвани в отделението по време на една смяна при ниска, средна, висока и много висока натовареност в работата са: $8 \pm 2,45$; $14,73 \pm 4,03$; $20,33 \pm 4,30$; $22,16 \pm 6,44$. ($p < 0.001$) Беше установено статистически значимо влияние между броя на обслужваните пациенти и степента на натовареност, т.е. грижата за повече пациенти води до по-висока натовареност на медицинските сестри по време на дежурство. Силата на болката сред изследваните лица е определена от лека при 9,6%(n=5), умерена при 30,8%(n=16), умерена до силна при 44,2%(n=23) и силна при 15,4%(n=8)от анкетираните.

Най-често срещаният вид болка в гърба е тази в долната част на гърба, около лумбалните

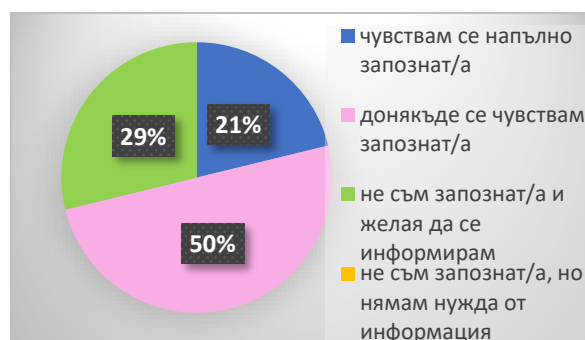
прешлени 75% (n=39). Болка, усещана в средата на гърба, до основата на шията, около гръдните прешлени е при 9,6% (n=5) и 15,4% (n=8)съобщават за болка в шийните прешлени - фиг. 2:



Фиг.2. Разпространение на болката в различните дялове на гръбначния стълб

Около една пета от анкетираните 17,3% (n=9) имат диагностицирано заболяване на гръбначния стълб, а 82,7% (n=43) са отговорили отрицателно. Болките в гърба сред изследваните медицинските сестри се различават по продължителност. При 48,1% (n=25) е с продължителност от няколко дни. Като хронична я определят 26,9% (n=14), а при 25%(n=13) е с продължителност няколко часа.

Половината от респондентите понастоящем твърдят, че са донякъде запознати с техниките за правилно повдигане и промяна на положението на болен. 28,8% (n=15) не са запознати и желаят да се информират. Напълно запознати се чувстват 21,2% (n=11) - фиг.3:



Фиг.3. Познаване на техники за повдигане и промяна на положението на болен

Като най- често използваният метод за преместване на пациент е посочен ръчно преместване, чрез използване на собствена мускулна сила- 88,5% (n=46). Останалите 11,5% (n=6) използват същият метод придружен от използването на малки помощни средства. Методи за преместване чрез електромеханични повдигателни съоръжения не се прилагат - фиг.4:



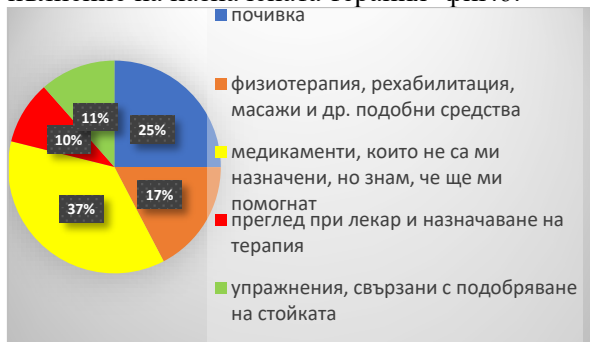
Фиг.4. Методи за преместване на пациент

На фиг.5. резултатите надвишават 100% сумарно, заради правото на респондентите на повече от един отговор на зададения въпрос. При извършване на манипулация се навеждат 88,5% (n=46), 57,7% (n=30) използват мускулите на торса, а не на краката и приблизително същия процент 53,8% (n=28) се протягат през леглото на пациента:



Фиг.5. Движения извършвани по време на манипулация

Значителна част от анкетираните 36,5% (n=19) не отдава необходимото внимание към проблема, като предпочитат да използват медикаменти, които не са им назначени, но знаят, че ще им помогнат. Анкетираните, които предпочитат физиотерапията и рехабилитацията за намаляване на болките са 17,3% (9), 11,5% (6) залагат на упражнения, свързани с подобряване на стойката, докато 9,6 % отдават първостепенно значение на преглед при лекар и изпълнение на назначената терапия- фиг.6:



Фиг.6. Начини за компенсирание и облекчаване на болката

Заклучение

В настоящото проучване се установи високо разпространение на болките в гърба, което води до хронифициране на болката. Болките в гърба, свързани с професионалните дейности, са следствие от грижите за голям брой пациенти и увеличен труд. Медицинските сестри извършват физически усилия свързани със задачите по обгрижването на пациенти и заемат пози, които оказват напрежение върху организма. Липсата на подходящо оборудване и липсата на знания също са сериозна предпоставка за нараняване. Здравните работници следва да бъдат включени в превантивна програма и да посещават системни курсове по ергономия. Здравните заведения следва да бъдат преоборудвани с оборудване, позволяващо работа в съответствие с принципите на ергономията.

Литература

Gilchrist A, Pokorná A. 2021. Prevalence of musculoskeletal low back pain among registered nurses: Results of an online survey. *J Clin Nurs*, 30, 1675-1683

Gold JE, Punnett L, Gore RJ. 2017. Predictors of low back pain in nursing home workers after implementation of a safe resident handling programme. *Occup Environ Med*, 74, 389-395

Mroczek B, Łubkowska W, Jarno W, Jarczewska E, Mierzecki A. 2020. Occurrence and impact of back pain on the quality of life of healthcare workers. *Ann Agric Environ Med*, 27, 36-42.

Richardson A, McNoe B, Derrett S, Harcombe H. 2018. Interventions to prevent and reduce the impact of musculoskeletal injuries among nurses: A systematic review. *Int J Nurs Stud* 82, 58-67

Камелия Евтимова
 ЮЗУ „Неофит Рилски“
 Катедра „Здравни грижи“
 2700 Благоевград
 ул. „Иван Михайлов“ №66
 e-mail: kaevtimova@abv.bg



НЕОБХОДИМОСТ ОТ ОБУЧЕНИЕ НА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „МЕДИЦИНСКА СЕСТРА” ЗА ОКАЗВАНЕ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ ПРИ ИЗГАРЯНИЯ

Анушка Димитрова

NEED FOR TRAINING OF STUDENTS FROM THE SPECIALTY "NURSE" FOR PROVIDING MEDICAL CARE AT BURNS

Anushka Dimitrova

ABSTRACT: Thermal trauma is a complex disease with local and general manifestations affecting the whole organism. In parallel with the general changes, complications occur in the affected wound surfaces based on general biological regularities. In the healing process of burns, nursing care is an essential element of the overall healing and diagnostic activity. According to a number of researchers, nurses caring for burn patients should undergo additional training [3], [4], [5] and the formal education of students in the specialty should allow for a wider scope of knowledge in this field [6]. The aim of this study is to establish the need and attitude for training of students in the specialty "Nurse" to provide medical care to victims with burns. Material and methods. The study used documentary method, sociological (questionnaire) method, comparative and graphical analysis. The study was conducted in the period February - March 2023 among 167 students who underwent clinical practice in surgical departments. Results and discussion. A significant share of students (70.05%) did not observe a clinical case of a burn patient, 44.91% of them had practical knowledge of wound surface dressings, and 61.68% needed additional training on the topic. Conclusion. Graduate students must have knowledge of medical care in case of burning, regardless of their choice of workplace – hospital care or health offices of nurseries, kindergartens or schools.

Key words: burning, students, training, medical care

Въведение

Травмите от изгаряне са често срещани наранявания при инциденти в социалната и битова среда на обществото. Като част от спешните състояния, те често пъти се оказват животозастрашаващи. Лечебният процес започва от мястото на поражението и включва три етапа – допълнително поведение, лечение в болнично заведение и лечение на последствията от изгаряне. Важен етап в лечебния процес е събирането и анализирането на данните за: агента на изгарянето (гореща течност, химикал, газ, пламък, електрически ток), продължителността на въздействието, условията, възможните придружаващи травми от инцидента (в отворено или затворено пространство), както и поведението при оказване на първа/допълнителна помощ и началото на болничното лечение. В зависимост от навременната и адекватната намеса на медицинските специалисти, възможните усложнения и последствия за

пострадалите могат да бъдат значително намалени или предотвратени.

Световната здравна организация съвместно със Световната асоциация по изгаряне (International Society for Burns Injuries – ISBI) насърчава разработването на стратегии за намаляване честотата на изгарянията и увеличаване на инвестициите за изследвания и преди всичко продължаващо обучение в насока оказване на адекватна грижи на пострадалите [7].

Много изследователи посочват, че познанията по отношение на адекватната грижа при спешни състояния на пострадалите с изгаряния не е достатъчна и следва да бъдат провеждани допълнителни курсове за обучение на медицинските сестри [4], [5], [6].

Kua Phes Hui et al. (2016) доказват статистически значимо увеличение на знанията на медицинските сестри от детското спешно отделение в Сингапур преди и след проведен курс по темата за изгарянията, в съотношение 22,9% преди обучението и 78,3% след него [7].

AL-Sudani и Ali (2017) доказват, че медицинските сестри полагат грижи при лечение на пациенти с изгаряне могат значително да подобрят знанията си след допълнително обучение. В тяхното изследване се посочва, че относителния дял на правилните отговори преди и след проведеното обучение нараства от 8,7% на 100% [5].

Проучване на Meschial & Oliveira (2014) в Бразилила показва, че само 22,4% от студентите обучаващи се за медицински сестри имат познания за оказване на първа помощ при изгаряния. Една от причините за недостатъчни знания е образователната програма в училищата за медицински сестри, както и липсата на продължаващо обучение в оказване на медицинска помощ при изгаряния. Допълнително обучение във формалното образование за медицински сестри ще разшири обхвата на знанията на студентите [6].

В лечебния процес на изгарянията, сестринските грижи са основен елемент от цялостната диагностична-лечебна дейност, съобразена с патологията, моментното състояние и личните потребности на болния. Лечението на критично болни изисква висока професионална подготовка на медицинските сестри, изграждане на навици и умения за клинично наблюдение, анализ на състоянието на пациента и прилагане на индивидуален подход в техните действия. Изключително значение има базовото обучение на медицинските сестри, в което следва да залегне обучение даващо основни знания и насоки за професионално поведение при оказване на медицинска помощ при изгаряния.

Целта на настоящото изследване е да се установи потребността и нагласата за обучение на студентите от специалност „Медицинска сестра“ за оказване на медицинска помощ на пострадали с изгаряне.

Материал и методи

В проучването са използвани документален метод за проучване на изследваното явление, социологически (анкетен) метод, статистичен метод с графичен анализ за онагледяване на изследваните променливи и взаимовръзки.

Обект на изследване са студенти от специалност „Медицинска сестра“ от Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Ц. Воденичаров, дмн“, МУ-София. Изследването е проведено в периода февруари - март 2023г. сред 167 студенти преминали клинична практика в хирургични отделения на лечебните заведения за болнична помощ в София.

Резултати

Възрастовата характеристика на изследваните лица е разнообразна и обхваща студенти от различен етап на тяхното обучение. С най-голям относителен дял (37,72%) са респондентите между 31 до 40 години. С приблизително еднакъв дял са лицата между 20 до 30 години (28,14%) и тези между 41 до 50 години (27,54%). Макар и с малък относителен дял (6,59%) са студентите на възраст над 50 години (табл.1).

Табл. 1. Разпределение на респондентите по възраст и семестър на обучение

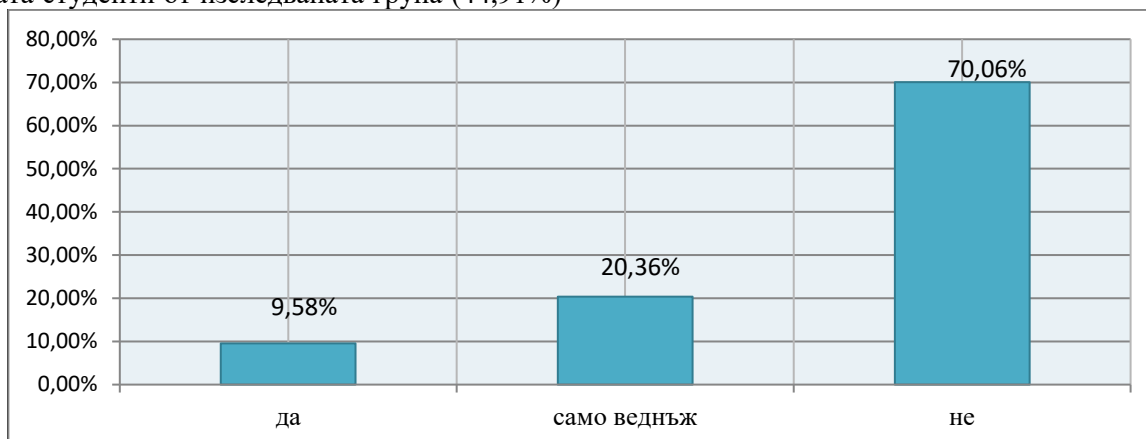
	възраст	брой	отн. дял [%]
Възраст	20 – 30 г.	47	28,14
	31 – 40 г.	63	37,72
	41 – 50 г.	46	27,54
	над 50 г.	11	6,59
	общо	167	100
Семестър на обучение	четвърти	104	62,28
	шести	63	37,72
	общо	167	100

Практическото обучение на студентите следва функционална връзка и общи цели с лекциите и учебно-практическите занимания на учебния процес. Клиничната практика е организационна учебна форма, която формира у студентите професионално значими и

личностни качества в реална болнична среда, чрез методите за наблюдение, инструктаж и самостоятелна работа [1]. На въпрос, свързан с честотата на наблюдение на клиничен случай на пациенти с изгаряне по време на клиничната практика, значителен дял (70,05%) от

студентите отговарят отрицателно, 20,36% от тях посочват само веднъж и едва 9,58% дават положителен отговор (фиг.1). Близко половината студенти от изследваната група (44,91%)

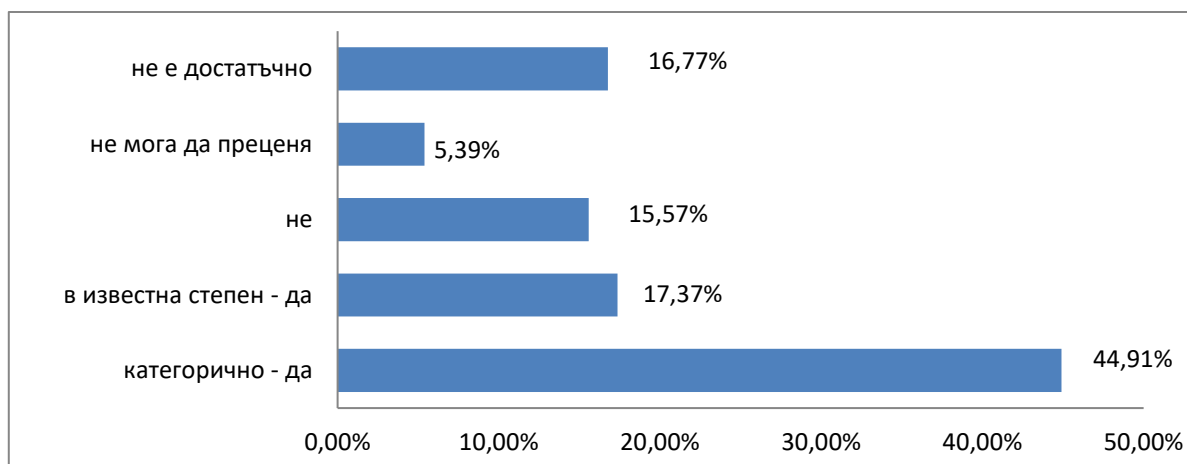
посочват, че се е налагало да превързват рани от изгаряне на свои близки от обкръжаващата им среда:



Фиг. 1. Наблюдение на клиничен случай при пациенти с изгаряне

Общата и специална подготовка на студентите в областта на хирургията и хирургичните грижи дава увереност, че в повечето случаи ще могат да се справят с грижите за раните от изгаряне. Но медицинските консумативи и превръзките в областта на изгарянията са твърде специфични и много различни от използваните в общата хирургия. Според получените

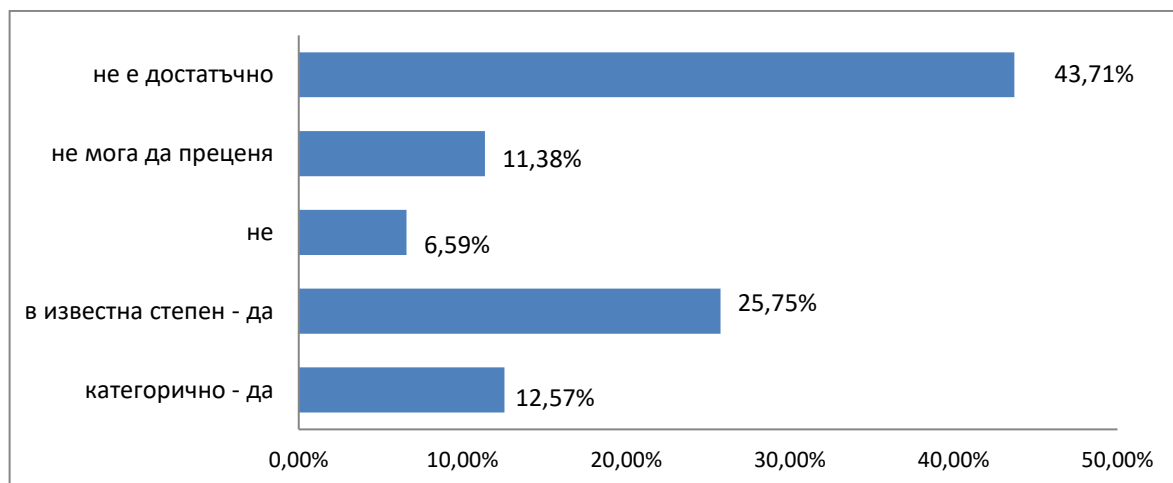
резултати 44,91% от анкетиранияте студенти имат практическа подготовка за превръзка на раните от изгаряне, 17,37% от тях в известна степен, а 16,77% определят практическите умения за превръзки за недостатъчни. Отрицателни отговори се посочват от 15,57% от респондентите, но има и такива които не могат да преценят (фиг.2):



Фиг. 2. Самооценката на практическа подготовка за превръзки на раните

В съвременното общество съществуват редица опасности водещи до инциденти с изгаряния, което налага добра подготовка на студентите за оказване на медицинска помощ на пострадали. Учебните програми по специалността включват дисциплини за оказване на първа помощ и реанимационни мероприятия при животозастрашаващи ситуации. Но дипломираните студенти по специалността трябва да имат и компетенции по отношение на

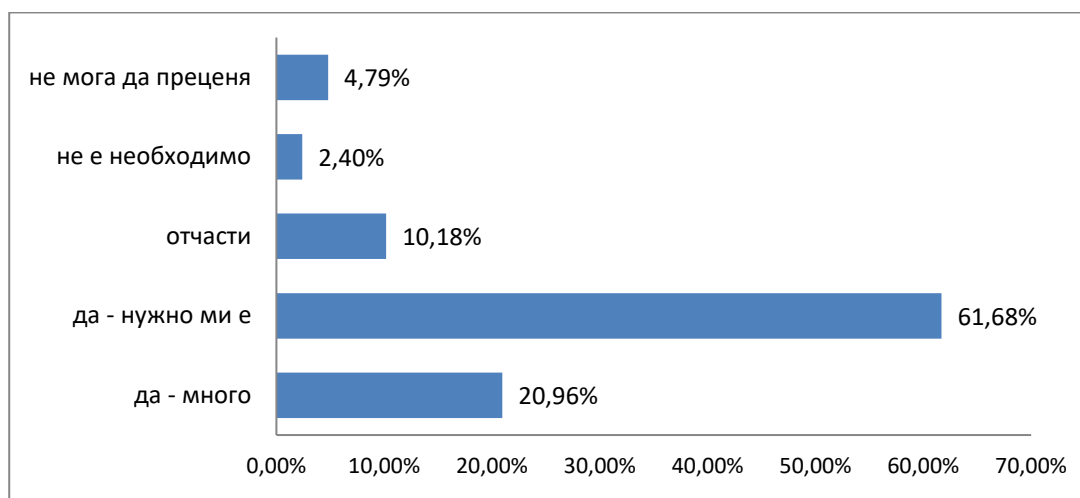
медицинската помощ при възникнал инцидент с изгаряния. Близко половината (43,71%) студенти не се чувстват достатъчно подготвени да оказват медицинска помощ, а 25,75% от тях биха могли в известна степен да помогнат на пострадалите. Само 12,57% от анкетиранияте могат да оказват адекватна помощ при изгаряне, а 11,38% от студенти не могат да преценят (фиг.3):



Фиг. 3. Практически умение за оказване на медицинска помощ при изгаряне

В хода на изследването проучихме нагласата на студентите за участие в допълнително обучение по отношение грижите при пациент с изгаряния. Значителен дял от студентите (61,68%) считат, че усвояването на допълнителни знания са им нужни, а 20,96% от тях заявяват категоричното си желание за обучение по темата. Относителният дял на отрицателните отговори е почти незначителен (2,40%), което показва мотивацията и нагласата на

студентите да разширят своите знания и уменията в тази област от медицината. Университетското обучение на студентите по специалност “медицинска сестра” се осъществява по държавни изисквания, които регламентират учебните дисциплини със съответния хорариум, но се дава и възможност за по-широк обхват на познанията в различни направления на медицината, чрез предлагане на избираеми дисциплини (фиг.4):



Фиг. 4. Желание на студентите за обучение по отношение грижите при изгаряне

Обсъждане

Възрастовата характеристика на респондентите показва, че студентите от четвърти (62,28%) и шести семестър (37,72%) на обучение по специалността „медицинска сестра“ са от различни възрастови групи с превес на лицата между 31-50 години. През последните години приема за студенти по специалност значително нарасна, но продължава да се

наблюдава тенденцията за недостиг на медицинските сестри в много здравни и лечебни заведения в страната.

Според редица изследователи познанията на медицинските сестри полагащи грижи при пациенти с изгаряне не са достатъчни и следва да преминават допълнително обучение [3], [4], [5]. От изключително значение е базовото обучение на медицинските сестри, в което следва да залегне обучение по отношение

професионално поведение при оказване на медицинска помощ при изгаряния [6].

Учебната практика на студентите се провежда в хирургични клиники на лечебните заведения за болнична помощ, но клинични случаи на пациенти с изгаряния са наблюдавали едва 9,58% от студентите и „само веднъж“ на 20,36% от анкетиранияте. Установява се, че на близо половината (44,91%) анкетирани студенти се е налагало да превързват рани от изгаряне. Резултатите от проучването показват, че 44,91% от анкетиранияте студенти имат практически знания и умения да превързват рани от изгаряне, чиято увереност се дължи на тяхното обучение в областта на хирургията и хирургичните грижи.

Като част от спешните състояния, травмите от изгаряния водят до сериозни последици за здравето и живота на пострадалите. Установява се, че близо половината от изследваната група (43,71%) не са достатъчно подготвени да оказват медицинска помощ на пострадали с изгаряния въпреки изучаваните дисциплини за реанимационни мероприятия при животозастрашаващи ситуации.

Университетското обучение на студентите дава възможност за широк обхват на познанията в различни направления на медицината, чрез участие в избираеми дисциплини. Анализът на резултатите показва, че над половината студенти (61,68%) имат нужда от допълнителни знания по темата, а 20,96% от тях заявяват категоричното си желание за обучение.

Заклучение

Развитието на медицинската наука и практика обуславя необходимостта от квалифицирани медицински специалисти за висококачествено изпълнение на определена професионална дейност. Учебните планове и програми за образователно-квалификационна степен бакалавър по специалност “Медицинска сестра” създават възможност за придобиване на широк обхват от професионални знания и умения, чрез изучаване на различни форми на факултативни и избираеми дисциплини. Дипломираните медицинските сестри трябва да притежават професионална компетентност за оказване на медицинска помощ при възникнали инциденти независимо избора на работно място – болничната помощ или здравните кабинети на детски ясли, детски градини или училища.

Литература

Mladenova, S. 2015. Metodika na obuchenieto po praktika po spetsialnostite ot profesionalno napravlenie „Zdravni grizhi”, ISBN 978-954-9318-53-1, TSMB, MU-Sofiya, s.48-51.

Dimitrova, A. 2019. Menidzhmant na grizhite pri izgaryane. ISBN 978-619-7491-10-4, TSMB, MU-Sofiya, s.95-98.

Abd Elalem S M, Shehata O M and Shattla S I. 2018. The effect of self-care nursing intervention model on self-esteem and quality of life among burn patients. ClinNursStud, 6(2), 79-90.

Alomar M, Rouqi FA, Eldali A. 2016. Knowledge, attitude and belief regarding burn first aid among caregivers attending pediatric emergency medicine departments. Burns, 42(4):938–943. [PubMed] [Google Scholar]

AL-Sudani A A. and Ali E G. 2017. Effectiveness of an educational program on the nurses' knowledge for children with burn injuries attending the Burns Specialist Hospital in Baghdad City. International Journal of Scientific and Research. Publications, 7(3), 514-520.

Meschial WC, Oliveira MLF. 2014. Initial care to burn victims: nursing students' knowledge: a cross-sectional study. Online Brazilian Journal of Nursing. 13(4) Available at: <https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4744> . [Google Scholar]

Kua Phek Hui J, Allen JC, Mok WL. 2016. Attitudes on first aid for pediatric burns: pilot survey of a developed city state. Burns., 42(4); 926–937. [PubMed] [Google Scholar]

World Health Organization. 2017. Burns fact sheet worldwide; 2:9.

Анушка Нишан Димитрова, дм
Доцент към катедра ”Здравни грижи”
Факултет по обществено здраве
„проф. д-р Ц.Воденичаров, дмн”,
Медицински Университет - София
бул. “Акад. Иван Гешов” 15
София 1431
e-mail: anushka_dimitrova@abv.bg



НЯКОИ ЕТИЧНИ АСПЕКТИ СВЪРЗАНИ С ДИГИТАЛНИТЕ ТЕХНОЛОГИИ И ИЗКУСТВЕНИЯ ИНТЕЛЕКТ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Десислава Бакова, Антония Янева, Анна Михайлова, Добромира Шопова, Мария Семерджијева

SOME ETHICAL CONSIDERATIONS OF DIGITAL TECHNOLOGIES AND ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN HEALTHCARE

Desislava Bakova, Antonia Yaneva, Anna Mihaylova, Dobromira Shopova, Maria Semerdjieva

ABSTRACT: *The digital transformation of healthcare, facilitated by digital technologies and artificial intelligence, involves the collection, processing, and storage of large amounts of personal data and patient information. However, the unregulated use of such data may compromise patients' rights and privacy. The enormous potential of artificial intelligence to improve patient health, from diagnostic and treatment processes to medical care, research, drug development, and various public health interventions, is undeniable. The article presents some ethical aspects related to digitalisation in healthcare and emphasizes the need to integrate ethical norms at every stage of healthcare practice to prevent the misuse of digital technologies. Although there is currently no evidence of discrimination, it is indisputable that the huge amount of personal data (containing information about health status, treatment, etc.) collected and processed by electronic devices would be of great interest, especially in the field of healthcare. Therefore, the fundamental rights to privacy and personal data protection against unauthorized use are more important than ever to protect human dignity. In today's digital environment, strict adherence to ethical aspects is necessary when processing information and making decisions about patient treatment.*

Key words: e-health, digital ethics, bioethics, digitization, artificial intelligence

Въведение

С развитието на цифровата медицина се налага все по-големи количества лични данни на пациенти да се събират, обработват и съхраняват. Нерегламентираното използване на тази информация би могло да засегне неприкосновеността на техните права и личен живот [1]. Въпреки че към настоящия момент липсват доказателства за действителна дискриминация, безспорен факт е, че огромният обем лични данни, събирани от „изкуствен интелект“, представлява голям интерес в сферата на здравеопазването [18]. Етични проблеми могат да възникнат както във връзка с произхода и съдържанието на събраните данни, така с начина на тяхната обработка, съхранение и предоставяне на трети лица [3].

Ролята на дигиталната етика се свързва с получаването, обработката, съхраняването и използването на информацията, превърната в данни. Европейското законодателство в голяма степен регулира този процес, като чрез своите органи и институции следи ефективно

за спазването на Общия регламент за защита на данните (GDPR) [4].

Етичните принципи за прилагане на цифрови устройства за здраве са предназначени да насочват създатели, потребители и регулатори за подобряване и надзор на проектирането и използването на такива технологии. Запазването на човешкото достойнство и благосъстоянието на пациентите е задължение и отговорност в контекста на развитието, прилагането и оценката на дигиталните технологии за здраве [6].

Строгото съблюдаване на етичните принципи има за цел да сведе до минимум рисковете, като същевременно се увеличат максимално ползите и защитят правата на пациентите.

Тези етични принципи имат за цел да дадат насоки на заинтересованите страни за това как основните морални изисквания трябва да насочват или ограничават своите решения и действия в специфичния контекст [14].

Пълната зависимост на пациентите от медицинските специалисти се обуславя от прекия достъп на медицинските специалисти до

цялата информация свързана с тяхното диагностициране, възможностите за лечение, прогнозата за резултати от лечението и др. Факт е, че съществува непрекъснат обмен на здравна информация със здравни институции, между здравни специалисти и т.н. Затова всички ползватели на здравни данни (здравни специалисти, програмисти, здравни институции, администратори) е необходимо да се придържат към етичните задължения, свързани с опазването на информацията за пациентите [2].

Въпреки че етичните принципи не винаги ясно се занимават с ограниченията при използването на дигиталните технологии в здравеопазването, регулаторните органи трябва да забранят или ограничат тяхната употреба, ако нарушават правата на човека и не се съобразяват с основните етични принципи [14].

Цел

В настоящата статия са представени някои етични аспекти, свързани с дигитализацията в здравеопазването, и подчертава необходимостта от интегриране на етични норми на всеки етап от тяхното приложение в практиката с оглед предотвратяване злоупотребата с цифрови технологии.

Резултати и обсъждане

По данни на СЗО броят на цифровите здравни приложения достига над 350 000 през 2020 г. Пазарът на дигитално здравеопазване включва около 24,7 милиарда долара инвестиции. През 2022 г. използването на приложения за управление на заболяванията почти се е удвоило в сравнение с 2015 г. Те са фокусирани предимно върху психични заболявания, диабет и мониторинг на сърдечносъдовите заболявания [16].

Изкуственият интелект доказано има огромен потенциал за укрепване на здравето на пациентите [5,11]. Това включва подобряване на диагностичните процеси, медицинските грижи, изследователската дейност в областта на медицината, разработването на лекарства [7]. В допълнение е налице потенциал за подпомагане внедряването на различни обществени здравни интервенции - наблюдение на заболявания, управление на системите за качество в здравеопазването и др. [8]. В тази връзка и с помощта на експертна група през 2021 г. беше издаден Наръчникът на СЗО

„Ethics and governance of artificial intelligence for health“ [17]. Това издание дава етични насоки за работа в дигитална среда в областта на здравеопазването. Изведените шест основни принципи са:

1. Защита на автономността
2. Насърчаване на човешкото благополучие, човешката безопасност и обществения интерес
3. Осигуряване на прозрачност, яснота и разбиране
4. Насърчаване на отговорността и отчетността
5. Осигуряване на справедливост
6. Стимулиране използването на устойчив изкуствен интелект [17].

За ефективното прилагане на тези принципи и опазването правата на пациента, всички заинтересовани страни (дизайнери и програмисти, здравни специалисти и пациенти, както и министерства на здравеопазването и специалисти по информационни технологии) трябва да работят заедно, за да интегрират етичните норми на всеки етап от проектирането, разработката и внедряването на дигиталните технологии в здравеопазването [12].

Основните дейности са насочени към:

- наблюдение на различни индивидуални здравословни състояния;
- контрол върху различни болестни процеси;
- координация на терапии;
- връзка между управлението на здравни дейности със здравните администрации [17].

Във връзка с дигиталната етика са анализирани подробно възможностите и предизвикателствата при управлението на цифровите технологии и изкуствения интелект в здравеопазването. Препоръчани са адекватни политики, принципи и практики за етична употреба на изкуствения интелект за здравето. Освен това са създадени средства за предотвратяване на злоупотребата с дигиталните технологии за нарушаване правата на човека и законите разпоредби [9].

Изведените етични предизвикателства при използването на дигиталните технологии и изкуствен интелект в здравеопазването са свързани с:

- преценка дали изобщо трябва да се използва изкуствен интелект;
- изкуственият интелект и цифровото разделение;

- събирането, използването и съхраняването на лични данни и информация за пациентите;
- отчетност и отговорност за вземане на решения с помощта на изкуствен интелект;
- запазване правото за информирано съгласие на пациентите и самостоятелно вземане на решения;
- липса на субективизъм и дискриминация, свързани с използването на изкуствения интелект и дигиталните технологии;
- предотвратяване на рискове за безопасност и киберсигурност заради технолгите с изкуствен интелект;
- контрол върху влиянието на дигиталните технологии и изкуствения интелект върху здравеопазването;
- открито обсъждане на предизвикателствата заради комерсиализацията при използването на изкуствен интелект в здравеопазването;
- влиянието на дигиталните технологии и изкуствения интелект върху климатичните промени в световен мащаб [17].

Интегрирането на дигиталните технологии и изкуствения интелект в медицинската практика се приема едновременно с възторг и пессимизъм [10]. Безспорно това ще увеличи изискванията към здравните специалисти по отношение нивото на дигитална и технологична компетентност [13]. Изискването за цифрова грамотност ще обхваща в близко бъдеще всички здравни професионалисти, които са свързани с предоставяне на медицински грижи, превенция и защита на здравето, здравно образование, хранене и т.н. Това налага тяхното обучение и преквалификация за използване на дигиталните технологии и изкуствения интелект, което в значителна степен ще подпомогне изпълнението на професионалните им задачи, ще позволи съсредоточаването върху пациентите, ще разшири обхвата от дейности и ще улесни вземането на решения.

Заклучение

В съвременната етика отдавна се обсъжда взаимодействието между човека и технологичното развитие. Всяко постижение на науката без съмнение води до разкриване на нови перспективи, но е свързано и с някои заплахи. Широкото обсъждане на етичните проблеми,

свързани с приложението на цифровите технологии в областта на здравеопазването, може да се превърне във възможност да се минимизират потенциалните рискове [15]. Своевременно трябва да се определят пътищата за развитие и приложение на дигиталните технологии за осигуряването на бърз достъп в условията на координирано здравно обслужване, облекчаване на административната бюрокрация при оказване на първична и специализирана медицинска помощ, както и профилактика и превенция на заболяванията. Едновременно с това те разширяват възможностите за събиране и обработване на неограничено количествено данни и провеждане на мащабни научни изследвания. Факт е, че бурното развитие на дигиталните технологии и изкуствения интелект изпреварва създаването на нормативна уредба и адаптиране на регулаторните механизми за тяхното използване в областта на здравеопазването. Основните права за неприкосновеност на личния живот, защита на личните данни на пациентите повече от всякога имат значение за защитата на човешкото достойнство. Заедно с това нараства отговорността за придържане към строги етични норми с оглед идентифицирането, дефинирането и разрешаването на евентуални проблеми при обслужването на пациентите.

Литература

1. Андреева, А. Цифровата трансформация в здравеопазването в контекста на правото на достъп до медицинска помощ. *Медицинско право и здравеопазване*, 2021, 1, с. 20–37.
2. Андреева, А., Г. Йолова. Изграждане на Националната здравноинформационна система – тенденции и правна рамка. *Медицински мениджмънт и здравна политика*. 2020, 51,1, с. 27 – 51.
3. Йолова Г. За електронните здравни записи в контекста на защитата на личните данни. Защитата на личните данни и дигитализацията – предизвикателства и перспективи (сборник доклади), Издателство „Наука и икономика“ Икономически университет – Варна, 2021; с. 76-85.
4. Floridi, L. Soft ethics, the governance of the digital and the General Data Protection Regulation. *Philosophical Transactions of the Royal Society A: Mathematical, Physical and Engineering Sciences*, 2018; 376, 2133, p. 20180081.
5. Flynn, L. When AI is watching patient

care: Ethics to consider. Bill of Health, 18 February 2020.

6. Going digital. Making the transformation work for growth and well-being. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development; 2019.

7. Habli, I., Lawton, T., Porter, Z. Artificial intelligence in healthcare: Accountability and safety. Bull World Health Organ. 2020, 98, p. 251–256.

8. Nadarzynski, T., Miles, O., Cowie, A., Ridge, D. Acceptability of artificial intelligence (AI)-led chatbot services in healthcare: A mixed-methods study. Digit Health. 2019; 5: 2055207619871808.

9. Recommendation of the Council on Artificial Intelligence (OECD Legal Instruments. OECD/ LEGAL/O449). Paris: Organization for Economic Co-operation and Development; 2019.

10. Report of the Secretary-General on SDG progress. Special edition. New York City (NY): United Nations; 2019.

11. Singh, J. Artificial intelligence and global health: opportunities and challenges. Emerg Topics Life Sci. 2019; 3, p. 10. Véliz, C. 2019. Three things digital ethics can learn from medical ethics. Nature Electronics, 2019, 2, 8, p.316-318.

12. Specific guidelines for compliance with the principles and rights that govern the protection of personal data in artificial intelligence projects. Brussels: Red IberoAmerica de Proteccion de Datos, European Union; 2019.

13. Timmermans, S., Kaufman, R. Technologies, and health inequities. Ann Rev Sociol. 2020; 46, p. 583–602.

14. Véliz, C. 2019. Three things digital ethics can learn from medical ethics. Nature Electronics, 2019, 2, 8, p.316-318.

15. Vinuesa, R., Azizpour, H., Leite, I., Balaam, M., Dignum, V., Domisch, S. et al. The role of artificial intelligence in achieving the Sustainable Development Goals. Nat Commun. 2020; 11, p. 233.

16. Wahl ,B., Cossy-Gantner, A., Germann, S., Schwalbe, N.R. Artificial intelligence (AI) and global health: How can AI contribute to health in resource-poor settings? BMJ Glob Health. 2018;3:e000798.

17. World Health Organization, Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance, 2021.

18. Zuiderveen Borgesius, F. and Poort, J. Online price discrimination and EU data privacy law. Journal of consumer policy, 2017, 40, p.347-366.

Доц. Десислава Бакова, дм
4002, Пловдив
бул. „Васил Априлов“ №15А
Факултет по Обществено здраве
Медицински университет – Пловдив
E-mail: desislavabakova@gmail.com



ОСИГУРЯВЯНЕ С КРЪВ И КРЪВНИ СЪСТАВКИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ЧЕРНОДРОБНА ТРАНСПЛАНТАЦИЯ – ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРЕД СПЕЦИАЛИСТИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ

Зорница Йорданова, Иванка Стамболова, Елисавета Грънчарова

PROVISION OF BLOOD AND BLOOD COMPONENTS IN PATIENTS WITH LIVER TRANSPLANTATION – CHALLENGES FOR THE SPECIALISTS HEALTH CARE

Zornitsa Yordanova, Ivanka Stambolova, Elisaveta Grancharova

ABSTRACT: The first liver transplant was performed more than 40 years ago by Thomas Starzel. Today, modern surgery gives great opportunities to patients with liver diseases who are treated with liver transplantation. In the last 15 years 88 liver transplants were performed at the Military Medical Academy. In a suitable donor situation, the team of doctors, nurses and laboratory technicians at the blood center are charged with the responsibility of providing suitable, safe blood and blood components. The challenges of providing them is an example of personalized medicine. With good teamwork, modern, automated techniques, blood center teams meet the challenges of providing adequate, safe blood and blood products for liver transplant patients, along with providing all others patients who require blood transfusion.

Key words: blood, blood components, liver transplantation

Първата чернодробна трансплантация е извършена преди повече от 40 години от Томас Старцел. Днес съвременната хирургия дава големи възможности на пациентите с чернодробни заболявания, които се лекуват с чернодробна трансплантация.

В България Агенцията по трансплантации координира разпределението на органи в зависимост от установен ред в националния план. Тя проверява дали има свръх спешни случаи, които трябва да бъдат приоритетни. Агенцията по трансплантация уведомява Центъра по трансплантация за наличието на донор със съответната кръвна група на чакащия реципиент. Изборът на реципиент за чернодробна трансплантация се прави на базата на списъка с чакащи, но също и съобразно възрастта, тегло, ръст, кръвна група (Vladov N., et al., 2007). Първото изискване за трансплантация на черен дроб е съвместимостта на кръвните групи на пациента и донора. Съвместимостта на кръвната група на донора и реципиента е основен принцип при органните трансплантации. АВО кръвнотруповите антигени са първата бариера за успешна трансплантация. АВО несъвместими трансплантации много често претърпяват свръхостра реакция на отхвърляне. Това е

следствие на хемаглутининова реакция между циркулиращите анти-А и анти-В антитела и съответните А и В антигени върху ендотелните клетки на трансплантанта (Clinical Immunology. Hand book, 2001). Крос-мач (crossmatch) реакцията е изследвана, при което в реципиента се търси дали има антитела специфично насочени срещу антигените от HLA (Human Leucocyte Antigens) на неговия донор. Целта на изследване на кръстосаната съвместимост е да се установи дали в серума на реципиента има антитела, насочени специфично срещу клетъчните антигени на донора (Clinical Immunology. Hand book, 2001). Хора с кръвна група O Rh(-) са универсални донори, а пациентите с кръвна група AB Rh(+) са универсални реципиенти. Всеки може да получи черен дроб от донор със същата кръвна група. Rh факторът не е от значение. Например: за реципиент с A Rh (+) са подходящи донори с A Rh(+), A Rh(-), O Rh(-), O Rh(+). Въз основа на съпадението на кръвната група на донора и реципиента чернодробните трансплантации се делят на:

- ⇒ АВО - идентична – кръвните групи на донора и реципиента съвпадат
- ⇒ АВО - неидентична, групово съвместима – реципиент с кръвна група А, В

или АВ получава орган от донор с кръвна група О или реципиент с кръвна група АВ получава орган от донор с кръвна група А, В или О

⇒ АВО – неидентична, групово несъвместима

Изследвания на реципиента, извършвани в кръвен център, преди да се пристъпи към чернодробна трансплантация

В последните 15 години във Военно Медицинска Академия са извършени 88 чернодробни трансплантации, от които само една е неидентична, групово съвместима. Основни усложнения при неидентичните трансплантации са клетъчно и антияло медиано отхвърляне и хемолитична анемия. Хеморагията е друго усложнение при чернодробните трансплантации, при което клиницистът преценява хемодинамичната функция на пациента и нуждата от кръвопреливане.

При включване на пациенти в списъка на чакащи за чернодробна трансплантация се изпращат проби в кръвния център за установяване на имунохематологичният статус на пациента:

- ⇒ АВО/Rh типизиране
- ⇒ Rh - фенотип
- ⇒ Други еритроцитни антигени извън Rh-системата, ако е необходимо
- ⇒ Скрининг за антиеритроцитни антигени

В ситуация с подходящ донор, хирургичният екип уведомява екипа в кръвния център. Подава информация за реципиента (име, ЕГН) и изпраща кръвна проба за необходимите изследвания. В лабораторията с помощта на Автоматизираната информационна система (АИС) се проследява имунохематологичният статус на реципиента от предходни изследвания и се сравнява с настоящите изследвания. Необходимо са две проби, взети независимо една от друга, или за текущата проба трябва да има минал запис. Следва подбор и подготовка от лаборантите, в екип с лекар, на подходящи съвместими еритроцитни концентрати (ЕК). При евентуално установени при предишни или при настоящите изследвания антиеритроцитни антигени е необходимо лаборантът да подбере съвместими еритроцитни концентрати без кореспондиращия антиген, към когото са насочени антиеритроцитните антигени. В случай, че има установени антиеритроцитни антигени

при предишни изследвания, които не се установяват при настоящото изследване, отново се подбира кръв без кореспондиращия антиген. Изследванията показват, че около една четвърт от алоантителата могат да изчезнат до един месец след първоначалното им откриване (Cristofer A., Tormey et al, 2019, 1821-1830). За да можем да изчислим честотата на съвместимите донори за реципиент с установени антигени, умножаваме честотата на разпространение на негативния антиген по всяко едно специфично антияло. Например при установени anti-K anti-Jk^a anti-S антигени, с честота на разпространение в европейската популация съответно 0,91%, 0,48%, 0,23%. Ако се търсят шест единици кръв от случайно избрани донори ще е необходимо лаборантът да тества 60 единици кръв (Daniels G, et al, 2007), което е безспорно предизвикателство при намиране на подходящи единици в условия на спешност.

Кръстосана съвместимост. Предимства на компютърния крос-мач

Серологичният тест за кръстосана съвместимост отнема време за осигуряването на подходящите единици кръв. Той еволюира от включване на широка гама от техники, за да се елиминира АВО-несъвместимост, до компютърно кръстосано съпоставяне, при което не се извършва серологично съпоставяне и валидирането гарантира, че е издадена правилната единица кръв. Компютърното съпоставяне се използва в много страни, но все още не в България, и се смята за безопасна практика, която носи ползи за лабораторията и пациента. Университетската болница в Упсала, Швеция има дълъг стаж в използването на компютърния крос-мач, тъй като се използва от 1983г. (Säfwenbergs J., et al.1997). Тази процедура в Швеция се прилага при 90% от всички проби за съвместимост, останалите 10% се считат за неподходящи за компютърен крос-мач и при пациенти с установени антигени персонала се насочва към рутинна процедура за изработване на съвместимост. От съображения за сигурност е необходимо пациентът да бъде идентифициран в два отделни случая. Първият за предоставяне на проба за установяване на кръвната група и вписването ѝ в компютърната система; и вторият, когато се взема проба преди трансфузията. това означава, че при по-голяма част от пациентите данните за кръвната група или предишни серологични находки

вече са налични в компютърните файлове. След направена оценка и сравнение със същия период, предходната година е установено, че намаляването на работното натоварване е 65%(Säfwenberg J., et al.).

След дебати в САЩ, 11-то издание на стандартите на Association for the Advancement of Blood & Biotherapies (AABB), заявява, че антиглобулиновата фаза на теста за кръстосана съвместимост може да бъде пропусната, ако антиглобулиновият тест в скрининга за антигенов е отрицателен (AABB, 1984). Допълнителен доклад описва констатации от проучване за използването на компютърна съвместимост (Butch and Judd, 1995). Описаните открити несъвпадения са свързани с неспазване на стандартните оперативни процедури, например неизпълнение на второ ниво ABO/Rh типизиране. А установените несъответствия между записаната кръвна група и текущият резултат се дължат на трансплантация на костен мозък или слаба експресия на D-антигена. При проучването е установено, че няма извършени ABO – несъвместими трансфузии.

Компютърното кръстосано съпоставяне се използва в областта Funen в Дания от 1995г. (Georgsen et al., 1997). Въведена е с цел подобряване на качеството. Изпълнението на проекта отнема шест години. Всички промени са внедрени, тествани и използвани първоначално в една болница и след това разпространени.

Указанията на British Committee for Standards in Haematology (BCSH) на Обединеното кралство, дават критериите за електронния подбор и издаване на кръв. Според тях, използването на компютърно кръстосано съпоставяне, без серологично изследване зависи от нивото на автоматизация в лабораторията.(Guidelines for blood bank computing, BCSH, 2000). Насоките гласят, че две кръвни групи трябва да присъстват в компютърния файл.

Заклучение

Ролята на еритроантителата при трансплантация на органи не е докрай изяснена, като се има предвид, че алоантителата срещу антигените се експресират не само от еритроцитите, но и от трансплантирания орган (като тези от Jk семейството, експресирани от бъбречните ендотелни клетки) (Cristofer A., Tormey et al, 2019, 1821-1830). Това доказва необходимостта от извършване на две ABO/RhD

кръвни групи, минала и текуща история на липсата на клинично значими антитела и софтуер, който не позволява издаването на ABO-несъвместима кръв.

Осигуряването на достатъчни количества пряко замразена плазма (ПЗП) и тромбоцитни концентрати (ТК), Human Serum Albumin (HSA) също е предизвикателство за екипите в кръвния център.

Табл. 1. Изразходвани биопродукти за пациенти с чернодробна трансплантация

Източник: Гама Консулт, ВМА

пациент	ЕК	ПЗП	ТК	HSA
№ 1	5E	7E	2E	50fl.
№ 2	7E	1E	-	20fl.
№ 3	15E	14E	-	30fl.
№ 4	15E	-	-	-
№ 5	13E	8E	4E	39fl.
№ 6	7E	12E	9E	27fl.
№ 7	28E	15E	14 АФ	57fl.

В условия на спешност, възможността за проследяване статуса на пациента в АИС, заедно с автоматизираните техники на работа улесняват екипа медицински сестри и лаборанти в кръвния център при подбора на подходящите единици кръв. Автоматизираните системи осигуряват бързото и сигурно провеждане на изследванията за кръстосана съвместимост, без допускане дори на минимален риск от размяна на донор и реципиент. Въведената баркод система осигурява сигурност при правилната идентификация на пробите. Автоматизираните техники помагат за бързо установяване на наличие на антиеритроцитни антитела и подбор на подходяща кръв. Добрата координация и добрата екипна работа в кръвния център спомага за подбор на подходящите кръвни съставки. Често в условия на спешност се налага медицинските сестри, в екип с лекар, активно, с помощта на АИС, да търсят подходящи кръводарители за изготвяне на ТК чрез метода на апаратна афереза. Следва, отново в спешен порядък, изследване на дарената кръв за маркери на трансмисивни инфекции от медицинските лаборанти, което дава възможност за бързо осигуряване на необходимите кръвни

съставки за експедиция. В Центъра по трансфузионна хематология на ВМА извършваме всички необходими изследвания, при спазване на нормативната уредба, въвеждане на нови техники, автоматизация на процеси, в крак с последните технологични достижения, за да постигнем сигурни и безопасни кръвни продукти.

Въвеждането на компютърно кръстосано съпоставяне може да позволи на лабораториите да се справят с всяко предизвикателство във времена на недостиг на обучен персонал. Да осигури бързина, ефективност и безопасност при осигуряването с кръв и кръвни съставки при извършване на чернодробни трансплантации. В същото време специалистите по здравни грижи да бъдат разпределени и за други дейности, с не по-малка важност в ежедневната работа.

Компютърното кръстосано съпоставяне може да бъде безопасно, колкото серологичното, при условие, че се спазват стриктно всички указания. Също има потенциала да намали нивата на стрес и да доведе до значителни икономически ползи.

Литература

1. AABB. Standards for Blood Banks and Transfusion Services. 11. AABB, 1984
2. BCSH 2000 Guidelines for blood bank computing. Transfusion Medicine, , 10, 307-314
3. Butch. S.H., Judd W.J., Experience with the electronic crossmatch: errors and suggested improvements. Transfusion, 35(Suppl. 24S),1995
4. Clinical Immunology. Hand book. Edited by Elissaveta Naumova & Iskra Altunkova. 2001 First edition. Published by Union of Scientist in Bulgaria, (bul)
5. Cristofer A. Tormey, Jeanne E. Hendrickson 2019 Transfusion-related red blood cell alloantibodies: induction and consequences, Transfusion medicine, 1821-1830
6. Daniels G., Bromilow I., 2007 Essential Guide to Blood Groups
7. Naredba №9 от 25 April 2006 g. za utv"rzhdavane na meditsinski standart "Transfuzionna khematologiya", izm. i dop. DV. br.35 от 24 April 2018g
8. Naredba № 6 от 5 Mart 2007g. za utvarzhdavane na Meditsinski standart za transplantatsiya na organi, takani i kletki
9. Säfwenberг J., Höгman C.F., Cassemар B., 1997 Computerized Delivery Control-A Useful and Safe Complement to the Type and Screen Compatibility Testing, Vox Sang; 72:162-168
10. Vladov N., Katsarov K., Belokonski E., 2007 Liver Transplantation, a practical atlas for better compliance (bul.), Military Medical Academy, Sofia, (bul)

Зорница Благоева Йорданова
Катедра „Здравни грижи“
Факултет „Обществено здраве“
Медицински университет-София
e-mail: zblagoeva.y@gmail.com

Проф. Иванка Костова Стамболова, д.м.
Катедра „Здравни грижи“
Факултет „Обществено здраве“
Медицински университет-София
e-mail: i.stambolova@fоз.mu-sofia.bg

Д-р Елисавета Георгиева Грънчарова
Военномедицинска академия
Многопрофилна болница за активно лечение-
София
Център по трансфузионна хематология
Катедра „Хематология, онкология, патология
и радиобиология“
e-mail: dr_eli@abv.bg



ЗАТЛЪСТЯВАНЕ В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ – РИСКОВ ФАКТОР ЗА НАРАСТВАНЕ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТТА

Ива Томова

OBESITY IN CHILDHOOD – A RISK FACTOR FOR INCREASING MORBIDITY

Iva Tomova

ABSTRACT: Obesity is the most widespread metabolic disease of our time with very serious consequences. According to the WHO, it is a global epidemic and a significant public health problem. In the developed countries overweight and obesity are taking on massive proportions. At the end of 2016 according to the WHO about 45 million children under the age of five are overweight. In Europe there are 22 million and about 5 million suffer from obesity. Bulgaria, is among the first 5 in Europe. Data from USA indicates an increase and tripling of the number of obese children in recent years as for the year 2015-2016 nearly 1 in every 5 children and young people of school age are obese. The highest relative share is children with overweight and obesity and the beginning of puberty 10 years of age for girls and 13 years of age for boys. Childhood obesity is one of the most serious challenges of the 21st century. International Working Group on obesity has called attention to childhood obesity as a global child health crisis. Childhood obesity has immediate and long term effect on physical, social and emotional health. Obese children are at higher risk of their chronic diseases and those that affect physical health. These include asthma, musculoskeletal problems, type 2 diabetes, cardiovascular disease, hypertension, fatty metabolism disease, brain and heart attack, excretory system involvement and increasing clearance of chronic Lang disease. Emotional consequences for children, for their self-esteem and quality of life. These are socially significant diseases. They are a priority of health policy, such as prevention of chronic non-infectious diseases and emphasis of health care in our country and in Europe the 21st century. October 11 is World Obesity Day. This day was announced in 2015 to support practical action to help people maintain a healthy weight. Creating condition to prevent obesity in order to increase the prevention. The prevention is a purposeful choice for conducting health education in early childhood. The prevention increases the knowledge and skills of the person for positive behavior. Health education begins from the birth of child and continues throughout the entire conscious life.

Key words: childhood, obesity, risk factor, morbidity

Въведение

Затлъстяването е най-разпространеното хронично метаболитно заболяване на нашето съвремие с много сериозни последици. Според СЗО то е глобална епидемия и значителен проблем на общественото здраве. Република България е на пето място в Европа по детско затлъстяване от 32 държави в 53-членния регион на Световната здравна организация. В Европа 22 милиона деца под 5-годишна възраст са с нездравословно тегло, а около 5 милиона със затлъстяване. По данни на световната асоциация за изследване на затлъстяването в България има 224 898 деца в училищна възраст, които са с наднормено тегло като 58 370 са деца със затлъстяване. Като констатация на посочените данни може да се обобщи, че 26,20% от българските деца на възраст

между 5 и 18 години са с доказано наднормено тегло. В дългосрочен план през 2025г. този процент се очаква да бъде 26,85% или 235 459 деца, информират от Българското сдружение за изследване на затлъстяването и съпътстващите го заболявания. Специалистите са категорични, че тази негативна тенденция се дължи на нездравословно хранене, прием на висококалорична и некачествена храна, ограничен прием на плодове и зеленчуци в съчетание със стрес и липса на двигателна активност [9]. Според Г. Терзиева „Като трайна тенденция се оформя нерационалното и небалансирано хранене, а това е рисков за здравето фактор; характерен е и неправилният режим на хранене, като храната се приема основно вечер. Отношение към здравословното хранене създават родителите, детските заведения и училището. Здравословното хранене не е

привилегия на заможните. То е част от природосъобразния начин на живот” [3]. Затлъстяването при деца е сериозен проблем с медико-социални последици, които персистерат и в зряла възраст. Рискът дете с наднормено тегло да остане със затлъстяване като възрастен се увеличава пропорционално на възрастта. Детското затлъстяване е едно от най-сериозните предизвикателства на 21 век. Международна работна група по затлъстяване е обрнала внимание на детското затлъстяване като глобална ”криза на детското здраве”. Детското затлъстяване има непосредствено и дългосрочно въздействие върху физическото, социалното и психо-емоционално здраве на индивида. Децата със затлъстяване са изложени на по-голям риск от други хронични заболявания и такива, които оказват влияние върху физическото здраве. Те включват астма, проблеми с опорно-двигателния апарат, диабет тип 2, сърдечно-съдови заболявания, хипертония, болест на мастната обмяна, исхемична болест на сърцето, мозъчен и сърдечен инфаркт, засягане на отделителната система с увеличаване на ХБЗ. Настъпват емоционални последици за децата, за тяхната самооценка и качество на живот. Това са социално-значими заболявания и са приоритет на здравната политика като превенция на хроничните неинфекциозни болести акцент на здравеопазването у нас и в Европа през 21 век [6]. На 11 октомври се отбелязва Световен ден за борба със затлъстяването, обявен през 2015 г. с цел подкрепа на практическите действия които да помогнат на хората да поддържат здравословно тегло. Създаване на условия за предотвратяване на затлъстяването с цел повишаване ефективността на превенцията е целенасочен избор за провеждане на здравно възпитание в най-ранна детска възраст, повишава знанията и уменията на личността за позитивно поведение [3], [4]. Здравното възпитание започва от раждането на детето и продължава през целия му живот [5].

Наднорменото тегло и затлъстяването са основни рискови фактори за редица социално-значими заболявания, водещи до понижаване качеството на живот, повишаване на инвалидизацията и смъртността. Социално-значимите заболявания са сериозен проблем свързан с общественото здраве. Това са заболяванията, които оказват най-силно влияние върху сформиранието на профила на смъртността и заболяемостта в една страна. Те засягат помладата и активна част от обществото. До

голяма степен тези заболявания са свързани със значими социални, медицински, икономически и психологически щети за самите болни и техните семейства. Също така корелират с разходи на държавните, обществени и частни фондове, обезпечавачи временната нетрудоспособност на индивида в следствие на заболяемост [1]. Световната здравна организация ги класифицира като хронични незаразни заболявания при които групата на метаболитните рискови фактори е водеща. Според СЗО, те допринасят за развиване на четири ключови метаболитни промени, които увеличават риска от Хронични незаразни заболявания [8].

- Повишено кръвно налягане
- Наднормено тегло/ затлъстяване
- Хипергликемия(високи нива на кръвната захар)
- Хиперлипидемия(високи нива на мазнини в кръвта)

Бързото развитие на информационните технологии предоставя много възможности за ефективно онлайн-обучение и се използва широко както в академичните, така и в корпоративните среди. Инвазията на този вид техника в съвременния живот като професионално поприще, начин за релаксация или алтернатива за себеизразяване на личността, доведе до намаляване на двигателната активност (хипокинезия) и негативни последици за здравето. В резултат на хипокинезията настъпват изменения в сърдечно-съдовата система – понижаване работата на сърцето, намаляване обема на циркулиращата кръв. Нарушават се дейността и функциите на останалите органи и системи-бъбреци, черен дроб, жлези с вътрешна секреция, появяват се заболявания свързани с метаболитната обмяна, настъпват нарушения в обмяната на веществата, увеличаване телесната маса (Боди маса индекс) в кръвта нарастват стойностите на холестерола и липиди, нарушава се лимфният дренаж. Нарушена е дейността на храносмилателната система поради намаления тонус на коремната мускулатура и чревна перисталтика се появяват различни патологии. Двигателният инактивитет увеличава честотата на exitus letalis (от 2,5 до 4 пъти) и тяхното настъпване в детска възраст [3]. Здравото е изключително важно за живота на всеки човек защото осигурява съществени предпоставки за пълноценното му съществуване. Наличието на здраве е необходимо, човек да съществува пълноценно и в условията на своята

наследственост, да реализира пълният си потенциал. За общоприето се приема преамбюл на устава на СЗО "Състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само отсъствие на болест или недъг". Болест е нарушение на жизнените функции на организма, на неговите връзки с околна среда което се отразява неблагоприятно на обществената система и на отделният индивид [2]. Според последните представени данни на НСИ (Национален Статистически Институт), Евростат - май 2021г., България остава страна с най-висок стандартизиран коефициент за обща смъртност (1 588.58‰) сред страните от ЕС. В повечето европейски страни стандартизираният коефициент за смъртност е по-нисък от средния за ЕС (998.1‰). Обща смъртност в България и ЕС (на 100 000 население). По данни на НЦОЗА (Национален център по общественото здраве и анализи) наблюдаваната през последните години структура на смъртност по причини се променя през 2020 г., като COVID-19 заема трета позиция като причина за смърт (6.9%) след болестите на органите на кръвообращението (60.6%) и новообразуванията (14.9%). Официално посочени последни данни относно структурата на exitus letalis по причини в Република България през 2020 [7].

Цел

Изследването има за цел да проучи и анализира затлъстяването в детска възраст като рисков фактор за нарастване на заболяемостта сред хора, участващи в проучването на слуचाен принцип.

Основни задачи

Пряко индивидуално анонимно анкетно проучване през платформата Google Forms със специално структуриран за целта въпросник, с гарантирана конфиденциалност на проучваните респонденти.

Анализ на медицинска документация, национални и световни документални източници касаещи изследваният проблем както и нормативни наредби, обнародвани в държавен вестник, НСИ и Евростат за нивото на затлъстяване в детска възраст и степента на нарастване на заболяемостта в следствие на това.

Анализ на резултатите от настоящето проучване за степента на затлъстяване чрез обработка на информация обхваща статистически данни, отразени в медицинска документация

от проведени антропометрични измервания в детска възраст, регистрирана коремна обиколка по пол, изчислена БМИ, измерване на кожна гънка и проучване на причините за хоспитализация по класове болести на органите на кръвообращението.

Качествен и количествен анализ на събраната информация. Чрез онагледяване на получените резултати, посредством програма Microsoft Excel и представени в графичен вид.

Обхват на изследването

Анонимното анкетно проучване е проведено в периода март – април 2023г. Обхванати са общо 200 респондента, избрани на произволен принцип; 100 придружаващи хоспитализирани пациенти в различни терапевтични звена на УМБАЛ Бургас и общият брой на взетите участие родители по дискутирания проблем касаещ техните деца е 100.

Предмет на изследването

Нивото на заболяемост в следствие на затлъстяване в детска възраст.

Материали и методи

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

-Документален метод- проучване и анализ на научна литература и нормативни документи по разглеждания 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

Заболеваемостта е статистическо понятие и представлява съвкупност от всички болестни състояния, които са регистрирани при търсене на медицинска помощ, при профилактични прегледи, при специални проучвания и регистриране при exitusi [1]. Заболеваемостта за определена възрастова група може да се изчисли като броя на новорегистрираните заболявания на децата от определен възрастов период се отчита към всички деца от същият възрастов период за определено време [2]. Обект на проучването са физически лица с различна демографска характеристика по възраст, пол,

етническа принадлежност, различни нива на образование, хоспитализирани в отделения с

различна терапевтична патологична насоченост, УМБАЛ гр.Бургас (Табл. 1.):

Табл. 1. Демографските характеристики на респондентите

Демографска характеристика	брой	относителен дял %	естествено хранене до 6-я месец	изкуствено хранене
Възраст				
под 18г.	64	32%	52%	12%
21г.-40г.	96	48%	40%	56%
41г.-70г.	40	20%	8%	32%
	200	100%	100%	100%
Образование				
Без	80	40%	72%	8%
Начално	8	4%	4%	4%
Средно	88	44%	20%	68%
Висше	24	12%	4%	20%
	200	100%	100%	100%
Етническа принадлежност				
Български	40	20%	8%	32%
Турски	72	36%	16%	56%
Ромски	88	44%	76%	12%
	200	100%	100%	100%
местоживеене				
град	72	36%	20%	52%
село	128	64%	80%	48%
	200	100%	100%	100%
пол				
мъже	100	50%		
жени	100	50%		

При анализ на данните от проведеното проучване са установи следната статистически значима закономерност, завишените стойности на антропометрични измервания в детска възраст е измерена и регистрирана удължена коремна обиколка по пол, висок индекс на БМИ, наднормените стойности при измерване на кожна гънка в сравнение със стандартизираните таблици по пол и възраст, пряко корелират с високата заболяемост на същата група. От обследваната група респонденти общо 100 придружители на хоспитализирани пациенти в различни терапевтични звена на УМБАЛ Бургас, най-висок е относителния дял (85%) на тези, които при снемане на анамнеза твърдят, че близкият им в детска възраст е бил закръглен и като възрастен е над норма на телесна маса не се интересува от диети, обича да похапва вечер и често боледува по причина болест на органите на кръвообращението, малък

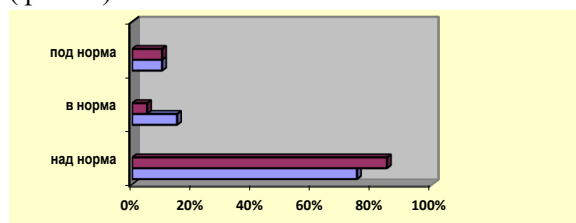
дял (10%) уточняват, че поради наднормени килограми в детството пациентът спазва строг хранителен режим и е под норма на телесна маса и 5% поясняват, че телесната маса на близкия им е в норма. От родителската група респонденти общо 100 взели участие в проучването, част от анкетираните лица (75%) твърдят, че техните деца са със завишени показатели на телесна маса и са с чести хоспитализации, 15% уточняват, че детето е в норма от антропометрични измервания и най-нисък е относителният дял (10%) на родителите с деца под норма на телесно тегло и нисък брой хоспитализации (Табл. 2.):

Изборът за измерване на БМИ е обусловен от значението, което имат за затлъстяването и наднорменото тегло. Затлъстяването е рисков фактор, увеличаващ общата преждевременна и внезапна смърт.

Табл.2. Характеристика на заболяемостта по причини, брой, диагностична насоченост

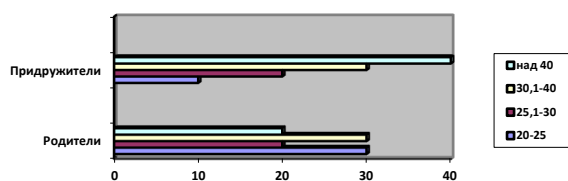
Показатели Влияещи на заболеваемостта	брой	относителен дял %	Естествено хра- нене до 6-я месец	изкуствено хранене
Завишени стойности				
Кожна гънка	100	50%	52%	12%
Коремна обиколка	50	25%	40%	56%
БМИ	50	25%	8%	32%
	200	100%	100%	100%
Хоспитализации				
Една на 6 месеца	50	25%	72%	8%
Повече от една на 6 месеца	100	50%	4%	4%
Един път годишно	25	12%	20%	68%
Няма хоспитализации послед- ните 6 месеца	25	12%	4%	20%
	200	100%	100%	100%
Причини за хоспитализация				
Инсулт	50	25%	8%	32%
Инфаркт	25	12%	16%	56%
Диабет	100	50%	76%	12%
Респираторни заболявания на ГДП	25	12%		
	200	100%	100%	100%
Завишени стойности на хемодинамика				
Кръвно налягане	100	50%	20%	52%
Пулсова честота	100	50%	80%	48%
	200	100%	100%	100%

Повишената наднормена телесна маса увеличава релативният риск в зряла възраст за исхемична болест на сърцето, рак на дебелото черво, мозъчно-съдова болест. Данни, касаещи степента на затлъстяване са отразени на (фиг. 1.):



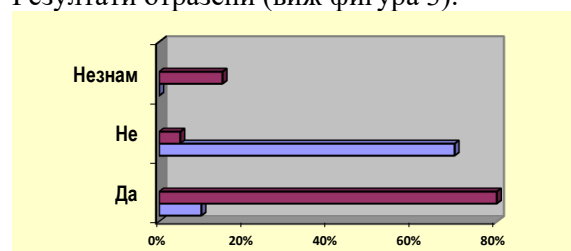
Фиг. 1. Степен на затлъстяване

По данните на следващата фигура може да се проследи тенденцията за нарастване на БМИ. По-голям е броят на хората с наднормено тегло, степен на затлъстяване, както и на тези с индекс на телесна маса над 40:



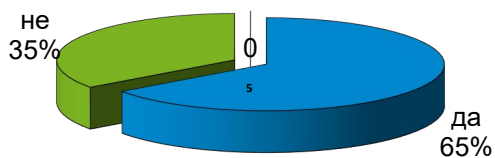
Фиг. 2. Индекс на телесна маса.

Обобщените резултати от анонимното анкетно проучване през изследвания период очертават висок процент на диагностицирана хипертонична болест от отговорите на респондентите взели участие в проучването 80% от придружителите твърдят, че близките им имат като придружаващо заболяване тази диагноза. Резултати отразени (виж фигура 3):



Фиг. 3. Диагностицирани с Хипертонична болест

Анонимното анкетно проучване по дискутирания проблем предостави възможност да се оцени и анализира здравното поведение на обследваните респонденти. Със заложен въпрос в анкетата "Правена ли Ви е електрокардиограма през последната календарна година" 65% от участниците в проучването посочват "да" (виж фигура 4):



Фиг. 4. Правено ЕКГ през последната година

Според статистически данни у нас, средно годишно се падат по две до три заболявания на едно дете от 0 до 14 години. При внимателно анализиране на резултатите и информация от предоставена медицинска документация се установи, че тази цифра не е реална, а заболяемостта е по-висока. Това отчасти се дължи на така наречената "скрита заболяемост" понеже част от заболяванията не се регистрират.

Изводи

От направения анализ на получените резултати могат да се обобщят следните изводи, относно затлъстяването в детска възраст като рисков фактор за нарастване на заболяемостта:

– Затлъстяването се утвърждава като световен проблем.

– Налице е тенденция за увеличаване на телесното тегло в детска възраст, в резултат на нездравословно хранене и ниска двигателна активност.

– Безспорна корелативна връзка между степента на затлъстяване и нивото на заболяемост;

– Ключови предизвикателства са:

– Населението е носител на сериозни поведенчески рискови фактори зародени още в ранна детска възраст.

– Недостатъчно осъзната лична и обществена отговорност по отношение на индивидуалното здраве.

– Липса на активна здравна политика в областта на промоцията и профилактиката.

– Възпитание в избор за рационално хранене и подходяща за възрастта двигателна активност, означава по-здравословно съществуване и по-високо качество на живот.

Заклучение

Здравословното хранене и физическата активност са детерминанти на здравето, свързани с поведенчески навици, касаещи начина на живот. Необходимо условие за осигуряване на оптимален растеж и развитие на децата и юношите във възраст, в която се формират

основните навици, свързани със здравословният начин на живот. За да се утвърди тенденция към здравословен избор основна роля и отговорност имат:

– Родители- едновременно като обекти и субекти в процеса на възпитание в здравословен начин на живот.

– Педагози- предлагайки средства и похвати за комплексно развитие на физически качества за формиране на личността.

– Медицински специалисти.

– Местни и национални органи на управление за осигуряване на материална обезпеченост и подкрепа в превантивните дейности.

Литература

1. Гранчарова, Г., С. Александрова- Янкуловска. Основи на социална медицина. 2021. Плевен. Изд. Стено.

2. Първанов, Г. Хигиена и здравно възпитание. 2004. Велико Търново. Университетско издателство „Св. св. Кирил и Методий”

3. Терзиева, Г. Здравно възпитание. Здравна култура. Медико-социални и педагогически аспекти. 2013. Пловдив, Изд. Лакс Бук.

4. Терзиева, Г. Затлъстяването при учениците в основното училище. Медико-социални и педагогически аспекти. Академично сп. „Управление и образование”, т.V (3), с. 105-114, 2009. ISSN 13126121.

5. Тончева, С., С. Борисова. Промоция на здраве-предизвикателство пред здравните професионалисти. Научни трудове на русенския университет университет. 2012. т. 51. серия 3. С. 13-19.

6. Национална здравна стратегия 2021-2030

7. НЦОЗ <https://ncpha.government.bg/>

8. GBD (2015). Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet, 2016; 388(10053):1659-1724.

9. http://www.ncphp.government.bg/index.php?option=com_content&view=article&id=454:nac-pr&catid=178&Itemid=546&lang=bg-03.2017

Ас. Ива Томова

Катедра „Здравни грижи“, ФОЗЗГ

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

e-mail: ivatomova74@abv.bg



САМООЦЕНКА НА НЯКОИ ПРОМЕНИ В СТИЛА И НАЧИНА НА ЖИВОТ НА ПРЕПОДАВАТЕЛИ ЗАРАДИ ПАНДЕМИЯТА

Мария Семерджиева, Анна Михайлова, Антония Янева, Добромира Шопова, Десислава Бакова

SELF-ASSESSMENT OF SOME CHANGES IN THE LIFESTYLE OF TEACHERS DUE TO THE PANDEMIC

Maria Semerdjieva, Anna Mihaylova, Antonia Yaneva, Dobromira Shopova, Desislava Bakova

ABSTRACT: *The COVID-19 has presented the world with an unprecedented challenge affecting individual and public health. The pandemic situation affects every aspect of daily life, activities, way of thinking, sensations. Physical activity is extremely important for both physical and mental health.*

The purpose of this article is to investigate changes in the lifestyle of pedagogic specialists as a result of the pandemic.

A survey was conducted among 113 teachers from schools in the city of Plovdiv.

We found a significant decrease in physical activity due to the pandemic. No change was found in the way of eating before and after the pandemic. The teachers were engaged for a longer time with their professional obligations, which significantly disrupted the rhythm of work and rest. The majority of respondents (69.9%) consider the need for initiatives to encourage a healthy lifestyle and take care of their own health for both students and teachers.

The COVID-19 pandemic has changed the style and lifestyle of a large proportion of the teachers surveyed. Most participants are not sufficiently familiar with the possibilities for sports activities and healthy eating in the conditions of a pandemic, which necessitates the organization of targeted trainings in the future.

Key words: COVID-19, teachers, lifestyle, eating habits, physical activity

Въведение

Пандемичната обстановка заради COVID-19 се отрази на всеки аспект от ежедневието, дейностите, начина на мислене, усещанията. Въведените мерки засегнаха в голяма степен ежедневиите дейности, хранителните навици и физическата активност на хората от всички възрастови групи [4,5,6]. Преподавателската професия е свързана с различни причини за професионален стрес и може да има последици върху физическото здраве и качеството на живот, наред с други аспекти, поради неправилно хранително поведение и недостатъчна физическа активност [8]. Педагозите са затормозени също заради липсата на време и енергия за развитие на хоби и активен семеен, културен и социален живот. В проведени проучвания голяма част от тях посочват, че в работата от тях често се изисква да се справят със задачи, които изискват много повече усилия заради пандемичната обстановка [1,7,16,17]. Голяма част от педагозите са на

мнение, че ненадейните промени в протичането, осъществяването, организацията на учебния процес оказват голямо влияние върху техния стил и начин на живот [3,7].

Цел на настоящата статия е да изследва настъпили промени в стила и начина на живот на преподаватели вследствие на пандемията.

Материал и методи

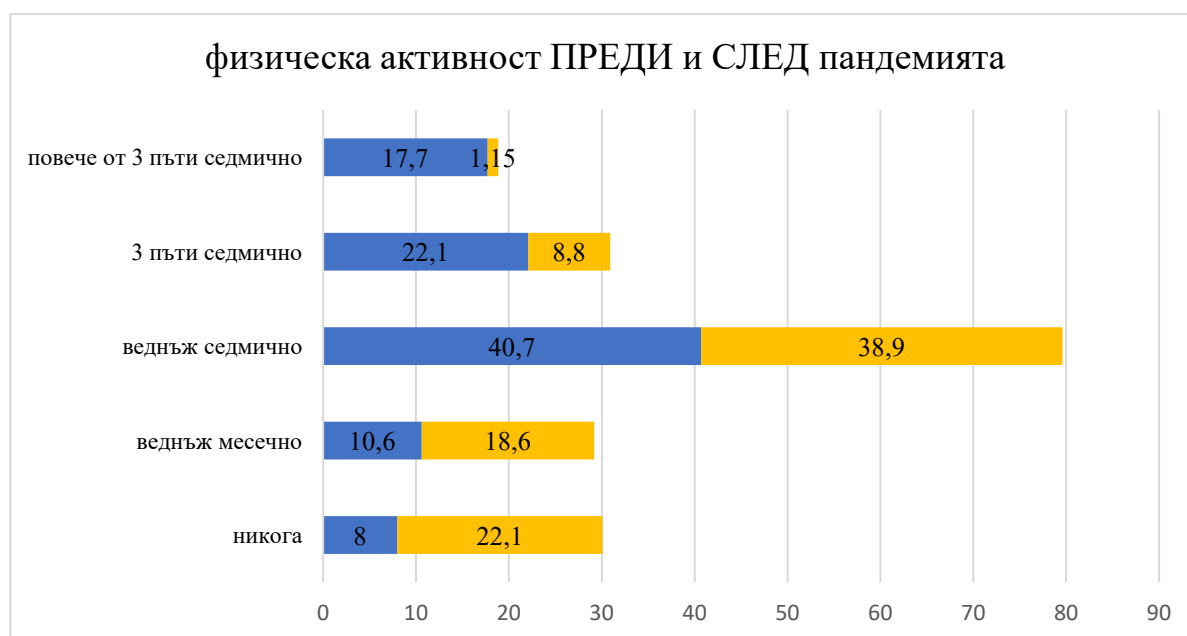
Проведено е анонимно анкетно проучване в началото на м. януари 2022 г., в което участваха 113 преподаватели от училища в гр. Пловдив. Предвид феминизирането на преподавателската професия, преобладаваща част от респондентите са жени (93.8%). Проучването беше реализирано под формата на онлайн анкета (google forms) със средна продължителност около 15-20 минути. Резултатите от изследването са представени графично с помощта на MS Excel 2020.

Резултати и обсъждане

С педагогически стаж повече от 20 години са 45.1% от участниците в проучването. Преобладават преподаващите в начален курс на средното образование (51.3%), следвани от тези в прогимназиален (20.4%) и в гимназия (15%). Общо 13.3% са учители в детска градина, психолози и преподаватели и в трите етапа на училищното обучение.

В усилията за контролиране на разпространението на Covid -19 бяха наложени редица социални ограничения: изолация в домовете, забрана на пътувания, ограничаване на достъпа до обществени услуги, включително училища и университети, спортни съоръжения и места за отдих [13,14]. Всичко това повлия съществено върху поведението и начина на живот, особено на навиците свързани с физическата активност [9].

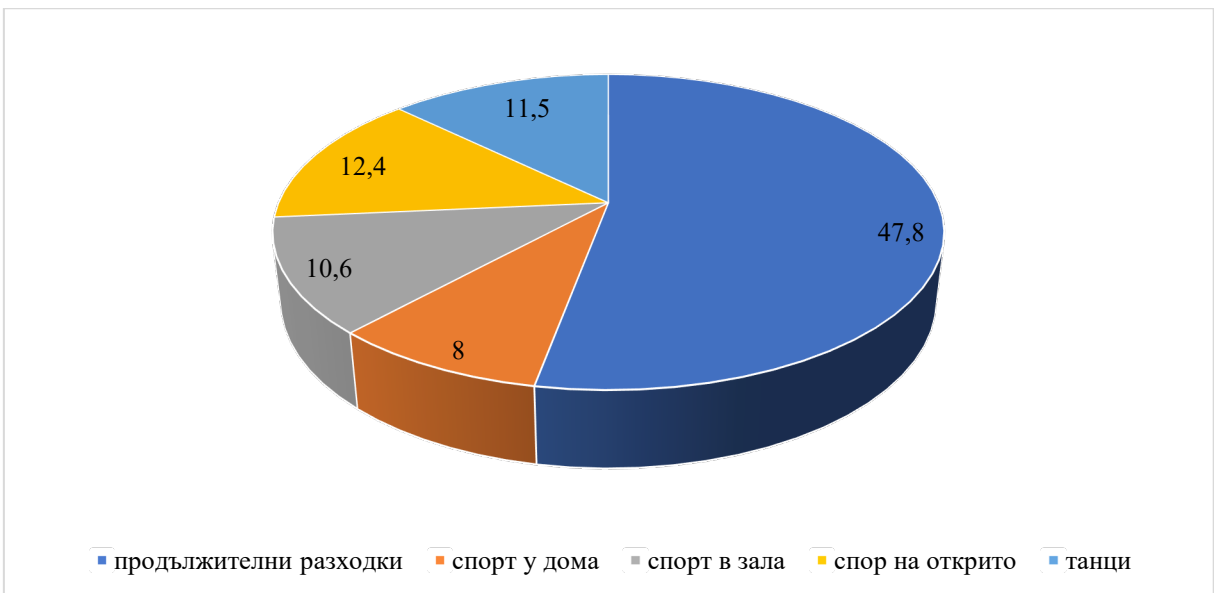
Приблизително една четвърт (22.1%) от респондентите споделят, че преди обявяване на пандемията са спортували три пъти в седмицата, като техният процент намалява значително след обявяване на пандемията -8.8%. Почти без значима промяна остава процентът на педагозите, които споделят за физическа активност един път в седмицата – 40.7% преди обявяване и 38.9% след обявяването на пандемията. Преди пандемията 10,6% са били дейни веднъж в месеца, а след обявяването на извънредната обстановка този процент е 18,6%. Негативна тенденция се установи при преподавателите, които никога не са били и не са физически активни – от 8.8% преди обявяване на 22.1% след обявяването на пандемията (фиг.1):



Фиг. 1. Физическа активност

Въпреки отчетената значима промяна във физическата активност трябва да отбележим, че повечето анкетирани са правили опити да поддържат някаква форма на движение. Преобладават продължителните разходки при почти половината от физически активните

респонденти (47.8%). С малки разлики са тези, които спортуват на открито (12.4%) и в зала (10.6%). 11.5% от участниците танцуват, а 8% спортуват в домашни условия (фиг. 2):



Фиг. 2. Предпочитана физическа активност

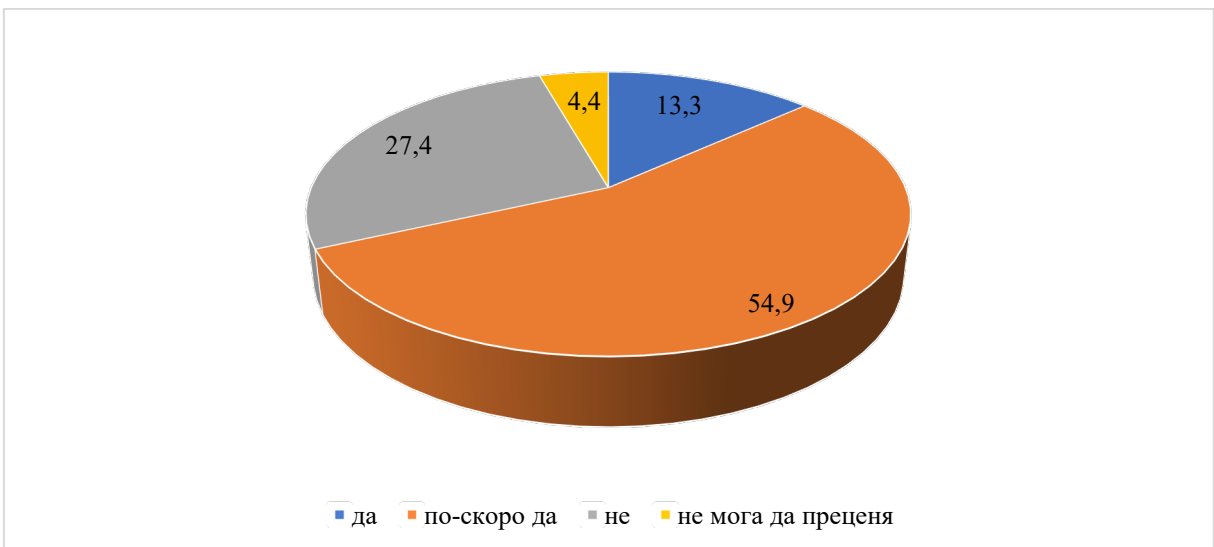
Резултатите показват, че повечето преподаватели са променили своята двигателна активност, което съответства на данните от други проучвания [11].

С обявяването на извънредната обстановка 59,3% от педагозите определено считат, че заради пандемията е намаляла физическата им активност, а за 36.3% няма промяна.

Физическото дистанциране и самоизолацията оказват силно влияние върху живота на гражданите, като засягат техните хранителни навици и ежедневно поведение. Поради ограниченията за напускане на дома и голямата неизвестност в тази нова ситуация често хората

се презапасяват с хранителни стоки [6]. По време на пандемията стресът, дължащ се на непрекъснатото предаване на негативни новини в медиите, създаде предпоставки за консумация на повече храни, което да намали напрежението и да повлияе върху настроението [10, 12,15].

По отношение на храненето повече от половината участници в настоящето проучване (54.9%) смятат, че в по-голяма степен се хранят здравословно. Една трета от респондентите (27.4%) са категорични, че не се хранят здравословно (Фиг. 3):



Фиг. 3. Здравословен начин на хранене

Почти 2/3 от анкетираните педагогически специалисти (63.7%) са категорични, че ситуацията, свързана с COVID-19, не се е отразила на начина им на хранене. Само 13,3% определя, че се хранят не толкова здравословно, колкото преди, а 6,2% се хранят по-здравословно заради пандемията.

Добро впечатление прави факта, че повече от половината респонденти (54%) са на мнение, че за допълнително укрепване на организма в условията на пандемия е необходимо да се увеличават възможностите за спортни дейности, развлечения, прием на хранителни добавки, здравословно хранене и т.н.

Грижата за собственото здраве в голяма степен се изразява и в препоръчителното редуване на работа и почивка. Дистанционното обучение увеличи допълнително професионалните задължения на учителите и едва 15.9% от респондентите споделят, че успяват да спазват в ежедневието си тези препоръки.

Пандемията COVID-19 оказва влияние върху ежедневието на всички участници, като за 38.9% то е негативно.

Въпреки огромното количество информация 69.9% от изследваните педагогически специалисти са на мнение, че е добре в училищата да има повече разяснителни кампании относно здравословния начин на живот и грижа за собственото здраве както за учениците, така и за педагогическите специалисти в условията на пандемия. Необходимо е въвеждането на работещи модели, водещи до реални качествени промени в здравното поведение на хората [2]

Заклучение

Получените резултати показват, че карантината наложена от COVID - 19, е оказала съществен негативен ефект върху физическата активност на преподавателите, като същевременно не е повлияла хранителните им навици. Въпреки трудностите, свързани с извънредната обстановка, педагозите се опитват да се грижат за себе си и за здравето си. Те избират основно дейности, които да са съобразени със свободното време, финансовите възможности и собствените разбирания.

Пандемията COVID-19 е променила стила и начина на живот на голяма част от изследваните лица. Основната част от преподавателите са били по-дълго време ангажирани с професионалните си задължения, което е нарушило съществено ритъма на труд и почивка.

Повечето участници не са достатъчно запознати с възможностите за спортни дейности и здравословно хранене в условията на пандемия. С оглед стимулиране на отговорно отношение към собственото здраве е необходимо в училищата да има допълнителни разяснителни кампании по тези въпроси както за учениците, така и за самите тях.

Литература

1. Докова, А., Жеков, Ж. Динамика на учебния процес при електронно обучение по време на извънредна обстановка. Сборник доклади от Юбилейна научна конференция с международно участие "Нови подходи в общественото здраве и здравната политика" Плевен 2020 г: 197-202.

2. Калоянова, К., Михайлов, Н. Модели на поведение за подобряване на здравословните навици на обществото и пациентите. Сборник „Здравна икономика и мениджмънт“, ИК Стено, Варна, 2021; 1.

3. Христова, А., Петрова, С., Тошева, Е. Анализ на последствията за учебния процес, учениците и учителите от обучението от разстояние в електронна среда през учебната 2020/2021 година. Институт за изследвания в образованието юли 2021 г.

4. Янева, А., Харизанова, Н., Бакова, Д., Харизанова, Ст. Влиянието на пандемията COVID -19 върху промяната в хранителното поведение. Управление и образование, 2022; 18, 5, p. 11-14

5. Ammar, A., Brach, M., Trabelsi, K. et al. Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19 International Online Survey. *Nutrients* 2020 ;12(6):1583.

6. Di Renzo, L., Gualtieri, P., Pivari, F., et al. Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey. *J Transl Med* 2020;18, 1, p. 229.

7. Durães, S.A., das Graças Pena, G., Nobre, L.N., Bicalho, A.H., Silva, R.R.V., Haikal, D.S.A., Rodrigues, C.A.O., Silveira, M.F., Brito, M.F.S.F., Bastos, V.F. and de Pinho, L. Food consumption changes among teachers during the COVID-19 pandemic. *Obesity medicine*, 2021; 26, p.100366.

8. Erdoğan, R., Aydemir, İ. and Yilmaz, M. Investigation of healthy lifestyle habits of class teacher candidates in the Covid-19 period. *Journal of Tourism & Gastronomy Studies*, 2021; 9, 3, p.1554-1568.

9. Keng,S.L., Stanton, .V., Haskins L.B., et al.COVID-19 stressors and health behaviors: a multilevel longitudinal study across 86 countries. *Prev Med Rep*, 27 (2022), Article 101764.
10. Ma Y, Ratnasabapathy R, Gardiner J. Carbohydrate craving: not everything is sweet. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. (2017) 20:261–5.
11. Motevalli, M., Drenowatz, C., Wirnitzer, KC., et al. Changes in physical activity during the COVID-19 lockdown based on the sociodemographic profile of 5569 students and academic staff of Austrian universities. *Public Health* 2023; 219:102-109.
12. Moynihan AB, van Tilburg WA, Igou ER, Wisman A, Donnelly AE, Mulcaire JB. Eaten up by boredom: consuming food to escape awareness of the bored self. *Front Psychol*. (2015) 6:369. 10.3389/fpsyg.2015.00369
13. Mulasso, A., Cremasco, M., Cuomo, S. et al. "Stay at Home" during the COVID-19 Pandemic: Effects on Physical Activity and Sedentary Behavior in an Italian Academic Community. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20(2):1168.
14. Neville, R.D., Lakes, K.D., Hopkins, W.G., et al.Global changes in child and adolescent physical activity during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis *JAMA Pediatr*, 176 (2022), pp. 886-894.
15. Rodríguez-Martín BC, Meule A. Food craving: new contributions on its assessment, moderators, and consequences. *Front Psychol*. (2015) 6:21. 10.3389/fpsyg.2015.00021
16. Rodríguez-Pérez, C., Molina-Montes, E., Verardo, V., et al. Changes in Dietary Behaviours during the COVID-19 Outbreak Confinement in the Spanish COVIDiet Study. *Nutrients* 2020;12. doi:10.3390/nu12061730
17. Sanchez, H.M., Sanchez, E.G.M., Barbosa, M.A., Guimarães, E.C., Porto, C.C. Nov. Impacto da saúde na qualidade de vida e trabalho de docentes universitários de diferentes áreas de conhecimento. *Ciência Saúde Coletiva*, 2019; 24, 11, p. 4111–4122.

Проф. д-р Мария Семерджијева, дм
4002, Пловдив
бул. „Васил Априлов— №15А
Факултет по Обществово здраве
Медицински универзитет – Пловдив
E-mail: msemerdjieva@abv.bg



МЕДИЦИНСКИ И СОЦИАЛНИ АСПЕКТИ НА БРЕМЕННОСТТА В АДОЛЕСЦЕНТНА ВЪЗРАСТ – ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

Нино Колева, Деляна Хаджиделева

MEDICAL AND SOCIAL SIDES OF THE ADOLESCENT PREGNANCY – A LITERATURE REVIEW

Nino Koleva, Delyana Hadzhideleva

ABSTRACT Teenage pregnancy is something that plays a role in the medical and social health concerns in Bulgaria as well as abroad. Our country holds a regrettable place in the championship regarding the "children giving birth to children" phenomenon. Getting pregnant and giving birth before the age of 20 is referred by the medical term 'adolescent pregnancy'. Adolescence is a period in which hormonal, physiological and mental changes are observed in the girl's body. A crucial question is whether the adverse outcomes observed among mothers and children of teenage mothers are causally related to maternal age or are the result of something else. The goal of the current overview is to make a comprehensive review and analysis of the peculiarities of the medical and social characteristics of the adolescent pregnancy, their sexual and reproductive behavior in the specialized scientific literature at hand. A total of 318 articles by Bulgarian and foreign authors were analyzed. The search was limited by articles that are completed and comprehensive and are written in English, Bulgarian and Russian and published in peer-reviewed scientific journals.

The results of the literature review show that there is a significant social risk for girls which give birth at the extremely early age of 15 or under. Getting pregnant and giving birth as a teenager carries a variety of risks both in terms of the fetal development as well as the well-being and maternal health of the mother. Adolescent pregnancy is accompanied by a large number of complications - hyperemesis, preeclampsia and eclampsia, gestational hypertension, gestosis, spontaneous abortions, iron deficiency anemia, etc. This requires specific integrated actions across of multitude of sectors. The intervention of the midwife and the women's consultation plays an essential role in the prevention of early pregnancy and the maternal and child health in adolescent age.

Key words: teenage, pregnancy, medical, social, sides, adolescent, literature, review, maternal, health, midwife,

Въведение

Бременността в тийнейджърска възраст е важен медико-социален проблем както в България, така и в чужбина.

Нашата страна държи едно компрометиращо първенство относно явлението "деца раждат деца". Забременяването и раждането преди 20-годишна възраст се отбелязва с медицинския термин „адолесцентна (ювенилна) бременност“. Адолесцентството е период, в който се наблюдават хормонални, физиологични и психични промени в организма на девойката. Тези промени са свързани с периодите на детството в живота на момичето [10].

При адолесцентна бременност се разграничават три основни стадия:

- стадий на ранното адолесцентство – обхваща възрастта 11-14 години. През този

период момичетата са склонни да укриват бременността си и не са готови да вземат самостоятелно решение за прекъсването ѝ;

- средно адолесцентство – 15-17 години. Този стадий се характеризира с риск в контекста на еманципацията и автономността. Голяма част от момичетата приемат бременността и са склонни да се грижат за децата си, макар и с чужда помощ;

- късно адолесцентство – 18-20 години. Много по-вероятно е тенденциозно забременяване с цел задоволяване на половия нагон или предизвикване на годеж [75].

Цел и задачи

Целта на настоящия обзор е да се направи цялостен преглед и анализ на особеностите на медицинските и социалните характеристики

на бременните в адолесцентна възраст, тяхното сексуално и репродуктивно поведение в специализираната научна литература.

Материал и методи

Анализирани са общо 318 научни статии на български и чуждестранни автори. Бяха използвани електронните бази данни на Researchgate, Embase, Google Scholar, Pubmed и Scopus. Търсенето бе ограничено само върху цели статии, написани на английски, български и руски език и публикувани в рецензирани научни списания.

Резултати

Както сочат съвременните проучвания, честотата на бременност при непълнолетните в страни като Аржентина и Бразилия, е 16,8-17,5% [30, 81], в Шотландия – 7,0-12,5% [53], в Румъния, България, Русия – 7-10,0% [3, 4, 10, 32, 53], САЩ – 7-9,8% [32, 53, 75], Австралия, Нова Зеландия, Канада – 4-6,9% [37, 41, 74], Япония, Германия, Франция – 4% [73, 74], Нидерландия – 1,2% [53]. Ранната бременност, по принцип, е 50–60% незапланувана и 30–40% нежелателна и по тази причина по-често завършва с изкуствено прекъсване [6, 22, 27, 43]. По данни на СЗО (2022 г.), при 100 бременности в адолесцентна възраст броят на изкуствените аборти е 69,1%, ражданията – 16,4%, спонтанните аборти – 14,5% [75]. В същото време 40% от тийнейджърките имат повторна бременност, а 17,9% – повторно раждане [52].

Във връзка с увеличаване на случаите на ранна бременност се наблюдава увеличаване на раждаемостта при младите жени. Всяка година в света раждат 15 млн тийнейджърки, което е 2-4,5% от общото количество раждания [2, 6, 75]. В развитите страни половината от общо 680 000 бременности в тийнейджърска възраст се падат на САЩ – около 3,9%, в Германия този дял е 0,9%, а във Великобритания – 2,5%. Решаващ е въпросът дали неблагоприятните последици, наблюдавани сред майки и деца на майки-тийнейджърки, са причинно свързани с годините на майката, или са резултат от действието на други [35, 59].

Литературен обзор на българските източници

В България при използването на термините "adolесцентна бременност", "тийнейджърска

бременност", "юношеска бременност" и "ювенилна бременност" се има предвид жените, за които към момента на установяване на бременността нямат навършени 18 години [7]. Според заповед на Министерството на здравеопазването на Република България, за тийнейджърски период се определя възрастта от 15 до 18 години, затова в практическото здравеопазване към посочената терминология се отнасят родилките до 18 годишна възраст [26].

Анализът на работите, посветени на проучването на репродуктивното поведение на тийнейджърите в различните региони на България показва, че ражданията при непълнолетните са в рамките на 1,8-4,9% [10, 16, 17].

Много български автори работят по тази проблематика, като изследват факторите и причините за ранната раждаемост.

Според Попкочев (2004) порочният кръг от негативни фактори за ранната раждаемост включва: ниско образование и сексуална култура; ранен полов живот; ранно създаване на семейство; висока раждаемост; ограничени възможности за грижи за децата [13].

Петков и кол. (2009) посочват основните фактори, които оказват влияние върху раждаемостта, като ги свързват с репродуктивното поведение, здраве и права и ги разделят условно на няколко групи: икономически; демографски; медико-социални; психологически; образование; квалификация; трудова реализация. Това множество от фактори предопределя динамичните промени на раждаемостта [11].

Колева и Хаджиделева (2017) провеждат клинично проследяване свързано с ранната раждаемост в България, според предоставените данни от НСИ и МЗ. Определени са спецификите на протичането на бременността и раждането в адолесцентна възраст, послеродовия период и състоянието на новороденото и са предложени конкретни пътища и насоки за справяне с неблагоприятните рискове и последици [10].

Петров (2009) изследва репродуктивното поведение на ромския етнос в България, като диференцира факторите, които оказват влияние върху него. Част от тях почти се припокриват с факторите, които влияят върху раждаемостта и се дефинират от Петков и кол., Петров допълва факторите с влияние върху репродуктивното поведение: акселерацията, възрастта на започване на полов живот и възрастта на майката при раждане на първо дете [11, 12].

Според Томова (2005) ромите са общността с най-ранни бракове в България. През 1994 г. е проведено представително изследване, което обхваща 1844 ромски домакинства. Резултатите сочат, че 40% са се омъжили преди навършване на 16 г., а 32% преди навършване на пълнолетие. На практика обаче още 8% от респодентите декларираат, че са имали дете в годината преди да се омъжат. По данни на това изследване 80% от ромите създават семейство преди да навършат 18 години. Културалните особености и традиции в ромската общност са пречка за прилагане на съвременните методи за семейно планиране. Те налагат сключването на ранни бракове и многобройни раждания сред етноса [17, 18].

В резултат на тези специфични особености, голяма част от ромските момичета напускат преждевременно образователната система.

По данни на Илиева (2009) значителна част от ромските деца рядко или изобщо не посещават училище, или го напускат преждевременно, без да завършат дори начално образование, което е много сериозен и нерешен проблем [7].

Липсата или ниската степен на образование е един от водещите фактори по разглежданата проблематика за ранната раждаемост.

Според Жекова (2002) важен фактор, който оказва влияние върху раждаемостта е степента на образованието [5]. Белчева (2003) прави изследване и при анализ на данните установява, че върху извънбрачната раждаемост изключително влияние оказва образователното ниво на майката [1]. Семерджиева и Райкова (2009) стигат до извода, че повишаването на нивото на образование, в доста голяма степен оказва влияние за намаляване на плодовитостта и увеличаване употребата на контрацептивни средства [16].

Димитрова (2011) прави изследване, касаещо промените на раждаемостта в България, като резултатите потвърждават връзката между образователен капитал и материален статус на партньорите [4].

Порожанова провежда проспективно проучване на 528 бременни (13-17 годишни) за периода 1988-1990 г. като е отчетен рискът, свързан с протичане на бременността и раждането и майчино-феталната прогноза. Данните са сравнени с тези на популация от примипари във фертилна възраст и данни от литературата. Авторите установяват че, лошият социален статус и промискуитетът са основни фактори

за настъпване на adolescentната бременност [14].

Според Чалъкова (2004), Томова (2009), Петров (2009) ранните бременности и раждания са рисков фактор за здравето на бебето и майката и носят негативни социални, семейни и лични последици за младата майка (ниско ниво на образование, невъзможност за трудова реализация, семейни и икономически трудности), които са и предпоставка за покачване на бедността сред жените и децата [12, 18, 20].

Много изследователи проучват рисковите фактори за ранната раждаемост, но не акцентират върху взаимодействието между отделните институции и специалисти, които работят с малолетните и непълнолетните майки.

Независимо, че по данни на НСИ раждаемостта в България намалява все още ранната раждаемост се задържа на едни стабилни нива. В Област Плевен ражданията от майки под 19-годишна възраст през 2020 г. е 258 раждания, а през 2022 нарастват на 270 [27], може да се предположи, че причини за това са както етнокултурните особености на младите майки, така и недостатъчно ефективните мерки от страна на държавната политика по превенция на ранната раждаемост.

Тези данни съвпадат с резултатите от изследванията на българските автори, които проучват факторите по тази проблематика включително и етноса на малолетните и непълнолетни майки.

Литературен обзор на чуждестранните източници

Ранната бременност е неблагоприятно явление. Освен здравните разходи от държавата се изисква материална и социална подкрепа на непълнолетните майки, докато в повечето случаи тази категория родители не продължава своето обучение и трудова дейност в бъдеще [43]. Щетите от ранното майчинство са огромни. В САЩ се харчат около 21 млн долара годишно за здравни и социални услуги за млади майки и техните новородени [54].

Редица изследователи свързват повишаването на броя на бременните тийнейджърки в последните години със "сексуалната либерализация" на отношенията в обществото [31, 52, 55, 55, 57]. Средната възраст на започване на полов живот в днешно време в Бразилия е 12,1 години [30], в Нигерия – 15,1 години [57], в ЮАР – 16 години [52], в Русия – 16,1 години [2, 15, 23, 24], във Франция – 17,4 години [29].

Сексуални отношения преди 15 годишна възраст практикуват 20-25% от непълнолетните бременни [2, 7, 10, 15, 29, 54].

При тийнейджърската проституция сексуалният дебют е на възраст 11-12 години [7, 15, 20, 39]. Quinlivan (2001 г.) сочи, че 29,2% от бременните тийнейджърки са жертви на насилие [60]. В ЮАР всяка пета непълнолетна бременна е инфектирана със СПИН [46].

Някои чужди автори констатират, че сексуалните отношения могат да бъдат свързани с любовните емоционални преживявания на момичето, затова и половината от бременните тийнейджърки раждат [29, 60]. По принцип, в подобни ситуации възрастта на бащите превишава възрастта на младите майки [25, 51, 46].

По мнение на V.Hanna (2001 г.), в някои ситуации ранната бременност, която завършва с раждане, трябва да се разглежда като съзнателна стъпка на непълнолетната [44]. Тази постъпка е протест против неблагоприятните социални условия, в които живее тийнейджърката. Авторът пише, че ако младата майка си поставя за цел в живота възпитанието на децата, то държавата е длъжна да подкрепя такава категория родители и да създава за тях социални програми [44].

Някои автори смятат, че бременността при непълнолетните е свързана с ранното соматично съзряване [79] и особеностите на психическото развитие [5, 44].

Болшинството изследователи смятат, че до появата на ранна бременност водят лоши взаимоотношения между майката и дъщерята, материални трудности в семейството, развод на родителите, ранна бременност при роднини и приятели, ниско образователно ниво на тийнейджърите, недостатъчно внимание към сексуалното образование в училище и в семейството, както и употребата на наркотични средства и алкохол [39, 40, 42, 43, 47, 55].

Във връзка с неблагоприятната демографска ситуация в световен мащаб, вниманието към тийнейджърите се увеличи. Именно с тях е свързана надеждата за подобряване качеството на здравето [18, 20]. Но изследванията показват, че соматичното и репродуктивно здраве в adolescentна възраст е незадоволително [14]. За последните 20 години броят на условно здравите ученици е намалял от 28,3 до 6,3% [41,42], при това по-високо ниво на заболяемост е отбелязано при момичетата [36]. Изследователите на този проблем забелязват, че при 60–70% от ученичките има хронични заболявания, в това число комбинация от

няколко от тях се среща при 25% от девойките [36, 42, 53].

Гинекологичните заболявания при тийнейджърките са от 10 до 18% [9, 15, 35, 46]. Едно от водещите места заемат разстройства на менструалния цикъл [18, 34, 37]. Това свидетелства за сериозни функционални отклонения в регулацията на репродуктивната система и е свързано, по мнение на някои автори, с влошаване на качеството на живот на децата и тийнейджърките [18, 32, 54]. Друга често срещана гинекологична патология при непълнолетните са възпалителните заболявания. Редица учени свързват това с ранния сексуален живот и с увеличаване на заболяванията, предавани по полов път [18, 37, 46]. Соматичната и гинекологична патология оказва влияние на протичането на гестацията, затова е необходим индивидуален подход при управляването на бременността и ражданията в adolescentна възраст в зависимост от здравословното състояние [12, 36, 41, 53, 56].

До настоящия момент няма единна гледна точка относно това, коя възраст при бременността и раждането да се смята за млада.

Едни автори смятат за млади родилките до 17 години включително [3, 7, 36], други до 20 години [38, 39, 50, 52]. По препоръка на СЗО към младите следва да бъдат отнесени жени до 19 годишна възраст [6]. В България се има предвид жените, за които към момента на установяване на факта на бременност нямат навършени 18 години [75].

Данните от литературата, отразяващи особеностите на протичане на бременността, раждането, развитието на плода и състоянието на новороденото при младите жени, са противоречиви. Например, Ziadeh (2001 г.) отбелязва най-добрите акушерски и перинатални изходи от бременността в adolescentна възраст в сравнение с по-възрастните родилки [77]. По негови наблюдения, анемията и гестозите са еднакво често срещани се както при тийнейджърки, които раждат за първи път, така и при раждащите за първи път жени на възраст 20-29 години. В същото време патологичното нарастване на масата на тялото по време на бременността, гестационният диабет, както и ниската маса на тялото на новородените при жените до 18 години, по данни на автора, се срещат по-рядко [77]. За благоприятното протичане на бременността и раждането в ранна възраст се съобщава също в работите на Valdez-Banda, Valle-Virgen (1996 г.) [69].

Редица изследователи, основавайки се на собствени клинични наблюдения, не откриват при непълнолетните увеличаване на броя на акушерски усложнения, в сравнение с жените от зряла възраст [3, 33, 42, 57].

Мексиканските автори, Villanueva, Peres-Fajardo, Martinez-Ayala (1999 г.) намират различия в акушерските усложнения само при непълнолетните, по-млади от 15 години, при сравнение с бременните от другите възрастови групи [71]. В същото време те отбелязват, че децата, родени от жени до 18 годишна възраст, статистически по-често умират на възраст от 1 месец до 1 година.

Smihl и Pell (2001 г.) анализират протичането на първата и втора бременност в тийнейджърска възраст [65]. Те установяват, че при първата бременност на тийнейджърките по-често, отколкото при възрастните родилки, възниква риск за провеждане на оперативно раждане. При това по време на втората бременност при същите тези тийнейджърки 3 пъти се повишава вероятността от преждевременно раждане, раждане на недоносено и мъртво дете.

Но повечето изследователи смятат, че бременността и раждането в адолесцентна възраст протичат с голямо количество усложнения (от 46,8 до 84,6%) в сравнение с по-възрастните жени [2, 15, 65, 76].

Данните в литературата за честотата на срещане на една или друга акушерска патология при непълнолетните се различава в широки граници. Например, редица изследователи в своите работи показват, че при ранната бременност гестозите се срещат в 12-76,5% от наблюденията [2, 10, 17, 29, 58-63, 65], анемия – в 4-78% [2, 10, 21, 44, 53, 58, 61, 62, 65], риск от недоносване на бременността – в 4,7-49% [10, 20, 21, 48-50, 61-63, 65, 68], хронична фетоплацентарна недостатъчност – в 11-76% [20, 21, 58, 59, 60, 62, 68], ранна токсикоза – в 15,2-29,9% [2, 34, 48, 51].

Много изследователи като особености на раждането при непълнолетните отбелязват: преждевременното му начало (7,4-28,3%) [2, 10, 39-41, 49-51, 53, 65, 68], преципитирано протичане (14,7-25,6%) [28, 39-41, 43, 48], преждевременно отваряне на околоплодния мехур (14,7-45,3%) [39, 40, 54, 69, 70, 72, 73, 75]. Сред другите усложнения на родовия процес в адолесцентна възраст се забелязват: аномалия на родилната дейност (6,5-37,2%) [20, 41, 42, 45], патологична кръвозагуба [2, 24, 39, 41, 43, 48], тесен таз (5,7-10,8%) [44, 48], родов

травматизъм (4-25,5%) [40, 42, 45], операции за завършване на вагинално раждане (2,1-17%) [39-41, 54, 66], преждевременно отлепване на нормално разположена плацента (1-1,9%) [39, 59] гнойно-инфекциозни следродилни заболявания (20-71,7%) [36, 42].

Усложненото протичане на бременността и раждането при тийнейджърките е фактор на висок перинатален риск [2, 36].

Изследователите в нашата страна, както и в други страни, сочат, че децата на непълнолетните родилки имат по-малка телесна маса, отколкото бебетата на възрастните жени [2, 16, 50, 56, 68]. Чуждите автори смятат за допустимо да не ограничават при непълнолетните повишаването на телесната маса по време на бременност, за да постигнат задоволителна телесна маса на техните деца при раждането [54].

При преглед на данните проведени в различни държави, авторите посочват следните резултати: Новородените при непълнолетните майки често се раждат със синдром на задържане на вътреутробното развитие на плода – 11,4-30%) [33, 50, 63], недоносени – 7,2-13,2% [36, 45], в състояние на асфиксия – 19,1-24% [16, 43].

Рискът от перинатални усложнения при ражданията на възраст от 13 до 15 години при сравнение с ражданията на възраст от 20 до 24 години нараства 4 пъти, а на възраст 16-17 години – 2 пъти [58].

Бебетата на майките в адолесцентна възраст имат висок риск за неонатална заболеваемост и смъртност [2]. Изследователите Cowden и Funkhouser (2001 г.) смятат, че, ако се изключи тийнейджърската бременност, би могло да се намали с 4-8% смъртността при бебетата [36].

В същото време някои автори не намират съществени различия при новородените, родени от млади и от възрастни жени [48].

Независимо от разнообразието и противоречивостта на литературните данни за изхода от адолесцентна бременност, практически всички автори признават наличието на възрастови физиологични особености на организма при непълнолетните. Затова важно научно-практическо значение има изучаването на адаптационните промени на организма при ранната бременност.

Чечулина (1996 г.), изследвайки нивото на фетоплацентарни белтъци у бременните на възраст до 18 години, открива намаляване на трофобластичния β 1-гликопротеид в ранните

срокове на периода на бременност [21]. В същото време най-изразеното намаляване на този протеин е наблюдавано при бременни помалки от 16 години и бременни с екстрагенитална патология в 29-35 гестационна седмица на бременността. Авторът също установява, че, за разлика от пълнолетните, α -фетопротеинът при бременните до 16 годишна възраст спада в 23-24 гестационна седмица, а при младите бременни с екстрагенитална патология се повишава. Тези факти говорят за недостатъчно развитие на фетоплацентарния комплекс при тийнейджърките [21].

Шорлуян (1988 г.), Чиркова, Жданова (1997 г.) разкриват морфологичните особености на плацентата при непълнолетните, които се проявяват в намаляването на броя на големите и малките власинки при повишаване количеството на склерозиралите [22, 23]. Тези промени свидетелстват за наличието на плацентарна недостатъчност при бременност в адолесцентна възраст, които влошават условията за вътребно развитие на плода [23].

Smiht и Pell (2001 г.) и Брюхина (1997 г.) при изследване системата на хемодинамика при младите бременни открива понижаване на тоническата функция на сърдечно-съдовата система и разминаване на функцията на сърцето и на кръвоносните съдове [65]. Механизмите на промяна на хемодинамиката при адолесцентната бременност потвърждават функционалната незрялост на тийнейджърките [2, 65].

Яковлева (1990 г.) доказва, че по време на периода на бременност при младите жени се наблюдава ниска екскреция на допамин, норадреналин и адреналин, както и ниско ниво на кортизол, на антидиуретичен хормон и високо – на адренокортикотропния [24]. Това свидетелства за физиологичната незрялост на механизмите на адаптация.

В хода на своята работа Quinlivan (2001 г.) открива, че развитието на кариес при 15-17 годишните бременни се среща по-често, отколкото при 18–23 годишните [60]. Това косвено потвърждава физиологическата незрялост на организма на тийнейджърката.

И така, анализът на литературните данни показва, че такъв медико-социален проблем, като бременността в адолесцентна възраст, е далеч от своето решение.

Представеният обзор позволява да се направят следните изводи:

1. Коефициентът на обща раждаемост в България е намалял драстично. България е на първо място в Европа по относителен дял на ражданията на майки под 18-годишна възраст. Всяко шесто живородено дете у нас се пада на тази възрастова група. Забременяването и раждането в тийнейджърска възраст води след себе си много рискове както по отношение на развитието на бременността, така и по отношение на живота и здравето на родилката и плода.

2. Резултатите от направения литературен обзор показват, че значим социален риск крият изключително ранните раждания на момичета под 15-годишна възраст. Раждането на деца от деца е социално рисково както от медицинска гледна точка, така и от гледна точка на психическата неподготвеност за изпълнение на социалната функция - отговорно родителство.

3. С оглед набелязаната тенденция на нарастване броя на бременността при непълнолетните, са необходими държавни мерки от социален характер във връзка с нейното предотвратяване.

4. Важно е да се изучават социално-психологическите аспекти на поведение на бременните и небременните тийнейджърки за създаване на превантивни програми за предотвратяване на ранната бременност и акушерските усложнения.

5. За разработването на обоснован териториален комплекс от мероприятия, осигуряващи запазването на здравето на непълнолетните, е необходимо проучване на репродуктивното поведение, здравето и потенциала на тийнейджърките в различните региони на България.

6. Вземайки под внимание възможността за наличие на желана бременност у лица до 18 години, трябва да се продължи научното търсене и разработката на съвременни технологии на оценка, прогноза и корекция на акушерските и перинаталните патологични състояния при ранната бременност за внедряване в практиката.

Заклучение

Бременността в тийнейджърска възраст е важен обществено-здравен проблем. Това налага интегрирани действия на различни сектори. Съществена е намесата на акушерката и женската консултация в превенцията на ранното забременяване и грижите за здравето на родилката и плода.

Литература

1. Белчева, М. Състояние, тенденции и проблеми на раждаемостта в Република България. София, 2003, Национален статистически институт.
2. Брюхина Е.В. Беременность и роды у девочек-подростков. Предупреждение осложнений, реабилитация. Автореф. дис... д-ра мед. наук. М., 1997.
3. Гуркин Ю.А., Суслопаров Л.А., Островская Е.А. Основы ювенильного акушерства. СПб.: Фолиант, 2001.
4. Димитрова, Е. Промени в раждаемостта в България - поведенчески и ценностни измерения. София, 2011, АИ Проф. Марин Дринов.
5. Жекова, В. Социални норми и традиции в репродуктивното поведение на българите през втората половина ХХ в. София, 2002 АИ Проф. Марин Дринов.
6. Захарова Т.Г., Филиппов О.С., Гончарова Г.Н. Влияние репродуктивного здоровья юных рожениц на состояние новорожденных. Материалы III Российского форума "Мать и дитя". М., 2001; с. 62
7. Илиева, Н. Качествено възпроизводство на населението, семейно планиране и отговорно родителство. Раждаемостта в България и държавната политика. Насърчаването на раждаемостта - многоликата практика на държавна намеса във възпроизводството на населението: българският и европейският опит, София, 2009, Център за изследване на населението БАН, с. 340-350
8. Казаева П.З. Състояние системы гемодинамики у юных первородящих. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Барнаул, 1998.
9. Кацулов А. Раждане с висок риск. София: Медицина и физкултура, 1990, с. 207-211.
10. Колева, Н., Д. Хаджиделева, А. Димитрова. 2017. Специфики при протичане на бременност, раждане и послеродов период в adolescentна възраст, Образование, наука, икономика и технологии, "Управление и образование", Бургас - VOL. XIII(5)2017 – с. 142-149
11. Петков, Г.и кол. Еволюция на раждаемостта през последните четири десетилетия в България – ролята на основни медико – социални фактори. В: Раждаемостта в България – тенденции, влияния, проблеми. Научна конференция с международно участие, София, 13 – 14 март 2009, с. 100-112
12. Петров, П. Раждаемостта сред ромския етнос в България - реалности и перспективи. Пловдив, 2009, Амарт.
13. Попкочев, Тр. Социално-педагогически профил на ромското семейство (по автобиографични разкази). Благоевград, 2004, УИ Неофит Рилски.
14. Порожанова, В., С. Божинова, Пл. Божинов. Общи положения при adolescentна бременност и раждане. *Акуш. и гинекол.* XXXII, 1993, 3, с. 10-13.
15. Салтыкова Е.Н. Клинико-лабораторна характеристика състояния полости рта при бременности в юном возрасте. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Омск, 1998.
16. Семерджиева, М., Е. Райкова. Репродуктивното здраве като фактор на демографското развитие. Раждаемостта в България и държавната политика. Насърчаването на раждаемостта - многоликата практика на държавна намеса във възпроизводството на населението: българският и европейският опит. София, 2009, Център за изследване на населението БАН, с. 90-99
17. Томова, И. Демографски процеси в етноконфесионални общности в България. Демографско развитие на Република България. Анализи на състоянието и тенденциите на демографското развитие на България – част I. София, 2005, БАН. с. 155-177
18. Томова, И. Раждаемост и репродуктивно здраве при ромите: културни специфики, обезсилващи програмите за семейно планиране в някои ромски субгрупи. Раждаемостта в България и държавната политика. Насърчаването на раждаемостта - многоликата практика на държавна намеса във възпроизводството на населението: българският и европейският опит. София, 2009, Център за изследване на населението БАН, с. 160-181
19. Тухватуллина Л.М., Чечулина О.В., Мансурова Г.Н. Състояние здравья юных женщин и их реабилитации после родов и абортов. *Казан. мед. журн.* 1998; 2: с. 103–108
20. Чалъкова, Д. Ранните раждания в България през втората половина на ХХ век. София, АИ Марин Дринов, 2004, с. 76-82
21. Чечулина О.В. Профилактика перинатальных осложнений для матери и плода у юных женщин. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Казань, 1996.
22. Чиркова А.В., Жданова В.И., Буравлева А.М. и др. Течение бременности, родов и морфологические особенности плаценты у несовершеннолетних. Сборник научно-практических работ "Становление и развитие I Республиканской клинической больницы". Ижевск, 1997; с. 276–279.

23. Шорлуян А.П. Течение беременности, родов и состояния фетоплацентарной системы у юных первородящих. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 1988.
24. Яковлева Э.Б. Юные беременные как группа риска акушерской и перинатальной патологии. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Донецк, 1990.
25. Закон за закрила на детето. ДВ. бр.48 от 13 Юни 2000 г., изм. ДВ. бр.102 от 11 Декември 2018 г.
26. Закон за здравето. ДВ. бр.70 от 10 Август 2004 г., изм. и доп. ДВ. бр.102 от 11 Декември 2018 г.
27. Национален статистически институт. ИНФОСТАТ Достъпен на: <https://infostat.nsi.bg/infostat/pages>
28. Периодичен отчет по изпълнението на План за действие за периода 2017-2026 г. към Националната програма за превенция на насилието и злоупотребата с деца 2023-2026 г. Достъпен на: <https://sacp.government.bg>
29. Athea N. L'entree dans la sexualite et ses aleas (Entry into sexuality and its Hazards). *Arch Pediatr* 2001; 8 (4): pp. 433.
30. Bailley PE, Bruno ZV, Bezerra MF et al. Adolescent pregnancy 1 year later: the effects of abortion vs. motherhood in Northeast Brazil. *J Adolesc Health* 2001; 29 (3): pp. 223.
31. Vambra CS. Current status of reproductive behaviour in Africa. *Hum Reprod Update* 1999; 5 (1): pp. 1–20.
32. Blake BJ, Bentov L. Geographical mapping of unmarried teen births and selected sociodemographic variables. *Public Health Nurs* 2001; 18 (1): pp. 33–41.
33. Bukulmez O, Deren O. Perinatal outcome in adolescent pregnancies a case-control study from a Turkish university hospital. *Eur J Obstet Gyn Reprod Biol* 2000; 88 (2): pp. 207.
34. Buschman NA, Foster G, Vickers P. Adolescent girls and their babies: achieving optimal birth weight. Gestational weight gain and pregnancy outcome in terms of gestation at delivery and infant birth weight: a comparison between adolescents under 16 and adult women. *Child Care Health Dev* 2001; 27 (2): pp. 163–234.
35. Brindis C. Building for the future: adolescent pregnancy prevention. *J Am. Med Womens Assoc* 1999; 54 (3): pp. 129–32.
36. Cowden AS, Funkhouser E. Adolescent pregnancy, infant mortality for birth: Alabama residential live births, 1991–1994. *J Adolesc Health* 2001; 29 (1): pp. 37–45.
37. Dickson N, Sporle A, Rimene C, Paul C. Pregnancies among New Zealand teenagers: trends, current status and international comparisons. *N Z Med J* 2000; 113 (23): pp. 241–246.
38. Dormire SL, Yarandi H. Predictors of risk for adolescent chldbearing. *Appl Nurs Res* 2001; 14 (2): pp. 81–87.
39. East PL, Kierhan EA. Risk among youths who have multiple sisters who were adolescent parents. *Fam Plann Perspect* 2001; 33 (2): 75–80.
40. East PL, Jacobson LJ. The younger siblings of teenage mothers: a follow-up of their pregnancy risk. *Dev Psychol* 2001; 37 (2): pp. 254.
41. Elliott KJ, Lambourn AS. Sex, drugs and alcohol: two peer-led approaches in Tamaki Makaurau, Auckland, Aotearoa, *New Zealand. J Adolesc* 1999; 22 (4): pp. 503–526.
42. Gueorguieva R, Carter R, Ariet M et al.. Effect of teenage pregnancy on educational disabilities in kindergarten. *Am J Epidemiol* 2001; 154 (3): pp. 212–232.
43. Guijarro S, Naranjo J, Padilla M, Gutierrez R. Family risk factors associated with adolescent pregnancy: study of a group of adolescent girls and their families in Ecuador. *J Adolesc Health* 1999; 25 (1): pp. 166–172.
44. Hanna B. Adolescent parenthood: a costly mistake or a search for love? *Reprod Health Matters* 2001; 9 (17): pp. 101–18.
45. Hanna B. Negotiating motherhood: the struggles of teenage mothers. *J Adv Nurs* 2001; 34 (4): pp. 456–620.
46. Jewkes R, Vundule C, Mafarah F, Jordaan E. Women's health ressearch unit. Medical Research Council, Pretoria, South Africa. *Soc Sci Med* 2001; 52 (5): pp. 733–44.
47. Kirby D, Coyle K, Gould JB. Manifestations of poverty and birthrates among young teenagers in California zip code areas. *Fam Plann Perspect* 2001; 33 (2): pp. 63–72.
48. Kumbi S, Ischak A. Obstetric outcome of teenage pregnancy in northwestern Ethiopia. *East Afr Med J* 1999; 76 (3): pp. 138–40.
49. Kramer V, Usher R, Pollack R et al. *J Obstet Gynecol* 1997; 89, pp. 221–227.
50. Li Y, Yin C, Chan C. Psychosocial risk factors of teenage pregnancy in eastern Taiwan. *Chung Hua I Hsueh Tsa Chih (Taipei)* 1999; 62 (7): pp. 425.
51. Lu TH, Hwang MN, Suhng LA et al. Demographic characteristics of fathers of infants born to adolescent mothers in Taiwan. 1999; 24 (6): pp. 446–54.

52. Manzini N. Sexual initiation and childbearing among adolescent girls in KwaZulu Natal, South Africa. *Reprod Health Matters* 2001; 9 (17): pp. 44–52.
53. McLeod A. Changing patterns of teenage pregnancy: population based study of small areas. *BMJ* 2001; 323 (28): pp. 199–203.
54. Miller FC. Impact of adolescent pregnancy as we approach the new millennium. *J Pediat Adolesc Gyn* 2000; 13 (1): pp. 5–8.
55. Montenegro H. Educacion sexual de ninos y adolescentes. *Rev Med Chil* 2000; 128 (6): pp. 571-574.
56. Nadarajah S, Leong N. Adolescent pregnancies managed at KR hospital. *Singapore Med J* 2001; 41 (1): pp. 29–31.
57. Okpani AO, Okpani JU. Sexual activity and contraceptive use among female adolescents – a report from Port Harcourt, Nigeria. *Afr J Reprod Health* 2000; 4 (1): pp. 40–7.
58. Olausson PO, Chattingius S, Haglund B. Does the increased risk of preterm delivery in teenagers persist in pregnancies after the teenage period? *BJOG* 2001; 108 (7): pp. 721–726.
59. Ortigosa-Corona E, Carrasco-Resendiz I, Padilla-Jasso P. Evaluacion de un curso educativo sobre la etapa gestacional exclusivo para adolescentes embarazadas. *Gin Obstet Mex* 1999; 67276: pp. 83.
60. Quinlivan JA, Evans SF. A prospective conort study of the impact of domestic violence on young teenage pregnancy outcomes. *J Pediat Adolesc Cyn* 2001; 14 (1): pp. 17–23.
61. Ribeiro ER, Barbieri MA, Bettiol H. Comparacao entre duas coortes de maes adolescentes em municipio do Sudeste do Brasil. *Rev Saude Publica* 2000; 34 (1): pp. 136.
62. Semark C., Design or accident? The natural history of teenage pregnancy. *J R Soc Med* 2001; 94 (6): pp. 282–287.
63. Singh S., Darroch JE. Adolescent pregnancy and childbearing: levels and trends in developed countries. *Fum Plann Perspect* 2000; 32 (1): pp. 14–23.
64. Simmons JC. Going outside the box: Finding new ways to provide quality care to children and adolescents. *Qual Lett Healthc Lead* 2001; 13 (8): pp. 2–7.
65. Smith GC, Pell JP. Tenage pregnancy and risk of adverse perinatal outcomes associated with fist and second births: population based retrospective conort study. *BMJ* 2001; 323 (1): pp. 476.
66. Taylor D, Chaver G, Chabra A, Boggess J. *J Obstet Gyn* 1997; 89: pp. 199-205.
67. Torres-Ramirez A, Coria-Soto I, Zambrana M, Lara-Ricalde R. La resolucion obstetrica de las adolescentes en comparacion con la de las adultas. *Gin Obstet Mex* 1999; 67377: pp. 84.
68. Tsai TS, Chen JY, Lee MC. Reproductive outcomes and infant in adolescent pregnancy in Taichung city. *Acta Paediat Taiwan* 2001; 42 (3): pp. 151-158.
69. Valdez-Banda F, Valle-Virgen O. Prevalencia y factores de riesgo para complicaciones obstetricas en la adolescente. Comparacion con la poblacion adulta. *Gin Obstet de Mex* 1996; 64: pp. 209-213.
70. Ventura SJ, Masher WD, Curtin SC et al. Trends in pregnancies and pregnancy rates by outcome: estimates for the United States, 1976–96. *Vitl Health Stat* 2000; 56: pp. 1-47.
71. Villanueva L, Perez-Fajardo M, Martinez, Ayala H, Garcia-Lara E. Caracteristicas obstetricas de adolescente embarazada. *Gin Obstet Mex* 1999; 67356: pp. 60.
72. Vundulae C, Maforah F, Jewkes R, Jordaan E. Risk factors for teenage pregnancy among sexually active black adolescents in Cape Town. *S Afr Med S* 2001; 91 (1): pp. 73-80.
73. Wang CS, Chou P. Risk factors for adolescent primigravida in Kaohsiung country. Taiwan. *Am J Prev Med* 1999; 17 (1): pp. 43-50.
74. Wang CS, Chou P. Characteristics of males who father babies born to adolescents versus older adult women in Taiwan. *J Adolesc Health* 2001; 28 (6): pp. 509-521.
75. Willaims Obstetrics, 19th Edition, Ed. by F.G. Cunningham, 1990, pp. 651-653.
76. Woodward LJ, Horwood LJ, Ferdusson DM. Teenage pregnancy: cause for concern. *N Z Med J* 2001; 114 (11): pp. 301-304.
77. Ziadeh S. Obstetric outcome of teenage pregnancies in North Jordon. *Arch Cyn Obstet* 2001; 261 (1): pp. 26-35.

Нино Колева
проф. Деляна Хаджиделева, дм

Катедра „Здравни грижи“
 Факултет по Обществено здраве
 Медицински университет – София
 ул. „Бяло море“ № 8, 1527 София, България
ninokoleva@abv.bg
dhd@abv.bg



ПСИХОЛОГИЧЕСКИ АСПЕКТИ НА БРЕМЕННОСТТА В АДОЛЕСЦЕНТНА ВЪЗРАСТ – ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

Нино Колева, Деляна Хаджиделева

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF ADOLESCENT PREGNANCY - LITERATURE REVIEW

Nino Koleva, Delyana Hadzhideleva

ABSTRACT: *Adolescence is a time of rapid physiological and psychological changes. During this period, the minor reconsiders his role in the family, at school, at work, relations with his peers and with anyone around them in preparation of becoming an adult. Similarly, having a child during the period requires a significant adaptation and lifestyle changes and can become critical to the development not only for the teenager but also for her parents and partner.*

The objective of this overview is to make a comprehensive review and analysis of the peculiarities and the psychological aspects of early sexual activity and pregnancy at adolescent age within a given number of specialized scientific literature.

A total of 256 articles by Bulgarian and foreign authors were analyzed. The search was narrowed down to a set of completed and well-rounded articles written in English, Bulgarian and Russian and published in peer-reviewed scientific journals.

The most important issues of teenage mothers include difficulties in their relationships with the people around them, low self-esteem and as a result, self-doubt, striving for approval of their actions from relatives and being strongly influenced almost dependent by their opinion. In addition, young mothers experience extreme moral pressure from society, as teenage pregnancy is often judged as a sign of antisocial behavior. This is also related with material problems and the lack of education, owning a house, dependence on parents, insufficient upbringing habits. A correlation between the sexual education of minors and general societal culture was discovered to help in preventing early pregnancies.

Key words: psychological, teenage, pregnancy, adolescence, literature, review, sexual education, culture

Въведение

Адолесцентната възраст - това е време на стремителни физиологически и психологически промени, и поне в западните страни през този период непълнолетният преразглежда своята роля в семейството, в училище, в труда, отношенията с връстниците си и с околните, готвейки се да стане възрастен човек. Следователно, през това време човек може да стъпи на един от многобройните пътища за развитие [9].

Аналогично, раждането на детето изисква значителна адаптация и промени в начина на живот и може да стане критичен момент в развитието не само за тийнейджърката, но и за нейните родители и партньор.

Цел и задачи

Целта на настоящия обзор е да се направи

цялостен преглед и анализ на особеностите на психологическите аспекти на ранните полови контакти и бременността в адолесцентна възраст. в специализираната научна литература.

Материал и методи

Анализирани са общо 256 научни статии на български и чуждестранни автори. Бяха използвани електронните бази данни на Researchgate, Embase, Google Scholar, Pubmed и Scopus. Търсенето бе ограничено само върху цели статии, написани на английски, български и руски език и публикувани в рецензирани научни списания.

Резултати

Допускане на забременяване в адолесцентна възраст

Отношението към бременността и раждането на дете, както и към много други важни

събития в живота на човека, се определя от културната среда. Последиците от бременността в западните и източните страни са обусловени от различни предпоставки, които носят съвсем различни последиствия. Това съобщение се основава на опита, натрупан в страните от Европа и в САЩ. Промени стават и в самите западни страни. Докато при предходното поколение бременността при отказ от женитба се разглеждаше като повод за съдебни претенции и почти винаги завършваше с брак, в наше време самотната майка е явление, разпространено във всички възрастови групи. В показателите за честота на случаите на бременност и раждане на деца в тийнейджърска възраст се отразяват многобройните различия вътре в страните и помежду им, но извън пределите на Америка проучванията на тази тема не са толкова много, че да може ясно да се оценяват тези различия.

Натрупват се и доказателства за това, че, независимо от нарастващата сексуална активност на младежите, бременността не е случайно явление и до голяма степен зависи от социалните, образователните и психологическите фактори.

В някои случаи бременността става неосъзнат опит на момичето-тийнейджър да се справи с трудностите във взаимоотношенията с майката. Предполага се, че в детството си такова дете не е получило достатъчно майчински грижи и не вярва в способността на майката да ѝ предостави всичко, което е необходимо за човек, който се нуждае от физическа и емоционална подкрепа и близко общуване. При децата, опитващи се да получат чувство на спокойствие и сигурност, понякога се развива специфичен модел на поведение с демонстрация на "преданост" [1] - отражение на взаимоотношенията, установени между майката и дъщерята. Не трябва да се смята, че такова поведение е изобщо характерна черта на детето, макар, че някои виждат в това "прототип" на бъдещите взаимоотношения. Това е признак на изпитване на незащитеност от страна на детето и фактор на риск относно процеса на неговото развитие, особено в сферата на межличностните взаимоотношения. Бременността може да служи (подсъзнателно) като опит да изгради по-задоволителни отношения с майката.

Има наблюдения, които подкрепят тази теория. Бременните тийнейджърки нерядко самите те са се появили на този свят, когато майките им са били съвсем млади [11] и също са

изпитвали трудности във връзка с тяхното раждане и възпитание. Това обстоятелство негативно влияе върху по-нататъшните взаимоотношения, и дъщерите на такива майки особено често попълват редовете на момичета, раждащи в ранна възраст. Така, най-високият показател за случаи на бременност сред момичета-тийнейджърки е отбелязан при семейства, в които майките са се оплаквали от продължителна депресия и са напускали дома на собствените си родители преди техните дъщери да навършат 26 месеца [14], като по такъв начин са лишили своето дете от допълнителна емоционална подкрепа. Ако изследваме по-дълбоко модела на "преданост", става ясно, че той е разпространен там, където има трудности във взаимоотношенията между майка и дъщеря, която е забременяла в много млада възраст, и тази ситуация се повтаря и в следващото поколение [17; 19]. Такава концепция подкрепя хипотезата, че ранното лишаване от емоционално общуване предразполага тийнейджърката да търси емоционална близост в ранните сексуални контакти и в раждането на дете. Група терапевти от южна Англия е наблюдавала 147 пациентки, привлечени към изследването без специален избор, които са потърсили в медицинско заведение помощ при "нежелана" бременност. Много от тях, макар и не всички, са били в тийнейджърска възраст. Изследователите независимо един от друг са достигнали до един и същ извод [30].

Когато се изхожда от общия начин на живот в семейството, убедителна изглежда идеята, че външно "нежелателното" поведение не толкова изявява проблема, колкото символизира изхода от положението. Като най-първа задача за младежа се смята завоюването на независимост и умението да стане самостоятелен, и бременността може несъзнателно да се използва като инструмент за постигане на тази цел. Благодарение на бременността на дъщерята родителите са принудени да признаят, че тя е станала възрастна, в резултат на което у тях се появява стремеж да отлъчат дъщерята от къщи или, обратно, бабата получава възможност да се грижи за новия малък член на семейството и, възможно, бракът на родителите на младата майка се изпълва с нов смисъл. Колкото и да е парадоксално, преждевременната бременност на тийнейджърката понякога циментира семейството, като предотвратява нейното отчуждаване, тъй като опитът за напускане на родния дом с неподходящия партньор може бързо да доведе до разпадане на

взаимоотношенията с него и да доведе младата жена заедно с детето в родителското семейство.

Измежду бременните тийнейджърки има и такива (макар, че те са малцинство), при които са открити психическа патология или психологически проблеми, най-често това са разстройства на поведението, симптом за които е именно предизвикателната сексуална активност. До бременност може да доведе невъздръжаността на фона на алкохолизъм и наркомания. Спонтанните сексуални контакти и бременност могат да бъдат, макар и рядко, резултат от сериозни психически нарушения, например при маниакално-депресивна психоза на етап мания.

Малък процент от случаите е обусловен от изнасилване, което е било извършено от познат или непознат човек, или е следствие от вътрешносемейни сексуални посегателства. Изнасилването, извършено от непознато лице, се разпознава веднага и е съпроводено с открити преживявания на жертвата и нейните роднини, но лекуващите трябва постоянно да имат предвид и втората възможност, тъй като тя може старателно да се прикрива. Обикновено това е особено тежко и продължително жестоко отношение към момичето, което е изпълнено със сериозен риск за майката и детето. В резултат на едно от последните изследвания сред бременните тийнейджърки е разкрит изключително висок показател на извращения. В рамките на една година, предшестваща бременността, 33 % са били подложени на физическо или сексуално насилие, а 22 % са продължавали да бъдат жертви на такова отношение и по време на бременността [22]. При такива обстоятелства изключително рядко медицинският персонал е получавал признания.

Психологически аспекти при общуването с бременни в adolescentна възраст

Пред младата девойка, която се кани да става майка, стоят същите проблеми, с които се среща възрастната бременна жена, ако става дума за социално-икономическите фактори [32].

Тийнейджърките, обаче, при които бременността е настъпила преди навършване на 16 години, са специална категория. Те от самото начало се намират в бедно положение както от социално-икономическа гледна точка, така и поради семейния статут, затова сред тях се срещат по-често пациентки с психологически разстройства. Законите са формулирани не в

тяхна полза, и достъпните учреждения, които биха им помогнали да отглеждат детето, не са достатъчно

Тийнейджърките, като правило, късно търсят предродилна помощ, а всъщност те се нуждаят от нея повече, отколкото зрелите жени, не влизащи в рисковата група. Смущението и уплахата им пречат да потърсят помощ в здравно заведение, при което понякога те са в пълно неведение относно основополагащите репродуктивни факти. Те несъзнателно се опитват да се отърват от реалността и изначално не са в състояние да се примирят с факта на бременността: "Мислех си, че всичко това ще мине, ако не говорим за него". При много младите бъдещи майки такова отрицание на фактическото положение на нещата достига до абсурд, понякога даже по време на раждането момичето не разбира, че е била бременна. Други поради притеснения от последствията съзнателно крият своята бременност [15].

Много е важно, как се отнасят към тийнейджърките в женските консултации. От това зависи, ще ги посещават ли те, затова, може би, за тях трябва да има отделни консултации, които работят по това време на деня, когато завършват часовете в училище [18]. С тийнейджърките трябва да бъде установен добър контакт. Младото момиче има същите права на конфиденциалност, както и всяка друга пациентка, и уважаването на тези права помага да се спечели доверието им. Редовният контакт с един и същ медицински специалист, който проявява съчувствие и разбиране, помага за това, бъдещата майка по-леко да възприеме съветите, които ѝ се дават и да ги последва. Работата с тийнейджъри изисква търпение, търпимост и време, и не всички лекари и акушерки са в еднаква степен готови за това. За някои момичета е важен полът на лекаря, особено, ако са били жертва на изнасилване, лекарката по-бързо ще успокои пострадалата, с която тя по-лесно ще намери общ език при разясняване на едни или други обстоятелства.

Медицинският екип трябва да се съобразява с това, кой влияе на пациентката, особено измежду членовете на нейното семейство и другите медици, с които тя контактува. Влиянието на семейството може да се усеща в най-различни направления. Първо, разбирането за начина на живот в семейството на пациентката помага да се ориентира относно това, как е попаднала в създалата се ситуация, и подсказва на медиците правилните решения. Второ, ако семейството бъде убедено да помогне на

момичето, разбирането и подкрепата, особено от страна на майката, ще ѝ дадат възможност да поговори за своята бременност, а след това да облекчи ситуацията по време на раждането [18]. Към днешния момент изследванията показват, че бабите са един от най-важните източници на подкрепа за младите майки [32; 11] и именно те в много отношения определят изхода от ситуацията за детето [6]. Накрая, ако бременността е настъпила в резултат от изнасилване или сексуален тормоз или е настъпила на фона на пълно пренебрежение от страна на родителите, всички лекари, с които е контактувала бременната тийнейджърка, трябва да споделят своите съображения със съответните органи.

За младата бременна тийнейджърка семейството може да бъде както източник на подкрепа, така и източник на стрес. Случва се, роднините, и преди всичко майката, сами да се намират в състояние на стрес. Често те контактуват със служител от социалните служби, но и акушерите трябва да са готови за беседа с родителите, за да обсъдят въпроса как да се грижат за тяхната дъщеря и от каква помощ тя се нуждае.

Някои момичета търсят помощ от много представители на различни учреждения, но в повечето случаи няма координация, а други почти не получават никаква помощ. Към тийнейджърките от най-младата група трябва да бъде прикрепен социален служител, който може да защитава техните интереси, да оказва техническа помощ и емоционална подкрепа и да координира работата на всички, които е възможно да се опитват да окажат помощ на момичето. Това може да се постигне, като се организират "мрежови" мероприятия, на които се събират представители на различни професии, за да се съставят планове за помощ на бъдещата майка, ако тя е решила да запази бременността, да ѝ се даде възможност реално да погледне бъдещето на своето дете. Специалистите от различни служби са в състояние да си помогнат и един на друг, например, като осигурят явяване на бременната в здравното заведение. Задачите на всеки професионалист трябва да бъдат ясно споделени със самото момиче и с нейните роднини. Във Великобритания действа закон, според който трябва да се предостави на момичето възможност да продължава образованието си, ако бременността е настъпила преди достигане на 16 години. За целта може да се наложи да бъде привлечен психолог-методист, а в някои райони са

създадени специални фондове. Продължаването на образованието е предпоставка за благоприятен изход от бременността както за майката, така и за детето, но това затруднява антенаталната помощ. Решение на дадения проблем може да стане създаването на здравни служби към училищата [4].

Когато оказваме помощ на тийнейджъри, трябва постоянно да се балансира между признаването на тяхната незрялост и удовлетворяване на техните нужди, свойствени за тази възраст, и при това да умеем да мобилизираме тези техни вътрешни възможности, които ги приближават към възрастните и които ще им бъдат нужни при решаването на преждевременно възникналите в живота им родителски задачи.

Психологически аспекти на прекъсването на бременността

Когато е установен фактът на бременност, преди всичко трябва да се реши, ще бъде ли запазена тя. Повече от половината бременности сред тийнейджърките в Англия и Уелс приключват с медицински аборт. В най-добрия случай, решението трябва да взема самото бременно момиче с помощта на родителите си, лекарите и своя партньор. Ако момичето не е достигнало 16 годишна възраст и по въпроса за запазване на бременността няма единно мнение или ако то не е в състояние да разбере характера и последиците от възможни намеси, трябва да се консултира с адвокат, тъй като остава неясно, какво казва законът за възрастта, в която човек може да даде или да не даде съгласието си за медицинска процедура [29].

В някои случаи решението не подлежи на съмнение, тъй като не трябва да се прекъсва бременността заради късния момент или по лични или религиозни убеждения, за други момичета това е единственият възможен път. Най-често към последния вариант се придържат момичетата, които добре се учат в училище, които са израснали в семейства от благополучни прослойки на обществото, чийто майки или не знаят за случилото се, или заедно с партньора настояват за прекъсване на бременността. Обикновено такива пациентки са много млади, те са по-млади от 14 години, или по-възрастни от 18 години [16].

Някои тийнейджърки не могат изведнъж да вземат решение. Необходимо им е време да обмислят последиците от двата варианта, като се съобразят с цялата, налична за тях информация, например, какви помощи ще получават от

държавата или помощ от майка им, има ли възможност детето да бъде уредено за настаняване в дом и т.н. Специално трябва да се заинтересуваме, няма ли пациентката някакви скрити опасения, тъй като много изпитват страх относно здравето си след аборта или се безпокоят, че в бъдеще няма да могат да имат деца.

Ако е взето решение за аборт, възниква въпросът, какви психологически последици очакват тийнейджърката. Както и при другите жени, в нея от време на време може да се появи преходно, но понякога силно чувство за вина. Има публикувани резултати за това, че при следваща бременност чувството за вина и депресия може да се възобновява. По-често, обаче, тяхното психическо състояние бързо се подобрява с преминаването на усещането за безпомощност и мъка. Впоследствие преживелите аборт тийнейджъри отбелязват не повече психически нарушения, колкото тези, които никога не са преживявали бременност, а в сравнение с тези, които са запазили бременността, учебният процес е преминавал по-бързо и междуличностните отношения са се развивали по-активно [16].

Психологически аспекти на осиновяването

Пред тези, които са решили да запазят бременността, понякога се изправя въпросът да дадат детето си за осиновяване на друго семейство, макар, че в крайна сметка само 5 % от бременните тийнейджърки се отказват от своите деца, при това по своите характеристики те приличат на такива, които предпочитат да не запазят бременността. Броят на случаите на осиновяване на момче или момиче, е намалял от момента, когато е легализиран абортът. Тези, които се съгласяват да дадат детето в чуждо семейство, обикновено принадлежат към по-благополучните социално-икономически групи, стремят се да получат добро образование, често знаят за успешния опит в осиновяването, в по-голяма степен изпитват върху себе си влиянието на родителите, отколкото на партньора, за тях е свойствен прагматичен поглед към бъдещето, който не позволява реално да се разглежда перспективата за възпитаване на дете на толкова млада възраст.

Точно така, както и тези, които предпочитат да прекъснат бременността, съгласяващите се да дадат детето за осиновяване имат подобри условия по отношение получаването на образование, социалното и материално

положение и перспективите за намиране на подходяща работа, отколкото техните връстници, сами възпитавали своето дете. Двете групи заявяват, че смятат своето решение за правилно, макар че майките, предали децата си за осиновяване, малко по-често съжаляват за своето решение. Нищо не потвърждава по-високата честота на психическите разстройства сред тийнейджърките, отказали се от дете, в сравнение с тези, които го възпитават, или с тези, които никога не са били бременни, но при някои остава усещането за загубата и понякога те се завръщат в мислите си към детето, от което доброволно са се отказали.

Партньори на майки-тийнейджърки

Някои бременни тийнейджърки (вземат решение да запазят бременността с надеждата да сключат брак с бащата на бъдещото дете било по време на бременността, ако това позволява възрастта, било по-късно. Бъдещият баща може да бъде 2-3 години по-голям и самият той може да е преминал тийнейджърската възраст, но в останалото той, както и неговата партньорка, понякога живее в същите социално-демографски условия, също като нея няма понятие за бременността и контрацепцията и съвсем не е готов за изпълняване на родителските задължения. Юношите също се оплакват от стрес и депресия [26]. Шансовете бракът, ако бъде сключен, да бъде успешен или устойчив, са много малки. И все пак бракът е предпоставка за по-успешен изход от бременността за майката-тийнейджърка [11], макар, че понякога това се обяснява с по-благополучната изходна ситуация.

Независимо от матримониалния статус участието на партньора благоприятно влияе върху чувството на самоуважение при момичето и нейното удовлетворение от собствения живот, а впоследствие – върху развитието на детето [6]. И така, когато младата двойка остава заедно, е необходимо да се поощряват бащите така, че те практически и емоционално да подкрепят партньорката. Най-често те самите живеят на границата на бедността и не са в състояние да окажат на приятелката си финансова помощ.

Обществото е настроено по-критично към бащите-тийнейджъри, отколкото към майките на тази възраст, и юношата, който е въвлякъл момичето "в беда", смята, че ще срещне недоброжелателно отношение и от страна на медицинския персонал, затова, по възможност, трябва бащите специално да се канят на

беседа, за да бъдат привлечени към процеса на помагане на партньорката и на своето дете.

Психични нарушения и психологически проблеми при adolescentните бременни

Съществуват не малко доказателства за това, че през периода на бременността и веднага след раждането тийнейджърките са особено подложени на стрес и чувство на безпомощност, което се придружава от усещане за унижение, съсипване на личните надежди, отчаяние и депресия [27]. Частично този комплекс е обусловен от изходната психологическа ситуация, но след раждането той се изостря, затова при всяко посещение лекарят и акушерката трябва да се постарая да изясни психологическото състояние на младата майка, беседвайки с нея на общи теми.

Всички тези усещания обикновено не се придружават от това, което формално се нарича психически нарушения, но те изискват лекарско внимание. Работата не е само в това, че отчаянието, което изразява младата жена, е истинско и често се поддава на въздействие в процеса на обсъждане на вълнуващите я въпроси и практическата подкрепа, но и в това, че в такъв период се засилва опасността от самоувреждане, което понякога завършва със самоубийство или суицидни опити [2]. Накрая, изясняването на индивидуалните проблеми на адаптация при бременните тийнейджърки може да позволи също така да се идентифицират групи с особен риск във връзка с последващи трудности, свързани с изпълнението на родителските задължения [23].

Ако пациентката се оплаква от своето психологическо състояние, трябва по-подробно да се обърне внимание на тези симптоми, което може да отнеме доста време. Трябва ненадлъжно да се поощрява пациентката да беседа по вълнуваща я тема. Трябва да се задават общи въпроси, като се избягват тези, които изискват пряк отговор. Относно мислите за самоубийство пациентката трябва да бъде попитана открито. Социалните и семейни проблеми, също както и трудностите във взаимоотношенията с партньора, обикновено са на повърхността, но медикът трябва да си даде отчет, не се ли намира момичето в съпътстваща депресия, тъй като е известно, че при бременността депресивните заболявания при тийнейджърките се изострят [25]. Симптомите на депресия трябва да се разглеждат в контекста на условията на живот, но те включват перманентно усещане за нещастие и неспособност

да получават удоволствие от каквото и да било, нарушаване на съня или апетита, липса на енергия, моторна възбуда или, обратно, забавяне на движенията, загуба на интерес към всичко, намаляване на способността за концентриране на вниманието или стремеж към самобичуване.

Ако са възникнали подозрения по повод състоянието на тийнейджърката в този аспект, трябва без отлагане да се насочи пациентката към психиатрично заведение. Психиатрите са в състояние да оценят и коригират психиатричните нарушения с оглед риска и положителните страни на лечението

Преглед на специализираната научна литература

След като станат майки, тийнейджърките обикновено са лишени от помощ от страна на бащата на детето [15] и по-рядко от своите връстници се омъжват. Ако, въпреки всичко, успеят в това, семейните отношения се запазват за кратко. Furstenberg и съавт. в своите проучвания (1987) забелязват, че до момента, когато майките навършат 30 години, едва 16 % са били омъжени за бащата на своето първо дете. Но се оказва, че много от тези жени, още в юношеска възраст, са родили второ дете. След 5 години наблюдение се изяснява, че едва всяка пета систематично е използвала контрацептивни средства. Furstenberg и съавт. (1987) посочват, че животът на младите жени, които в тийнейджърска възраст са преживяли бременност, постоянно се характеризира с липса на ред почти във всички сфери, и не само в периода непосредствено след раждането на първото им дете, но през всичките 5 години наблюдение.

Вероятно, никого няма да учуди фактът, че момичетата, родили в тийнейджърска възраст, не могат да подредят живота на своето дете и своя собствен също. Съществуващите преди бременността социално-икономически лишения и проблеми в междуличностните отношения остават, а към тях се прибавят стресови обстоятелства, свързани с необходимостта за възпитаване на детето, а често и няколко деца, без подкрепата на партньора. Brown и Harris (1978) уточняват, че всички изброени са мощни рискови фактори в групите на майките от всякаква възраст. Те обуславят появата на депресивни заболявания, и няма нищо странно в това, че сред тийнейджърките е по-често, отколкото в другите възрастови групи да се забелязват депресия, бедност и всякакви

проблеми. Недоволството от живота и психическите разстройства се наслагват върху многобройните жизнени перипетии, особено върху разрушените отношения с близките, честите премествания от едно място на друго, критическите ситуации с възпитанието на детето, с намирането на работа и с бедността. Очевидно, тези събития са взаимозависими, но когато те се отразяват върху емоционалното настроение и поведение на детето, образува се порочен кръг, от който младата жена не е в състояние да излезе.

Работата на Furstenberg и съавт. (1987) има голямо значение, тъй като почти 75 % от първоначално подбрани 404 тийнейджърки, очакващи дете, са били под наблюдение 17 години, когато повечето от жените вече навършват 30 години. Изследването демонстрира не само уязвимостта на тази група, но и нейната жизнеспособност. Образованието на тези жени не би могло да се сравни с нивото на техните връстници, които са отложили майчинството за по-късен срок, но повече от половината от тях са се върнали към обучение в училище или в професионалните учебни заведения, често в периода, когато най-малкото дете едва е тръгнало на училище. По-продължителното наблюдение показва постепенно подобряване в положението на жените, та се започнали да живеят самостоятелно, без да зависят от финансова помощ от държавата, и са си намерили работа. И все пак нито в едно от тези направления жените, които са били подложени на наблюдение, не би трябвало да бъдат сравнявани с контролната група. Около 30 годишна възраст почти всички са се научили да контролират плодовитостта си с помощта на аборти или стерилизация и едва 13 % са забременели през близките 5 години. Въпреки това техните проблеми във взаимоотношенията с околните не са изчезнали. Повече от 20 % така и не са се омъжили, и едва 26 % са запазили първия си брак. По такъв начин, макар че перспективите на майките-тийнейджърки могат да бъдат толкова мрачни, както се смяташе по-рано, и значителна част от нейните жизнени проблеми, особено при тези, които са родили детето след 16 годишна възраст, са свързани не с ранната възраст, в която са родили детето, трябва да отбележим, че тези момичета стоят пред трудно и неопределено бъдеще. По-голямата част от майките на тийнейджърска възраст се предполага, че поради ранното раждане на детето, те са попаднали в сложно

положение, и съжеляват, че не са отложили тази важна крачка за по-зряла възраст [24; 15].

Този литературен анализ е концентриран върху детерминантите от психологическите последици, до които води самата бременност в адолесцентна възраст. При много младите майки (по-млади от 16 години) често се наблюдава акушерска патология, те раждат недоносени деца с травми или без тях, а това се отразява върху психологическите особености на детето и върху психологическото състояние на неговото семейство, както става и при по-възрастни майки. Такава вероятност се наслагва върху риска, свързан със самото майчинство в адолесцентна възраст.

Точно по същия начин, както и условията на живот на много тийнейджъри принуждават те да бъдат отнесени към рисковата група още преди да забременеят, техните деца също се отнасят към рисковата група поради същите социално-икономически фактори. Изследванията показват, че деца, родени от майки-тийнейджърки, се развиват по-лошо, при тях коефициентът на интелекта е по-нисък, те са по-слабо способни за обучение и техният доход през целия им живот не може да се сравни с дохода на тези, които са родени от възрастни жени. Колкото по-късно се е родило детето при жена-тийнейджър, толкова са по-добри нейните перспективи и перспективите на нейното дете.

Многобройните изследвания доказват, че при тийнейджърите проблемите са повече, отколкото при възрастните майки. За тийнейджърите изобщо и за тези, които нямат навършени 16 години в частност, е характерна обща липса на удовлетвореност от живота, по-слабо позитивно и по-слабо търпимо отношение към бременността, както и неоснователни надежди за възможностите на нейното дете [13]. Освен това, те са по-малко чувствителни в контактуването с детето, по-малко общуват с него, по-еднообразно организират своето ежедневие, не им достига гъвкавост в отношенията с детето, те по-често ограничават неговите импулси и по-често прибегват до наказание [12]. Техните възпитателни мерки имат физически характер, по принцип, те възпитават детето с помощта на ритници и шамари по тила [17]. И макар, че трябва да се отбележи, че повечето майки-тийнейджърки не се отличават с истински жестоко отношение към децата, все пак техните деца в това отношение се отнасят към рисковата група [13].

Доколко изразен ще бъде по-нататъшния риск за детето, зависи от типа и степента на помощ, която получава младата майка [32]. Според много изследвания, помощта трябва да е в сферата на социално-икономическите фактори и културната среда. Така, например, в бедните афро-американски семейства обикновено липсва партньорът-мъж и расте ролята на бабата, макар че, естествено, такова разпределение на ролите може да се открие и в семейства, където жената е родила своето дете в много млада възраст. За момичета както от по-възрастната, така и от по-младата адолесцентна възраст животът заедно с бабата често е продиктуван от материални съображения. Ако бабата поема грижата за детето, тя помага за по-устойчивото когнитивно развитие на семейството, позволява на младата майка да завърши образование и да бъде по-внимателна към своето собствено дете. В резултат и при майката, и при нейното рано родено дете перспективите са по-добри, отколкото при тези, които се оказват в други условия. В семейството понякога, по такъв начин, възниква смесване на задълженията и отговорностите и детето бърка при определяне на авторитетите. От една страна, участието на бабата във възпитанието може да облекчи установяването на близост между майката-тийнейджър и нейното дете, но, от друга страна, може да усложни тези взаимоотношения, ако една или друга ситуация се преразглежда от "по-възрастната" или "по-младата" майка в противовес на преди това взето решение.

Подкрепата на партньора, който не е задължително да бъде бащата на детето, по време на бременността и непосредствено след раждането има нееднозначни последици [31]. Тя е несъществена в материален план, но, укрепвайки общото усещане за задоволеност от живота у младата майка, тя именно с това благотворно влияе на нейното желание да се грижи за детето. Постоянното присъствие на бащата е рядкост даже сред тийнейджърите над 16 годишна възраст, но ако неговият контакт с детето е установен, той помага на последното да се развива правилно и отношенията в семейството имат по-стабилна основа [6]. И отново е важно не присъствието на бащата, а неговото участие във възпитаването на детето, доколкото в такъв вид млади семейства са регистрирани по-голям брой случаи на деградация на партньорските взаимоотношения, съпружески разводи, а конфликтът между родителите,

както е известно, пагубно се отразява на детето.

Повечето изследователи изучават периода на бебешко развитие и ранното детство при децата, родени от майки-тийнейджърки, но малко се опитват да определят, продължават ли и впоследствие свойствените на детството трудности. Furstenberg е наблюдавал такива деца, когато те са били на възраст от 15 до 17 години, и е достигнал до извода, че те по-често напускат своите майки, усещат дефицит в грижите и вниманието към себе си, страдат от липсата на баща и трудно се обучават. Отбелязват се емоционални и поведенчески проблеми, в частност нарушаване на закона, особено от страна на момчетата. Най-удивителният извод, изглежда, се отнася до този рязък контраст, който се отбелязва между усилията на техните майки, желаещи да предпазят дъщерите си от преждевременно майчинство, и ранната сексуална активност и бременност, които са характерни за тези момичета.

Предотвратяване на майчинство в адолесцентна възраст

Първият етап на предотвратяване на такова развитие на събитията е санитарната просвета, позволяваща получаването на информация за сексуалните отношения и контрацепцията, разясняваща същината на взаимоотношенията между хората и укрепващи реалистичното разбиране на задачите на майчинството. Необходимо са достъпни служби и учреждения, където тийнейджърките биха могли да получат информация по въпросите за контрацепцията и които биха се занимавали с бременни в адолесцентна възраст.

Вече съществуват специални превантивни програми, при това някои от тях са адресирани към тези, които са особено подложени на риск от ранна бременност, например към сестрите на майки-тийнейджърки [8], други са насочени към предотвратяване на повторна бременност в особено уязвимите групи, в частност при много младите или психически непълноценни момичета [20]. Има програми, призвани да подобряват изпълнението от майките на своите родителски задължения [5]. Последните обикновено се изграждат на база на училищни курсове. Тези, които са обхванати от такива програми, по правило, по-добре се справят със своите задачи по отношение към детето и неговото здраве, продължават образованието си и предотвратяват нова бременност, докато не участващите в програмите по-трудно се

приспособяват към новата ситуация, в която са се оказали. Но такова обучение, организирано в училищата, не достига до тези тийнейджърки, които оставят ученето и не посещават занятията.

Изводи

1. Проблематиката за психологията на семейството от гледна точка културната антропология в настоящия момент преминава от „детоцентризъм“ към „децентризъм“ – полиморфизъм на семейната организация.

2. Ранното майчинство е системен многоаспектен и многофакторен феномен, изисква диференциран подход в оценяването му, преразглеждане на стереотипите за толерантно отношение към него.

3. Девиантното майчинство придобива характер на многоаспектност във връзка със стигматизацията и последиците от ранното майчинство.

4. Отчуждаването на непълнолетните майки води до усложняване на тяхното положение, влошаване на психологическото им състояние в момент, когато те се нуждаят от подкрепа.

5. Съвкупността от социално-психологически фактори и последици от ранното майчинство сочат към необходимостта от научна работа върху проблема с цел създаване на социално-психологическа профилактика и психологичен съпровод на младите майки.

6. Систематизацията на факторите и причините за ранното майчинство, както и внедряването на получените знания в обществената практика с цел профилактика на дадения проблем сред непълнолетните ще позволят съществено да намалееят рисковете за развитие на различен вид девиации на майчинството.

Заклучение

Многобройните изследвания сочат към най-важната роля на сексуалното образование на тийнейджърите и общата сексуална култура на обществото за предотвратяване на ранна бременност. Съвременните изследвания сочат, че поощряването на въздържането и пропагандата на контрацептивни средства водят до съпоставими резултати. Освен това, открито е, че сексуалното образование не води до увеличаване на сексуалната активност на тийнейджърите, а профилактичните програми, пропагандиращи въздържане като най-безопасния и най-добър подход, не водят до

намаляване на използването на контрацептивни средства сред сексуално активните младежи.

Литература

1. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S, 1978: Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. Hillsdale NJ, Lawrence Erlbaum Associates.

2. Appleby L, 1991: Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *British Medical Journal* 302, pp. 137-140.

3. Brown G, Harris T, 1978: The social origins of depression. *A study of psychiatric disorder in women*. Chapter 16: A model of depression. London: Tavistock, pp. 264-270.

4. Cartwright PS, McLaughlin FJ, Martinez AM, et al., 1993: Teenagers' perceptions of barriers to prenatal care. *Southern Medical Journal* 7, pp. 737-741.

5. Causby V, Nixon C, Bright JM, 1991: Influences on adolescent mother-infant interactions. *Adolescence* 26(103), pp. 293-304.

6. Cooley ML, Unger DG, 1991: The role of family support in determining developmental outcomes in children of teen mothers. *Child Psychiatry and Human Development*, 21(3), pp. 217-234.

7. East PL, Felice ME, 1990: Outcomes and parent-child relationships of former adolescent mothers and their 12-year-old children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 11(4), pp. 175-183.

8. East PL, Felice ME, 1992: Pregnancy risk amongst the younger sisters of pregnant and childbearing adolescents. *Journal of Developmental and Behavioral Paediatrics*, 13(2), pp. 128-136.

9. Erikson EH, 1959: Identity and the life cycle. Monograph. *Psychological Issues*, 1(No 1). New York: International Universities Press.

10. Furstenberg FF, 1991: As the pendulum swings: teenage childbearing and social concerns. *Family Relations*, 40, pp. 127-138.

11. Furstenberg FF, Brooks-Gunn J, Morgan SP, 1987: Adolescent mothers in later life. Cambridge: Cambridge University Press.

12. Garcia Coll CT, Hoffman J, Oh W, 1987: The social ecology of early parenting in Caucasian adolescent mothers. *Child Development*, 58, pp. 955-963.

13. Haskett ME, Johnson CA, Miller JW, 1994: Individual differences in risk of child abuse by adolescent mothers: assessment in the perinatal

period. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 35(3), pp. 461-476.

14. Horowitz SM, Klerman LV, Kuo HS, Jekel JF, 1991: Intergenerational transmission of school-age parenthood. *Paediatrics* 87(6), pp. 862-868.

15. Hudson F, Ineichen B, 1991: Taking it lying down. Sexuality and teenage motherhood: What teenagers do. Basingstoke: Macmillan Education Ltd, pp. 5-125.

16. Jorgensen S, 1993: Adolescent pregnancy and parenting In Gullotta T, Adams G, Montemayor R, (eds). Adolescent sexuality, Inc., pp. 103-141.

17. Lamb ME, Hopps K, Elster AB, 1987: Strange situation behaviour of infants with adolescent mothers. *Infant Behaviour and Development* 10, pp. 39-48.

18. Lena SM, Marko E, Nimrod C, Merritt L, Poirier G, Shein E, 1993: Birthing experience of adolescents at the Ottawa General Hospital Perinatal Centre. *Canadian Medical Association Journal* 148(12), pp. 2149-2154.

19. Levine LV, Tuber SB, Slade A, Ward MJ, 1991: Mothers' mental representations and their relationship to mother-infant attachment. *Bulletin of the Menninger Clinic* 55(4), pp. 454-469.

20. Levy SR, Perhats C, Nash-Johnson M, Welter JF, 1992: Reducing the risks in pregnant teens who are very young and those with mild mental retardation. *Mental Retardation* 30, pp.195-203.

21. Melhuish EC, 1989: Maternal psychological state and infant development with mothers under twenty: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 30(6), pp. 925-930.

22. Parker B, 1993: Abuse of adolescents: what can we learn from pregnant teenagers? *AWHONNS Clinical Issues in Perinatal Womens Health Nursing* 4(3), pp. 363-370.

23. Passino AW, Whitman TL, Borkowski JG, et al., 1993: Personal adjustment during

pregnancy and adolescent parenting. *Adolescence* 28, pp.97-122.

24. Phoenix A, 1989: Young mothers. Cambridge: Polity Press, pp.145-176, pp. 217-247.

25. Reinherz HZ, Giaconia RM, Bilge P, et al., 1993: Psychosocial risks for major depression in late adolescence: a longitudinal community study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32(6), pp. 1155-1163.

26. Robinson B, 1988: Teenage fathers. Lexington Books, 8-12.

27. Russell J, 1982: Early teenage pregnancy Edinburgh: Churchill Livingstone.

28. Sadler LS, Catrone C, 1983: The adolescent parent: a dual developmental crisis. *Journal of Adolescent Health Care* 4, pp. 100-104.

29. Sheild JPS, Baum JD, 1994: Children's consent to treatment. *British Medical Journal* 308, pp. 1182-1183.

30. Tunnadine D, Green R, 1978: Unwanted pregnancy - accident or illness?. *Oxford: Oxford University Press*, pp. 102-103, pp. 181-183.

31. Unger DG, Wandersman LP, 1988: The relation of family support to the adjustment of adolescent mothers. *Child Development* 59(4), pp. 1056-1060.

32. Wolkind S, Krug S, 1985: Teenage pregnancy and motherhood. *Journal of the Royal Society of Medicine* 78, pp. 112-116

Нино Колева

проф. Деляна Хаджиделева, дм

Катедра „Здравни грижи”

Факултет по Обществено здраве

Медицински университет – София

1527 София, България

e-mail: ninokoleva@abv.bg

dhd@abv.bg



ЗА ОТГОВОРНОСТТА НА ПАЦИЕНТА КАТО КРИТЕРИЙ ЗА РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА РЕСУРСИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Силвия Александрова-Янкуловска

ON PATIENT'S RESPONSIBILITY AS A CRITERION FOR RESOURCE ALLOCATION IN HEALTHCARE

Silviya Aleksandrova-Yankulovska

ABSTRACT: *Background.* Resource allocation in contemporary healthcare has become not only an important management problem, but also a priority topic in the field of public health ethics without a unified ethical theory that comprehensively explains and justifies allocation decisions.

Aim. This study aims at examining the content of the concept of individual responsibility for health, its application in health policies in the developed world, and the accumulated empirical data on the opinion of medical professionals on the subject.

Methodology. A literature review of international publications on the topic of patient's responsibility in health care prioritization was made.

Results. Patient's responsibility is commonly categorised as retrospective and prospective. Related to the latter is the concept of a lifestyle contract. The first examples of official policies applying lifestyle as a criterion for access to health care are there. For the time being, there is a lack of large-scale national and international studies on the subject. The available data are conflicting, although greater acceptance of the concept of prospective responsibility rather than retrospective responsibility is observed.

Conclusion. Allocation decisions in contemporary health care are inevitable, but it is important to ask ourselves what we aim by imposing patient's responsibility as a criterion for these decisions, and what other values governing clinical ethics may be at risk. In the spirit of health promotion with all its five principles, requiring not only an individual focus on building personal skills for a healthy lifestyle, but also political and public commitment, a moderate concept of patient responsibility seems to be more appropriate.

Key words: allocation decisions, prospective responsibility, retrospective responsibility, prioritisation in healthcare, lifestyle contract

Въведение

В здравеопазването се използват различни ресурси за удовлетворяване на здравните потребности на населението. Във втората половина на XX век всички здравни системи започват да изпитват недостиг на ресурси на фона на непрекъснато увеличаване на потреблението на здравни грижи и услуги в сферата на здравеопазването. Причините за това са разнообразни: демографските тенденции на застаряване на населението, където физиологично възрастното население има повече здравни потребности; скъпоструващи нови технологии; подобрената диагностика; недостига на човешки ресурс в здравеопазването и др. Така разпределението на ресурси в здравеопазването се превърна не само във важен управленски проблем, но и приоритетна тема в сферата

на етиката на общественото здраве, която ангажира изследователи с различна експертиза и практикуващи медицински професионалисти. Етичните проблеми на разпределението на ресурсите са широко дискутирани, но не съществува единна етична теория, която цялостно да обяснява и обосновава всички разпределителни решения. В контекста на концепцията за промоция на здравето, разгърнала се интензивно от 80-те години на XX век насам, все повече привърженици печели идеята за прилагане на личната отговорност на пациента като критерий за разпределение на ресурси в здравеопазването.

Цел

Целта на настоящето проучване е да се изследва съдържанието на концепцията за инди-

видуалната отговорност за здравето, приложението ѝ в здравни политики в развития свят и натрупаните емпирични данни за мнението на медицински работници по темата.

Методология

Направен е *литературен обзор* на международни публикации на тема отговорност на пациентите в приоритизирането в здравеопазването. Критериите за включване в прегледа на публикациите обхващаха: пълнотекстови публикации; рецензирани издания; английски език; отворен достъп; година на публикация след 2000 година; тема на публикацията по зададени ключови думи. Ключовите думи за търсене бяха съобразени с основните елементи на целта на прегледа и съответната терминология, която се използва в чуждестранната литература и бяха сведени до “patient responsibility”, “health prioritisation”, “lifestyle contracts”. Статиите, които съдържаха емпирични данни от проучвания, бяха допълнително подложени на *сравнителен анализ*.

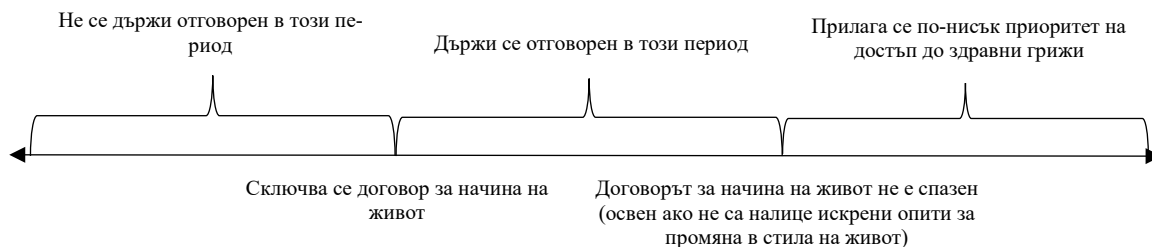
Нормативни документи, здравни политики и научни публикации, касаещи приложението на индивидуалната отговорност за здравето в разпределителни решения за здравни ресурси в България, не са обект на това проучване и съзнателно са оставени за следващ етап на изследване.

Резултати и обсъждане

Съдържание на концепцията за индивидуалната отговорност за здравето

Отговорността на пациента обичайно се категоризира като проспективна и ретроспективна. Проспективната отговорност насърчава

превантивното, отговорно поведение с цел да се избегнат лоши последици за човека, трети страни и обществото като цяло. Ретроспективната отговорност се отнася до виновността, приписването на вина, откриването кой е причинил настоящото увреждане на здравето. [7]. Голяма част от биоетичната литература се фокусира върху това дали хората трябва да получат по-нисък приоритетен достъп до здравеопазване, ако са отговорни за заболяването си. Това е ретроспективен модел на отговорност; фокусът е върху миналите поведения и дали те причинно са допринесли за заболяване по начин, който прави този индивид морално отговорен. Интересен е модела, предложен от Feiring (2008), който е по същността си проспективен модел, базиран на концепцията за бъдеща отговорност [4]. Съгласно концепцията за бъдеща отговорност лицето се държи отговорно за успеха или неуспеха на дадено задължение, а не за миналото си поведение само по себе си. Съгласно модела на Feiring, на индивид, който причинно е допринесъл за състоянието си, трябва да се даде равен приоритет при първия случай на медицинска нужда. За да има равен достъп до по-нататъшни здравни грижи обаче, пациентът ще трябва да се ангажира с договор за начина на живот (lifestyle contract) и да посещава редовно насрочени последващи медицински прегледи. Договорът за начин на живот е, най-общо казано, споразумение, сключено от пациент за участие в определено здравословно поведение или промени в поведението. Несъгласието или изпълнението на договора би довело до по-нисък приоритет на достъпа до обществено здравеопазване (фиг. 1):



Фиг. 1 Концепция за договор за начина за живот според Feiring

Feng-Gu (2021) предлага модифициран модел на Feiring, приложим в контекста на mHealth технологиите. Технологиите mHealth се определят от Све-

товната здравна организация (СЗО) като „медицинска и обществена здравна практика, поддържана от мобилни устройства, като например мобилни теле-

фони, устройства за наблюдение на пациенти, персонални цифрови асистенти и други безжични устройства“ [13]. Поддържането на здравословен начин на живот (в т.ч. спазването на договора за начин на живот) може да бъде подкрепено с mHealth технологии (например Fitbit за проследяване на активности, педометри и др.) насочени към проследяване или подобряване на стила на живот. В допълнение към предоставянето на персонализирана здравна информация, технологията може също така да предостави средство за държане на хората отговорни за начина им на живот, напр. измерими чрез mHealth устройства трансдермални нива на алкохол в кръвта, типични при пушене движения на ръцете и спазване на изписан прием на перорални медикаменти [2]. За разлика от класическия модел на Feiring договарянето за начин на живот, така както се представя от Feng-Gu и колектив, би оценил естеството на опита за промяна на начина на живот, а не толкова крайния резултат. Ако пациентът демонстрира истински опит да промени поведението си, дори и в крайна сметка неуспешен, тогава пациентът не се третира като неприоритетен. Например, в случай на пушач, активното участие в официална програма за отказване от тютюнопушене може да е достатъчно, за да се счита договора за начин на живот за изпълнен.

Все пак концепцията за отговорността на пациента предизвиква дискомфорт. Защо? От раждането си като професия медицинската етика се занимава основно с определяне на задълженията на лекарите към пациентите и векове наред подкрепя патерналистичен модел на взаимоотношения. Отказ от грижа за пациент на база укор към него за поведението му предизвиква неудобство в клиничен контекст. Отчасти това се дължи на факта, че много здравни специалисти не смятат, че имат моралните основания да изискват отговорно поведение от пациентите и отчасти подобни изисквания не са в крак с настоящия акцент върху избора на пациента. Да се държат пациентите отговорни за спазването на назначеното лечение и воденето на здравословен живот, напомня на стария патернализъм, който съвременната медицинска етика отхвърля [7].

Приложение на индивидуалната отговорност за здравето в здравни политики

Идеята за индивидуалната отговорност е проследяема в здравните политики в развития свят. Съществуват различни идеи за *политики*, които разпределят здравни ресурси на базата на отговорността на пациента:

- 1) Политики, които изрично лишават от приоритетно обслужване пациентите, които са (ретроспективно) морално отговорни за причиняването на здравословния си проблем.

- 2) Политика на „солидарност“, според която здравните ресурси са обществено благо и хората, участващи в нездравословни поведения могат да бъдат „таксувани“ чрез доплащане, когато такова поведение е статистически свързано с влошено здравословно състояние, изискващо лечение.

- 3) Политики, които въвеждат договори за начина на живот (lifestyle contracts), според които пациентите се ангажират (проспективно) да възприемат здравословен начин на живот и ако не спазят договора, са деприоритизирани в достъпа до здравни ресурси [3].

Налице са и първите примери за *зависим от начина на живот достъп до здравни грижи*, като достъпът до лечение, включително планова хирургия или лечение на безплодие, се ограничава въз основа на фактори на пациента като индекс на телесна маса (BMI) или тютюнопушене. В този смисъл са и данните, изнесени през 2016 година в доклад на Кралския колеж на хирурзите във *Великобритания* [9]. Една от три клинични стартови комисии (CCG) в Англия отказват или забавят планови операции на пациенти (като смяна на тазобедрена и коленна става) докато пациентите спрат да пушат или отслабнат (период, наречен „оптимизация на здравето“). Разликите в политиките на клиничните комисии са в техния обхват (дали политиката е задължителна или доброволна), както и изискванията и последствията за пациентите. Най-противоречивите мерки включват задължителни периоди на оптимизиране на здравето и изискват пациентите да отговарят на определени клинични прагови критерии преди да бъдат насочени за планови операции [8]. Пример за такава политика е политиката на клиничната комисия на Vale of York, която е първата одобрена подобна политика от Националната здравна служба в края на 2016 г. Тази политика изисква пациенти с BMI над 30 да загубят 10% от телесното си тегло или да регистрират 12-месечни усилия за загуба на тегло, преди да бъдат насочени за планова операция. Пациенти-пушачи трябва да спрат пушенето за 8 седмици или да регистрират 6-месечни усилия за спиране на тютюнопушенето, за да бъдат насочени за планова операция. Обичайно оптимизацията на здравето се осъществява в първичната здравна помощ. Ако пациентите не успеят да участват адекватно в оптимизирането на здравето или не отговарят на критериите за клиничен праг, те не се насочват към службите за вторична медицинска помощ за планова хирургична интервенция. Същевременно мерките се прилагат по начин, който гарантира, че пациентите няма да получат неблагоприятни клинични ефекти от забавянето на плановата хирургия, или в резултат на самото участие в оптимизацията на здравето. Например, задължителното „оптимизиране на здравето“ се прилага само за неспешни планови хирургични процедури. Пациентите, които се нуждаят от

спешни хирургични процедури или операция за диагностични цели, не са задължени да отговарят на критериите за клиничен праг, свързани с тютюнопушенето и затлъстяването. Освен това има различни изключващи критерии, които служат за приспособяване на клиничните нужди и случаите, когато не може разумно да се очаква от пациентите

да се включат и/или да извлекат полза от оптимизирането на здравето. Такива са: бременни, ракови болни, пациенти от уязвими групи като такива с когнитивно увреждане или тежки психични заболявания [6]. Резултатите от проучване на Кралския колеж на хирурзите [9] на политиките на 200 Клинични комисии са представени в Таблица 1:

Таблица 1. Дял на Клинични стартови комисии (CCG) със задължителни политики по отношение на разпределението на ресурсите

	За всички планови операции	Операции на тазобедрена и колянна става	Тонзилектомия	Операция по повод хъркане	Корекция на херния	Операция на варици
Контрол на теглото	1.5%	22%	1%	6%	1.5%	3%
Отказване на тютюнопушенето	1%	4%	2%	2.5%	2%	2.5%

В САЩ идеята за индивидуалната отговорност на пациентите е приложена още към 1993 г., когато Американската медицинска асоциация представя подобен списък от отговорности на пациентите, включващ ангажимент за предприемане на превантивни стъпки за поддържане на здравето. Предложената обосновка е да се осигури възможно най-добрата грижа или да се постигнат целите в здравеопазването. Не се споменават наказания или последици за неизпълнение на отговорностите на пациента [10]. Реформата на Medicaid в Западна Вирджиния от 2006 г. пък предвижда застрахователното покритие да зависи от изпълнението на отговорностите на пациента [5].

Законодателната реформа в Германия от 2007 поставя акцент върху ролята на личната отговорност. Обсъждани са последиците от три важни промени: (1) осигурените лица да не могат да претендират за безплатно лечение за усложнения, произтичащи от техните „избори на начин на живот“; (2) хронично болните и пациентите с рак да са изправени пред по-строги изисквания за спазване на терапията или пред по-високи доплащания; и (3) застрахованите лица могат да осребряват „бонусите без искове“, ако в продължение на поне една година не се нуждаят от хоспитализация или лекарства с рецепта [10].

Тези примери от различни национални политики обаче противоречат на *международни етични документи*, които декларират равен достъп до качествени медицински грижи без дискриминация. Това, например е съдържанието на първото право от Декларацията на Световната медицинска асоциация за правата на пациента, известна като Декларация от Лисабон: „1. Право на медицинска помощ от добро качество ... В случаите, когато трябва да се прави избор между потенциални пациенти за конкретно лечение, което е в ограничен достъп, всички такива пациенти имат право на справедлива процедура за подбор за това лечение. Такъв избор

трябва да се опира на медицински критерии и да се извършва без дискриминация.“ [14].

Аналогично в Становището на СМА относно донорството на тъкани и органи се казва:

„Политиките за управление на списъците на чакщите трябва да гарантират ефективност и справедливост.... Не трябва да има дискриминация на базата на социалния статус, стила на живота и поведението. Не трябва да се вземат под внимание немедицински критерии.“ [15].

Емпирични данни за мнението на медицинските работници

Като цяло не са натрупани емпирични данни от широкомащабни проучвания на мнението в медицинското съсловие или в широката общественост по приложението на индивидуалната отговорност за здравето като критерий за приоритизиране в здравеопазването. Налице е обаче сходство в резултатите от няколко малки национални проучвания проведени с качествени изследователски методи.

В анкетно проучване сред 81 участници от *общата популация във Великобритания* Feng-Gu и колеktiv [5] установяват, че 72,8% от анкетиранияте отхвърлят идеята, че човек трябва да бъде държан отговорен за своите минали избори, защото това си е заслужил (атрибутивен аргумент). Над половината от анкетиранияте (54,3%) обаче отхвърлят и идеята, че човек трябва да носи отговорност за своите минали избори, защото това ще доведе до подобри резултати за обществото (консеквенциален аргумент). В същото време голямата част от изследваните вярват, че съществува задължение към себе си (93,8%), семейството (79%) или обществото (64,2%) да се правят здравословни избори. Що се отнася до използването на mHealth технологиите, те се подкрепят в контекста на договор за начин на живот, но не и за разкриване на данни за минали избори на начин на живот. Договорът за начин на

живот като цяло намира подкрепа, 65,4% подкрепят по-нисък приоритет на достъп до здравни грижи в случай на неколккратно нарушаване на договора, а 46,9% смятат, че това може да става още при първото му нарушаване. В предложени в анкетата казуси за оценка на опита на пациента да промени стила си на живот към по-здравословен, участниците му придават известна морална стойност дори и да не е бил успешен. В крайна сметка обаче предпочитанията са в посока на разпределение на оскъдните ресурси към лица, които успешно са направили промяна в начина си на живот.

По-ранни проучванията сред *шведски лекари* показват, че само малка част от тях (11%) вярва, че пациентите трябва да заплащат лечението на заболяване, което сами са причинили [12]. В по-детайлно друго проучване [1] 83,9% от анкетиранияте шведски лекари обаче подкрепят включването на личната отговорност под форма на изискван отказ

от тютюнопушене в случаи на смяна на тазобедрена става.

Резултати от широкомащабно анкетно проучване на Evrett и колектив [3] сред 428 *медицински работници във Великобритания* (от които 27% работещи в общата практика и 73% - в болнични заведения) и 1141 *лекари в Норвегия* са представени в Таблица 2. Вижда се, че не е налице категоричен превес в изказаните мнения с изключение на подкрепата в двете извадки (съответно 57,98% и 67,43%) на налагане на допълнителни плащания на отговорни за заболяването си пациенти; подкрепата в норвежката извадка (52,07%) на прилагането на личната отговорност по отношение на достъпа до трансплантация и подкрепата в британската извадка (61,45%) на по-ниския приоритет при нарушен договор за начин на живот.

Таблица 2. Общи въпроси за отговорността като критерий при разпределение на ресурсите

Твърдение	Държава	Не	Неутрално	Да
„Приоритетът в здравеопазването трябва да зависи от личната отговорност на пациента за болестта“	Великобритания Норвегия	36.68 38.48	21.73 24.71	40.19 36.72
„Достъпът до скъпоструващо лечение трябва да зависи от личната отговорност на пациента за болестта“	Великобритания Норвегия	39.49 34.60	20.33 22.68	39.25 42.63
„Достъпът до трансплантация на орган трябва да зависи от личната отговорност на пациента за болестта“	Великобритания Норвегия	33.64 27.27	21.50 20.39	44.39 52.07
„Трябва да се даде по-нисък приоритет на пациентите, които нарушават договора за начина на живот“	Великобритания Норвегия	19.39 24.54	18.46 28.68	61.45 46.51
„На пациент, който е отговорен за заболяването, трябва да се налагат допълнителни доплащания“	Великобритания Норвегия	57.94 67.43	21.73 22.77	20.09 9.27

В същото проучване е изследвано и мнението на анкетиранияте за ограничаването на достъпа до планови операции и процедури на базата на затлъстяване и тютюнопушене (Таблица 3). Липсва категорично мнение по отношение на забавянето на планови процедури и ин-витро фертилизация на базата

на тютюнопушене и затлъстяване, но се подкрепя насърчаването на отслабването и спирането на тютюнопушенето по отношение на достъпа до желани процедури:

Таблица 3. Мнение на Британските медицински работници за ограничаването на достъпа до планови операции и процедури на базата на затлъстяване и тютюнопушене

	Не	Неутрално	Да
Затлъстяване			
„Планови хирургични процедури трябва да се забавят за пациенти със затлъстяване, докато те не отслабнат“	30.14	25.47	42.99
„Ин-витро фертилизация трябва да се забавя за пациенти със затлъстяване, докато те не отслабнат“	25.47	28.83	48.60
„Пациентите със затлъстяване трябва да бъдат насърчавани да отслабнат, преди да получат желаната от тях процедура“	9.11	7.71	82.01
Тютюнопушене			
„Планови процедури трябва да се забавят при пациенти, които пушат, докато не спрат да пушат“	37.85	21.26	39.95
„Пациентите, които пушат, трябва да бъдат насърчавани да откажат цигарите, преди да получат желаната от тях процедура“	12.15	8.41	78.27

Чрез полуструктурирано интервю сред 15 *норвежки клиницисти* Traina [11] установява категорична подкрепа за насърчаването на населението да се грижи за здравето си чрез възприемане на здравословен начин на живот, но въвеждането на

формален критерий за определяне на приоритети на базата на отговорността на индивида се възприема по-противоречиво. Някои клиницисти одобряват индивидуалната отговорност като неформален критерий в специфични клинични ситуации за определяне на приоритети. Счетено е за справедливо

да се прилага лична отговорност за здравето в условия на висок недостиг на ресурси и когато е оказана първоначална грижа, но пациентът не е постигнал по-нататъшна промяна в начина си на живот. Същевременно, някои клиницисти са изтъквали проблема с идентифицирането на степента, до която начинът на живот на пациента е действителната причина за здравословното състояние, предвид на многофакторната обусловеност на заболяванията. Държането на пациентите отговорни по начин, който ги санкционира за поведението им, се възприема от много лекари като непропорционално и крайно, тъй като противоречи както на естественото желание на медика да помогне на болния, така и на задълженията на системата на общественото здравеопазване:

“Не мога да кажа, че пациентът трябва да живее с болка, защото е играл хандбал; Не мисля, че норвежката общественост би се съгласила с това. Ние лекуваме инфаркти и белодробни заболявания и голяма част от това се дължи на тютюнопушенето, но пациентите все още се лекуват за това.” [11]

Изказани са и опасения по отношение на риска от неравенство при прилагане на критерия за лична здравна отговорност, тъй като той би засегнал най-силно най-нуждаещите се в обществото и би застрашило равния достъп до грижи:

„Когато става въпрос за тази група пациенти, социалните неравенства вече са голяма тежест, така че финансовите санкции под формата на високи доплащания само ще създадат по-големи социални неравенства. Ще имаме здравна система, която допринася за увеличаване на социалните неравенства в здравеопазването, а това не е, което искаме. Искаме да стесним социалните неравенства в здравето.“ [11]

Обхванатите проучвания показват стремежа за натрупване на емпирични данни за отговорността на пациента като критерий за приоритизиране най-вече в здравните системи на силно развитите страни. За момента, обаче, липсват широкомащабни национални и международни проучвания. Достъпните емпирични данни са противоречиви, макар че се очертава по-голямо одобрение на концепцията за проспективна отговорност, отколкото на ретроспективната отговорност.

Заклучение

Разпределителните решения в съвременното здравеопазване са неизбежни, но е важно да се запитае какво се надяваме да постигнем чрез налагането на личната отговорност на пациентите като критерий за тези решения и кои други ценни норми, управляващи клиничната етика, могат да бъдат застрашени. В духа на промоцията на здравето с всичките ѝ пет принципа, изискващи не само индивидуален фокус върху изграждането на лични

умения за здравословен начин на живот, но и политическа и обществена ангажираност, по-удачна е една умерена концепция за отговорността на пациента. Такава концепция не е в разрез с изконните ценности в медицинската професия и е основана на убеждаване, а не на наказание; насочена е в бъдещето, а не се фокусира върху обвинения за миналото поведение. Такава концепция е повече в синхрон с други ценности в клиничната етика като доктрината за информираното съгласие (и вървящото ръка за ръка с него право на информиран отказ) и грижата, оказана със състрадание. Такава концепция оставя значително място за дейности по здравно образование на населението и убеждаваща комуникация в терапевтичните отношения, без да изключва допълнителни мерки на икономически натиск за поемане на отговорност за собственото здраве.

Литература

1. Bjork J., Juth N., Lynoe, N. 2018. „Right to recommend, wrong to require“ – An empirical and philosophical study of the views among physicians and the general public on smoking cessation as a condition for surgery. *BMC Medical Ethics*, 19(1), p.2.
2. De las Cuevas C., de Leon J. 2020. Self-Report for Measuring and Predicting Medication Adherence: Experts' Experience in Predicting Adherence in Stable Psychiatric Outpatients and in Pharmacokinetics. *Patient Preference and Adherence*, 14, pp. 1823-1842.
3. Everett J.A.C., Maslen H., Nussberger A.M, Bringedal B., Wilkinson D., Savulescu, J. 2021. An empirical bioethical examination of Norwegian and British doctor's views of responsibility and (de)prioritization in healthcare. *Bioethics*, 35(9), pp.932-946.
4. Feiring E. 2008. Lifestyle, responsibility and justice. *Journal of Medical Ethics*, 34(1), pp.33–36. doi: 10.1136/jme.2006.019067.
5. Feng-Gu E., Everett J., Brown RCH, Maslen H., Oakley J., Savulescu J. 2021. Prospective Intention-Based Lifestyle Contracts: mHealth Technology and Responsibility in Healthcare. *Health Care Anal.*, 29(3), pp.189-212. doi: 10.1007/s10728-020-00424-8.
6. Forrester A. 2017. Optimising outcomes from all elective surgery commissioning statement. Vale of York CCG.
7. Kelley M. 2005. Limits on Patient Responsibility, *Journal of Medicine and Philosophy*, 30(2), 189-206, DOI: 10.1080/03605310590926858
8. Pillutla V., Maslen H., Savulescu, J. 2018. Rationing elective surgery for smokers and obese patients: responsibility or prognosis? *BMC Medical Ethics*, 19(1), p. 28.
9. Royal College of Surgeons of England. 2016. More than one in three areas of England restrict surgery

for smokers and overweight patients [Press release]. <https://www.rcseng.ac.uk/news-and-events/media-centre/press-releases/more-than-one-in-three-areas-of-england-restrict-surgery-for-smokers-and-overweight-patients/>

10. Schmidt H. 2007. Personal Responsibility for Health — Developments Under the German Healthcare Reform 2007, *European Journal of Health Law*, 14(3), pp. 241-250. doi: <https://doi.org/10.1163/092902707X240602>

11. Traina G., Feiring E. 2020. ‘There is no such thing as getting sick justly or unjustly’ – a qualitative study of clinicians’ beliefs on the relevance of personal responsibility as a basis for health prioritisation. *BMC Health Serv Res* 20, 497. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05364-6>.

12. Werntoft E., Edberg, A. K. 2009. Decision makers' experiences of prioritisation and views about how to finance healthcare costs. *Health Policy*, 92(2–3), pp.259–267.

13. World Health Organization. 2017. Frequently asked questions on Global Task Force on digital health for TB and its work. <http://www.who.int/tb/areas-of-work/digital-health/faq/en/>

14. World Medical Association. 2005. Declaration on the Rights of the Patient. Adopted by the 34th World Medical Assembly, Lisbon, Portugal, September/October 1981, and last amended at the 171st Council Session, Santiago, Chile, October 2005.

15. World Medical Association. 2012. Statement on Organ and Tissue Donation. Adopted by the 63d WMA General Assembly, Bangkok, Thailand, October 2012.

Проф. д-р Силвия Александрова-Янкуловска, дмн
Медицински Университет-Плевен
Факултет „Обществено здраве“
Катедра „Управление на здравните грижи, медицинска етика и информационни технологии“
Ул. Климент Охридски 1
гр. Плевен 5800
e-mail: silviya.aleksandrova@mu-pleven.bg



БЕЗОПАСНОСТ НА ГРИЖИТЕ В УСЛОВИЯТА НА Е-ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Светлана Радева

SAFETY OF CARE IN CONDITIONS OF E-HEALTH

Svetlana Radeva

ABSTRACT: In Bulgaria, a National Health Information System was launched, which started e-health care. The process covered all participants and main flows of information in the sector:

- Electronic Health Record (patient file);
- Electronic recipes (e-recipes);
- Electronic directions (e-directions);

This paper presents the results of a pilot study to create safety of obstetric care in e-health conditions. The aim of the study is to examine the opinion of working professionals providing obstetric care in conditions of e-health, increasing the safety of the processes.

Methods and methodology: a survey was conducted among 106 medical specialists directly engaged in the activities of the hospital wards of Obstetrics and Gynecology Hospital Varna for the period January-March 2023. The results are processed and presented graphically.

Results and discussion: more than half of the respondents (53.13% of medics and 51.35% of healthcare professionals) have difficulty working with a database. More than 60% believe that the work process is facilitated with the introduced amendments regarding the work with electronic file, compared to paper media. Aggravating factors for the workflows are the frequent change of requirements in the regulatory framework and the lack of clear regulations for content and requisites of the electronic file.

In conclusion, with the rapid development of electronic forms of communication and information technologies are the basis of the most successful economic, administrative, health activities that support the processes of diagnosis, treatment in hospital structures. They save time, resources, ensure patient safety and improve the quality of service when providing electronic peripheral sources.

Key words: electronic file, Hospital Information System, safety, obstetric care, quality.

Въведение

Бързоразвиващите се телемедицина и електронно здравеопазване са устойчив и надежден подход допълващ традиционното здравеопазване. Към настоящия момент се явяват водещи методи за решаване на проблеми свързани с демографската статистика и здравното обслужване на населението [4]. Това изисква допълнителен ресурс по администриране, управление и контрол за различните нива на работа (лечебни заведения, Министерство на здравеопазването, Национална здравноосигурителна каса) [6].

Направен е преглед на научната литература по въпросите за безопасност на грижите в условия на електронно здравеопазване. Единствените източници са Препоръките на Европейската комисия и проекта на Националната здравна стратегия 2023г. на Министерството

на здравеопазването, които дефинират необходимостта от развитие на телекомуникацията и дигитализиране на здравното обслужване. Тези документи поставят пациента в центъра на здравната система и създават условия да участва активно в процеса на своето лечение и грижа [2,3]. Отправени са Препоръки за осигуряване на психично здраве на работещите са от Европейската комисия, по отношение на сферата на дейност с възможност за home office [8,9], без това да се отнася до оказване на здравните грижи [1].

Отминалата пандемия и разразилата се криза ускори въвеждането на дигитализацията на здравния сектор (препоръки работа). Все още продължават да се въвеждат редица изменения по отношение на първичните медицински документи, нейното администриране (от създаването и до нейното приключване и последващо оформяне), както и изменения на съдържанието и необходимите реквизити

[3,7,10]. Акушерските структури, направиха реорганизация по отношение на администрирането на медицинските досиета на пациентите [7], но срещнаха редица затруднения, поради спецификата си на работа и изключени-ята описани в Медицинския стандарт по акушерство и гинекология [5].

В дългосрочен план развитието на електронното здравеопазване се очаква да подобри проблемни области на здравеопазването, свързани с: информираност, достъпност, устойчивост, интегрираност, качество и удовлетвореност от предоставените медицински услуги, подобряване на здравните показатели на нацията [1,3].

Материал и методи: Емпиричният материал е получен чрез анализ на резултатите от проведено анкетно проучване сред 106 медицинските специалисти работещи в специализирано болнично лечебно заведение по акушерство и гинекология в гр. Варна. Проучването е проведено за периода януари - март на 2023г.

Обект на проучването са лекари и акушерки, медицинските специалисти, пряко заети с клиничната дейност в болничните структури на Акушеро-гинекологична болница Варна

Обработката на данните и онагледяване на резултатите е извършено чрез MS Word и Exel 2016. За статистическата обработка на данните от проучването са използвани следните методи:

Дескриптивен анализ – таблично и графично представяне на разпределението на наблюдаваните признаци, по трупи за изследване;

Графичен анализ, за представяне и онагледяване на получените резултати;

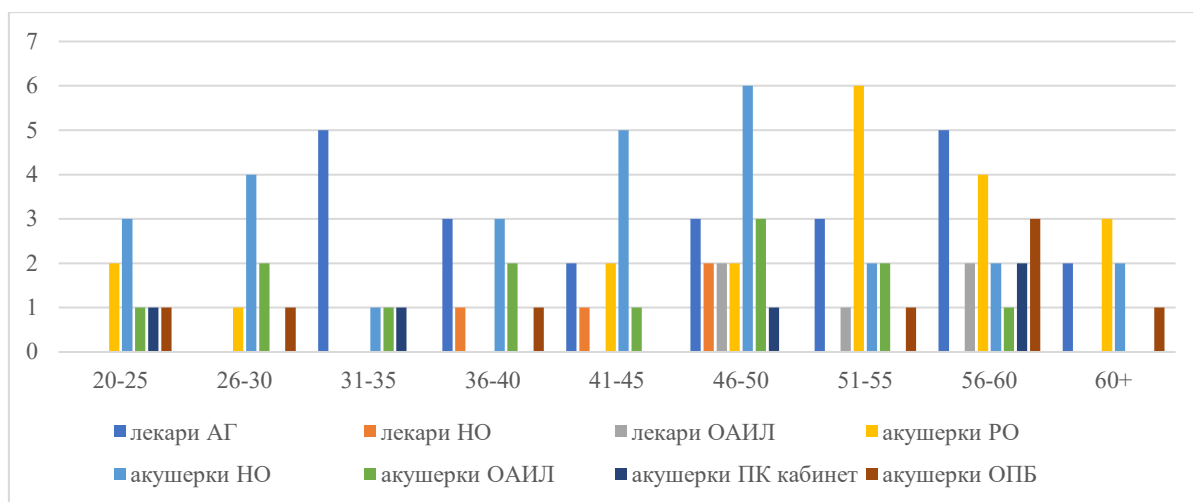
Целта на изследването е да проучи мнението на работещите специалисти оказващи акушерски грижи в условия на е-здравеопазване, повишаващи безопасността на процесите.

Резултати и обсъждане

Анкетирани са 106 медицински специалисти (32-ма лекари и 74 акушерки) от 172 по щат.

1. Демографска характеристика

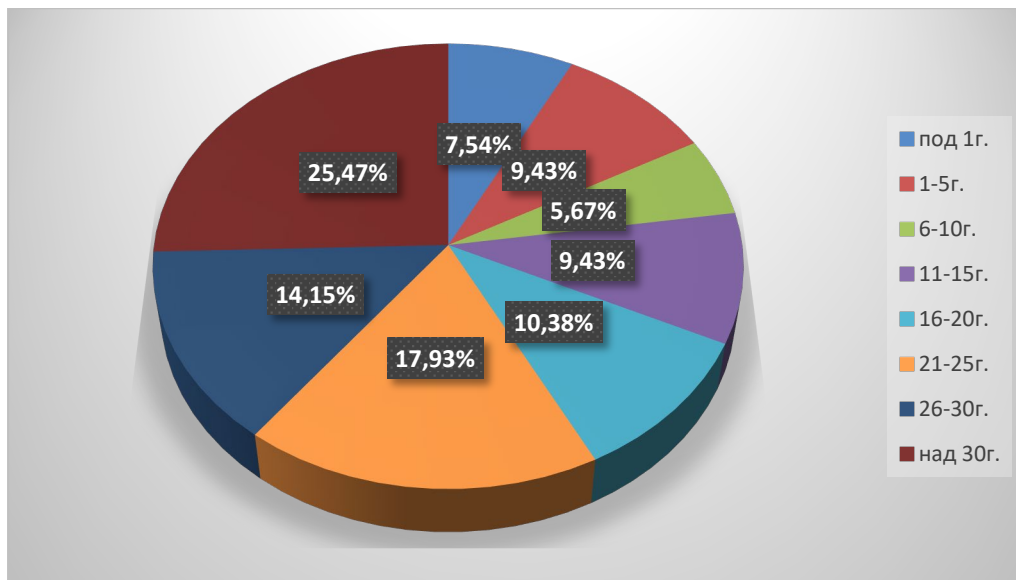
Разпределението по пол е представено на фиг.1., като най- много са анкетирани във възрастовите групи 46-50г. и 56-60г. Наблюдава се бавна тенденция към подмладяване на човешките ресурси, на фона на общият недостиг за сектора на болничното здравеопазване.



Фиг. 1. Разпределение на анкетираниите по възраст

Анкетираните имат различен трудов стаж (фиг.2). Най- много са анкетирани с трудов

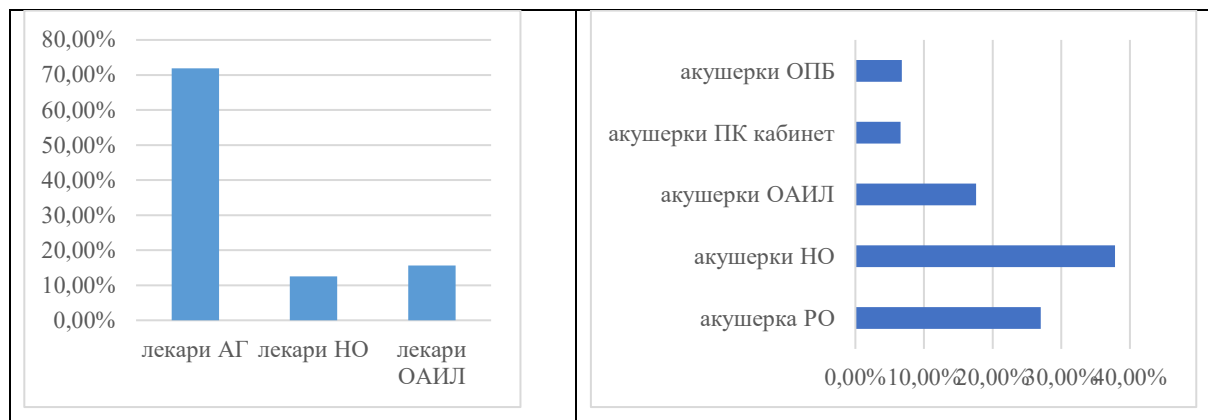
стаж над 30г. (25,47%), следвани от групата със стаж 21-25г. (17,92%):



Фиг. 2. Трудов стаж на анкетираните медицински специалисти

Анкетираните лекари и акушерки са от различни структури, които осъществяват акушерска медицинска дейност свързана с прием, медицински грижи за бременни, раждащи и новородени (фиг. 3). Основна задача, идентична за всички сектори са да извършват вписването под електронна форма в болничната информационна система (БИС) паралелно с вписването

в реално време в националната здравно информационна система (НЗИС) на всички проведени лечебно-диагностични мероприятия (хоспитализационни прегледи, визитационни декурзуси, назначено терапевтично поведение за всяко медицинско досие по болничните отделения), следвайки пътя на пациента:



Фиг. 3. Разпределение на анкетираните по структури и длъжности

2. Електронно администриране в акушерските структури

Основните трудности, които срещат работещите в условия на спешност, при работа с болничната информационна система (табл. 1) се отнасят до: блокиране на системата по раз-

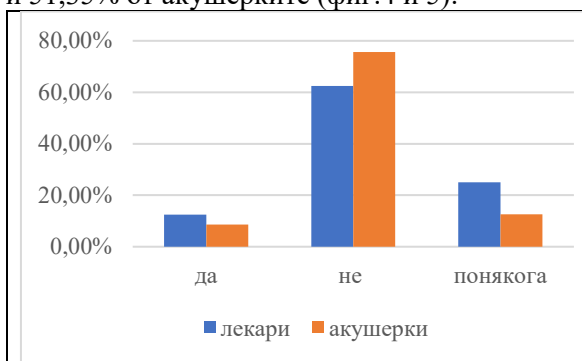
лични софтуерни причини (78,57%); затруднения с информационната система при липса на лични документи на пациента, съгласно нормативната уредба (60,20%); затруднения поради непрекъснати промени по интерфейса на БИС И НЗИС (59,18%):

Таблица 1. Трудности при работа с електронни бази данни

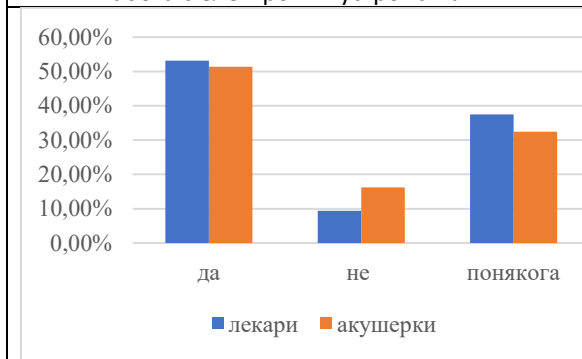
Дефинирани трудности	Лекари		Акушерки		Общо	
	брой*	%	брой*	%	брой*	%
Непрекъснато променят интерфейса			58	87,88	58	59,18
Въвеждат нови графи			42	63,64	42	42,86
Системата често блокира	17	53,13	60	90,91	77	78,57
Системата не отчита спецификата на дейността по АГ/ Неонатология	12	37,5	17	25,76	29	29,59
Системата не отчита спецификата за обслужване на пациенти в интензивен сектор	10	31,25	17	25,76	27	27,55
Системата не позволява работа при липса на документ за самоличност	5	15,63	54	81,82	59	60,20
Системата не отчита казусите от Медицински стандарт по Акушерство и гинекология при раждане на жив плод под 25 гс	17	53,13	32	48,48	49	50,00
При тежки пациенти е важна медицинската грижа и проследяване на пациента спрямо медицинската документация	12	37,5	17	25,76	29	29,59
В интензивния сектор е трудно да осъществява наблюдение чрез електронно досие	15	46,88	28	31,82	43	43,88

*Резултатите са повече от 100% поради възможността за посочване на повече от един отговор

Затруднения при работа с електронни устройства имат 12,5% от лекарите и 8,6% от акушерките. При работата с Болнична база данни и НЗИС проблеми срещат 53,13% от лекарите и 51,35% от акушерките (фиг.4 и 5):



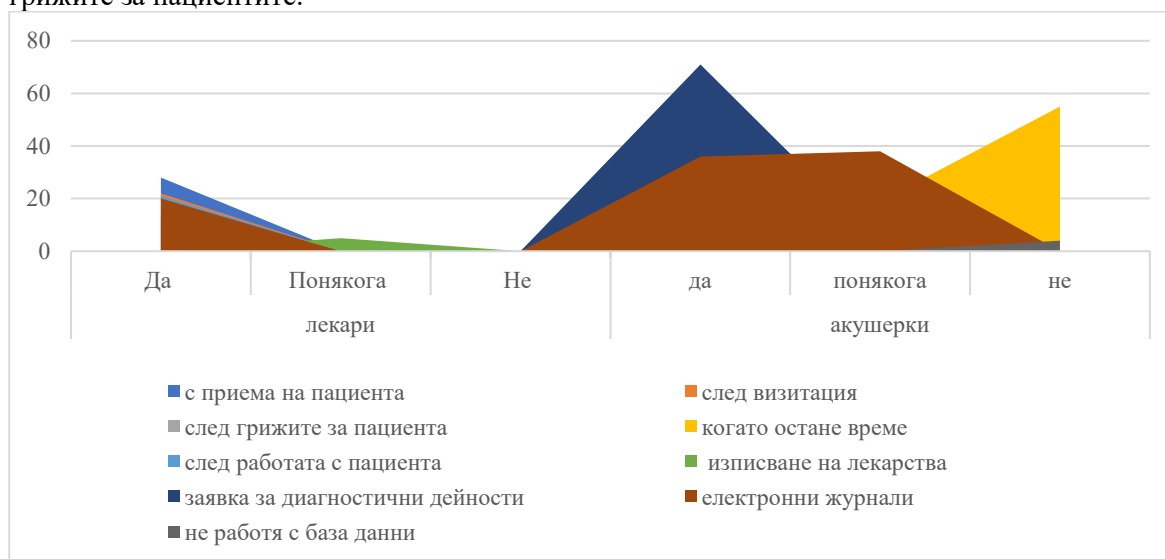
Фиг.4. Работа с електронни устройства



Фиг.5. Затруднения при работа с БИС

В преходния период за въвеждане на новия електронен модел на работа, се предприеха редица управленски решения за своевременна реорганизация на работата в болничните структури и дефинираните работни места, чрез осигуряването им с периферни устройства и разкриването на нови такива, по отношение на работа с електронната база данни. В болничните структури започнаха своевременно попълване на параметрите на електронното медицинско досие, съгласно указанията на действащият национален рамков договор (НРД) за болнична медицинска помощ (БМП), както и изписването на лекарствена терапия съобразно клиничното състояние на пациентите на електронни табели. Над 90% от специалистите заети с клинична дейност, своевременно започнаха работа с електронната база данни в Специализираната акушеро-гинекологична болница. (фиг.6). Лекарите работят паралелно с информационната болнична система и НЗИС при приема на пациенти, след визитация и за попълване на електронните журнали. Акушерките най-често работят с електронните бази данни за заявка на диагностични дей-

ности (изследвания), при изписване на електронни лекарствени листи, след осъществяване грижите за пациентите:



Фиг. 6. Организация на медицинските специалисти при работа с електронна база данни.

Над половината от акушерките определят като много високо натоварването в структурите (66,21%), в които работят, докато лекарите определят като средно натоварването на структурите (53,13%) и само 18,75% от тях като много високо. Това определя и времето, което е необходимо да отделят за работа с електронната база данни по изисквания на нормативната уредба.

Организацията за работа с електронните бази данни по болничните структури зависи от характера на изпълняваните дейности. Акушерките ранжират дейностите, като на първо място поставят грижата за пациента (89,19%), следвано от прецизност при създаване на медицинската документация (81,08%). В процеса на работа на лекарите специалисти, е важна своевременността при попълване на медицинската документация (за 82,35%), като част от тях срещат трудности при електронното администриране поради несъвършенство на информационната система (53,13%).

Работните задачи и изискванията на нормативната уредба се свежда основно чрез:

- преки указания от външните контролни институции (89,18% при акушерките, 81,25% за лекарите);
- писмени инструкции на вътрешната нормативна уредба (78,38% при акушерките, 78,13% при лекарите);
- чрез устни указания (56,76% при акушерките, 31,25% при лекарите);

- от колеги (43,24% при акушерките, 53,13% при лекарите).

Отправените препоръки от работещите в интензивните сектори се отнасят до дейности свързани с подобряване организацията на работната среда, разпределение на задачите, съобразни спешността:

- Да има възможност за по-късно въвеждане на здравната информация в електронната база данни (в интензивните сектори, родилни и операционни зали) – 100%;
- Да се адаптират съобразно работата, а не общо – 94,89%;
- Да се назначи техническо лице – 90,82%;
- Да се дават ясни и точни указания от разработчиците на системата – 85,71%;
- Да се намалят техническите изисквания, за да се работи повече с пациентите – 68,37%;
- Да се провеждат непрекъснати обучения – 62,24%.

Заключение

Все още се наблюдава процес на адаптиране на болничната база данни към спецификата на дейността на болничния стационар и организацията на електронното администриране в родилно и неонатологично отделение, операционни и родилни зали, което изисква активно участие на всички субекти в тези дейности. Непрекъснатите промени затрудняват коректното изпълнение на дейностите в реално време. Налага се нова организация на

процесите и извършване на дейности по лечебно-диагностичен алгоритъм, свързани с медицинското обслужване. Лекарите основно работят паралелно с информационната болнична система при приема на пациентите, след визитация и за попълване на електронните журнали, а акушерките работят с електронната база данни след осъществяване грижите за пациентите, при изписване на електронни лекарствени листи, за заявка на диагностични дейности (изследвания).

Процесът по синхронизиране на тези дейности спестява време и намалява риска от допускане на грешки на различни нива. Тези изводи бяха потвърдени и от резултатите от проведеното анкетно проучване сред работещите, и въпреки установените трудности с електронната здравна система. Този факт подчертава важността на е-здравеопазване, съобразно нормативните изисквания, изисква непрекъснато обучение на работното място, за използване на ресурсите по най-ефективен начин за да гарантират безопасност на оказваните грижи.

Литература

1. ЕК. Психичното здраве в цифровия свят на труда. Резолюция на Европейския парламент от 5 юли 2022 г. относно психичното здраве в цифровия свят на труда (2021/2098(INI)) (2023/C 47/05)

2. ЕК. Ръководство за превенция и добри практики. Рискове за здравословните и безопасни условия на труд в сектора на здравеопазването (2007–2013 г)

3. МЗ. Проект Здравна стратегия 2030 г. Политика 2, приоритет 2.5 и 2.6.

4. Министерство на здравеопазването. Развитие на електронното здравеопазване. Изграждане на Национална здравна информационна система.

5. Наредба № 9 ОТ 27 април 2021 г. за утвърждаване на Медицински стандарт „Акушерство и гинекология“, издадена от министъра на здравеопазването, Обн. ДВ. бр.41 от 18 май 2021г., изм. ДВ. бр.63 от 30 юли 2021г

6. Национална здравна информационна система (НЗИС) – в рамките на Договор за безвъзмездна финансова помощ (ДФП) № BG05SFOP001-1.002-0007 от 21.03.2017 г., по проект „Доизграждане на националната здравна информационна система (НЗИС) – етап 1 и етап 2“.

7. Национален рамков договор за медицински дейности за 2020-2022.

8. СЗО. Подготовка на работното място за COVID-19. 27 февруари 2020 г.

9. СЗО. Препоръки от СЗО във връзка с разпространението на COVID-19 насочени към осигуряване на здраве и безопасност при работа 2020.

10. Указание №РД-16-15/08.03.2023г между НЗОК и БЛС за прилагане на НРД за МД за 2020-2022г.

Светлана Радева, д.оз
ФОЗ, Медицински университет – Варна
СБАГАЛ „Проф. д-р Д.Стаматов” ЕООД
бул. "Цар Освободител" № 150, гр. Варна, 9000
e-mail: sv.radeva@abv.bg



ОДИТЪТ КАТО СРЕДСТВО ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА РИСКА В АКУШЕРСКИТЕ СТРУКТУРИ В УСЛОВИЯТА НА Е-ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Светлана Радева

AUDITING AS A MEANS OF RISK MANAGEMENT IN OBSTETRIC STRUCTURES IN E-HEALTH SETTINGS

Svetlana Radeva

ABSTRACT Risk management is a set of measures involving the definition of environmental factors leading to uncertainty under control - targeted actions to resolve and avoid the danger it poses.

The main objective of the study is to examine the processes in the health structure for the implementation of the activities taking place in it, under conditions of risk. Defining mechanisms by which management will be able to create an optimal working environment that will ensure stability and safe conditions for employees to achieve organizational goals. A survey of health professionals from hospital medical institutions in Varna, a regulatory analysis has been conducted. The results are graphically illustrated.

Results and discussion: due to the changes in the regulatory framework, a 100% reorganization was required in terms of the administration of the patients' medical records, but faced a number of difficulties due to the specifics of their work and the exceptions described in the medical standard in obstetrics and gynecology. The workload in which medical professionals work is defined as high at 55.78%. The main risks to the structure related to structure, resources and activities are defined. The need to audit activities is identified and a risk management model and a model to support the development of staff in the organization is proposed.

Finally, process auditing is made possible by Risk Management, which requires responsible management decisions, preserving and creating value – quality and safety of medical care, of the working environment and minimizing risks from and outside the environment (hospital structure).

Key words: audit, safety, obstetric activities, quality, control.

Въведение

Всеки риск и криза, независимо от нейната същност, се характеризира с време, с възможност за разгръщане и управление. Оскъдни са литературните източници в областта на проучване риска в акушерските структури. Информация се намира в резултати от проведени проверки на контролни институции, на базата на които се правят корекции на дейностите в акушерската грижа.

Средата е мястото, в която се осъществява трудово правоотношение, комуникация и хората, изпълняват различни роли и функции, си взаимодействат през цялото време [1]. Някои автори го разглеждат като сложна система от различни задачи и дейности, чието изпълнение понякога е подложено на въздействието на противоречивите разпоредения от страна на ръководния орган [9,10].

Според редица автори [1,6,7], всичко зависи не от самите рискови фактори, а от реакцията към тях, която на свой ред зависи не

само от характера, но и от индивидуалността, от възпитанието и отношението към ограниченията, от новата организация и от правилата, които се поставят за регулиране на процесите на неизвестност.

Управлението на риска в болничните акушерски структури изисква не само ръководене [4,11], но и обучение за подобряване на дейностите по оказване на акушерски услуги в различните направления [3,5]. Динамиката на нормативната уредба, промените във външната среда, стресът, натоварването и високите отговорности са фактор, който пречи на пълноценното осъществяване на работните задължения и изисква механизми за справяне и намаляване на тези влияния. Дейностите в акушерските структури се регламентират чрез Министерството на здравеопазването и Националния рамков договор за дейности, с определена отговорност при изпълнение [3,5,8]. Изменят се основни организационни форми в

здравния сектор [2,4], който целят модернизиране на сектора, но в условия на нестабилна политическа обстановка, липса на стабилно държавно управление и оскъдност на ресурси, инфраструктура и материална обезпеченост.

Условията на труд в едно с комуникационните взаимодействия в здравния сектор се разглеждат като причина за редица стресови ситуации. Намалването на стреса, на рисковите ситуации, е основна задача на мениджмънта по отношение на изграждане на сигурна и здравословна работна среда, защото в условията на криза, психическото натоварване е изключително високо и служителите се чувстват несигурни, изплашени [1,6,9].

Резултати и обсъждане

Акушерската грижа е чувствителна тема, която има широк отзвук сред обществото и изисква непрекъснат мониторинг на дейностите. Всяка акушерска структура има своята

специфика, съобразно нивото на компетентност и вида на лечебното заведение в която е разкрита. Съгласно Медицинския стандарт по Акушерство и гинекология, всяка структура е необходимо да организира съответните звена (отделения) и спази спецификата за материално-техническа база. Въз основа на обслужваните медицински случаи, ръководството е необходимо да дефинира своите рискови категории. Проведено е проучване чрез пряка анонимна анкета сред ръководителите от средно и висше ниво и медиците работещи в акушеро-гинекологичните структури на 3 болници във Варна.

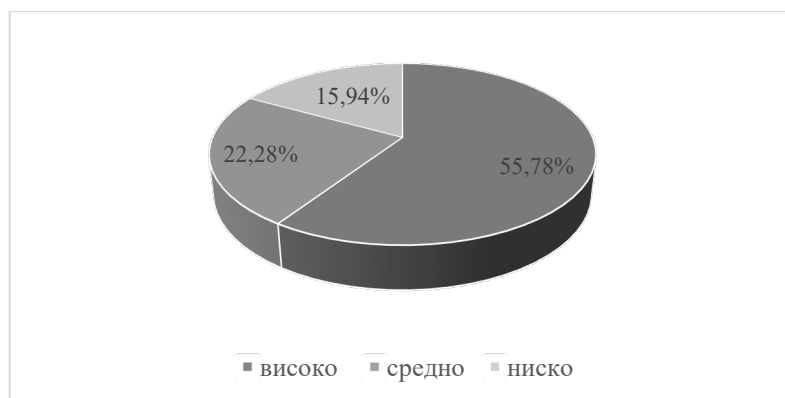
Анкетираните са 232 медицински специалисти от болничната акушеро-гинекологична помощ в гр. Варна от 3 лечебни заведения. Разпределението на респондентите е представено на фигура 1. Оперативни и управленски ръководни длъжности заемат 8,19% от анкетираните:



Фиг. 1. Разпределение на респондентите по професионално направление

Над половината от анкетираните определят високо натоварването на работната среда (Фигура 2). В свободните отговори голяма част от тях споделят, че основните трудности се отнасят до спецификата на работата и дейностите по секторите, усвояването на нови умения,

многого задължения и големия обем информация. Най-интензивни и натоварени са секторите в хирургичния блок, родилните зали, интензивните неонатологични отделения, интензивни и реанимационни отделения, патологични структури:



Фиг. 2. Степен на натовареност на работното място

Натовареността произтича от естеството на работа, спешността на изпълнение на задачите, внезапно настъпилите усложнения свързани с бременността, раждането или екстрагенитални състояния (заболявания на различни органи и системи, Ковид инфекция и др.).

Дефинираните рискове в акушерските структури се отнасят до гарантиране на безопасност на предоставяните грижи (80,17%), безопасна работна среда (86,64%), повишаване на качеството на оказваните медицински услуги (85,34%), повишаване квалификацията на медицинските специалисти (69,39%) и лечебнодиагностичния план (79,31%).

На базата на дефинираните рискове и нива на въздействие е изведен модел на управлението на риска в здравната структура (фиг. 3) и осигуряването на безопасност на дейностите са процеси, които включват в себе си вземане на отговорни управленски решения, като запазва и създава стойност, неразделна част е от процеса на вземане на решения, и се основава на възможно най-пълната информация, отчитайки човешките и културни фактори, динамичен, повтарящ се, променящ се процес насочен към подобряване на организацията.

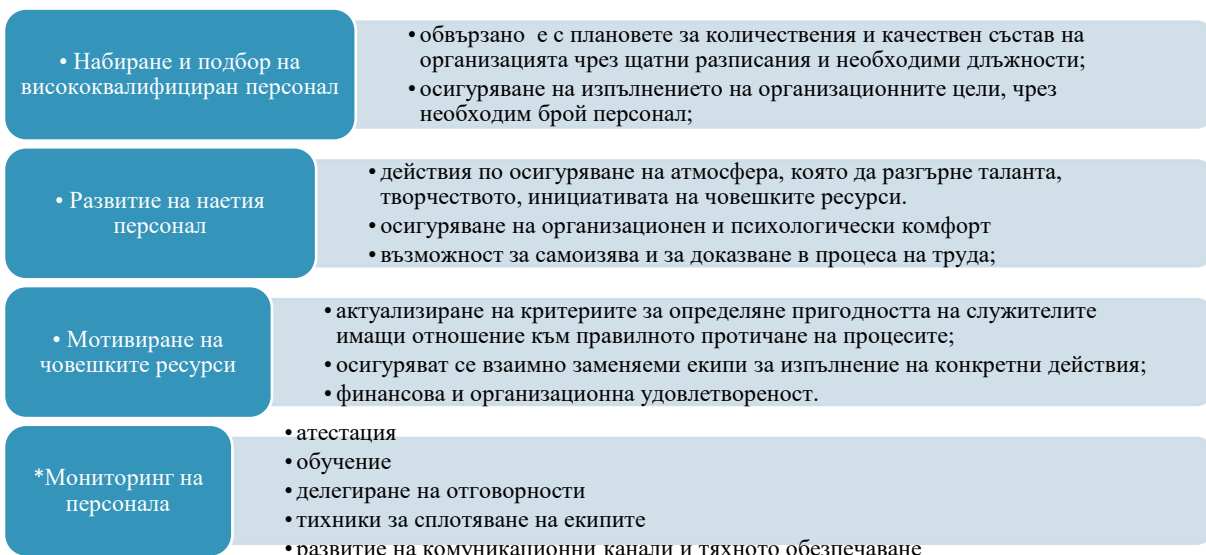


Фиг. 3. Модел на система за управление на риска

Анкетираните медицински специалисти на ръководни позиции, определят нивата на въздействие при управление определени фактори, влияещи на рисковите ситуации:

- развитие на системата за заплащане, като мярка за ангажираност и сигурност при изпълнение на задачите (52,63%);
- повишаване квалификацията на човешките ресурси (36,85%);
- влияние върху мотивацията (10,52%).

Преките ръководители искат да има ясно определени правила и изискуеми компетентности при подбор на кадри, т. като само придобитата квалификационна характеристика не е достатъчна за да гарантира пригодността на служителя в организацията. Всеки от тези аспекти отразяват определени управленски дейности на непрекъснат мониторинг на персонала. Мениджмънта разработва модел на Управление на персонала (фиг. 4), чрез повлияване на мотивацията и последващото развитие по структури:

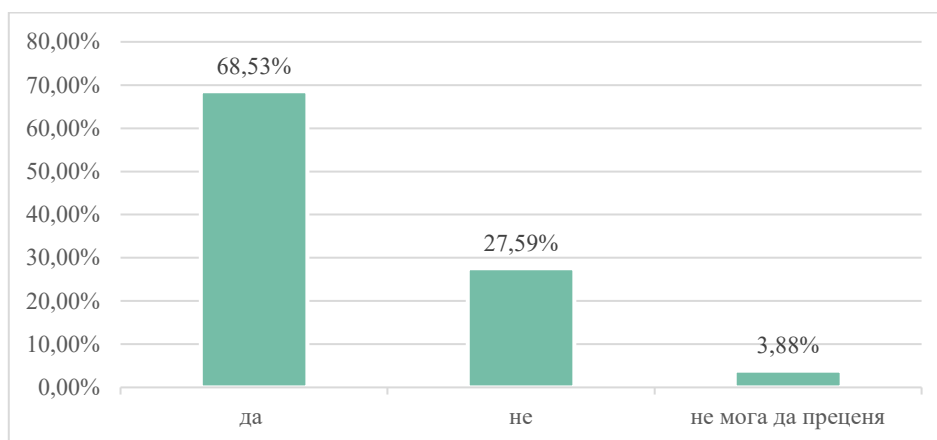


Фиг. 4. Мониторинг на персонала

Динамичните промени в нормативната база превръщат медицинските грижи в администриране на дейности и остава все по-малко време за общуване с пациентите и ранното откриване и диагностициране на рисковите фактори свързани с работната среда и медицинското обслужване. За 93,53 % от анкетираните е важна стабилната нормативна уредба, която

да гарантира безопасност на медицинското обслужване за работещи и потребители.

Подтикнати от нуждата от самоусъвършенстване, 159 (68,53%) от респондентите споделят, че имат нужда от обучения в работата си (Фигура 5):



Фиг. 5. Необходимост от допълнителни обучения

Обучението има отношение за непрекъснато повишаване на квалификационните умения може да е нормативно изискване или появила се необходимост. То е насочено съобразно нуждите на структурата и обезпечаване дейностите. Обуславя се от качество на знанията и уменията: квалификация, дефинирана нужда от обучение, прилагане на въвеждащо обучение на работното място (специфика на здравния труд), продължаващо обучение. Разглеждайки отговорите на заявките необходи-

мост от обучения, искат те да са: задължителни (63,53%), непрекъснати (23,89%) и обучения само при появила се необходимост (12,58%).

Фокусът на мениджмънта по отношение на обучението на служителите е насочено към: - обучение за насоки и поведение за справяне и овладяване на несигурността в динамично променящи се условия - 38,15% (ясна нормативна уредба по отношение на сигурност на работната среда и персонала при работа с пациенти);

- за специални практически колегиуми и обученията за предотвратяване на евентуални нежелани събития или недопускането им чрез ранно разпознаване на признаците при 32,94%;

- обученията за работа с болничната информационна система при 18,5%;

- обученията на работното място свързани с медицинското обслужване при 10,41%.

Управлението на риска е свързано с проучване на удовлетвореността на служителите и дефинирането на мотивиращите и демотивиращите ги фактори. Чести демотивиращи фактори са ролевата неяснота по отношение на работа с пациенти и ролевите конфликти в ежедневната професионална дейност при 186 (80,17%) от работещите в акушерски структури лекари и акушерки.

Анкетираните медицински специалисти изказват мнение, по отношение на непрекъснато променящата се и неясна нормативна уредба, която затруднява изпълнението на ежедневните дейности по лечебно-диагностичния процес. Очертават се насоки за въздействие, за:

- приложение на адекватни мерки при възникваща несигурност (криза);

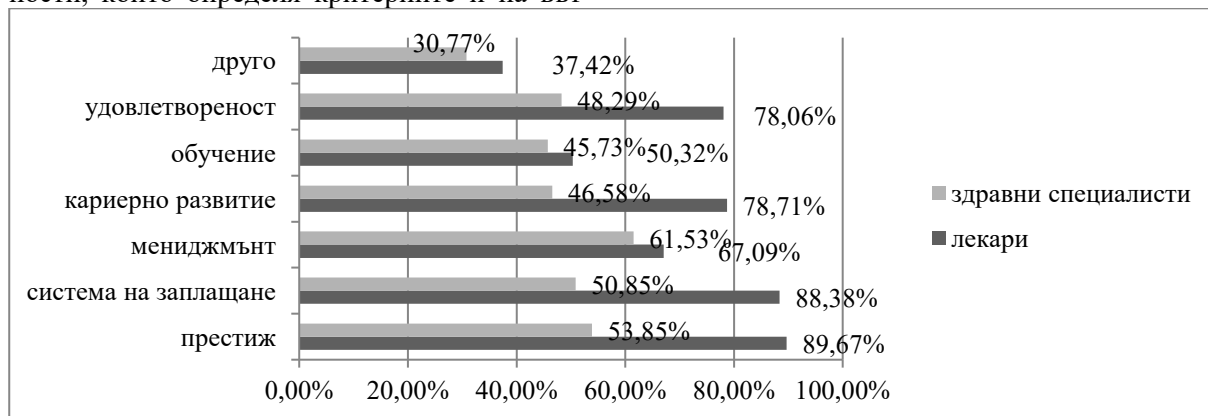
- защита на изпълнителите на болнична акушерска помощ (чрез намаляване неяснотата по отношение на лечебно-диагностичния алгоритъм при различни спешни състояния, които са основни рискови фактори, както по отношение на работния процес, така и за настъпване на нежелани инциденти и ескалиране на кризисни ситуации).

Критериите за оценка на качеството се детерминират на национално ниво, чрез Националния рамков договор за медицински дейности, който определя критериите и на вът-

решно нормативната уредба, по която се осъществява лечебно-диагностичният процес и последващият контрол от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и Министерството на здравеопазването (МЗ), респективно от техните подструктури.

За намаляване на несигурността по отношение на администрирането и документирането на медицинската дейности, особено в такава динамична обстановка, голяма част от медицинските специалисти (213 – 91,81%) заявяват необходимостта от длъжностно лице, за да осъществява своевременно последващ контрол на медицинската документация и ясно осъзнават нуждата от обучение, и ежедневен инструктаж за това. Най-честите конфликти възникват поради недостатъчното дискутиране на поставените задачи според 219 (94,39%) от анкетираните и поставянето на спешни и непланирани задачи при 198 (85,34%), конкуриращи са с други рутинни задачи или реализиращи се в условията на епидемиологичен риск и дефицит на време.

Проучване на удовлетвореността на работещите болнични специалисти по отношение на различни фактори, служи на ръководството като отправна точка за идентифициране на всички елементи, имащи отношение към намаляване на несигурността, на риска и на предприемане на своевременни корективни мерки по отношение на ресурси, структура и комуникационни канали. Като силни мотивиращи фактори респондентите посочват на първо място добрия ръководител, следвано от личната удовлетвореност от работата и възможността за кариерно развитие и обучение на работното място (Фигура 6).



Фиг. 6. Ранжиране на мотивиращи фактори за работа според болничните специалисти (Сумата от процентите е повече от 100%, защото запитаните са давали повече от един отговор.)

Към момента няма разработени указания и методика, която да подпомогнат съставянето

на система за управление на риска в здравната организация и в частност акушерската практика, които да подпомагат мениджмънта при определяне политиката на управление на структурите. Ежедневно те са поставени пред вътрешни и външни фактори и влияния, които създават неопределеност – дали, кога и до каква степен те ще успеят да постигнат целите си, а именно качествена, своевременна и достъпна медицинска и акушерска помощ.

Заклучение

Мониторинга на акушерските структури изисква непрекъснато въздействие върху структура, процес и ресурси, за да могат рано да се диференцират възможните рискове, заплахи и кризи. В този процес ключов фактор е непрекъснатото обучение на работното място (за нови технологии, нови методи на лечение и диагностика, промени в нормативната уредба, гадлайни и стандарти за поведение и добра медицинска практика) за качествено изпълнение на дейностите по оказване на медицинските услуги. За постигане на целите е необходима атестация, която да минимизира риска от страна на човешкия фактор и определя необходимостта от обучения и мотивиращи механизми на въздействие.

Одита, като водещо средство за въздействие, трябва да е насочен към грижата за работниците и служителите, създаване на устойчива работна среда, гъвкави процеси и дейности, сигурни йерархични връзки, сигурност на каналите на комуникация и взаимодействие с работещите. Налице е спешна необходимост от стабилна нормативна уредба, от въвеждането на гъвкави ефективни мерки за решаване на проблеми свързани с персоналната защита на работното място на персонала.

Литература

1. Гюров Р. 2019. Организация на управлението на риска. София, Studia Analytica.

2. Министерство на здравеопазването. Развитие на електронното здравеопазване. Изграждане на Национална здравна информационна система.

3. Наредба № 9 ОТ 27 април 2021 г. за утвърждаване на Медицински стандарт „Акушерство и гинекология“, издадена от министъра на здравеопазването, обн. ДВ. бр.41 от 18 май 2021г., изм. ДВ. бр.63 от 30 юли 2021г

4. Национална здравна информационна система (НЗИС) – в рамките на Договор за безвъзмездна финансова помощ (ДФП) № BG05SFOP001-1.002-0007 от 21.03.2017 г., по проект „Доизграждане на националната здравна информационна система (НЗИС) – етап 1 и етап 2“.

5. Национален рамков договор за медицински дейности за 2020-2022.

6. Петрова З., К. Чамов, С. Гладилов. 2008. Качество в здравеопазването. Съвременни измерения и тенденции. София, ХЕЛТ МЕДИА ГРУП.

7. Стандарт по управление на риска на Федерацията на европейските асоциации по управление на риска, Federation Of European Risk Management Associations.

8. Указание №РД-16-15/08.03.2023г между НЗОК и БЛС за прилагане на НРД за МД за 2020-2022г.

9. Шоломицкий, А. 2005. Теория риска. Выбор при неопределенности и моделирование риска. Изд. дом ГУ ВШЭ.

10. ISO 31000:2009. Управление на риска - принципи и насоки (Risk management – Principles and guidelines).

11. ISO 31010, Управление на риска на организациите: Интегрирана рамка на Комитета на спонсорските организации към американската комисия „Тредуей“.ISO 31000, Управление на риска- Методи за оценяване на риска (ISO/IEC 31010:2009, Risk management – Risk assessment techniques

Светлана Радева, доз
Медицински университет – Варна
Катедра Здравни грижи
СБАГАЛ „Проф. д-р Д. Стаматов“ ЕООД
бул. "Цар Освободител" № 150, гр. Варна, 9000
e-mail: sv.radeva@abv.bg



МОДЕЛ ЗА АКУШЕРСКИ ГРИЖИ – КОНЦЕПЦИЯ И НАСОКИ ЗА ПРАКТИЧЕСКО ПРИЛОЖЕНИЕ

Христина Милчева

A MODEL FOR OBSTETRICAL CARE - CONCEPT AND GUIDELINES FOR PRACTICAL IMPLEMENTATION

Hristina Milcheva

ABSTRACT: Introduction. In recent years, the term "Obstetric model of care" has begun to be used in our country. A review of the scientific literature on the issue shows that there are models for midwifery care, most of which are at the organizational and practical level. There are relatively few models of midwifery care based on the knowledge and philosophy of the profession, and a comprehensive theoretical model of midwifery care is lacking. **The purpose of the study is:** to analyze the concept of the Midwifery Care Model and the guidelines for its practical application in the conditions of modern health care. **Materials and methods:** documentary method (analysis of scientific and educational literature, normative documents), observation. **Results and discussion:** Modern midwives in Bulgaria are trained based on basic concepts that lead to a change in the overall philosophy of the profession. Leading concepts in the study of the specialty are: the concept of the person, of health, of illness and of health care. During their studies, they form not only their professional competences, but also personal qualities they need to practice the profession

In modern conditions, the aim of professional training is to increasingly assert the independent dimension of care in order to guarantee a greater degree of autonomy for the modern midwife. **Conclusion:** Outlining a conceptual framework of a Midwifery Care Model, based on scientific knowledge, would lead to a clearer awareness of the professional competencies of the modern midwife, and this would help to develop guidelines for its practical application in modern health care.

Key words: concept, model, midwifery care, guidelines, application

Въведение

През последните години у нас започна да се употребява понятието „Акушерски модел за грижи“. Прегледът на научната литература по проблема показва, че съществуват модели за акушерска грижа, повечето от които са на организационно и практическо ниво [6]. Сравнително малко са моделите за акушерска грижа, основани на познанието и философията на професията, но те са насочени към обучението по професията [3]. Липсва цялостен теоретичен Модел за акушерска грижа, който да служи като база за обучение и изработване на практически насочени модели. Основна причина за това са недостатъчните проучвания в областта на акушерските грижи. Международната конфедерация на акушерките (ИСМ) насърчава акушерския модел на грижа, основан на зачитане на човешкото достойнство, състрадание и насърчаване на човешките права за всички хора [4].

Професията на акушерката е „регулирана“ и обучението на акушерките е съобразено с европейските Директиви 80/154/ЕЕС; 80/155/ЕЕС, и националното законодателство [9,22,12]. Директивите се отнасят до съдържанието на обучението, както в количествен, така и в качествен аспект. Определените параметри изискват задължителен минимален хорариум от 4 735 часа при обучението на акушерките. Заложени са също критерии за професията, които трябва да се покрият по време на практическото им обучение, което съставлява около 2/3 от цялостното обучение в Медицинския факултет и Факултетите по здравни грижи и обществено здраве. Прилага се и Директива 2005(36)ЕО, относно признаване на професионалните компетенции в страните членки [11]. Според Световната здравна организация (СЗО) „Акушерките са компетентни да предоставят грижи за майчинство, основани на доказателства и улесняващи нормалното състояние“ [7]. Според

определението на Международната конфедерация на акушерките (ICM): „Акушерката е лице, което има успешно завършена образователна програма за акушерство, която е надлежно призната в страната, в която е завършена и акушерките могат да предлагат грижи въз основа на философия, която влияе върху модела на акушерските грижи [5].

Целта на проучването е: да се предложи и анализира концепцията за Модел за Акушерски грижи и насоки за практическото му приложение в условията на съвременното здравеопазване.

Материали и методи: документален метод (анализ на научна и учебна литература, нормативни документи), наблюдение

Резултати и обсъждане: Съвременните акушерки в България се обучават въз основа на базови концепции, които водят до промяна и на цялостната философия на професията. Водещи концепции в обучението по специалността са: концепцията за човека, за здравето, за болестта и за здравните грижи. Човекът – пациент (бременна, родилка, новородено, гинекологично болна, е в центъра на здравните грижи и всички дейности насочени към него са подчинени на една цел – по-добро здраве, по-голяма степен на независимост и по-добро самочувствие за пациента. **„Био-психо-социалният модел“** възприема пациента като личност с всички нейни проблеми, а не само здравословния проблем, което налага един нов подход, а именно **холистичния подход** при грижите. Променя се и отношението към пациента – не като към болен, а като към личност с нейните качества, ценности, религиозни убеждения, в частност и като към клиент – потребител на здравните услуги [3]. Всичко това е в съответствие и с Европейските директиви за „регулираните професии“ и променя до голяма степен облика и социалната значимост на професията. Квалификационната характеристика на специалност „Акушерка“ е основен документ към учебната документация и отразява обема от професионалните компетенции, необходими за усвояване на професията.

Съвременните акушерки са с нова визия и самочувствие, базирани на качествена професионална подготовка, която те получават в медицинските факултети и факултетите по обществено здраве и здравни грижи. По време на обучението си те формират не само

професионалните си компетенции, но и личностни качества, необходими им за упражняване на професията. В продължение на четири години обучаваните се формират като професионалисти, готови да полагат здравните грижи на необходимото професионално ниво. Условията на реформи поставят пред тях нови предизвикателства и изисквания за проява на гъвкавост, етичност и професионализъм. Ето защо социалната значимост на професията непрекъснато ще нараства докато здравните професионалисти се докажат и получат обществено признание.

Концепцията за здравето се базира върху определението на Световната здравна организация (СЗО), което разглежда здравето в три измерения, „здравето е състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само отсъствие на болест или недъг“. Здравето е процес на равновесие между всички външни и вътрешни фактори, които оказват въздействие по различен начин върху човешкият организъм [3]. Основен акцент при изучаване на здравето е поставен върху поддържане на позитивното здраве, както и преодоляване на рисковите за здравето фактори. Предвид на факта, че по-голямата част от контингента (бременните жени) се възприемат като „практически здрави“, пред бъдещите акушерки се отваря „професионална ниша“ за автономни дейности, които са законово регламентирани с Наредба 1 от 2011 г. и Закона за лечебните заведения от 2020 г. [10,13]. А „дали бременните жени се считат за болни или здрави; бременността, раждането и свързаните с тях услуги по майчинство са **културно чувствителни**“ [7]. Посочената Наредба визира обема на професионалните компетенции и параметрите на действие на медицинските специалисти от професионално направление „Здравни грижи“. Дейностите са заложили в трите измерения на здравните грижи – зависещо, взаимозависещо и независещо, което е в съответствие с Европейските директиви и традициите при обучението по професиите от същото направление. Акушерките познават и концепцията за болестта, според която - болестта се разглежда като стеснен в своите параметри живот. Тя настъпва когато се наруши равновесието, хармонията на външните и вътрешните за здравето фактори.

Според концепцията за здравните грижи – здравните грижи са всички онези медицински и немедицински дейности, които се полагат при човека за задоволяване на основните

му жизнено важни нужди, тогава когато той не е в състояние сам да извърши това. Тези грижи се полагат във всеки период от живота на човека /от вътре утробното му развитие до неговата смърт/ и са свързани не само с даденото заболяване, но и с неговата профилактика. Необходимо условие при извършване на здравните грижи е съобразяване с индивидуалните особености на човека или прилагане на индивидуален подход на обгрижване [3].

Според Международната конфедерация на акушерките (ICM „Акушерските грижи са холистични и непрекъснати по природа, основани на разбиране на социалните, емоционални, културни, духовни, психологически и физически преживявания на жените“ [5] (Табл. 1):

Табл. 1. ICM модел на акушерска грижа

Акушерките насърчават и защитават здравето и правата на жените и новородените
Акушерките уважават и имат доверие в жените и в техните способности за раждане.
Акушерките насърчават и се застъпват за ненамеса при нормално раждане
Акушерките предоставят на жените подходяща информация и съвети по начин, който насърчава участието и подобрява информираното вземане на решения
Акушерките предлагат уважителни, предварителни и гъвкави грижи, които включват нуждите на жената, нейното новородено, семейството и общността и започва с първичните внимание на естеството на връзката между жената, търсеща акушерски грижи и акушерката.
Акушерките дават възможност на жените да поемат отговорност за своето здраве и за здравето на техните семейства.
Акушерките практикуват в сътрудничество и консултации с други здравни специалисти да служат на нуждите на жената, нейното новородено, семейството и общността.
Акушерките поддържат своята компетентност и гарантират, че практиката им е основана на доказателства.
Акушерките използват технологията по подходящ начин и насочват навреме, когато възникват проблеми.
Акушерките са индивидуално и колективно отговорни за развитието на акушерски грижи, обучение на ново поколение акушерки и колеги в концепция за учене през целия живот.

Източник: Core Document Philosophy and Model of Midwifery Care

<https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf>

Акушерският модел (ICM) включва:

- Наблюдение на физическото, психологическото, духовното и социалното

благосъстояние на жената и нейното семейство през целия детероден цикъл;

- Предоставяне на жената на индивидуални съвети, образование, консултиране, подкрепа и предродилни грижи;
- Постоянно присъствие по време на раждането, веднага след раждането и постоянна подкрепа през пуерпериума;
- Изграждане на доверителна връзка с цел повишаване самоувереността у жената за адаптацията към новата семейна динамика;
- Свеждане до минимум на ненужните технологични намеси по време на раждане;
- Идентифициране на появата на усложнения, оказване на спешна помощ и насочване на жените и/или новородените, които имат нужда към друга специализирана помощ. [2, по Д. Димитрова, 2020].

Концептуалният модел, по който се обучават акушерките е моделът на Вирджиния Хендерсон, който е насочен към физиологията на човека. Този модел разкрива спецификата и концепцията за професията на медицинската сестра, и в частност на акушерката в обсега на общите здравни грижи. Според този Модел здравните грижи се полагат за задоволяване на основните физиологични нужди на човека, когато той е частично или изцяло зависим. Измеренията на грижите, посочени по-горе са; зависещо, взаимозависещо и независещо (автономно). При съвременните условия целта на професионалната подготовка е все повече да се утвърждава независещото измерение на грижите, за да се гарантира по-голяма степен на автономност на съвременната акушерка [3].

Анализът на научната литература показва, че липсва цялостен теоретичен Модел за акушерски грижи, основан на научното познание и философията на професията.

В проучване (2020г.) на международен екип от учени (Tine S. Eri, Мари Берг, Бенте Дал, Хелга Готфредсдотир, Ева Съмърсет, Кристина Приндс), авторите по метода на картографиране, разглеждат 6 модела на акушерска грижа, базирани на епистемологичен и научен принцип и притежаващи различни характеристики. Общото на всички модели е това, че акцентират върху връзката между акушерката и жената (бременна, родилка). „Грижата, ориентирана към жената, свързана с непрекъснатост на грижата и споделено вземане на решения и основана на доверие“ [7]. Авторите смятат още, че „подходите към здравето и

болестта влияят на начина, по който се позиционират моделите на грижа“. Професионално обучените акушерки „са подходящият избор да се грижат за нормална физиологична бременност и раждане. Ето защо моделите за грижа с ясен епистемологичен статус са важни за прилагането на основана на доказателства и улесняваща нормалното състояние грижа“ [7].

В българската научна литература публикациите свързани с понятието „Акушерски модел за грижа“ са основно с практическа насоченост. Според В. Димитрова, 2016, „Акушерският модел за грижи предполага наличие на добре подготвени професионалисти, пациенти, които имат потребност, могат и искат да се доверят на консултативната им дейност; и ефективна връзка между тях“ [1]. Нормативната уредба в България дава възможност за практикуване на два различни модела, но рестриктира силно единия, което по естествен път определя кой да доминира пазара на грижи в майчиното здравеопазване у нас. Това е строго медикализирания модел [15]. Все още силно се подценява модела за акушерски грижи, предоставяни от акушерките, въпреки законовите регламенти за автономна дейност за превантивни здравни грижи и за промоция на здравето на тези здравни професионалисти [10]. По данни на НЗОК, през 2018г. се доказва, че една голяма група бременни жени (близо 1/5 от всички родили през годината) нямат достъп до акушерска грижа преди раждането, което дава пряко отражение във висок процент преждевременни раждания, заболяемост и смъртност в перинаталния и неонаталния период, както и в дългосрочния здравен статус [16,17,18]. Италиански учени, анализират ситуацията в Италия по отношение на възможностите акушерката да се грижи за бременната, раждащата и родилката и споделят мнението, че акушерският модел за грижи е иновативен и за италианското здравеопазване. Авторите, предлагат насоки и критерии за подбор на бременни пациентки с нисък риск, както и преценка на възможностите на акушерките да планират грижите по време на бременността, раждането и пуерпериума [8].

В свое проучване (Р. Радева, Т. Момчилова, Е. Михайлова, 2021), споделят мнението, „независимо, че акушерките в България са отлично подготвени, добре реализирани и в други страни на Европа, у нас на тях се гледа единствено като на пасивен помощник на лекаря акушер-гинеколог (особено в мрежата на женските консултации), а не като на доверена

лична акушерка, стояща близо до бременната жена“, което води до подценяване на компетенциите на акушерката за осъществяване на качествени акушерски грижи [4].

Авторите посочват 5 основни елемента на Акушерския модел на грижи, с основно практическа насоченост (Табл. 2):

Табл. 2. Елементи на практически Модел на акушерска грижа

1. Проследяване на нискорискова бременност;
2. Изграждане на връзка между акушерката и бременната жена, основана на доверие и спокойствие.
3. Осигуряване на плавен преход от бременността към раждането, пуерпериалния период и грижите за новороденото;
4. Психопрофилактика на предстоящото раждане;
5. По-продължителни визити по време на пренаталната и постанаталната консултация.

Източник: Радева, Р., Т.Момчилова, Е.Михайлова, Съвременни акушерски грижи в България, Що е Акушерски модел и имали той почва у нас?, Варненски медицински форум, 2021, прил. 1

На базата на гореизложеното, се предлага примерна концептуална рамка на Модел за акушерска грижа, който е съобразен и адаптиран към условията на обучение и практика у нас (Табл.3):

Табл. 3. Модел за акушерски грижи – примерна концептуална рамка

ПРОФЕСИОНАЛНИ КОМПЕТЕНЦИИ НА АКУШЕРКАТА ЗА АКУШЕРСКИ И ПРЕВАНТИВНИ ЗДРАВНИ ГРИЖИ
Здравно информиране (общуване, съветване, консултиране, обучение)
Проследяване на нискорискова (нормална) бременност
Психо-физическа подготовка на бременна за раждане
Акушерски грижи за раждаща с нормално раждане
Акушерски грижи в следродилния, неусложнен период
Постнатални (патронажни) грижи
Грижи за новородено и кърмаче
Грижи при жени с гинекологични заболявания (превенция)

Така посочената концептуална рамка на Модел за акушерски грижи, основан на научното познание и философията на грижите, има за цел да очертае основните полета за дейности с превес на превенцията, промоция на здравето, акушерски грижи за бременната,

родилката, новороденото и здравни грижи за гинекологично болната жена. Моделът е гъвкав и може да бъде допълван и развиван, съобразно непрекъснатите реформи и съвременните научни изследвания в областта на акушерството, гинекологията, здравните грижи, промоцията на здравето. Всичко това би допринесло за осъзнаване на философията на професията и цялостната концепция за професионална подготовка, базирана на научното познание в областта на акушерските грижи и дейности.

Изводи:

- Съвременната акушерка притежава професионални компетенции за автономни акушерски грижи, които са законово регламентирани.
- Продължаващото обучение, предоставя възможности за разширяване на компетенциите и допълнителната квалификация в професионалната област.
- За българското здравеопазване при съвременните условия има реални възможности за прилагане на Модела за акушерски грижи, базирана на компетентността, автономността и професионализма на акушерката.
- Необходима е популяризация на професионалната визия на съвременната акушерка, за да се изгради по-висока степен на доверие към нея от пациентките.
- Необходимо е още по-ясно осъзнаване на професионалната роля на акушерката като ключов фактор за осигуряване на грижи в автономното им измерение.

Заклучение:

Наличието на законови регламенти у нас, както и взаимстването на добрите световни практики са важни предпоставки за внедряване на професионален Модел за акушерски грижи, което ще допринесе редица ползи, както за пациентките, така и за акушеро-гинекологичната практика.

Очертаване на концептуалната рамка на Модел за акушерски грижи, базиран на научното познание би спомогнало за внедряването на практически насочените Модели за акушерски грижи в съвременното здравеопазване, както и до повишаване на автономността и професионалното самочувствие на съвременната акушерка като компетентен и отговорен

специалист в сферата на извънболничната помощ.

Литература

1. Димитрова, В., История и развитие на акушерската професия, МУ, Варна, 2016
2. Димитрова Диана, Наръчник на патронажната акушерка, изд. Актив Комерс, София, 2020 г.
3. Милчева, Хр., От традицията към иновацията при обучението на медицинските сестри и акушерките, изд. „ЕКС-ПРЕС“ООД, - Габрово, 2012, с. 140, монография, 8-619-189-136-8
4. Радева, Р., Т. Момчилова, Е. Михайлова, Съвременни акушерски грижи в България, Що е Акушерски модел и имали той почва у нас?, Варненски медицински форум, 2021, прил. 1
5. Core Document Philosophy and Model of Midwifery Care <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf>
6. НАРЕДБА № 1 ОТ 8 ФЕВРУАРИ 2011 Г. ЗА ПРОФЕСИОНАЛНИТЕ ДЕЙНОСТИ, КОИТО МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ, АКУШЕРКИТЕ, АСОЦИИРАНИТЕ МЕДИЦИНСКИ СПЕЦИАЛИСТИ И ЗДРАВНИТЕ АСИСТЕНТИ МОГАТ ДА ИЗВЪРШАТ ПО НАЗНАЧЕНИЕ ИЛИ САМОСТОЯТЕЛНО, Издадена от Министерството на здравеопазването, Обн. ДВ. бр.15 от 18 Февруари 2011г.
7. Tine S. Eri, Marie Berg, Bente Dahl, Helga Gottfredsdóttir, Eva Sommerseth, Christina Prinds, Models for midwifery care: A mapping review, <https://doi.org/10.18332%2Fejm%2F124110>, <http://www.europeanjournalofmidwifery.eu/Models-for-midwifery-care-A-mapping-review,124110,0,2.html>
8. Ricchi Alba, Rossi Franco, Borgognoni Patrizia, Chiara Bassi Maria, Artioli Giovanna, Foa Chiara, Neri Isabella, The midwifery-led care model: a continuity of care model in the birth path, <https://doi.org/10.23750%2Ffabm.v90i6-S.8621>, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6776178/>
9. Закон за висшето образование, <https://lex.bg/laws/ldoc/2133647361>
10. Закона за лечебните заведения от 2020, Нов - ДВ, бр. 54 от 2020 г., в сила от 16.06.2020 г.)
11. Директиви 80/154/ЕЕС; 80/155/ЕЕС, <https://eur->

lex.europa.eu/legalcontent/BG/TXT/?uri=CELEX:31989L0594

12. НАРЕДБА ЗА ЕДИННИТЕ ДЪРЖАВНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА ВИСШЕ ОБРАЗОВАНИЕ ПО СПЕЦИАЛНОСТИТЕ "МЕДИЦИНСКА СЕСТРА" И "АКУШЕРКА" ЗА ОБРАЗОВАТЕЛНО-КВАЛИФИКАЦИОННА СТЕПЕН "БАКАЛАВЪР", *В сила от 01.09.2006 г. Обн. ДВ. бр.95 от 29 Ноември 2005г., изм. ДВ. бр.82 от 10 Октомври 2006,*
<https://lex.bg/laws/ldoc/2135513453>

13. НАРЕДБА № 1 ОТ 8 ФЕВРУАРИ 2011 Г. ЗА ПРОФЕСИОНАЛНИТЕ ДЕЙНОСТИ, КОИТО МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ, АКУШЕРКИТЕ, АСОЦИИРАНИТЕ МЕДИЦИНСКИ СПЕЦИАЛИСТИ, ЗЪБОТЕХНИЦИТЕ И ЗДРАВНИТЕ АСИСТЕНТИ МОГАТ ДА ИЗВЪРШВАТ ПО НАЗНАЧЕНИЕ ИЛИ САМОСТОЯТЕЛНО (ЗАГЛ. ДОП. - ДВ, БР. 61 ОТ 2022 Г.), Обн. ДВ. бр.15 от 18 Февруари 2011г., изм. ДВ. бр.50 от Юли 2011г., изм. и

доп. ДВ. бр.61 от 2 Август 2022г,
https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2022/08/05/naredba-izmdop-naredba1-2011.pdf

14. <https://www.mediapool.bg/samostoyatel-nite-akusherski-praktiki-da-rabotyat-s-nzok-nastoyavat-grazhdanski-organizatsii-news297593.html>

15. <https://modernmaternitycarenetwork.wordpress.com/2019/03/13/continuous-midwifery-care/>

16. <https://midwivesbulgaria.org/>

17. <https://nursing-bg.com/>

18. https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2021/04/14/programa-majchino-detsko_zdrave-21-30.pdf

Проф. Христина Милчева
МФ, ГрУ - Стара Загора
E-mail: hristina.milcheva@trakia-uni.bg



ЮНОШЕСКА БРЕМЕННОСТ И РАЖДАНЕ

Златина Денева, Боряна Ташева, Гюлсюм Смаил, Ива Райкова

ADOLESCENT PREGNANCY AND CHILDBIRTH

Zlatina Deneva, Boriana Tasheva, Gyulsyum Smail, Iva Raykova

ABSTRACT: *This article focuses on adolescent pregnancy and childbirth. Adolescent pregnancy and childbirth is a global phenomenon with serious health, social and economic consequences affecting individuals, families and society.*

The aim of the study is to investigate the frequency of adolescent births, to study the sociodemographic characteristics of the studied contingent, to monitor neonatological complications in newborns of adolescent mothers.

In the course of the study the following methods were used: anonymous survey; documentary research - a retrospective analysis of medical documentation.

The result of the study which has been carried out outlines the following: 50% have primary education; 91.67% are from Roma ethnicity; 8.33% are from Bulgarian ethnicity; 41.67% are single, 33.33% living with an unmarried partner, 25% are married, for 91.67% this birth is first, for 8.33% is second, 91.67% of the births took place according to a normal labor, 8.33% were born by Cesarean section, 16.92% of the newborns of adolescent mothers were hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit due to prematurity or neonatal complications in the newborns.

Conclusion: The awareness of young people and the increase of sexual education and culture are the preventive measures against adolescent pregnancy and childbirth and the efforts of the family, school and the whole society are needed.

Key words: adolescent pregnancy, childbirth, neonatal outcomes, preventive measures against adolescent pregnancy

Въведение

Според Световната здравна организация (СЗО) юношеството е фазата от живота между детството и зрелостта – възрастта от 10 до 19 години. Бързият физически и психосоциален растеж, който юношите преживяват, се отразява на техните мисли, чувства, решения и взаимодействие с околния свят. Това е преходен период, през който се наблюдават хормонални, физиологични и психосоциални промени. Различни фактори от социален и личен характер могат да доведат до настъпване на бременност в юношеска възраст – ускорено физическо развитие (акцелерация) [2], ранно сексуално съзряване, ранно менархе, слаба сексуална култура, занижен родителски контрол, употреба или злоупотреба с алкохол и наркотици [3], а в определени етнически общности, е резултат на исторически установили се традиции [2]. В литературата се използва и терминът „адолесцентен“, като бременността

може да се появи в ранния адолесцентен период (11-14 г.), среден адолесцентен период (15-17 г.) или в стадия на късното адолесцентство (18-20 г.) [3].

Изложение

В исторически план, най-младата майка в историята на медицината е Лина Медина Васкес (на испански: *Lina Medina Vásquez*) от Перу. На 14 май 1939 г., когато е на възраст 5 години, 7 месеца и 21 дни, тя ражда своя син Херардо, който тежи 2700 грама, чрез Цезарово сечение. Когато лекарите извършват Цезаровото сечение, откриват напълно зрели полови органи вследствие преждевременен пубертет [8].

Бременността и раждането в юношеска възраст е глобално явление със сериозни здравни, социални и икономически последици, засягащи отделните хора, семейството и

обществото. Това прави темата толкова актуална и значима.

По данни на СЗО, всяка година приблизително 21 милиона момичета на възраст 15-19 години в развиващите се страни забременяват и приблизително 12 милиона от тях раждат. 55% от нежеланите бременности сред момичета на 15-19 години, завършват с аборти, които не са безопасни за тяхното здраве. Според СЗО младите майки на възраст 10-19 години, са изправени от по-висок риск отколкото жените на възраст 20-24 години, от инфекции, пуерперален ендометрит, еклампсия. Новородените от майки в юношеска възраст, имат по-висок риск от ниско тегло при раждане и тежко неонатално състояние [10].

В световен мащаб ранната раждаемост е намаляла, но съществуват огромни различия в нивата между различните държави и вътре в самите тях. Бременностите при подрастващите са по-чести сред тези, които са с по-ниско образование и с по-нисък икономически статус [10]. Юношеската бременност обикновено се случва в бедните рискови групи от населението, което може да бъде повлияно от бедността, липсата на образование и липсата на възможности за работа [7]. Липсата или недостатъчната семейна подкрепа, също може да бъде причина [5]. В много общества детските бракове и сексуалното малтретиране на деца, излагат момичетата на повишен риск от бременност, която най-често е нежелана. На много места контрацептивите не са лесно достъпни за подрастващите. Дори подрастващите да се снабдят с контрацептиви, може да им липсват средства да ги закупят и да им липсват знания как да ги използват [10].

В България се наблюдава трайна тенденция за висока ранна плодовитост във възрастта 15-19 г. Докато в развитите европейски страни делът на раждащите под 20 г. е под 2%, у нас той е над 10%. Честотата на ражданията под 16-годишна възраст също е висока. По-голямата част от жените, които раждат на тази възраст са от ромски произход. 10% от всички аборти също са сред жени на възраст 15-19 г. [1].

В резултат на неадекватно сексуално поведение и сексуално възпитание, трудна житейска ситуация, много момичета решават да бъдат сексуално активни, също с толкова незрели партньори, което често води до непланирана бременност [4]. Най-често бременността се укрива и диагнозата се поставя по-късно. Така бременността не се наблюдава, което носи рискове. Тъй като все още често в тази

възраст има нарушения на менструационния цикъл, се затруднява и определянето на срока на бременността [3]. Настъпилата рано бременност според биологичния, социалния и психологичния ритъм, причинява промени в личността на момичето и в плановите му за бъдеще. Всяка бременност, настъпила в юношеска възраст, е рискована, поради физиологичната незрялост на момичето. По-чести са преекламсията и предтерминното раждане [3]. Поради недостатъчно развития таз, по-чести са пелвео-феталните диспропорции; удължен е първият период на раждането; по-често се стимулира родилния процес [3]; по-чести са майчината анемия, следродилната депресия и майчината смъртност, както и неблагоприятните неонатални резултати, включително ниско тегло при раждане, недоносеност, нисък резултат по Апгар [7] и висока честота на перинаталната детска смъртност [3].

Усложненията по време на бременността и раждането в юношеска възраст са водещи причини за майчина смъртност между 15-19 години [3].

За момичетата ранната бременност може да има сериозни социални последици, като социална изолация, пренебрегнати образователни цели [7], по-нисък статус в семейството и общността, ранен или принудителен брак [5].

Юношеската бременност може негативно да повлияе върху здравето на момичето и върху неговото развитие [5]. Настъпването на бременност при юноша нарушава общоприетия модел, при който първо се получава образование, започва се работа, получава се финансова независимост и след това се създава семейство [4].

Младите майки навлизат в зрелия живот без сигурност по отношение на работа, собствено жилище, без финансова и икономическа стабилност. Те са зависими от родителите си при отглеждане на детето си. Сблъскват се с трудности, ако са решили да продължат образованието си или да си потърсят работа.

Целта и задачите на изследването са: да се изследва честотата на юношеските раждания, да се проучат социодемографските характеристики на изследвания контингент, да се проследят неонатологичните усложнения при новородени от майки в юношеска възраст.

Материал и методи:

В периода 23.03.2023 г. – 25.04.2023 г. е проведено доброволно, анонимно анкетно проучване.

В периода 01.01.2023 - 25.04.2023 г. за провеждане на изследването, е използван документален метод – ретроспективен анализ на медицинска документация.

Обхват на изследването са 43 родилки, преминали през родилно отделение на „УМБАЛ-Бургас“ АД, за периода 23.03.2023 г. – 25.04.2023 г. и новородените от майки в юношеска възраст, за периода 01.01.2023 - 25.04.2023 г., преминали през Интензивно неонатологично отделение на „УМБАЛ-Бургас“ АД.

Обектът на изследване са преживяванията, чувствата, нагласите, страховете и мотивите на родилките.

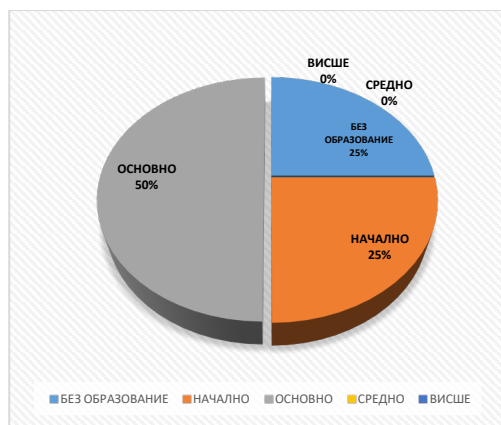
Предмет на изследването е проследяване и анализиране на акушерските и неонатологичните резултати след раждане на жени в адолесцентна възраст.

Резултати

Проведеното проучване е сред 43 родилки, от които 12 или 27,91% са на възраст до 18 години включително; от 19-30 г. са 39,53% от анкетираните; 31-40 г. са 32,56%, 41-49 г. са 0%.

Сред жените на възраст до 18 години включително, се наблюдават следните резултати:

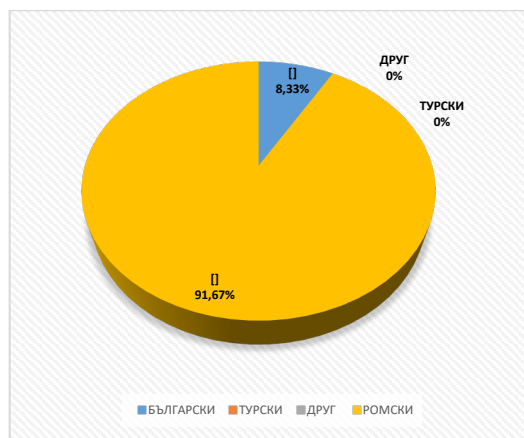
- ❖ Без образование са 25%, с начално са 25% и с основно са 50% от анкетираните (виж фигура 1):



Фиг. 1. Образование на родилките

- ❖ 58,3% от родилките живеят в градовете, а 41,67% в селата.

- ❖ 91,67% от са от ромския етнос, 8,33% са с българска етническа принадлежност, 0% са от турския и 0% са от друг етнос (виж фигура 2):



Фиг. 2. Етническа принадлежност

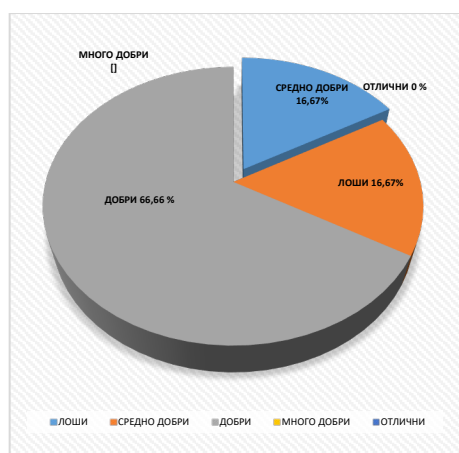
- ❖ За 91,67% от анкетираните това е първо раждане, за 8,33% е второ.

- ❖ 41,67% от родилките са неомъжени и ще отглеждат детето си сами с помощта на родителите си; 33,33% са неомъжени, но живеят във фактическо съжителство с партньори; 25% са омъжени.

- ❖ 83,33% от анкетираните не учат и не работят, а 16,67% от тях са ученички.

- ❖ На въпроса „Как определяте Вашето финансово състояние?“, като лошо определят 8,33% от респондентите; средно 25%; добро 58,34%, и като отлично 8,33%.

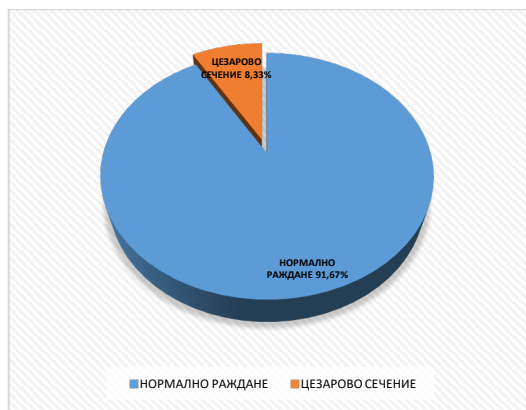
- ❖ 16,67% от родилките определят битовите си условия за живот, като лоши; 16,67% средно добри; 66,66% като добри; много добри 0%; отлични 0% (виж фигура 3):



Фиг. 3. Битови условия за живот

- ❖ В една стая ще отглеждат новороденото 50% от анкетираните, с по две стаи разполагат 33,33% от тях; 8,33% имат три стаи на разположение, а 8,33% нямат все още подготвена стая за новороденото.

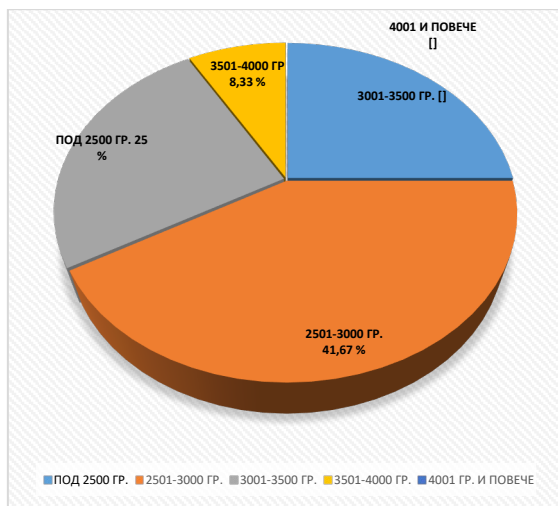
❖ 91,67% от младите майки са родили по нормалния механизъм на раждане, 8,33% са родили чрез Цезарово сечение (виж фигура 4):



Фиг. 4. Механизъм на раждане

❖ По време на раждането: при 16,67% от родилките е имало проблеми от страна на майката; 33,33% от страна на плода; при 50% не е имало проблеми.

❖ 25% от новородените на майки юноши са били недоносени с тегло под 2500 гр.; 41,67% от новородените са с тегло 2501-3000 гр.; 25% новородените са с тегло 3001-3500 гр.; при 8,33% теглото е 3501-4000 гр.; с тегло 4001 гр. и повече са 0% (виж фигура 5):



Фиг. 5. Тегло на новороденото при раждане

В периода 01.01.2023 - 25.04.2023 г. за провеждане на изследването, е използван документален метод – ретроспективен анализ на медицинска документация от Журнал за раждане и Журнал за раждане на непълнолетни родилки.

От началото на годината до 25.04.2023 г. в „УМБАЛ Бургас“ АД са родили 465 жени, като 65 (13,98%) от тях са били под 18 години.

Единадесет от новородените (16,92%) на тези майки са били хоспитализирани в Интензивен сектор на неонатологично отделение, като от тях:

- ❖ Две новородени са били с екстремно ниско тегло при раждане (550 гр. и 750 гр.);
- ❖ Едно с много ниско телесно тегло – 1350 гр.;
- ❖ Шест новородени с ниско телесно тегло до 2500 гр.;
- ❖ Всички новородени са били в увредено общо състояние - от леко до тежко;
- ❖ В екстремна незрялост са били три новородени;
- ❖ Пет от новородените са били в умерено до тежко депресивно състояние;
- ❖ Едно е родено с малформации: Heilognathopalatoshisis, деформирани ушни миди, близко разположени очи, кожни папиломни образувания.
- ❖ Две от новородените са направили exitus letalis.

Заклучение

Информираността на младите хора и повишаването на сексуалното възпитание и култура са превантивните мерки срещу юношеската бременност и раждане и са необходими усилията на семейството, училището и цялото общество.

Превенцията включва:

- ❖ Използване на ефективна контрацепция;
- ❖ Превенция на детски бракове;
- ❖ Ранни раждания;
- ❖ Преждевременното отпадане от училище;
- ❖ Реинтеграция на ромските момичета в образователната система;
- ❖ Преодоляване на изолацията и интеграция на ромските общности;
- ❖ Създаване на:

Програма за социално развитие на младешта, насочена към социални и психологически умения за избягване на рисков сексуално поведение. В нея да са описани рисковете от незащитено сексуално общуване и полово предавани болести.

Литература

1. Грънчарова, Г., С. Александрова-Янкуловска. 2021. Основи на социалната медицина, Варна, Издателска къща СТЕНО, с. 105-107, 215.
2. Димиева, Зл., В. Гончев. 2013. Характеристика на ранната раждаемост в Североизточен регион, Научни трудове на Русенския университет - 2013, том 52, серия 8.3, с.110-113.
3. Под редакцията на Ангел Димитров. 2020. Акушерство, Медицинско издателство АРСО, София, с.173-174.
4. Bałanda-Bałdyga, A., Anna Bogusława Pilewska-Kozak, Celina Łepecka-Klusek, Grażyna Stadnicka, Beata Dobrowolska. 2020. Attitudes of Teenage Mothers towards Pregnancy and Childbirth, *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Feb; 17(4): 1411. doi: 10.3390/ijerph17041411.
5. Diabelková, J., Kvetoslava Rimárová, Erik Dorko, Peter Urdzík, Andrea Houžvičková, Ľubica Argalášová. 2023. Adolescent Pregnancy Outcomes and Risk Factors, *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Mar; 20(5): 4113. doi: 10.3390/ijerph20054113
6. Maheshwari, M. V., Nabeeha Khalid, Pragnesh D Patel, Rahmah Alghareeb, Afshan Hussain. 2022. Maternal and Neonatal Outcomes of Adolescent Pregnancy: A Narrative Review, *Cureus*. 2022 Jun; 14(6): e25921. doi: 10.7759/cureus.25921.
7. Worku, M. G., Zemenu Tadesse Tessema, Achamyeleh Birhanu Teshale, Getayeneh Antehunegn Tesema, Yigizie Yeshaw. Prevalence and associated factors of adolescent pregnancy (15–19 years) in East Africa: a multilevel analysis, <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-03713-9>.
8. <https://bg.wikipedia.org/>.
9. <https://data.unicef.org/topic/child-health/adolescent-health/>.
10. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/adolescent-pregnancy>.

Zlatina Teneva Deneva, Assistant
Prof Dr Assen Zlatarov University
1 'Prof. Yakimov' str.
Faculty of Social Health and Health Care
Department Health Care
Burgas, Bulgaria, 8010
E-mail: zlatinadeneva@abv.bg
Boriana Tasheva, Gyulsyum Smail, Iva Raykova,
Third-year midwifery students



ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ПРИЛОЖЕНИЕ НА МЕДИАЦИЯТА В СФЕРАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО ПО МНЕНИЕТО НА МЕДИЦИНСКИ СПЕЦИАЛИСТИ НА УПРАВЛЕНСКИ ПОЗИЦИИ

Радка Горанова-Спасова, Нели Градинарова, Радостина Щерева

POSSIBILITIES FOR IMPLEMENTATION OF MEDIATION IN THE FIELD OF HEALTHCARE, ACCORDING TO THE OPINION OF MEDICAL SPECIALISTS IN MANAGERIAL POSITIONS

Radka Goranova-Spasova, Neli Gradinarova, Radostina Shtereva

ABSTRACT: Conflict can be defined as internal disagreement or disagreement with other people that causes harm or has the potential to cause harm. At the level of a medical facility, conflicts are interpersonal and intergroup. In a number of foreign countries alternative dispute resolution (ADR) methods are widely applied, including in medical practice. One of the methods that receives the most attention is mediation.

The aim of this study is to investigate the opinion and attitude of medical specialists with managerial competencies regarding the possibility of introducing the "mediation" method for resolving disputes in medical facilities for outpatient and inpatient medical care. Sociological methods (direct individual and online survey) and statistical (descriptive and analytical) methods are used. Healthcare managers in medical facilities for out-patient and in-patient medical care on the territory of the city of Sofia, Plovdiv and Kardjali were surveyed.

Results: In our sample of 124 medical professionals in managerial positions, a significant proportion reported that they had come into conflict with their employees (61.3%). When asked if they were familiar with mediation as an approach to solving conflict situations, 27.4% reported that they were familiar with the method, 46.8% - that they were partially familiar, and 24.2% answered that they were not familiar. Only 21% of respondents confirm that they are aware of the benefits of mediation.

Conclusions: Interest in further training in conflict management and mediation is significant. 77.40% of our respondents believe that it will be useful for them to receive additional training in ADR. The organization of additional and continuing education on mediation should be tailored to the communication and leadership skills already acquired, the position held, competencies and powers, and management level.

Key words: mediation, healthcare, medical specialist, manager staff

Въведение

Конфликтът може да се определи като вътрешно несъгласие или несъгласие с останалите хора, което причинява вреда или притежава потенциала да причини такава (Saltman, O'Dea, Kidd, 2006). Може да се дефинира също като липса на съгласие между две или повече страни, които могат да бъдат конкуриращи се лица или групи.

На ниво лечебно заведение конфликтите са междуличностни и междугрупови. Те могат да възникнат между медицинските специалисти на различните нива в йерархията, както и с потребителите на медицински услуги. Като източници на конфликтните ситуации може да бъдат идентифицирани следните:

- Неудовлетвореност във връзка с мотивацията (неудовлетворяващо възнаграждение, липса на признание, лоши условия на труд, нереалистични очаквания и др.);
- Неясни задължения и отговорности;
- Нарушаване на етични норми в медицинския екип (грубо отношение; некоректно поведение; мнителност; несправедливост);
- Неподходящи инструкции и пропуски в комуникацията;
- Несигурност;
- Повишени изисквания на потребителите на здравна помощ. (Georgiev, 2018, Chakarova, 2011,)

Конфликтите са органична част от ежедневието в организационния живот (Lukova, 2009). При конфликтни ситуации догматичният подход на готовите решения няма как да

бъде ефективен. Фокусът на мениджъра трябва да бъде върху живите хора с техните ценности, потребности и мотиви. (Vodenicharova, 2020, Garov, Garov, Gugutkov et al., 2020) Една от особеностите на човешките ресурси, която ги отличава от останалите ресурси, е че се влияят от междуличностни отношения в процеса на работа, създават се неформални отношения, които влияят на организацията. В решаването на междугруповите конфликти особена роля има мениджърът. Не е рядко явление в здравните заведения да възникне конфликт между функционалните групи на организацията. Ролята на мениджъра е чрез различни техники да управлява конфликтната ситуация до достигане на функционален резултат (Angelov, 1998, Garov, Garov, Enchev et al., 2021).

В редица западни страни се утвърждава прилагането на алтернативните способности за разрешаване на спорове, включително в медицинската практика. Един от методите, на който се обръща най-голямо внимание е медиацията.

В последните две-три десетилетия се оформя относително самостоятелно поднаправление на конфликтологията, насочено към въпросите и техниките на медиацията, преговорите, арбитража, за мястото и ролята на модератора и консултирането (Milkov, 2014).

Медиацията е процес на разрешаване на спорове въз основа на „помирителна“ комуникация. В този аспект този способ за решаване на конфликти контрастира със съдебното дело или дисциплинарния процес, при който пропастта между спорещите страни допълнително се задълбочава. Според определението дадено от Коларова и съавт. под понятието „медиация“ се разбира „доброволен и поверителен структуриран процес, при който един или повече неутрални посредници (медиатори) помагат на спорещи страни да постигнат взаимноизгодно решение. Медиаторът осигурява правилата и рамката, в която протича процесът, и провежда медиацията, без да прави съществени предложения или да взема решения по спора.“ (Kolarova, Minkovski, Chankova et al., 2020). Трябва да се има предвид, че медиацията включва основно познание и набор от практически умения, които може да бъдат усвоени (Dubler & Liebman, 2011).

Цел и методика на изследването

Целта на изследването е да се проучи мнението и отношението на медицински специалисти с мениджърски компетенции относно възможността за въвеждане на метода „медиация“ за решаване на спорове в лечебни заведения за извънболнична и болнична медицинска помощ.

За събиране на необходимата информация са използвани разнообразни методи:

- Социологически метод- пряка индивидуална и онлайн анкета. Анкетирани са здравни мениджъри в лечебни заведения за извънболнична и болнична медицинска помощ на територията на гр. София, гр. Пловдив и гр. Кърджали.
- Статистически методи- използвани са широк кръг описателни и аналитични статистически методи (тест χ^2 на Pearson), и графичен анализ за онагледяване на получените резултати.

Обект на изследването са лекари и професионалисти по здравни грижи в лечебни заведения за извънболнична и болнична медицинска помощ, заемащи управленски позиции. Проучването беше проведено в периода 01.02.2022г.- 30.06. 2022г. чрез пряка индивидуална и онлайн анкета (чрез платформата на Google Forms). Отговор беше получен от 124 респондента.

Получените резултати са обработени с помощта на математико-статистическия пакет SPSS 19 и онагледени графично чрез продуктите на Microsoft Office.

Резултати и дискусия

Демографските характеристики на анкетираниите медицински специалисти с управленски компетенции са представени на табл. 1.

В извадката ни от 124 медицински специалисти, заемащи управленска длъжност, малко преобладават жените (59,7%). Най-голям дял от анкетираниите (75,8%) са във възрастовата група 40-59г. и над половината (58,1%) са семейни. От столицата са 42,9% от анкетираниите и от друг град са останалите 58,1%. Съвсем естествено е, че преобладават респондентите с магистърска степен (67,7%) и придобилите ОКС „Доктор“ (19,4%).

Таблица 1. Демографски характеристики на участниците

Пол	N=124	%
Мъже	50	40.3%
Жени	74	59.7%
Възраст		
	N=124	%
30-39 г.	18	14.5%
40-49 г.	50	40.3%
50-59 г.	44	35.5%
60 и повече години	12	9.7%
Семейно положение		
	N=124	%
Женен/омъжена	72	58.1%
Обвързан/а	10	8.1%
Необвързан/а	18	14.5%
Разведен/а	20	16.1%
Вдoveц/вдовица	4	3.2%
Местожителство		
	N=124	%
Столица	52	42.9%
Град	72	58.1%
Село	0	0.0%
Образование		
	N=124	%
Професионален бакалавър	6	4.8%
Бакалавър	10	8.1%
Магистър	84	67.7%
Докторска степен	24	19.4%
Трудов стаж		
	N=124	%
Под 1 година	8	6.5%
1-5 години	34	27.4%
6-10 години	18	14.5%
Над 10 години	64	51.6%

Над половината са с трудов стаж над 10 години (51,6%), следвани от тези със стаж 1-5 години (27,4%) и 6-10 години (14,5%). Най-малобройна е групата на анкетираните със стаж под 1 година (6,5%).

Доц. А. Воденичарова подчертава, че в основата на съвременния здравен мениджмънт трябва да стои лидерството. Доколкото мениджърът е действителен лидер за персонала, то той ще бъде ефективен мениджър за своята

организация. (Vodenicharova, 2020, Sidzhimova & Shtereva-Nikolova, 2014)

Значителен дял от анкетираните здравни мениджъри (59,7%) съобщават, че са попадали в конфликт с колеги. 61,3% са влизали в конфликт със свои подчинени в качеството си на мениджъри (фиг. 1):



Фиг. 1. Конфликтни ситуации на анкетираните с колеги и подчинени

Малък дял от анкетираните медици, заемщи управленска длъжност казват, че „по-скоро често“ им се налага да решават конфликтни ситуации от позицията си на ръководен кадър (17,7%). 67,7% отговарят, че това се случва „по-скоро рядко“, 4,8%-

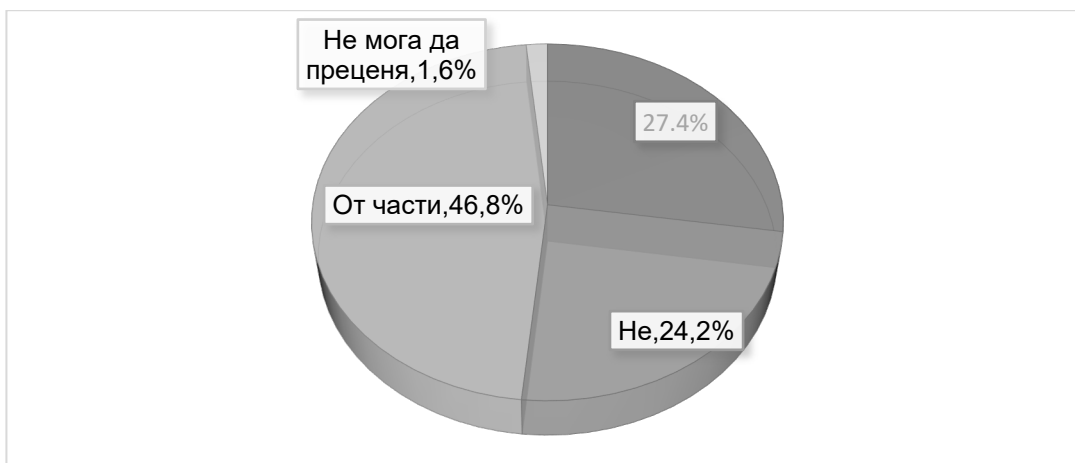
отговарят „никога“ и 9,7% - „не мога да преценя“ (фиг. 2). Липсата на регистриран конфликт не е критерий за липсата на конфликтни ситуации от различно естество в организацията, а говори по-скоро за непознаването им от страна на мениджмънт:



Фиг. 2. Отговори на въпроса „Колко често ви се налага да решавате конфликтни ситуации от позицията на ръководен кадър?“ (в %)

Възможностите на преговорите и медиацията като способ за алтернативно решаване на спорове в медицинската практика се дискутират все по-често. Според Lee и съавт. (2015) процесът на медиация е особено подходящ за решаване на спорове в медицинската практика, тъй като по своята същност е конфиденциален и помирителен. Конфликтните ситуации, подлежащи на медиация могат да се отнасят до медицинска грешка; медицинска

небрежност; проблеми с информираност и информирано съгласие на пациента; неудовлетвореност от медицинската услуга и др. (Lee & Lai, 2015) На въпроса дали са запознати с медиацията като подход за решаване на конфликтни ситуации 27,4% съобщават, че са запознати с метода, 46,8%- че са запознати само „отчасти“ и 24,2% признават, че не са запознати (фиг. 3):



Фиг. 3. Отговори на въпроса „Запознати ли сте с медиацията като подход за решаване на конфликтни ситуации?“ (в %)

На въпроса „Смятате ли, че медиацията би била ефективен подход за решаване на конфликти в медицинската практика?“ отново близо $\frac{1}{4}$ отговарят положително. Други 46,8% отговарят „от части“. Негативно отговарят 11,3% и 17,7% не могат да преценят (фиг. 4). Развитието на комуникативни умения и справянето с конфликти трябва да е приоритет за всеки ръководител.

Някои от най-съществените качества, които лидерът трябва да притежава, за да може да

налага ефективни мениджърски решения на екипа са *„комуникативност, морал и умения да генерира позитивна мотивация“*. (Vodenicharova, 2020)

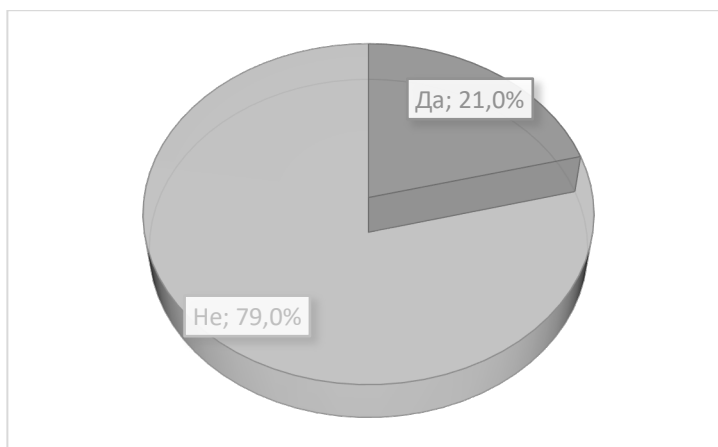
За мениджмънта на човешките ресурси може смело да се твърди, че освен важно социално комуникационно умение, е колкото наука, толкова и изкуство. (Vodenicharova, 2020).



Фиг. 4. Отговори на въпроса „Смятате ли, че медиацията би била ефективен подход за решаване на конфликти в медицинската практика?“ (в %)

Според изследвания между 50% и 90% от времето на ръководителя се използва за осъществяване на комуникации. (Angelov, 1998, Gradinarova, Petkov, Radev et al., 2018) Сред лидерските компетентности в сферата на здравеопазването една от шестте основни групи „Лидерство на другите“ включва именно ефективно общуване и комуникация; развитие на ефективни работни взаимоотношения с колеги и подчинени; умения за слушане; грижа и

менторство в екипа; профилактика и управление на конфликти в екипа. Разбира се на всяко управленско ниво в организационната йерархия наборът от компетентности може да варира. (Vodenicharova, 2020) От нашите респонденти 21% отговарят, че са запознати с ползите при провеждане на медиация. (фиг. 5)



Фиг. 5. Отговори на въпроса „Информирани ли сте за ползите при провеждане на медиация в конфликтни ситуации?“ (в %)

Интерес представлява констатираната зависимост, че управленците с по-малък стаж на тази позиция по-често отговарят, че познават ползите от метода в сравнение с тези с по-дълъг трудов стаж. Връзката е доказано статистически значима ($p=0,007$).

Lee и съавт. (2015) препоръчват сформиранието на екипи за медиация в лечебните заведения за болнична медицинска помощ, които да предоставят образователни и консултантски услуги на персонала и пациентите при възникване на конфликт. Говори се за въвеждане на длъжност организационен (болничен) омбудсман, който безпристрастно, „виждайки“ конфликта в неговата цялост, да помага на страните да вземат решение. Освен в прякото решаване на спорове, болничният омбудсман ще има още роля в обучението на персонала, проследяване на тенденциите по отношение на конфликтите в болничното заведение, подобряване системата за управление на конфликти. (Lee & Lai, 2015)

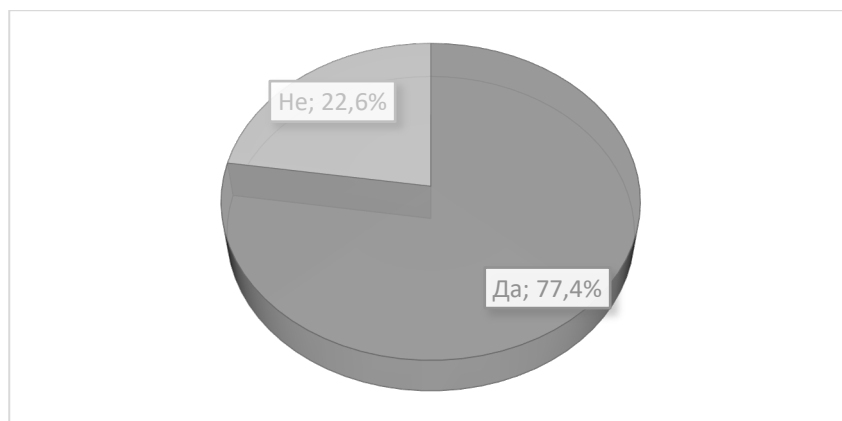
Според модела на Keiser Permanente омбудсманът- медиатор е връзката между пациента и лечебното заведение; реагира бързо и притежава нужните умения за решаване на проблеми; достъпен е за пациента и осигурява възможност да се обърне към специалист, който

своевременно да предложи решение вместо да се търси становище от контролни органи, медии и съдилища; повишава пациентската удовлетвореност (Sharkova, 2017).

Доказано е, че обучението в управление на конфликти има положително въздействие върху лечебните заведения. Naraway & Naraway (2005) проучва супервайзъри и мениджъри в лечебни заведения, като провеждат две 3-часови сесии за практическо управление на конфликти. Професионалните задължения на обучаваните включват мениджмънт на конфликтни ситуации. Преди и след обучението участниците правят тест за оценка на професионалния стрес.

Резултатите от това интервенционно проучване са, че обучението води до положително влияние върху нагласите на участниците в няколко различни области като психологическо напрежение и междуличностно напрежение (Naraway & Naraway, 2005).

Интересът към допълнително обучение по въпросите на медиацията е значителен. 77.40% от нашите респонденти смятат, че за тях ще бъде полезно да бъдат допълнително запознати със способите за решаване на конфликтни ситуации. (фиг. 6):

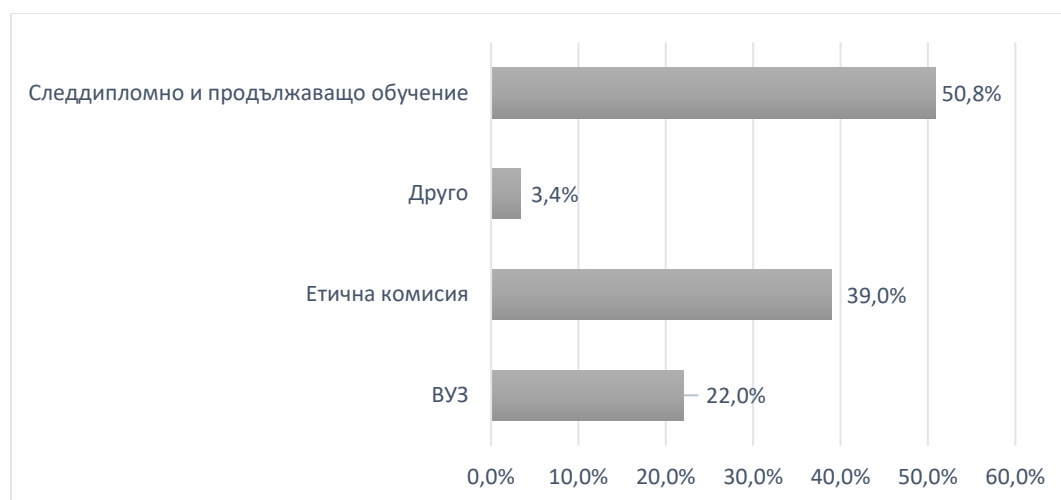


Фиг. 6. Отговори на въпроса „Според Вас би ли било полезно да бъдете допълнително запознати със способите за решаване на конфликтни ситуации?“ (в %)

Изследвана е статистическата връзка между отговорите на този въпрос и демографските характеристики на участниците чрез Fisher's exact test. Анкетираният над 50 годишна възраст в по-голяма степен признават ползата от допълнително обучение и връзката е статистически значима ($p=0,036$).

Над половината респонденти (50,8%) са на мнение, че допълнителното обучение трябва

да е под формата на следдипломно и продължаващо обучение, 39,0% смятат, че това е отговорност на комисиите по професионална етика към съсловните организации и 22% посочват висшите учебни заведения. Сборът на процентите надхвърля 100%, защото анкетираният са посочили повече от един валиден за тях отговор (фиг. 7):



Фиг. 7. Отговори на въпроса „Кой би трябвало да ви запознае с подходите за решаване на конфликти/ медиация?“

В нашето проучване мениджърите с по-малък трудов стаж на управленски пост в по-голяма степен посочват като отговор „следдипломно и продължаващо обучение“. Констатираната връзка е статистически значима ($p=0,008$). Можем да предположим, че липсата на управленски опит е предпоставка за по-голяма мотивация и желание за допълнително организирано обучение.

Заклучение

Здравните мениджъри трябва да са наясно с ползите от комуникативните техники, преговорите и способа медиация. Използването на методи за алтернативно разрешаване на спорове (АРС) се препоръчва, защото насърчава сътрудничеството и възстановява доверието в отношенията „медик-пациент“.

Повишаването на знанията и опита в мениджмънта на конфликти при медицинските специалисти на управленски позиции, би допринесло за по-добри взаимоотношения и между членовете на медицинските екипи.

Организацията на допълнително и продължаващо обучение по проблемите на медиацията трябва да бъде съобразено с вече придобитите комуникативни и лидерски умения, заемания пост, компетенции и правомощия, и ниво на мениджмънт.

Литература

1. Angelov. A. 1998. *Osnovi na menidzhmanta*. Sofiya, Izd. Trakiya-M.
2. Chakarova, L. 2011. *Profesionalna etika za spetsialisti po zdravni grizhi*. Gabrovo, Izd. Eks-Pres.
3. Dubler N, Liebman C. 2011. *Bioethics mediation: a guide to shaping shared solutions*. Nashville, TN: Vanderbilt University Press.
4. Garov, V., Garov S., Gugutkov D. i dr. 2020. *Liderskie kompetentsii v zdravoohranenii, sp. Zdorovye cheloveka, teoriya i metodika fizicheskoy kulyturay i sporta*, Rusiya, Tom 20, № 4, s. 49-53.
5. Garov Sv., Garov V., Enchev A. I dr. 2021. *Viziya za moderen liderski stil na upravlenie v zdraveopazvaneto, sp. Meditsinski menidzhmant i zdravna politika*. Sofiya, izd. Tsentralna meditsinska biblioteka, br. 1, s. 40-45.
6. Georgiev, N. 2018. *Mediatsiyata pri razreshavane na konflikti v bolnichnata pomosht, 42 NTS INGA*, Izd. TEMPO, s. 106-110.
7. Gradinarova, N., Petkov, V. Radev, E. i dr. 2018. *Tendentsii sred choveshkite resursi v sferata na zdraveopazvaneto, Prevantivna meditsina, 2 /14/, s. 12-15.*
8. Haraway, D., Haraway III, W. 2005. *Analysis of the Effect of Conflict-Management and Resolution Training on Employee Stress at a Healthcare Organization. Hospital Topics*, 83(4), 11-17.
9. Kolarova, D., Minkovski, R. Chankova, D. i dr. 2020. *Kniga za mediatora*, Izd. Fondatsiya „Partnyori -Balgariya“, s. 240.
10. Lee D, Lai P. 2015. *The practice of mediation to resolve clinical, bioethical, and medical malpractice disputes. Hong Kong Med J.* 21(6):560-4.
11. Lukova, A. 2009. *Pogled varhu konflikti i vazmozhnosti za obshtuvane v meditsinskata praktika. Balgarski meditsinski zhurnal*, 3, № 2, s.12-15.
12. Milkov, L. 2014. *Konfliktologiya*. Sofiya, Izd. „Yuni Ekspres“ OOD, s. 418.
13. Saltman D, O'Dea A, Kidd M. 2006. *Conflict management: a primer for doctors in training. Postgraduate Medical Journal.* 82(963):9-12.
14. Sharkova, M. 2017. *Konfliktite v zdraveopazvaneto, Mezhdunarodna shkola po komunikatsiya, pregovori, komunikatsiya.* <http://mediation-net.eu/pdf/2017/11-maria-sharkova.pdf>
15. Sidzhimova, D., Shtereva-Nikolova, N. 2014. *Etichni aspekti v prilagane na komunikatsionniya miks v sferata na zdraveopazvaneto, sbornik statii „Evropeyski etichni standarti i balgarskata meditsina“*, Sofiya, Izd. Balgarski lekarski sayuz, s. 278-282.
16. Vodenicharova, Al. 2020. *Liderstvo i menidzhmant v zdraveopazvaneto*, Sofiya, Izd. FOZ, S., s. 152.

доц. д-р Радка Горанова-Спасова, дм
Факултет по обществено здраве „Проф. д-р
Цекомир Воденичаров, дмн“, МУ-София
Катедра по Биоетика
гр. София, ул. „Бяло море“ №8, ет.4

e-mail: r.goranova@foz.mu-sofia.bg



УМЕНИЯТА НА СТУДЕНТКИТЕ АКУШЕРКИ ЗА ОСЪЩЕСТВЯВАНЕ НА ЗДРАВНО ОБРАЗОВАНИЕ НА ПОДРАСТВАЩИТЕ ВЪВ ВРЪЗКА С ПОЛОВО ПРЕДАВАНИТЕ ИНФЕКЦИИ

Кръстина Тодорова, Бахар Саидова, Радослава Джамбазова

STUDENT MIDWIVES' SKILLS IN DELIVERING ADOLESCENT HEALTH EDUCATION IN RELATION TO SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS

Krastina Todorova, Bachar Saidova, Radoslava Djambazova

ABSTRACT Health is a value and its promotion depends on actions to acquire knowledge and attitudes, beliefs and practices to achieve better health outcomes for the individual, family and society. Sexually Transmitted Infections (STIs) remain a threat to public health and mostly affect young people, and sexual health care remains a priority.

Topic relevance: Need for health knowledge for STI prevention and long-term health care. *Aim and Objectives:* The aim of our study is to ascertain students' knowledge about STIs - prevention, treatment, health consequences. Our task – their attitudes towards health education about STIs and ways of providing health information.

Materials and methods: For the purpose of the study, a multimedia presentation was prepared, including information on the main and most common STIs. Survey research, conversation, interview, observation.

Results: The study was conducted among adolescents aged 14 to 18 years old, in three cities from the Burgas region, randomly selected. The first survey found the following: 80.26% of adolescents indicated HIV, syphilis 58.55% and gonorrhoea 36.51% as the main STIs. The relative share (66.45%) of students who indicate the information provided through a presentation as useful and necessary is high. A large proportion of students - 70.40% wish to receive competent information about STIs from a midwife.

Conclusion: Health education, through health information about STIs, should start at school, of course, taking into account the age of the students and an appropriate method of providing information.

Key words: health education, sexually transmitted infections, student midwives, adolescents

Въведение

Концепцията за здравно образование съдържа два феномена: здраве и образование.

Според Конституцията на СЗО (1946) „Здравето е състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не просто отсъствие на болест или недъг“.

Образованието е единен, целенасочен процес на възпитание, обучение и придобиване на съвкупни знания, умения, ценности, социални убеждения и навици [16].

Здравното образование според Шипковенска и колектив [11] представлява въздействие върху знанията, схващанията и ценностите, нагласите и поведението, свързани с укрепване на здравето.

В чл.3, ал.3 на Наредба № 13 от 21.09.2016 г. за гражданското, здравното, екологичното и интеркултурното образование се посочва:

"Здравното образование е насочено към развитие на умения за създаване или поддържане на здравословен стил и условия на живот и за доброволното адаптиране към поведение, благоприятстващо здравето. Като цел на здравното образование е определено изграждането на автономна и активна личност, която „подбира адекватна информация, продукти и услуги за подобряване на здравето и поддържа здравословен начин на живот за себе си и за околните“.

Под здравно образование се разбира разработване на индивидуални, групови, институционални, общностни стратегии за подобряване на здравните знания, нагласи, умения и поведение. Но тези стратегии трябва да се прилагат системно.

Здравното образование е ключово за промоцията на здравето и профилактиката на заболяванията, може да се осъществява чрез

подходящи традиционни и иновативни образователни подходи.

Здравните знания, умения и навици са предпоставка за практикуване на здравословен начин на живот. Здравното образование на децата и юношите може да предотврати риска от възникване на редица заболявания, включително и ППИ. Здравното възпитание е основа за нормалното физическо и психическо развитие на подрастващите [10].

Според Терзиева [8], здравното образование и здравното възпитание са две страни на един процес, необходими за формиране на здравна култура и изграждане на позитивно отношение към собственото здраве и здравето на другите.

Здравната култура в съвременното включва изграждането на здравни ценности, здравни нагласи, убеждения, навици, здравно отношение, здравно поведение [2].

В процеса на здравно възпитание се създават отношения на партньорство с обучаваните, провокира се тяхната активност, обменят се знания, идеи, опит. Целта е хората да осъзнават здравето си като дълг и отговорност [9].

Стимулиране на творческа активност и създаване на предпоставки за личностно формиране на студентите е един от важните компоненти на обучението. Бъдещите медицински специалисти в процеса на професионалната си реализация ще трябва да изпълняват различни „роли“ - на медицински професионалисти, обучители, приятели, наставници и др. Придобиването на умения за креативност и флексабилност при решаването на различни клинични и житейски ситуации е труден път, който трябва да бъде извървян с помощта на преподавателите [1].

За студентите е много важно още по време на обучението си да се чувстват членове на медицинското общество и да знаят, че носят лична отговорност за поведението си. По този начин в бъдещите медицински специалисти се развиват основи за развитие на самочувствие, волеви задръжки, 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 [7]. На бъдещите здравни специалисти се отрежда по-нова професионална и обществена роля, която трябва да отговаря на променените и завишени здравни потребности на населението.

Полово предаваните болести са голяма група инфекциозни заболявания, които имат различни етиологични причинители – бактерии, вируси, протозои. Тези заболявания се характеризират с разнообразна клинична симптоматика, но обединяващото между тях е еднаквият механизъм на предаване и разпространение на инфекцията – сексуалният контакт между партньорите. ППИ се развиват по време на най-активния период от живота на индивида – по време на неговата полова зрялост и поставят трудно преодолими здравни, социални и икономически последици в много страни, включително и у нас.

Най-често срещаните полово предавани болести са: трихомоназа, хламидиоза, гонорея, хепатит В, генитален херпес, СПИН, човешки папиломавирус, сифилис. „Големите“ институции в световен мащаб, работещи от години по проблемите на тази група инфекции, са Световната здравна организация (WHO, Geneva, Switzerland), Центърът за контрол и превенция на заболяванията (CDC, Atlanta, USA), Европейският център за контрол и превенция на заболяванията (ECDC, Stockholm, Sweden). Методичните указания и наръчници, които те издават са продукт на съвместната работа на стотици водещи специалисти от цял свят [4].

През 2016 г. Световна здравна асамблея прие Глобалната стратегия за здравния сектор относно полово предаваните инфекции, 2016–2021 г. [12]. През 2019 г. Световната здравна организация (СЗО) публикува оценки за 2016 г. за глобалното разпространение и честота на четирите най-често лечими ППИ при мъже и жени на възраст 15-49 години [14]. У нас ППИ са обект на наблюдение и контрол НЦОЗА. ППИ остават постоянен проблем на общественото здравеопазване в повечето страни. Невъзможността за поставяне на точна диагноза и адекватно етиотропно лечение през ранния етап от развитието на тези инфекции може да доведе до настъпване на сериозни последици и усложнения, включително стерилитет, загуба на плода, ектопична бременност, аногенитален карцином и преждевременна смърт, както и неонатални и пуерперални инфекции [4]. Което показва, че съществуват групи от обществото, които изпитват необходимост от здравно възпитание за придобиване на здравни познания за превенция от полово предаваните инфекции и дългосрочна грижа за здравето, това са уязвимите групи на соци-

ално слабите, хората със специфични потребности и различни заболявания, малцинствените групи и подрастващите.

Общественото здраве е наука за здравето на човека. Организира, разработва мерки за превенция и промоция на здравето, свързани с опазване и поддържане здравето на здравите, а не само и единствено с лечението на болестта. Във медицинското висше училище (МВУ) студентите акушерки изучават дисциплината Социална медицина и Промоция на здравето, които са основополагащи за усвояване на знания за подходите и оценка на здравето на населението и специалните групи от него, за ролята на здравното възпитание за промяната в отношението, убежденията и мотивация при формиране на здравословен начин на живот. Дисциплините Акушерство и Гинекология са основни за специалността „Акушерка“. Наред със знания за анатомичните особености и физиологични процеси, протичащи в женското тяло през целия жизнен цикъл на жената, тези дисциплини допринасят за осъществяването на профилактични, диагностични, лечебно-терапевтични дейности [3]. От дисциплината Сексология и семейно планиране студентките акушерки придобиват знания за човешката сексуалност, сексуалното и репродуктивно здраве, изграждат консултативни умения необходими за ефективна работа в областта на семейното планиране.

Актуалността на темата по отношение на подрастващите е обвързана с риска от нежелана или преждевременна бременност и аборт, както и раждане в адолесцентна възраст. Последниците са емоционално и физическо страдание, изоставени деца в институции, прекъсване на образованието, репродуктивни проблеми. Данни от НСИ посочват, че през 2021г. регистрираните аборти, под 15 г.в. – са общо 100, от тях по желание – 35; регистрираните аборти във възраст от 15-19 г.в. са 1545, от тях по желание 844 [19]. Наблюдават се тревожни тенденции, налагащи необходимостта от здравно и сексуално образование в училище:

- Силно ограничен достъп до превенция на полово предавани инфекции чрез безплатни изследвания и лечение;

- Липса на безплатни и различни методи за контрацепция, от особено значение за бедни и маргинализирани общности, както и за непълнолетните, които често нямат никакви доходи;

- Крайно недостатъчно сексуално и здравно образование в училище;

- Липса на безплатна профилактика за сексуално и репродуктивно здраве за всички. България има едни от най-високите нива в ЕС на заболяемост и смъртност от рак на шийката на матката;

- Липса на достатъчно медицински специалисти, които да осигуряват ефективен достъп до сексуалните и репродуктивни права.

Цел: умения на студентите акушерки за предоставяне на здравна информация за полово предаваните инфекции (ППИ) на учениците.

Обект на изследването: знанията на респондентите за методите на предпазване, лечение, от ППИ; рисковете за здравето от ППИ.

Обхват на изследването са 304 ученика от три града на Бургаска област, избрани на случаен принцип.

Материали и методи на изследването: документално проучване; информационно запознаване на респондентите с подготвена мултимедийна презентация за най-често срещаните ППИ сред обществеността; беседа; анонимно анкетното проучване; интервю; наблюдение. Изследването подготвиха студенти от специалност „Акушерка“, втори курс, при Университет „Проф. д-р Асен Златаров“ гр. Бургас, съвместно с преподавател.

Резултати и обсъждане

В мултимедийната презентация студентите акушерки включиха информация за ППИ: СПИН, сифилис, гонорея, хламидиална инфекция, хепатит В, както и влиянието на тези инфекции не само върху здравето на жената и мъжа, но и новороденото, с негативните последиците върху качеството им на живот. Презентацията като начин за представяне на информация, напоследък навлезе широко, както при реализиране на учебния процес във висшите училища, така и в други области на обществения живот. Стимулира творческото мислене на студентите, умения за работа с научна литература и основни ключови понятия [5].

Важно беше да се отбележи, че акушерката е специалист в предоставяне на здравни грижи за нормална бременност, раждане, грижите за новородено, грижите за гинекологично болната жена. Нейната теоретичната и практическа подготовка дава възможност на акушерката да осъществява самостоятелно, дейности по промоция на здравето и превен-

цията на болестите. Компетенциите на акушерката по отношение на превенция на ППИ и рисковете от тях са посочени в Наредба № 1 от 8 февруари 2011 г. на Министерството на здравеопазването [6].

Под формата на беседа се обсъдиха и разясниха значими термини и състояния свързани с темата: профилактика и ранна диагностика, симптом, риск и рисков фактор, рисков поведение, стерилитет.

Възрастово разпределение на респондентите: На възраст от 14-15г. са 53% от учениците, на възраст от 16-18г. съответно 47%. Разпределение по пол: повече от половината от респондентите са момичетата- 57%, момчетата- 43%. От анкетното проучване стана ясно, че подрастващите знаят кои са ППИ (табл. 1):

Таблица 1. ППИ според подрастващите

ППИ	%
СПИН	80,26%
ГРИП	9,53%
Сифилис	58,55%
Хепатит С	23,26%
Хепатит А	17,74%
Гонорея	36,51%
Хепатит В	24,34%
Хламидиална инфекция	17,10%
Рак на маточната шийка	28,29%

Въпреки това статистиката сочи, че за 2021г. заболелите от сифилис общо са 1760, в това число новооткрити - 320.; Гонорея – 80, в.ч. 72;

Регистрираните заболявания от сифилис при деца под 17 г. са 78, а от гонорея- 2 [19].

Много международни проучвания отбелязват, че честотата на ППИ действително се затруднява от факта, че тези инфекции често са асимптоматични, недиагностицирани и недостатъчно докладвани [13].

Резултатите от табл. 2 са показателни за това, че значителна част от учащите (61,51%), предпочитат, съответно чувстват необходимост в училище да се представят обучителни програми за профилактика на ППИ. Според Т.

Бостанджиев [15], целта на обучителните инициативи е подкрепяща личностното развитие и израстване на подрастващите, в изграждането на хармонични и автономни личности, способни творчески да намират оптимални решения във все по-динамичната и многообразна среда. Потребност от обучителна програма за профилактика на рисков поведение по отношение употреба на алкохол, тютюнопушене и наркотици имат 54,27% от респондентите. Употребата на алкохол и наркотици подтиква към рисков сексуално поведение.

За 38,18% от подрастващите са важни програмите за профилактика на наднормено тегло, програми за спорт и двигателна активност са интересни за 34,87% от учениците.

Таблица 2. Предпочитани обучителни програми от подрастващите

ОБУЧИТЕЛНИ ПРОГРАМИ	%
Профилактика на полово предаваните болести	61,51%
Профилактика на рисков поведение по отношение употреба на алкохол, тютюнопушене и наркотици	54,27%
Профилактика на наднорменото тегло	38,18%
Програми за спорт и двигателна активност	34,87%
Друго	1,98%

След мултимедийната презентация, 66,12% от подрастващите са с нагласа да използват предпазни средства /презерватив/ с цел превенция от полово предаваните болести и рисковете от тях, повече от половината 56,26% са мотивирани да практикуват безрисково /здравословно/ поведение. За 43,10% е важно предоставянето на компетентна информация, а значимостта на профилактичните прегледи оценят 41,78% от подрастващите. (табл. 3):

Таблица 3. Нагласи на подрастващите

поднесената информация ще Ви накара да:	%
Използвате предпазни средства /презерватив/ с цел предпазване от полово предаваните болести	66,12%
Да посещавате профилактичен преглед	41,78%
Да търсите компетентна информация, относно полово предавани инфекции	43,10%
Да имате отговорно, без рисково / здравословно / поведение	56,25%

Интерес за нас представлява мнението и оценката на учащите за ролята на акушерката в процеса на информация за ППИ, след запознаването им с дейностите и компетенциите, които акушерката притежава и нормативната уредба позволява. Голяма част от учениците (70,40%) се доверяват на акушерката и желаят да са здравно информирани от нея. На втора позиция са родителите с 46,05%-разбиращата и подкрепяща семейна среда изгражда модела на положително, здравословно поведение. За 37,83% от подрастващите, учителите са предпочитан източник на информация, тъй като във всекидневие, педагозите първи откликват на въпросите и емоциите им. Информацията от интернет (33,22%) и приятели (9,21%) е по-скоро ненадеждна и объркваща (фиг.1):



Фиг. 1. Компетентна информация относно ППИ

В България сексуалното образование се изучава частично в часовете по Биология и

здравно образование, от шести до десети клас. Необходимостта от допълнително здравно обучение, освен в часовете по биология е видна на (фиг.2):



Фиг. 2. Необходимост от допълнителна информация относно ППИ, освен часовете по биология

Висок е относителният дял на учениците (60%) които посочват, необходимостта от допълнителна информация относно ППИ, освен часовете по биология, едва 21% смятат часовете по биология достатъчни, докато 19% не могат да преценят.

Нов предмет е заложен в Плана за възстановяване на България, свързан със здравна и сексуалната култура на учениците. Предметът „Хигиена и сексуална култура“ ще учи малките ученици да водят здравословен и екологичен начин на живот, на основни хигиенни умения и навици. Едва в 11-12 клас българските младежи ще се учат на партньорство и родителство [18].

Докато в страни като Швеция, Холандия, Финландия половата култура и сексуалното образование се изучава още в началното училище [17].

Изводи и заключение: Необходимо е сексуалното и репродуктивно здравно образование да започва още в детството, с достъп до медицинска информация и помощ, съобразена с възрастта, с цел да се формират здравни навици и здравна култура.

Обучението на студентите акушерки във ВМУ изгражда умения за участието им в процеса на здравното образование на подрастващите и по отношение на ППИ.

В проведеното проучване мултимедийната презентация стимулира учениците към преживявания и мисли, което би променило техните нагласи, отношения и формиране на ценности. А комбинирането с беседа провокира

когнитивната дейност на ученика и допринесе за обратната връзка от аудиторията.

Реализацията на здравно образование у подрастващите по отношение на ППИ има личностни и социални измерения.

Литература

1. **Андонова А.**, С. Кючукова, М. Николова и съавт., Здравни знания за малки и големи, 2017, изд. Кота, Ст. Загора, ISBN 978-954-305-444-2, стр. 12-132.

2. **Иванов Е.**, Здравната култура на учениците-фактор за ефективна промоция на здравето, София, 2016, изд. Горекс прес

3. **Кр. Тодорова**, Христина Милчева, „Нагласи и готовност на студентките акушерки да прилагат профилактични здравни грижи“, В: Академично списание „Управление и образование“, кн. 5, том XVIII, с. 55-60, Бургас. ISSN 131261213.

4. **Кузманов, А.**, З. Иванова и съавт., 2015, СПИ-клиника, диагноза, етиотропна терапия, MEDINFO, бр.2

5. **Милчева, Хр.**, От традицията към иновацията при обучението на медицинските сестри и акушерките, изд. „ЕКС-ПРЕС“ООД, - Габрово, 2012, с. 140, монография

6. **Наредба № 1** от 8 февруари 2011 г. За професионалните дейности на здравните

7. професии от 18 февруари 2011 г.

8. **Попов, Т.** колектив, 2012, Педагогика, Теория на възпитанието, I част, Габрово, изд. Екс-Прес

9. **Терзиева, Г.**, Здравното възпитание и ролята на медицинската сестра в неговата реализация, Управление и образование, Том VI (3), 2010, стр.160-165

10. **Терзиева, Г.**, Здравно възпитание здравна култура. Медко-социални и педагогически аспекти, монография. Първо издание, Пловдив: Лакс бук 2012 г. ISBN 978-954-8326-83-4, стр. 74-75

11. **Търпоманова Цв.**, Възможности за реализация на инспекторите по обществено

здраве като специалисти по здравно образование в училищата, Журнал на Медицински колеж Варна, т. I, 2018, бр. 1, МУ- Варна, стр. 11-15

12. 11. **Шипковенска Е, Георгиева, съавт**, Приложна епидемиология и медицина базирана на доказателствата, София: Делфи; 2002г.

13. 12. World Health Organization (WHO). Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016-2021. Geneva: WHO; 2016.

14. 13. Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) (National Institute of Public Health). Spolno prenesene okužbe v Sloveniji: letno poročilo 2018. [Sexually transmitted infections in Slovenia: annual report 2018]. Ljubljana: NIJZ; 2019. Slovenian. Available from: <http://www.nijz.si/sl/epidemiolosko-spremljanje-nalezljivih-bolezni-letna-in-cetrletna-porocila>

15. 14. **Rowley J**, Vander Hoorn S, Korenromp E, Low N, Unemo M, Abu-Raddad LJ, et al. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. Bull World Health Organ. 2019

16. 15. <https://pedagogika.bg/kolko-vazhno-e-zdravoto-i-seksualno-obrazovanie-pri-tijnejdzharite/>

17. 16. <https://bg.wikipedia.org/wiki/>

18. 17. <https://teacher.bg/>

19. 18. <https://nova.bg/news/view/2021/08/03/335631/>

20. 19. https://www.nsi.bg/sites/default/files/files/publications/Zdraveopazvane_2022.pdf

Ас. Кръстина Тодорова

Катедра „Здравни грижи“

Факултет обществено здраве и здравни грижи
Университет „Проф. д-р Асен Златаров“ – Бургас, „Проф. Якимов“ 1

e-mail: kristin_k@ab.bg

e-mail: bahitoowee@abv.bg

e-mail: raboslaval719@abv.bg



ПРОУЧВАНЕ ИНФОРМИРАНОСТТА СРЕД ЖЕНИТЕ ЗА САМОПРЕГЛЕД КАТО ПРЕВЕНЦИЯ ЗА РАК НА ГЪРДАТА

Моника Обрейкова, Петя Стефанова, Айсун Реджеб, Айсун Мехмед

A STUDY OF AWARENESS AMONG WOMEN ABOUT SELF-EXAMINATION AS A PREVENTION FOR BREAST CANCER

Monika Obreykova, Petya Stefanova, Aysun Redjeb, Aysun Ahmed

ABSTRACT: Breast cancer is a topic that should constantly be in focus. The urgency of the problem requires the development of different methods for researching the awareness among women about the early diagnosis of breast cancer, as well as paying serious attention to training on the methods related to prevention and prophylaxis.

The aim of the study is to study and analyze women's awareness of the early diagnosis of the disease. 60 women of different age groups took part, patients from the Department of Oncosurgery at Burgas. The leading answers among the respondents are the early onset of the menstrual cycle, the small number of births, and short-term breastfeeding, which are among the risk factors and increase the risk of developing breast cancer. In a large part of the examined women, there is no family burden, and only in 36.7% of them was the genetic factor established as a prerequisite for the development of breast cancer.

When analyzing the results, it was found that many of the respondents indicated changes in the shape and size of their breasts as their first symptoms, with 38.3% of them having found a "lump" seal in one of their breasts. From the study, it can be seen that a large part (63%) of the examined women do not attend regular preventive examinations, and most of them do not perform an active self-examination at home. According to the results of the survey, more than half (77%) of the women surveyed expressed a desire to be included in self-examination training.

Key words: awareness, self-examination, prevention, breast cancer

Въведение

Ракът на гърдата представлява злокачествен тумор, който започва от клетките на самата гърда. Повечето от злокачествените образувания на гърдата започват от каналчетата (т.нар. дуктален рак) или от лобулите (лобуларен рак). Останалата част от неоплазмите произхождат от другите тъкани. Повечето от лимфните съдове на гърдата водят до лимфни възли разположени под мишницата. Те се означават като аксиларни лимфни възли. Ако раковите клетки достигнат тези възли и продължат своя растеж, те предизвикват възпаление и подуване. Веднъж достигнал аксиларните лимфни възли, ракът е по-вероятно да се разпространи и в други части на тялото [1]. Ракът на гърдата е най-честото и най-значимото медико-социално злокачествено заболяване при жените в цял свят. Въпреки усилията, които се полагат за намаляване на заболеваемостта както и смъртността причинена от нея, ракът на гърдата продължава да бъде водеща

причина за смърт сред жените с онкологични заболявания.

Световната здравна организация изчислява, че ракът на гърдата отнема живота на повече от 500 000 жени годишно, като този брой може да бъде значително намален, ако неопластичния процес бъде открит на по-ранен етап, а именно това се дължи на съвременните профилактично-диагностични методи, които включват провеждане на редовни профилактични прегледи както и извършване на активен самопреглед в домашни условия [2].

Когато ракът на гърдата се открие и лекува навреме, шансовете за оцеляване са много високи. Въпреки това жените са изправени пред сложни бариери пред ранното откриване, включително социални, икономически, географски и други взаимосвързани фактори, които могат да ограничат достъпа и до навременни, достъпни и ефективни услуги за грижа за здравето на гърдите [3].

Високата честота на диагностицираните случаи определят неговото значение като тежък проблем на съвременното общество

здравеопазване, което налага да се разработят обученителни програми, които ще помогнат на всички жените в курса на обучение да разпознават рисковите фактори, първите симптоми и да бъдат запознати с действията, които трябва да предприемат с цел превенция както и повишаване информираността им за методите свързани с профилактиката на рака на млечната жлеза.

Ранната диагноза се основава на подобрена обществена здравна култура относно първите признаци на рак на гърдата и предприемане на методи и действия свързани с профилактично-диагностичната дейност. Злокачествените тумори на млечната жлеза в България засягат около 3500 болни годишно. В по-малка степен (100 пъти по-малко) се наблюдава у мъжете.

Честотата на диагностицираните случаи се увеличава след 35 - годишна възраст, което се основава като тенденция за подмладяване и често засягане на жени във фертилна възраст.

Световната здравна организация е определила две различни, но свързани стратегии за насърчаване на ранното откриване на рак, *ранна диагностика*, т.е. разпознаване на симптоматичен рак на ранен етап; и *скрининг*, т.е. идентифициране на асимптоматично заболяване в целева популация от видимо здрави индивиди [2].

Предпазване от рака на гърдата, както и от другите карциноми, е възможно единствено и само чрез скрининг. При пациентки под 40-годишна възраст е препоръчително провеждането на ехография един път годишно, ако пациентката няма оплаквания. При жени над тази възраст подходящото изследване е мамографията. Тя се извършва на всеки две години за пациентки без конкретни оплаквания или без генетична обремененост. Когато съществува рискова наследственост, мамографията следва да се провежда всяка година.

При ранно диагностициране на заболяването 80% от пациентите се поддават на пълно излекуване или повишават преживяемостта си след диагнозата.

Цел

Целта на изследването е да се проучи и анализира информираността на жените относно ранната диагностика на заболяването рак на гърдата.

Обект на изследването е мнението на респондентите относно методите за профилактика и превенция.

Респондентите взели участие в проучването са 60 жени от различна възрастова група, пациенти в отделение по Онкохирургия - КОЦ Бургас.

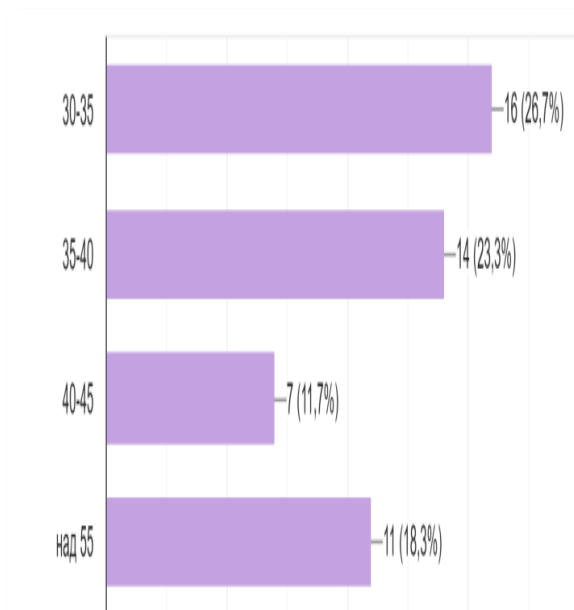
Материали и методи на изследването

Проведено е анкетно проучване през месеците февруари - април 2023 година. Направен е литературен обзор по разглежданата тема. Извършено е социологическо проучване.

Резултатите са обработени по Microsoft Office Excel 2016, I Stat Grafics.

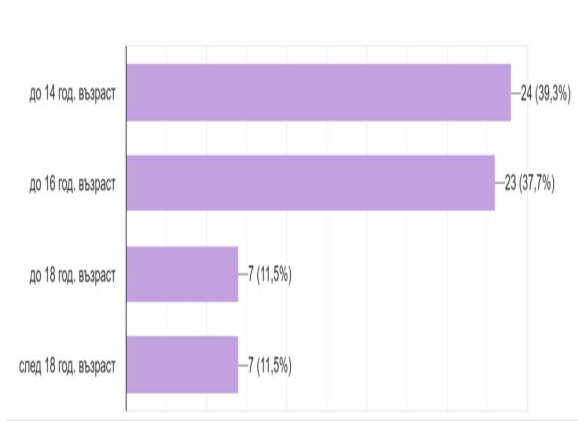
Резултати и обсъждане

Данните от направеното анкетно проучване установиха, че преобладаваща част от анкетираните жени са във възрастова група между 30 – 35 г. (62%), а на второ място заемат жени във фертилна възраст между 35 – 40 г. (фиг. 1):



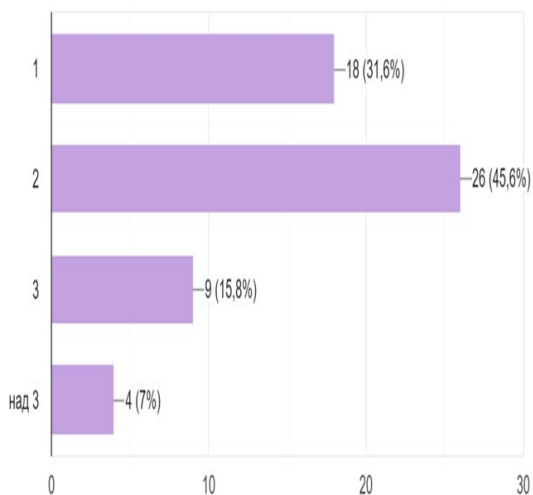
Фиг. 1. Разпределение по възраст

На въпроса ‘‘На колко години Ви беше първата менструация?’’ преобладаващият отговор сред анкетираните се явява ранното начало на менструалния цикъл, което повишава риска от развитието на рак на гърдата (фиг. 2):



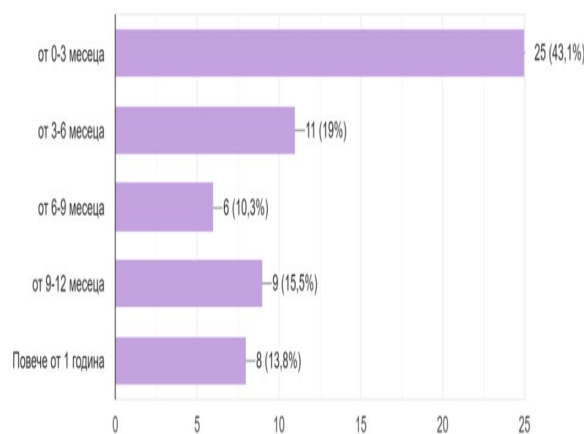
Фиг. 2. Първа менструация

Най-висок е процентът 45,8% на жените посочили, че имат две на брой раждания, а 31,6% от изследваните респонденти посочват, че имат само едно раждане (фиг. 3):



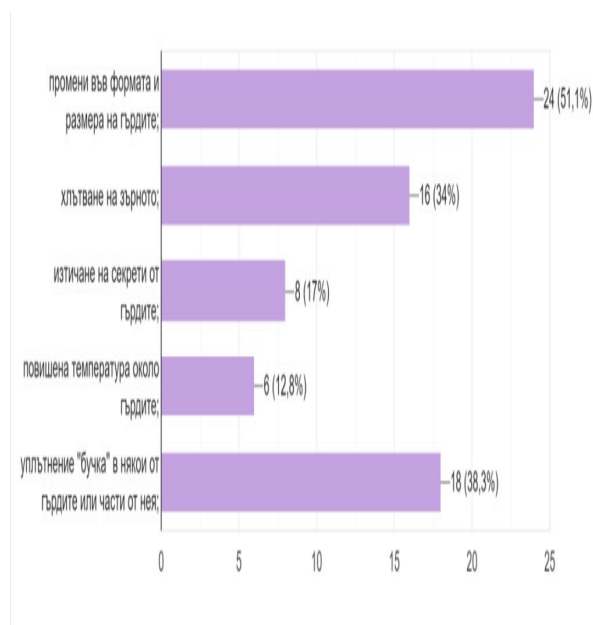
Фиг. 3. Брой раждания

Важно значение има продължителността на кърменето като превенция на заболяването, затова бе зададен въпроса “Колко продължително време сте кърмили своите деца?”. Като преобладаващ отговор (43,1%) е посочен от 0-3 месеца, който попада към основните рискови фактори за развитие на рак на млечната жлеза (фиг. 4):



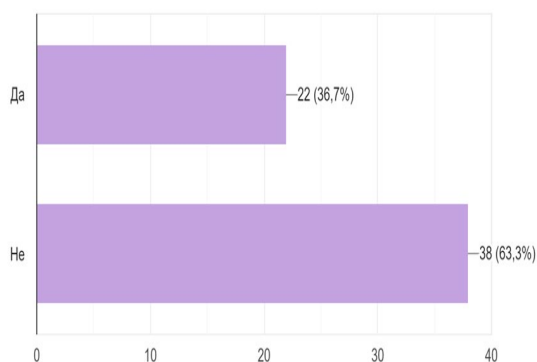
Фиг. 4 Продължителност на кърмене

Резултатите от проучването установяват, че мнозина от анкетираните (51,1%) респонденти са забелязали промени във формата и размера на гърдите си, като 38,3% от тях са установили случайно уплътнение “бучка” в някоя от гърдите си или части от нея (фиг. 5):



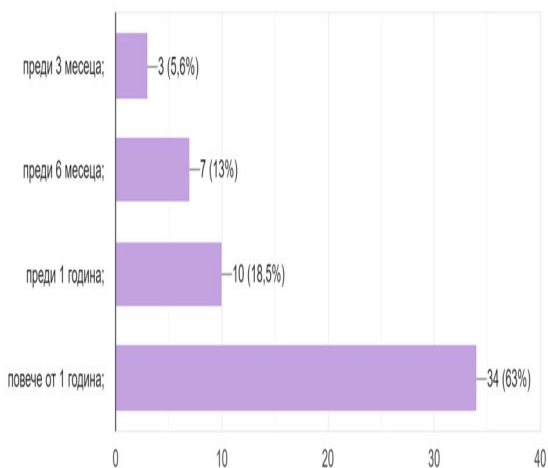
Фиг. 5 Забелязани първи симптоми.

Голяма част (63,3%) от изследваните жени посочват, че нямат фамилна обремененост, а при 36,7% от тях е установен генетичния фактор като предпоставка за развитие на рак на гърдата (фиг. 6):



Фиг. 6. Фамилна обремененост

От направеното анкетно проучване се установи, че голяма част (63%) от анкетираните жени не посещават редовни профилактични прегледи, като акцентират, че последният им профилактичен преглед е бил повече от една година. Данните установяват негативна тенденция относно профилактиката на заболяването (фиг. 7):



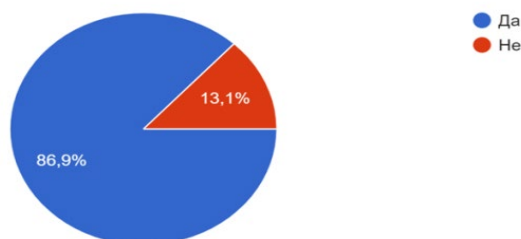
Фиг. 7. Профилактичен преглед

Мнозина от анкетираните жени посочват, че не извършват активен самопреглед в домашни условия, което има пряка връзка с промоцията и профилактиката на заболяването (фиг. 8):



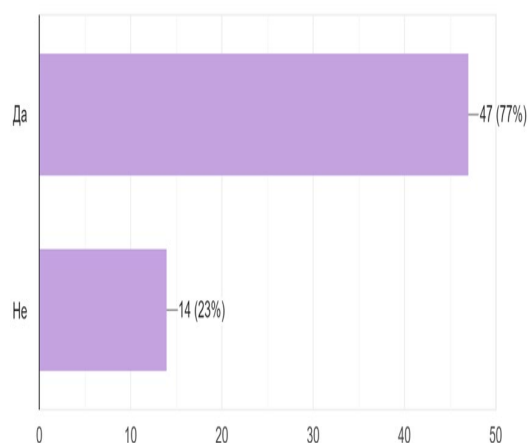
Фиг. 8. Самопреглед

Голяма част (86,9%) от респондентите смятат, че обучението за самопреглед ще ограничи риска от развитие на рак на гърдата (фиг. 10):



Фиг. 9. Обучение за самопреглед

От проучването се установява извода, че повече от половината (77%) от анкетираните желаят провеждане на обучение за самопреглед.



Фиг. 10. Необходимост от обучение

Заклучение

Ефективните стратегии за превенция и ранно откриване могат да помогнат за намаляване на разходите и постигане на значителни спестявания както за здравните системи, така и за индивидите, тъй като ракът в по-ранен стадий е по-евтин за лечение. Анализът на общите икономически спестявания от стратегия за превенция/ранно откриване/лечение в контраст с подхода „само лечение“ се оценява на приблизително 60% във всички региони на света.

Един от основния профилактично-диагностичен метод е самоизследването на гърдите. Във връзка с направеното анкетното проучване се установи, че голяма част от изследваните жени нямат достатъчна информираност за ранната профилактика и методите свързани с превенция на заболяването рак на гърдата. Мнозина от тях акцентират върху необходимостта от включването им в обучения за самопреглед, водени от медицински сестри, свързани с повишаване информираността за възможни ранни симптоми, които имат пряка връзка с промоцията и профилактиката на рака на гърдата.

Изводите от проучването се основават на това, че голяма част от изследваните жени не посещават редовни профилактични прегледи и като повече от тях не извършват активен самопреглед в домашни условия.

Препоръките на които акцентираме в тази насока са извършване на редовен самопреглед веднъж месечно както и посещение при специалист веднъж годишно при здрави жени с извършване на образно изследване на гърдите като при жени в медико-социален риск да се извършват по чести прегледи при специалисти, изискващи проследяване.

Преживяемостта при рак на гърдата до голяма степен зависи от достъпа на жената до навременни, ефективни и достъпни грижи. Ранното откриване е от решаващо значение при рака на гърдата. Когато се съчетае с навременен достъп до лечение, подходящо проследяване и грижи за оцеляване, може да

има значително намаляване на смъртността от рак на гърдата.

Важен акцент са и разработване на обучителни програми, водени от медицински сестри, в които да бъдат включени рисковите фактори, първите симптоми и действията, които трябва да предприемат с цел превенция както и повишаване информираността им за методите свързани с профилактиката на рака на млечната жлеза.

Литература

1. Черноземски Ив., Шипков Т., Онкология, 2001, София,

2. WHO. *Guide to cancer early diagnosis*. World Health Organization. <http://www.who.int/iris/handle/10665/254500>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

3. Ophira Ginsburg, MD, Cheng-Har Yip, MD, Ari Brooks, MD, MS Ed., Anna Cabanes, PhD MPH, Maira Caleffi, MD, P. Bishal Gyawali, MD, PhD, Valerie McCormack, PhD, *Breast cancer early detection: a phased approach to implementation*, 2020 May 15; 126(Suppl 10): 2379–2393.,doi: [10.1002/cncr.32887](https://doi.org/10.1002/cncr.32887)

гл. ас. Моника Обрейкова, дузг
Университет „Проф. д-р Асен Златаров”
Катедра „Здравни грижи”
Адрес гр. Бургас, бул. „Проф. Якимов” №1
e-mail: monika_obrejкова@abv.bg

ст. преп. Петя Стефанова
Университет „Проф. д-р Асен Златаров”
Катедра „Здравни грижи”
Адрес гр. Бургас, бул. „Проф. Якимов” №1
e-mail: petiastst@abv.bg

Айсун Реджеб
e-mail: abeyhan261@gmail.com

Айсун Мехмед
e-mail: aysunonline2@gmail.com



УЧАСТИЕ НА АКУШЕРКАТА В ПРОЦЕСА НА ВЗИМАНЕ НА РЕШЕНИЕ ЗА НАЧИНА НА РАЖДАНЕ ОТ ЖЕНИ- НЕ РАЖДАЛИ, БРЕМЕННИ, РАЖДАЛИ БЕЗ ДА ИМАТ АБСОЛЮТНИ ИЛИ ОТНОСИТЕЛНИ ИНДИКАЦИИ ЗА ЦЕЗАРОВО СЕЧЕНИЕ

Недялка Атанасова, Ваня Василева, Ебру Смаил, Тони Иванова, Фатме Феми

PARTICIPATION OF THE MIDWIFE IN THE DECISION-MAKING PROCESS OF THE MODE OF BIRTH BY WOMEN- NON-LABORING, PREGNANT, LABORING WITHOUT ABSOLUTE OR RELATIVE INDICATIONS FOR CAESAREAN SECTION

Nedyalka Atanasova, Vanya Vasileva, Ebru Smail, Toni Ivanova, Fatme Femi

ABSTRACT *Childbirth is a physiological process and usually occurs vaginally and lasts from 4 to 12 hours. There are absolute and relative indications for cesarean section. The object of this study is not the indications for operational birth, but the cases in which they are missing, but women prefer to give birth with surgery. Globally, there is an increase in the percentage of Caesareans performed for no objective reasons compared to vaginal births. This negative trend is observed in a number of countries with relatively high birth rates such as Brazil, Turkey. In EU countries, caesarean sections are within 15-30% of the total number of births. In Bulgaria, almost half of the births are carried out by cesarean section and very few of them are by absolute indications of this. By 2017 the percentage of operations is 45%, and in 2021 it is already 49.95%. The World Health Organization recommends that about 10-15-19% of women give birth surgically. All this data tells us that many of the sections in our country and around the world are unnecessarily done without having an absolute or relative indications for that.* **Objective:** *to examine the opinion and attitudes of non-borne, pregnant, parturient women how they prefer to give birth if they do not have absolute or relative indications for that and what is the involvement of the midwife in forming their opinion.* **Materials and methods:** *questing of respondents, observation, interview* **Results and discussion:** *There were 984 respondents. The questing of respondents was held from February to 15.04.2023 in Women's Consultations, Departments in Hospitals, Social Networks. More than 70% of women are in favor of a normal vaginal birth, 23% would choose an operative birth without objective prerequisites. When asked how they gave birth, more than half had the answer was operatively 488 and 465 vaginally. The biggest influence on the decision to give birth has the - obstetrician-gynecologists -leading The Consulting Cabinet for Maternal Care/CCMC/ – 86.45% . Very little is the influence of the midwife or a close health care specialist. Respondents' answers indicate that they would contact a midwife working in the Women's Health Kabinet about the choice of birth giving. Positively answered 864 women and only 147 answered negatively.* **Conclusion:** *The study fulfilled its purpose and showed what is the role of the midwife in making a decision about the woman's mode of delivery, when there are no absolute and relative prerequisites for Cesarean Section at this time. It made it possible, based on the answers, to give some recommendations for increasing the role of the midwife as an active participant in decision-making about the mode of birth.*

Key words: midwife, pregnant, normal vaginal delivery, Cesarean section,

Въведение

Раждането е физиологичен процес и нормално протича по вагинален път, продължава от 4 до 12 часа. Много често нормално протичащо раждане може да се превърне в оперативно родоразрешение. Основни индикации за това са: интраутеринно фетално страдание, абрупцио плаценте, пролапс на пъпна връв, родилна слабост и други. Съществуват и абсолютни индикации за Секцио Цезарее, които откриваме по време на бременността, като: тесен таз и пелвио-фетална диспропорция,

тежки придружаващи заболявания като сърдечно съдови, очни, карцином на шийката на матката, вагинални инфекции, неправилни предлежания и положения на плода, многоплодна бременност с усложнения, гигантски плод, абнормално прикрепване на плацентата, еклампсия, прееклампсия и други. Относителни причини за оперативно родоразрешение са възрастта, предходно раждане със Секцио цезарее, не напредване на раждането, преносеност или недоносеност. [1].

Обект на това проучване не са индикациите за оперативно родоразрешение, а случаите в които те липсват, но жените предпочитат да родят с операция. В световен мащаб има увеличение на процента извършени Цезарови сечения в сравнение с вагиналните раждания. Тази негативна тенденция се наблюдава в редица страни със сравнително висока раждаемост, Бразилия и Египет (55% цезарови сечения от общия брой на ражданията), Турция (53%), Венецуела (52%) [3]. В Бангладеш например през 2013г от всички Цезарови сечения, само 1,4% са извършени при абсолютни показания от страна на бременната и раждаща жена, от общия брой на направени секции. Отчетено е, че повечето от секциите без абсолютни индикации се правят в частни лечебни заведения от жени с подобрен икономически статус [5].

В същото време в развитите страни на ЕС цезаровите сечения са в рамките на 15-30% – в Полша и Норвегия (16%), в Австрия (29%), в Германия (32%) [3]. Опитът в страните като Швеция и Финландия, които имат най-ниска неонатална и майчина смъртност и ражданията са предимно по нормален път, е в резултат на ролята на акушерките във физическата и психическата подготовката на бъдещите майки за раждането им.

За съжаление при нас, както и в много от развиващите се страни /пример Бангладеш/, в частните болници този процент е повече от 80.[5]. През 2019г България е на 5 място в ЕС по брой раждания със Секцио. По-висок е процента на операции в големите градове, докато в малките градове този процент се доближава до препоръките на СЗО. [4]. Световната здравна организация препоръчва около 10- 15-19% от жените да раждат оперативно [7].

Необходимо е да се спомене и факта, че има много изследвания, които показват, че едно секцио без абсолютни и относителни индикации може да доведе до известни рискове за майката и новороденото.

Безспорно едно оперативно раждане спестява часове родилен процес, съпроводен с неприятни болкови усещания [6]. От друга страна възстановяването след операцията е по-дълго, оперативното вмешателство води до по-чести тромбоемболични усложнения, има оперативен риск, както и такъв при прилагането на анестезията. При новородените се наблюдава по-често дистрес синдром, свързан с проблеми с дишането, нараства риска от заболявания като алергии, астма [3]. Всички тези данни ни

насочват, че много от секциите у нас и по света са ненужно извършени без да има абсолютни или относителни индикации за тях.

Цел на изследването е да се проучи мнението и нагласите на не раждали, бременни, раждали жени как предпочитат да родят, ако нямат абсолютни или относителни индикации за оперативно раждане и какво е участието на акушерката при формиране на тяхното мнение.

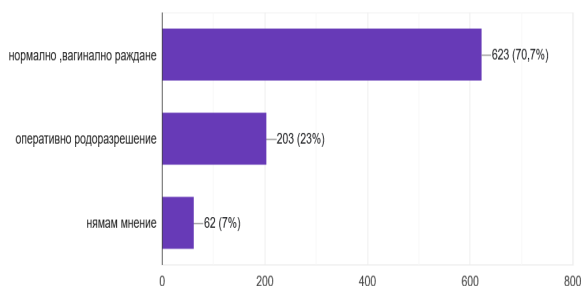
Материали и методи: анализ на научна литература и статистики от РЗИ, НЗОК; Анкетирани на респондентите, разговори (интервю) с жени (не раждали, бременни, родилки, раждали). Анкетиранието се проведе от м. февруари до 15.04.2023г в Женски консултации, отделения в Болнични заведения, Социалните мрежи. Анкетирани са общо 984 респондента от които интервюирани са 65 жени, хоспитализирани в Родилно отделение и Отделение по патологична бременност в учебни бази, където студентите провеждат своята практика.

Резултати

Анкетиранието 984 респондента отговарят на поставени 12 въпроса. Най-активни са били жените във възрастов диапазон от 30-35г.- 61.7% от общия брой. 865 от участвалите в анкетата са раждали, 88 са били бременни към момента на провеждането й и само 76 не са раждали. Анкетите показват, че повече от 70% процента от жените са за нормално вагинално раждане, 23% биха избрали оперативно родоразрешение, без да има обективни предпоставки за това. На въпроса как са родили, при повече от половината отговора е оперативно-488, а 465 вагинално или 54.3% оперативно към 51.3% нормално.

3. Ако сте не раждала или бременна в момента и няма никакви обективни предпоставки за оперативно родоразрешение, как бихте предпочели да родите:

881 отговора

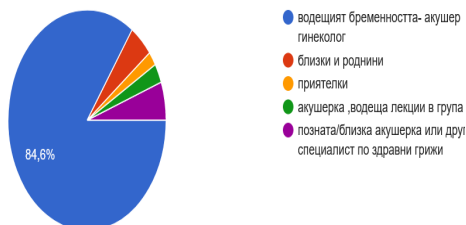


Фиг. 1. Мнение за начин на родоразрешение на не раждали и бременни

Най-голямо влияние за вземането на решение жената да роди оперативно оказва лекаря АГ- водещ ЖК - 86.45%. Много малко е влиянието на акушерката или близък специалист по здравни грижи.

4. Кой би ви повлиял при взимане на решение за вида раждане , при положение че няма обективни причини за Sectio Ceasarea:

925 отговора

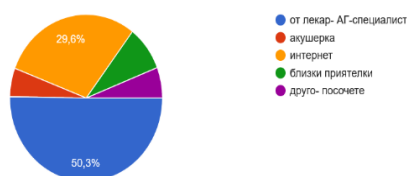


Фиг. 2. Влияние при вземане на решение за вида раждане при положение, че няма обективни причини за Sectio Caesarea

Интересни са отговорите на въпроса от къде черпят информация анкетираниите за предимствата и недостатъците на двата вида раждане. Половината от тях – 50.3% разчитат на лекар- АГ-специалист, 23.6% от интернет, останалите 25% получават информация от акушерка, близки и познати, от други места. Това доказва огромната роля на интернет и сравнително слабата комуникация с компетентни специалисти, особено акушерките, които стоят най-близо до жената в най-важните за нея моменти – бременността и раждането.

9. От къде черпите най- достоверна информация за двата начина на родоразрешение:

977 отговора



Фиг. 3 Събиране на информация за предимствата и недостатъците на двата начина на раждане

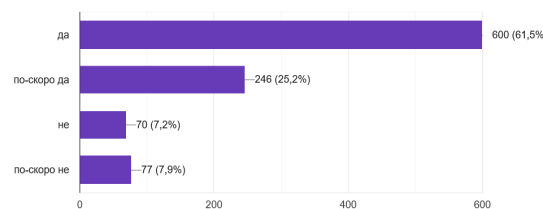
Причините, поради които жените взимат решение за оперативно раждане ,без да има абсолютни или относителни предпоставки за това са страха за себе си и новороденото , както и по-дългото протичане на нормалното раждане съпроводено със силни болки. За акушерките, както и за всички останали специа-

листи по здравни грижи са регламентирани определени професионални дейности, които могат да извършват самостоятелно или по назначение на лекар. [Наредба №1 /08.02.2011г МЗ].

Анкетираниите бяха запитани, дали биха се обърнали към акушерка, работеща в Кабинет по женско здраве относно избора на начина на раждане. Утвърдителен отговор дават 846 жени/86,7%/ и само 147/13,3%/ дават отрицателен отговор. Това показва, че акушерките имат доверието на жените, но и те самите трябва да работят за утвърждаването си като качествени специалисти и да вземат решение да разкриват собствени кабинети, където да извършват самостоятелно разрешените им професионални дейности.

10. Бихте ли предпочели да разговаряте и се съветвате за начина на раждане с акушерка , работеща в свой Кабинет за женско здраве:

976 отговора

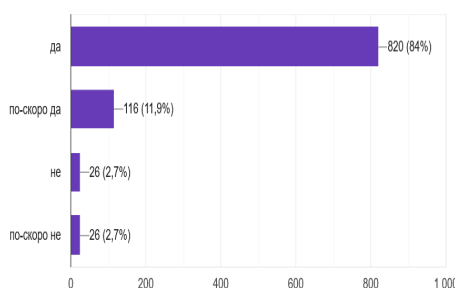


Фиг. 4. Разговор и обсъждане на начина на раждане с акушерка, работеща в свой Кабинет по женско здраве

С голям интерес и одобрение респондентите приемат идеята за създаването на екип /акушерка, АГ специалист ,анестезиолог и неонатолог / с който те могат да се срещат и обсъждат начина на родоразрешение в Кабинет по женско здраве, ръководен от акушерка. Положително са настроени 936 жени /95%/, а само 52 жени /5%/ са отговорили отрицателно.

12. Бихте ли посетили Кабинет за женско здраве, ръководен от акушерка , където може да се срещнете с компетентен екип - акушерка, акушер - гинеколог, неонатолог ,анестезиолог,

976 отговора



Фиг. 5. Посещение и среща с екип, включващ акушерка, АГ специалист, неонатолог, анестезиолог/ в Кабинет по женско здраве, ръководен от акушерка

Обобщения и изводи

Анализът на отговорите на анкетираните жени-984 не раждали, раждали, бременни ни показва, че преобладаващата част /70%/ от тях са привърженици на нормалното вагинално раждане при условие, че няма абсолютни и относителни противопоказания за това. Факт е, че при вече родилите жени оперативно раждане е с по-големия дял /57%/ отнесен към вагинално родилите /43%/.

Анкетираните вземат решение за начина на раждане чрез събиране на информация от АГ-специалистите и Интернет. Причината да изберат оперативното раждане, без да имат индикации за това е страха за себе си и новороденото, страха от болката и дългото протичане на нормалното раждане.

Изводи

1. Към този момент ролята на акушерката при вземане на решение за начина на раждане от жената при условие, че няма абсолютни и относителни предпоставки за Секцио Цезарее е недостатъчна.

2. Акушерките трябва да работят по посока на възвръщането на доверието към тях, чрез активна комуникация и като създават разрешените им от Наредбата Кабинети, където да извършват самостоятелни дейности и същевременно работят активно с АГ-специалисти, неонатолози, анестезиолози.

3. Мнението на анкетираните показва абсолютно желание да посещават Кабинет по женско здраве и да се консултират с компетентен екип.

Заклучение

Проучването показва, че ролята на акушерката при вземане на решение за начина на раждане от жената при условие, че няма абсолютни и относителни предпоставки за Секцио Цезарее е изключително важна, но недостатъчно оценена. Необходими са действия за повишаване на професионалната отговорност на акушерката като важен участник (информатор, съветник, консултант) в процеса на вземане на решение за вида родоразрешение от бременните жени.

Литература

1. Митева, К., Атанасова, З., 2017г Акушерски грижи при нормално и патологично раждане, Стара Загора

2. Министерство на здравеопазването, Наредба №1/8.02.2011г, Раздел III, Професионални дейности, които акушерките могат да извършват самостоятелно или по назначение от лекар

3. Щерев, А. 2021г, Виртуален интерактивен курс за професионалисти по здравни грижи на тема „Нормална бременност и раждане – наблюдение и протичане. Естествено хранене на новороденото“, организиран от Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи (БАПЗГ).

4. https://bnr.bg/horizont/post/101306863/pr-of-shterev-sekcioto-krie-riskove-za-maikata-zaploda?fbclid=IwAR35Cf7PQSDymizrJlRntalDse_vhoBLxuc1yncOyWPw9B6AJ15ui_ECyL0

5. <https://9meseca.bg/razhdane/statistika-pokazva-che-v-bylgariia-polovinata-razhdaniia-sa-operativnihttps://www.mediapool.bg/razhdaniyata-sas-sektsio-v-nyakoi-bolnitsi-dostigat-do-90-news287806.html>

6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5695799/>

7. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/01/cesarean-delivery-on-maternal-request>

Ас. Недялка Атанасова
Катедра „Здравни грижи“
ФОЗЗГ

Университет „Проф д-р А Златаров“ - Бургас

mama02@abv.bg

Ваня Василева, Ебру Смаил, Тони Иванова,
Фатме Феми

Nedyalka Atanasova
Health Care Department
Prof. Dr. Asen Zlatarov University
Burgas 8010k-s Slaveikov bul. “Prof. Yakimov” №1 e-mail mama02@abv.bg
Vanya Vasileva, Ebru Smail, Toni Ivanova,
Fatme Femi



ПАЛИАТИВНИТЕ СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ ПРЕЗ ПРИЗМАТА НА СТУДЕНТИТЕ

Силвия Кючукова, Албена Андонова, Мануел Танев

PALLIATIVE NURSING THROUGH THE LENS OF STUDENTS

Silviya Kyuchukova, Albena Andonova, Manuel Tanev

ABSTRACT: *Palliative care is defined as holistic care that focuses on the patient and their family. The goal of palliative care is to achieve the best possible quality of life for patients and their families. The focus of care is quality of life during illness, death and bereavement.*

The purpose of the present study is to reveal how ready and personally committed medical students from the Faculty of Medicine at Thrace University are to care for palliatively ill patients. Are they ready to do this already in the first year of their studies or does their motivation increase in the years of subsequent studies. 73 students studying in the Department of Health Care at the Faculty of Medicine at the University of Thrace, Stara Zagora, with medical specialties: nurses, midwives, medical assistants.

Two main conclusions were drawn after the analysis of the results: 1. The surveyed students made the decision to care for palliative patients not under pressure as a personal motivation and 2. Future medical professionals are absolutely convinced that providing adequate palliative care will help significantly not only individuals but also society.

Key words: students; palliative care; motivation.

Въведение

Хората винаги са считали за необходимо да се грижат в една или друга степен за бедните, инвалидите, сираците и вдовиците, за болните и умиращите. По силата на действащите обществени традиции и нравствено-религиозните повели тези грижи са се трансформирали и са изменяли своите посоки, придобивайки все по-съвършени форми. Паралелно с това общественото съзнание се обогатявало с все по-значими отговорности за безнадежно болните. Но по своята същност помощта оставала практически непроменяема – да се приюти, да се нахрани, стопли, облече болният, да му се окаже духовна подкрепа според съществуващите за това представи и възможности. Първоначално грижите за неизлечимо болните не били специално адресирани точно към тях. Вниманието, което им било оказвано, било внимание като към всички, попаднали в положение на безпомощност, нуждаещи се от подкрепа. И колкото и да е странно, грижите за умиращите болни се зародили без участието на медицината. Те били по-скоро функция на социално-благотворителната практика, проя-

вяваща се чрез дейността на религиозни институции и отделни, благодетелно настроени люде.

Историята за създаването на специални медико-социални служби за помощ на безнадежно болни всъщност е свързана с традициите на християнската църква и началото ѝ се отнася към ранните години от нейното възникване. Една от най-привлекателните страни на младата религия, благодарение на която ѝ се отдало да победи в борбата с езичеството и източните култове, била тази, че още в самото си начало тя отделила сериозно внимание на нравствено-религиозните си повели не само на думи. Тя успяла да осигури претворяването им в дело чрез идеята си за организиране на различни благотворителни институции. В известен смисъл християнството се оформя в значителна степен и като религия на лечението и грижите за човека.

В историята липсват сведения кога точно наименованието “палиативен” е навлязло в медицинската терминология. Като се има предвид, че през Средновековието чак до XIX век латинският език е бил използван като официален език в обучението по медицинско изкус-

тво, а също и в медицинската практика, възможно е това да е станало по всяко едно време през този дълъг период.

Съществителното “pallium,-ii” в латинският език има множество различни значения и означава “широка горна дреха, плащ, покривка, платно, покров, саван над мъртвец”. Думата “palliativa”, съществуваща в множествено число, се превежда като “облечен, обвит, защитен с плащ”. Но в съчетание с “remedia” (лекарство) вече означава симптоматични лекарствени средства, облекчаващи, отслабващи и временно отстраняващи неприятни симптоми (например болка), без те да имат лечебно действие и без да са насочени към основните причини, предизвикали болестта.

“Палиативни грижи” като понятие, означаващо грижи за нелечимо болни в последен стадий на болестта, е предпочитано за употреба поради три важни причини:

1. за медицинската аудитория в него е вложено респектиращо професионално звучене, което не може да бъде открито в “хосписни” или “терминални” грижи;

2. думата “хоспис” притежава твърде религиозно подтекстово съдържание, тъй като се свързва с първите хосписи около манастирите от ранните християнски векове, служили за приют на пилигримите (поклонниците), запътили се към Йерусалим на поклонение пред Христовия Божи гроб[1];

3. наименованието “терминални грижи” създава особена и открита асоциация със смъртта, която въздейства негативно, както върху умиращите и техните семейства, така и върху обслужващите ги специалисти от екипа.

Палиативните грижи се определят като холистични грижи, в центъра на които е поставен пациентът и неговото семейство. Грижите utвърждават смъртта като физически, психологически, социален, духовен и културен процес, който е уникален за всеки индивид и за всяко семейство. Целта на палиативните грижи е постигането на най-доброто възможно качество на живот за пациентите и техните семейства.

Палиативните грижи са: грижи за пациенти с активно, прогресиращо или напреднало заболяване и прогноза за недълга преживяемост, като грижите се фокусират главно върху превенцията и облекчаването на страданието и върху качеството на живота[4,5]. Посланието на палиативните грижи е, че каквото и да е заболяването, колкото и да е напреднало то, каквото и лечение вече да е било оказано, все още

има какво да се направи, за да се подобри качеството на оставащия живот на пациента.

Палиативните грижи се основават на специални познания, умения и желание за предоставяне на изчерпателна, координирана и състрадателна грижа на всички лица и семейства при наличие на напреднал стадий на заболяване. Фокусът на грижите е качеството на живота по време на протичане на болестта, смъртта и мъката при загубата на близък човек[2]. Грижите се предоставят в съответни служби според избора на лицето и семейството[3].

Цел

Да се проучи доколко са готови и лично ангажирани студентите с медицинска специалност от Медицински факултет при Тракийски университет да полагат грижи за палиативно болни. Готови ли са те да направят това още в първата година на обучението си или мотивираността им нараства в годините на последващо обучение и натрупването на нови знания, умения и навици и ги предизвиква да сторят това в един по – късен етап от следването си.

Задачи

1. Да се изработи анкетна карта.
2. Да се набележат групи студенти, които ще бъдат анкетирани
 - От всички курсове на обучение, с приоритет – първи и последен;
 - От поне три медицински специалности, с приоритет – медицински сестри.
3. Студентите да бъдат анкетирани в края на учебната година, което е особено важно при първокурсниците.
4. Да се анализира получената информация от проведеното изследване.
5. Да се формулират изводи.

Методичен подход

Проучването е направено в периода март-април 2023 година със студенти от специалностите: медицинска сестра, акушерка, лекарски асистент в катедра Здравни грижи на Медицински факултет при Тракийски университет град Стара Загора. За целта е изработен въпросник структуриран в две части – персонални и социално-демографски променливи и отношение спрямо палиативно болните. Статистическата обработка на данните е извършена с био-медицински компютърни програми – прост анализ на честотата – брой и проценти,

и асоцииране на променливите чрез статистиката на Person и вероятни съотношения.

Обект на проучването са личната мотивация и потребност на всеки студент за работа с палиативно болни.

Приложени методи: документален; социологичен - пряка индивидуална анонимна анкета; статистически - графичен анализ; алтернативен анализ.

Настоящото проучване е направено сред 73 студенти. От тях 65 са жени и 8 мъже, съответно 89% - жени и 11% - мъже. Поради феминизацията на медицинските специалности и най-вече на професията на медицинската сестра, е преобладаващ женският пол в проучването.

Анкетата обхваща студенти на възраст от 18 до 45 годишна възраст. Като най-голям (67,1%) е дялът на медицинските сестри, което е обусловено от големият държавен прием, поради наличният дефицит на такива специалисти в страната ни. Акушерките са 19,2%, а 13,7% са лекарските асистенти.

Почти еднакъв е процентът на студентите анкетирани в първи и последен курс на обучение – 31,5% са първокурсниците и 32,9% са четвъртокурсниците. Второкурсниците са 13,7% и 21,9% са третокурсниците. Което има отношение към позитивната промяна на нагласите им в процеса на обучението им и прогресивното натрупване на академични знания, но не само като медицинска информация, а и като емпатично формиране на поведението им в директната практика и работата им с палиативно болните.

На въпрос 8 от анкетната карта: Кое би Ви мотивирало да полагате грижи за палиативно болни?, отговорите се разпределят така: 60,2% отговарят – тежко преживяна загуба на близък човек; 20,5% - религиозни мотиви и с почти еднакъв процент е отговорът: даден обет – 8,2% и без отговор са оставили въпроса 6,8% от респондентите. Почти идентична и включваща в себе си всички от горепосочените отговори е била и ситуацията в минали векове, по-далечни и по-близки до нас. “Жана Франсоаз Гарние родена на 16 юни 1811 година в Лион. Още като малка тя демонстрира силата на своя характер. През юли 1833 година се омъжва за г-н Гарние. В семейството се родили две деца. Първото умряло няколко дни след раждането си. Две години по-късно Жана загубила в интервал от няколко дни втората си и единствена дъщеричка и своя съпруг...Била само на 24 го-

дини. Драмата ѝ била ужасна и през следващите няколко години – трудно преодолима...Но нейната вяра в бога и волята ѝ, че няма право да прахосва напразно живота си, не я оставили да бъде преборена от връхлетялото ѝ бедствие. Милостива по природа, тя започнала да посещава някои бедни хора в покрайнините на Лион и да се грижи за тях. Събирала в енорията си за болните помощи, сама издирвала по домовете им тези, които били в най-окаяно състояние...в единствена нейна грижа се превърнала мисълта ѝ за отхвърлените и забравените болни. Да утешава неизлечимите станало нейна житейска мисия.”[4,с 35].

Мотивите, които са карали хората преди стотици години да помагат на себеподобните си в нужда са мотиви, които и в днешно време са мощен стимулатор за грижи към болните и нуждаещите се. И тогава и сега не само по-възрастните, но и по-младите са били инициатори и изпълнители на благородни инициативи свързани с палиативно болните[5,6].

Доброто и благородното надделяват утвърдително. Това се потвърждава и от отговорите на въпрос 12: Бихте ли положили грижи за палиативно болни, ако Ви се предложи някакъв материален стимул? 2,7% не знаят дали биха сторили това; 6,8% са оставили въпроса без отговор; “Не” са казали 37% и с “Да” са отговорили 53,4%. От тях 66,6% биха го направили, ако получат квалификационен кредит, 12,8% би ги мотивирало някакво обезщетение; 7,7% биха се възползвали от някакви бъдещи привилегии/ облаги и 12,9% са дали повече от един от горепосочените отговори.

Тези стимули са непреки, т.е. те биха донесли „облага“ не сега, в момента, а в по-далечно бъдеще. И студентите се мотивират от това след време да получат дивиденди от сегашната си дейност. Т.е. биха извлекли полза от това, че сега ще се грижат за палиативно болни, а в перспектива ще получат нещо от тази си работа. Например: трудът им ще бъде обезвъзмезден материално или ще им бъде признат като квалификационен кредит, или ще изиграе ролята на признато неформално образование и т.н. “Икономическият анализ на палиативните грижи е особено труден, тъй като не всички услуги могат да бъдат оценени в паричен смисъл. Търси се максимална полза за определена цена и справедливо разпределение на ползите. Разходите и ползите могат да бъдат преценени, както качествено (според характера им), така и количествено на всеки етап от

предоставянето на палиативните грижи. “[1,с110; 9].

С горепосочените отговори на въпрос 12 от анкетната карта, колаборират и отговорите на въпрос 17, в който е отправено запитването: Бихте ли посетили курс на обучение за подготовка на студенти по тематики свързани с палиативните грижи? Почти всички от анкетираните с готовност биха посетили такъв курс, стига да им се предложи. Само една малка част от тях поставят условието за издаването на сертификат, който да им служи като квалификационен лист и би им дал някакво предимство при по нататъшно изпълнение на този вид грижи, за да бъдат предпочетени именно те и заради това, че притежават такъв вид документ.

Широко застъпената и масово тиражираната тема за информираността в днешно време намери място и в анкетната карта. Студентите са готови да пропагандират това, което правят. Да покажат на другите, че има хора, които са безнадежно болни и те имат нужда от подкрепа, било то пряка или индиректна. И студентите биха представили информация за същността и принципите на палиативните грижи и доброволния младежки труд чрез: реклами, телевизия, медии; информационни кампании и различни мероприятия; прожекции, нагледни материали (брошури, разкази/обяснения); образователни програми и интернет; личен пример; конференции; с каквото мога. Това са отговорите на въпрос 14 от анкетната карта и представляват 41% от запитаните.

Без отговор този въпрос оставят 53,5% от студентите. Т.е. те по - скоро нямат пряка идея как да направят така, че да информират обществото за същността и принципите на палиативните грижи, отколкото да не го извършат като действие. Тук вече проличава инертността на една не малка част от младите хора, които биха действали по предназначени програми, но не биха проявили изобретателност и инициативност, ако не им се налага. Което не ги прави безучастни към проблемите на терминално болните, а по – скоро показва тяхното движение по най – малкото съпротивление.

Всеки има право да бъде информиран. Достъпността до информация и получаването ѝ е застъпено и във въпрос 18 от анкетната карта. Всеки студент полагащ грижи за терминално болни има правото да получи информация за организацията и работата, която ще извършва. Тази информация би му послужила като мотив

да върши по – добре очакваната от него дейност, би му донесла някаква полза да изясни за себе си позицията, която би заел в организацията или просто би задоволила в някаква степен любопитството породено от новостта и предизвикателството да се практикува такава дълбоко хуманна дейност, която би донесла изключителна полза за палиативно болните и техните близки. Информацията е необходимо да бъде коректно представена и поднесена по разбираем начин на тези, за които е предназначена. Кога да бъде предоставена тази информация? 39,7% от анкетираните са на мнение , че това трябва да се случва постоянно. Т.е. те искат да получават непрекъснато информация и да бъдат в течение на събитията, новостите и всичко, което касае тяхната работа. Това им предоставя една реална ситуация на събитията и положението на нещата към дадения момент и ги държи в течение на новостите. Така те се чувстват значими в организацията и точно определят мястото си в нея, и се идентифицират с нея.

Предварително искат да бъдат информирани за организацията и работата на студентите 26% от запитаните. Тяхната мотивация би се засилила, ако от самото начало на дейността си са получили необходимата им информация. Т.е. те искат да бъдат наясно с това какво, за кого, как и защо ще предоставят труда си в услуга на палиативно болните. За 22% от студентите информацията е нужна непосредствено преди започване на работата. Без отговор са оставили въпроса 9,6% от респондентите. И повече от един отговор са дали 2,7% от тях.

Изводи

С присъединяването ни към ЕС все повече се налага нуждата от подобряване на качеството на системите за образование и обучение, включително осигуряване на подходящо професионално ориентиране в контекста на “учене през целия живот”, като се осъвременят системите за чиракуване и обучение на работното място, с цел отговаряне на насока 4 от Директивите за заетост на Европейската комисия[7,8,9].

Важно е да се отбележи, че предоставянето на повече възможности за ангажиране в извънаудиторни форми на обучение и тяхното регламентиране може да допринесе за повишаване уменията и самочувствието на младите хора с перспективно медицинско образование.

- Анкетиранияте студенти са взели решение да се грижат за палиативно болни не под натиск или възлагане, а като лична мотивация
- Бъдещите медицински специалисти са абсолютно убедени, че полагането на адекватни и достатъчни по обем грижи за палиативно болните ще подпомогне значително не само отделни лица, но така също и обществото
- Младите хора, които са бъдещите изпълнители на палиативни грижи идват в медицинските университети вече убедени, че е необходимо да се помага на нуждаещите се и са готови да направят това още в самото начало на следването си
- Студентите са готови да прокламират и разясняват ползата от полагане грижа за палиативно болните, както сред своето обкръжение, така и в обществото под различни подходящи форми за информиране и онагледяване
- Участниците в проведената анкета искат да бъдат информирани и да имат достъп до информация за организацията и работата в грижите за палиативно болните, като това трябва да става регулярно.

Заклучение

С присъединяването ни към ЕС все повече се налага нуждата от подобряване на качеството на системите за образование и обучение, включително осигуряване на подходящо професионално ориентиране в контекста на “учене през целия живот”, като се осъвременят

системите за чиракуване и обучение на работното място, с цел отговаряне на насока 4 от Директивите за заетост на Европейската комисия [7,8,9].

Литература

1. Aleksandrova S., 2005, Hospisni grizhi, Menidzhmant i etika, Pleven
2. Grancharova G., A. Velkova, 2006, Sotsialna meditsina, Pleven
3. Deklaratsiya ot Grats za uvrezhdaniyata i zastaryavaneto, 2006, <http://www.ageing-and-disability.com>
4. Krasteva N., 2005, Paliativni grizhi, Rakovodstvo za obuchenie na meditsinski sestri i akusherki, IK Letera, Plovdiv
5. Krasteva N., 2006, Sestrinski grizhi – teorii i kontseptsii, Plovdiv
6. Todorova, T., A. Andonova, 2014 g, Faktori i prichini za sotsialnata izolatsiya v starcheskata vazrast, Yubileyna konferentsiya Meditsinski kolezh 16-17 may s 511-517
7. <http://europa.eu.int/comm/education/youth/ywp/index.html>
8. <http://www.europarl.eu.int>
9. <http://www.youthforum.org>

доц. Силвия Кючукова, дм
Тракийски университет – Стара Загора
Катедра Здравни грижи
e-mail: silviya.kyuchukova@trakia-uni.bg



ПРИЛОЖИМОСТ НА МЕТОДА „ВРЪСТНИЦИ ОБУЧАВАТ ВРЪСТНИЦИ“ В УНИВЕРСИТЕТСКОТО ОБРАЗОВАНИЕ

Силвия Кючукова, Албена Андонова, Теодора Тодорова, Мануел Танев

APPLICABILITY OF „PEER-TO-PEER“ TEACHING IN UNIVERSITY EDUCATION

Silviya Kyuchukova, Albena Andonova, Teodora Todorova, Manuel Tanev

ABSTRACT: Definitions of "learning" are diverse and are united by the desire to succinctly explain learning as a process. The "reciprocal teaching method" is part of the monitoring system of teaching. It was applied in Bulgaria long before Europe knew it. It should be emphasized that in higher education, adults are educated and the principles and approaches of adult learning should be applied.

Purpose: to present the characteristics of the "peer-to-peer" teaching method applied in higher education schools. In parallel with lectures, practical classes are also an essential part of training in the higher medical school. Using the "peer-to-peer" teaching model is extremely appropriate when conducting practical activities for students, when considering a certain medical problem, during pre-clinical and clinical exercises. The model for conducting an academic-practical lesson, where the leading role is attributed to the student, is suitable. There are several essential skills in facilitation: to focus on the problem; to emphasize what has already been learned; to connect learning and goals; to stimulate discussions, etc.

Conclusions: "Peer-to-peer" teaching method is suitable to be applied in the training of university students. An important feature is that adults are trained in higher education, and for that there are specific requirements for teaching and learning. Training in a medical specialty must meet the highest national and international standards supporting medical practice. This necessitates the use of innovative teaching methods, such as "peer-to-peer" teaching method.

Keywords: "peer-to-peer" teaching method; students; higher education school; training specifications

Въведение

Съществуват изключително много теории за ученето и класификации на видовете учене, обяснени през призмите на различни учения, психологически течения /гешалтпсихология, интербихейвиорална психология и др./ и теории/ бихейвиористични; социално-когнитивна и други/. Всички те представят ученето по начин удобен за тях и целят да подпомогнат неговото разбиране в контекста на процеса на обучение и неговите компоненти. Разбираемо и дефинициите за „учене“ са многообразни и разнопосочни, но обединени от стремежа кратко да охарактеризират ученето като процес. „Взаимоучителната метода“, като елемент и част от мониторингната система на преподаване, е прилагана в България много преди Европа да я познава. Ученикът на Кирил и Методи Климент Охридски я прилага в края на 9 и началото на 10 век. Той основава древнобъл-

гарско училище, в което се обучават едновременно 300 ученика. Много по – късно през 19 век се създава първото българско светско взаимно училище в град Габрово, с намесата и подкрепата на Петър Берон, Васил Априлов, Иларион Макариополски и заможни търговци[9]. За преподаване е използван метода наречен Бен - Ланкастърски метод на обучение /„взаимоучителна метода“ /, при който по – напредналите и будни ученици обучават другите.

В много страни по света има наръчници за обучение на връстници от връстници. Междунституционалната група на ООН за здраве, развитие и закрила на младите хора в Европа и Централна Азия организира поредица субрегионални обучителни семинари в Източна Европа и Централна Азия, чиято цел е да подпомогне работата в бъдещи обучения на „опитни“ обучители в обучението на връстници от връстници[11].

От изключителна важност е правилно да бъдат подбрани методите на обучение, които обслужват две важни цели:

1. Да осигурят средства за научаване на специфичните предмети на обучението.

2. Да поддържат интереса и ангажираността на обучаващия се към обучението, като по този начин му помагат да научи повече неща.

Необходимо е да се подчертае, че във висшето училище по принцип и в частност във висшето медицинско училище се обучават индивиди, които са навършили пълнолетие, т.е. това са големи хора, които имат житейски опит и трябва да се прилагат принципите на ученето и подходите на учене при възрастните. Различните личности, могат да извлекат от обективно еднакви ситуации различен социален опит [8].

Всички обучаващи се имат няколко общи характеристики:

- Всеки започва обучението с определен житейски опит зад гърба си, независимо на каква възраст е;

- Житейския опит на всеки е различен от този на останалите;

- В резултат на житейския си опит човек има способността да прилага множество умения, но също така притежава и натрупани погрешни схващания, предпочитания и предразсъдъци;

- Хората, които съзнателно се опитват да научат нещо, са уязвими;

- Всички обучаващи се опитват да избегнат нещата, които ги нараняват или ги поставят в неловко положение. Ако даден обучаващ им причини неудобство, те ще започнат да отбягват обучението, а също така ще отбягват съответния обучаващ;

- Всички обучаващи се чувстват добре, когато наученото от тях бива оценено или когато им се случи нещо позитивно в резултат от напредъка при обучението им или постигнатия от тях успех [1].

В същото време дискутирайки прилагането на методът „връстници обучават връстници“ във ВУ, трябва да направим важното уточнение, че думата „връстник“, която тълковният речник определя като: Човек, който е на еднаква възраст с друг човек, трябва да бъде приемана в нашия случай за човек, който е на приблизително еднаква възраст с друг човек [10]. Тук става въпрос за студенти, които са в

млада възраст, учат заедно и съвместно формират професионалното си поведение. Връстниците се превръщат в съществен фактор за формиране на ценностните ориентации и са най-важните йерархизиращи личността системи по пътя на нейното конструиране [3]. В групата на връстниците се формират особеностите на предпочитанията и критериите за оценка на другите, изграждат се значими страни на характера.

Принципите на ученето и подходите на учене при възрастните се повлияват от личностните качества и предпочитания на студента – фасилитатор. За такъв се избира изявен студент, с лидерски качества и добра комуникативна грамотност. Както в повечето области и при фасилитирането съществува набор от основни умения, които трябва да бъдат прилагани стриктно, ако студентът - фасилитатор иска да помогне на колегите си да успешно да усвоят професионални знания и умения.

При фасилитирането има няколко основни умения, които би трябвало да се използват правилно. Необходимо е: да се постави фокус на проблемността в предложената тематика; да се постави акцент върху вече изученото, което може да се надгради и приложи; да се свържат ученето и целите на обучаваните; да се потърси връзка с минал опит на обучаваните; да се стимулират дискусиите и конструктивно да се обсъждат идеите; да се уважава мнението на обучаваните и да бъдат изслушвани; да се стимулират обучаваните да търсят информация [4].

Цел:

Да бъдат представени характеристиките на метода „връстници обучават връстници“ прилаган за обучение във висшите училища.

Задачи:

1. Да се анализират литературни източници.
2. Да се отдиференцира спецификата на обучението във ВМУ.
3. Да се формулират изводи.

Методи и средства:

Деск-рисурич; графично представяне; анализ на данни.

Учебният процес във ВМУ в съвременните условия придобива личностно ориентиран характер, засилва активността и самостоятелността на студентите. Те са поставени в цен-

търа, равностоен партньор са и участник в обучителният процес. Методът „връстници обучават връстници“ се оказва подходящ за използване във ВМУ, защото отговаря на няколко основни критерия прилагани за подбор на подходящи техники на преподаване. Първият критерий: Цел на обучението и отговорът на въпроса: Ще доведе ли съответният метод до най-ефективното постигане на целите на обучението във ВМУ от страна на обучаващите се?. Вторият критерий: Взима ли съответният метод предвид размера, опита, нивото и други специфични характеристики на съответната студентска група?. Третият критерий: Приложим ли е методът от гледна точка на физическата среда(учебен кабинет, болнична структура и др.), разполагаемото време (за подготовка и занимания), материали и други специфики на клиничната среда за обучение на медицинските сестри.

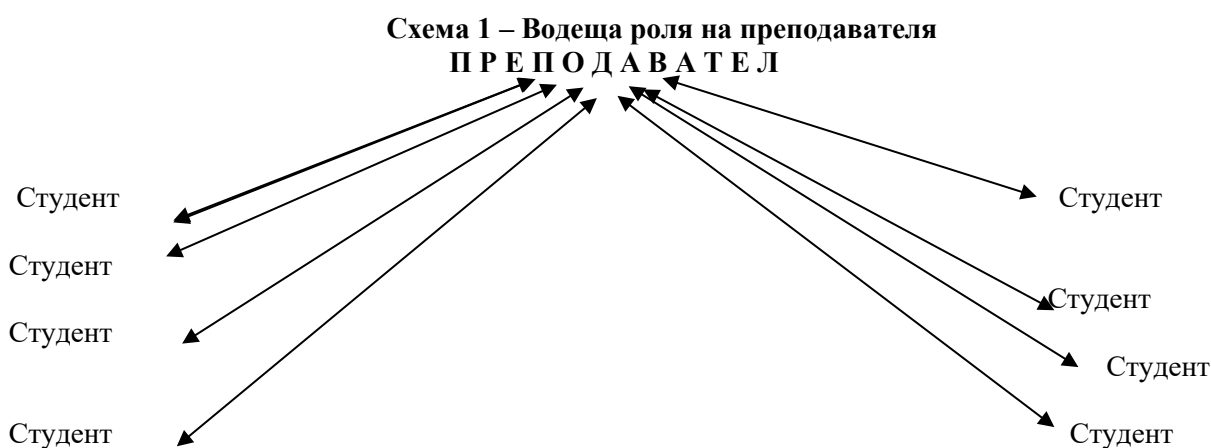
В сформираните групи всички са равнопоставени и това дава много по-добри крайни резултати и поддържа желана динамика на преподаване и възприемане, което е подпомогнато от сравнително равнопоставеното участие на всеки студент в групата[2]. Добре е обучаващият връстник/ студент да познава и използва някои тактически ходове, за да осигури както равнопоставеност така и продуктивност на усвояемостта на знанията и уменията на групата. Например: разделяне на студентската група на малки работни подгрупи; даване на възможност всеки студент да изрази мнението си; да се задават въпроси от отворен тип; да се предложи подкрепа, вербална и невербална; да

се работи с примери и да се споделя личен опит; при съществуващ „стоп“ на процеса да се даде почивка и т.н.

Паралелно с лекциите и занятията с практична насоченост са съществена част от обучението във висшето медицинско училище[6]. В провеждането на учебно – практическото занятие (УПЗ) се осигурява на студентите активна и планомерна дейност с познавателна и синхронно с това практична насоченост. Като целта е:

- Да се затвърдят вече изучени знания чрез активно повторение на материала от лекциите;
- да се усвоят необходимите професионални знания, умения и навици;
- да се придобият навици за самостоятелно решаване на научно-практични задачи;
- да се придобият умения за акуратна работа по алгоритъм;
- да се формират основни професионално-значими личностни качества необходими за успешната реализация в бъдещата им професия;
- да се възпитава дисциплинираност и чувство за отговорност в учебният труд [5;7].

Използването на модела „връстници обучават връстници“ е изключително удачно при провеждане на практически занимания на студентите медицински сестри във ВМУ. Учебно-практическото занятие провеждано във висшите медицински училища все още се реализира по традиционните, класически постановки и не се създава необходимата творческа работна обстановка-схема .:



Съвременната дидактика поставя редица изисквания към това студентът да бъде ангажиран в процеса на обучението си като активна фигура и активността му в УПЗ трябва да гарантира[5]:

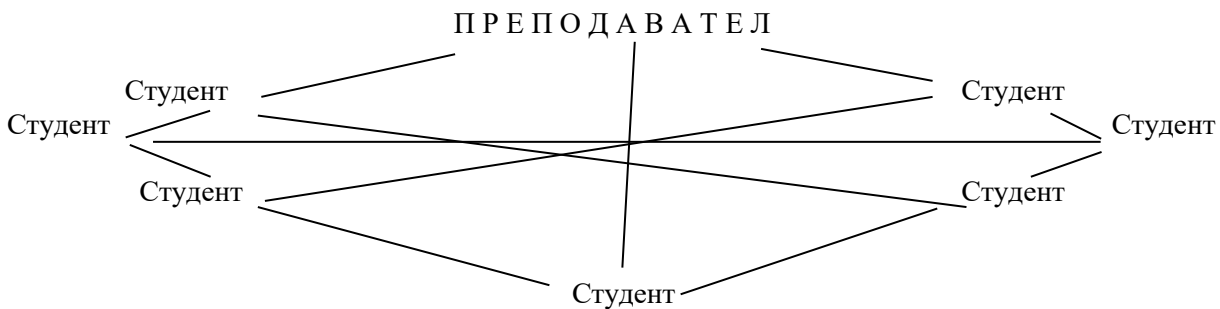
- Непрекъснато самостоятелно учене;
- Поощряване критическото мислене, отстояване на собствената позиция и мнение;
- Насърчаване самоконтрола и самооценяването;

- Хармонично съчетаване на индивидуална, фронтална и групова работа.

училища да има други варианти на провеждане на УПЗ, например схема - 2

Поради изброените причини е уместно учебният процес във висшите медицински

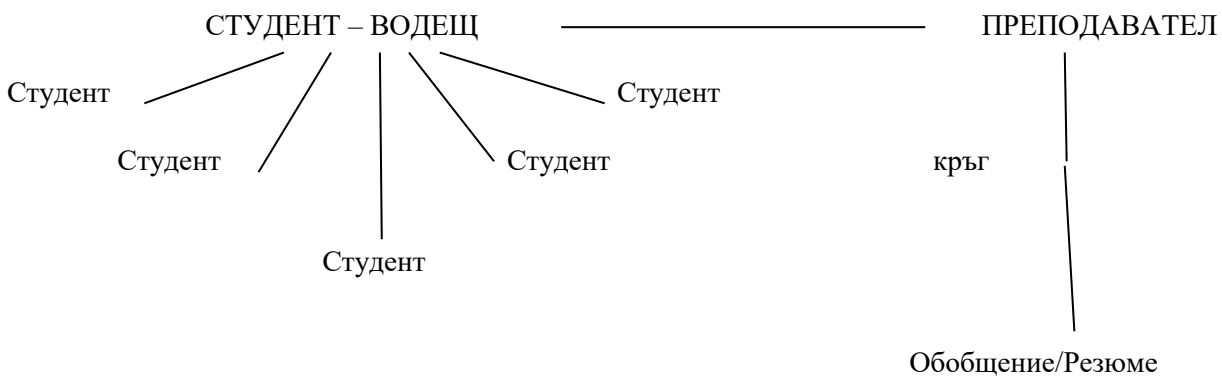
Схема – 2 - Упражнения – дискусии



При този модел преподавателят е тютор и улеснява работата на групата. Полезен е при разглеждане на различни анализи, становища и се интерпретират факти и се води дискусия, за да се формира поведение и да се предизвикат желани познавателни реакции. Студентите поемат в известна степен контролът и отговорността за собственото си учене и подготовка, като властта и отговорностите се разпределят разумно и балансирано.

Изключително подходящ и удачен моделът (схема – 3) за провеждане на УПЗ е този, при който водещата роля е вменена на студента. Този подход за провеждане на УПЗ е подходящ при семинарни занятия с предимно теоретична насоченост при разглеждането на даден медицински проблем, при предклинични и подходящи клинични упражнения.

Схема – 3 - Студент – фасилитатор



Изводи

Методът „връстници обучават връстници“ се оказва напълно подходящ да бъде прилаган в обучението на студентите учещи в университети. Във ВУ думата „връстник“ не може да се приема в буквалното й значение, а като квалификация за човек обучаващ се във ВМУ с други такива в обща специалност. Втора важна особеност, е че във ВУ се обучават възрастни хора с пораждащите се от това специфични изисквания за преподаване и учене.

Трябва да се отчетат характерните особености на този модел на преподаване и учене, когато той се прилага във ВМУ. Обучението в медицинска специалност трябва да отговаря на най-високите национални и международни стандарти, подкрепящи медицинската практика. Това налага използването на иновативни методики на преподаване какъвто е методът „връстници обучават връстници“.

При усвояване на практически знания и умения от клиничната практика е изключително

подходящ и удачен моделът , при който водещата роля е вменена на студента. В хода на обучението си студентите придобиват подходящ клиничен практически опит ръководени и от свои колеги, условно наречени фасилитатори.

Литература

1. Andreev M., L. Tsvetanova-Churukova, D. Todorina, 2000, Didaktika, UI „Neofit Rilski” ,Blagoevgrad
2. Vodenicharov Ts., M. Mitova, 1998 Pedagogicheski problemi na meditsinskoto obrazovanie, Grafik konsult OOD, S.
3. Karagyozov, Iv., 2002, Psihologicheski problemi na deviantното поведение. Blagoevgrad
4. Kondratyuka A.P., 1976, Pedagogika, IO „Vishta shkola”, Kiev
5. Nisheva V., 2002 Meditsinska pedagogika, ITS „VMI-Pleven”
6. Popov T., Zh. Hristov, P. Balkanska i kolektiv,2010, Meditsinska pedagogika, EKS-PRES-Gabrovo
7. Popov T., Hr. Milcheva, G. Petrova, 2008, Printsipi i metodika na obuchenieto, KOTA, Stara Zagora
8. Rean, A., Ya. Kolominskiy, 1999, Sotsialnaya pedagogicheskaya psihologiya: Uchebnoe posobie. Sankt-Peterburg: Piter
9. <https://bulgarianhistory.org/razvitie-na-novobylgarskata-prosveta/>; [онлайн]. [прегледан: 05.04.2023]
10. <http://www.onlinerechnik.com/duma>; [онлайн]. [прегледан: 15.04.2023].
11. <https://learningforchange.net/bg/knowledge-base/>;[онлайн]. [прегледан: 10.03.2023].

доц. Силвия Кючукова, дм
Тракийски университет – Стара Загора
Катедра Здравни грижи
e-mail: silviya.kyuchukova@trakia-uni.bg



АНАЛИЗ НА ОРГАНИЗАЦИЯТА НА ИНТЕНЗИВНИТЕ ГРИЖИ В НЕОНАТОЛОГИЧНО ОТДЕЛЕНИЕ. ПРЕЗИДВИКАТЕЛСТВА

Фаня Кючюн

ANALYSIS OF THE ORGANIZATION OF INTENSIVE CARE IN THE NEONATAL UNIT. PRESIDENCIES

Fanya Kyuchun

ABSTRACT: In the last two decades, opportunities for early diagnosis and therapeutic approach of specific diseases in the neonatal period that are directly related to neonatal mortality have significantly increased. Especially serious are the achievements in the problems of resuscitation of at-risk newborn children, in particular those born prematurely with extreme low weight. The introduction of conventional ventilation and surfactant therapy, combined with precise neurological examination, makes it possible to save high-risk newborn children with a better quality of life and a low rate of late neurological consequences. The achievements in resuscitation of newborn children and neonatal neurology as high-tech activities necessitated the establishment of a specific organization of intensive care units, diagnosis and therapy in the neonatal period.

Result and discussion: many factors affect the process of organization of intensive care in the neonatal unit and depend on the condition of the newborns, on care and continue for a long time after dehospitalization by the medical institution.

The survey was conducted for the period January 2020 – December 2022 in SBAGAL-Varna. The medical documentation of the newly created 581 babies for this period was analyzed.

Conclusion: intensive care is determined according to the needs and physiological condition of the newborn depending on its gestational age and morphological maturity the main goal of these care is to ensure optimal postpartum adaptation of newborn children and treatment of all pathological conditions arising in the neonatal period the adequate intensive care of the premature and those with extreme low weight is of utmost importance in terms of its growth and development, protecting it from possible future complications.

Key words: neonatology, intensive care, organization, extreme low weight.

Въведение

Лечението и грижите за преждевременно родените и болни новородени се различават значително в различните европейски държави. Докато в една страна висок процент от всички екстремно недоносени деца умират, в други държави децата, родени на същата възраст, имат голям шанс за оцеляване [1,5]. Но съществени разлики не засягат само преживяемостта. В някои държави преждевременното раждане по-често се асоциира с хронични двигателни и психични разстройства, в сравнение с други. Това обстоятелство се засилва от факта, че в някои части на Европа последващите грижи за тези уязвими деца не са институционализирани или дори изобщо не съществуват. В условията на висока степен на неравенство при предоставянето на здравни грижи е необходимо уеднаквяване на дефинициите и

въвеждане на ясни регламенти за инфраструктура, медицински процеси, процедури при полагането на грижи, както и умения на персонала.

Организацията на дейностите на медицинските специалисти в неонатологичните интензивни отделения е съобразно медицинските стандарти за дейността и разпоредбите на Националната здравно осигурителна каса, за изпълнение на дейности по клинични пътеки.

Лечебните дейности се определят от лекар специалист, а специфичните грижи и изпълнението на лечебни и диагностични дейности, съобразно указанията от акушерка или лаборант (медицински или рентгенов). Приложението на лекарствата и биопродуктите се определят от лекуващия лекар специалист и с голяма прецизност се изпълняват от акушерка.

Специалистът по здравни грижи в лицето на акушерката осъществява 24 часов контрол,

чрез включването си във взаимозаменяем екип.

Особеностите на сектора по интензивни грижи се характеризира с времеви критерии за достъп до апаратурата в условията на спешност, 24-часов достъп до изправна и готова за употреба апаратура, лаборатории - клинична и микробиологична, образна диагностика, КАТ [4].

Оказването на интензивни грижи е сложен и жизнено спасяващ процес [1,2].

Цел, задачи и методи на проучването

Целта на проучването е да се проследи организация на интензивните грижи в неонатологично отделение. Основните задачи са осигуряване на адекватно първична реанимация, последващи интензивни грижи и не на последно място правилно хранене, съобразно с потребностите и оценка на ефективността на провежданото хранене в НО.

Използваните методи са контент анализ, ретроспективен анализ на медицинската документация в НО и по насочено тази в неонатологичен интензивен сектор на СБАГАЛ Варна, с III ниво на компетентност за Североизточна България за периода януари 2020 година – декември 2022 година. Получените резултати са обработени и представени графично с Excel.

Резултати и обсъждане

Основните задачи на екипа в интензивно неонатологично отделение са провеждане на:

- адекватна кардио-пулмонална адаптация на новородените деца;
- продължително лечение и наблюдение на недоносените новородени деца с ниско и изключително ниско тегло при раждането;
- ранна и високкоквалифицирана диагностика на всички основни нозологични категории;
- осигуряване на високотехнологично комплексно интензивно лечение;
- адекватно специфично терапевтично поведение и проследяване ефекта от приложеното лечение;
- ефективна профилактика и оценка на степента на късните последици;
- определяне на високорисковите пациенти по отношение на късни увреждания и осъществяване на тяхното продължително наблюдение и лечение в сътрудничество с други клинични педиатрични специалности.

1. Нормативни изисквания за организация на медицинските грижи.

Медицинските дейности в неонатологичното отделение се осъществяват от правоспособни лица лекар и здравни специалисти, чрез извършване на лечение, диагностика и своевременност на медицинските грижи.

Организацията на грижите в интензивните структури на Неонатологично отделение се основават на основните нозологични групи, дефинирани от Националният рамков договор за медицински дейности:

- ✚ Новородени деца със забавена кардиопулмонална адаптация.
- ✚ Новородени деца от рискова и патологична бременност.
- ✚ Новородени деца с различна по тежест перинатална асфиксия.
- ✚ Недоносени новородени деца.
- ✚ Новородени деца с втρεутробно изоставане в растежа.
- ✚ Новородени деца със заболявания на дишателната система.
- ✚ Новородени деца със заболявания на сърдечно-съдовата система.
- ✚ Новородени деца със заболявания на гастроинтестиналната система.
- ✚ Новородени деца със заболявания на бъбреците и пикочните пътища.
- ✚ Новородени деца със заболявания на ЦНС и периферната нервна система.
- ✚ Новородени деца с вродени заболявания: нарушения на обмяната на веществата, хромозомни болести, ендокринни заболявания и др.
- ✚ Новородени деца с жълтеница.
- ✚ Новородени деца с хематологични заболявания.
- ✚ Новородени деца с вродени аномалии.
- ✚ Новородени деца с хирургични заболявания, подлежащи на оперативна интервенция в неонаталния период.

Процесите на хоспитализация са съобразени по критерии, които може да класифицираме по следния начин:

1. Тегло

- Доносени – тегло над 2500 гр;
- 1-ва степен на недоносени - тегло между 2500-2000 гр;
- 2-ра степен на недоносени - тегло между - 1999-1500 гр;
- 3-та степен на недоносени - тегло между -1499- 1000 гр;
- 4-та степен на недоносени - тегло под 999гр.

2. Водеща симптоматика

- Незрялост;
- Забавена адаптация
- Вродени аномалии (генетични дефекти);
- Инфекции от стана майката, влияещи върху плода;
- Неинфекциозни състояния от стана майката, влияещи върху плода;
- Състояния свързани с бременността и раждането:
 - Прееклампсия, Еклампсия;
 - Rh несъвместимост;
 - Родови травми.

3. Специфика на грижите - за всички дефинирани категории се определя необходимия обем на грижи, по лечебно-диагностичен план:

- Интензивно лечение и грижи - комплекс от животоспасяващи процедури и дейности, които се извършват от висококвалифицирани екипи от неонатолози, консултанти от различни специалности с педиатрична насоченост и други специалисти, медицински сестри и акушерки;

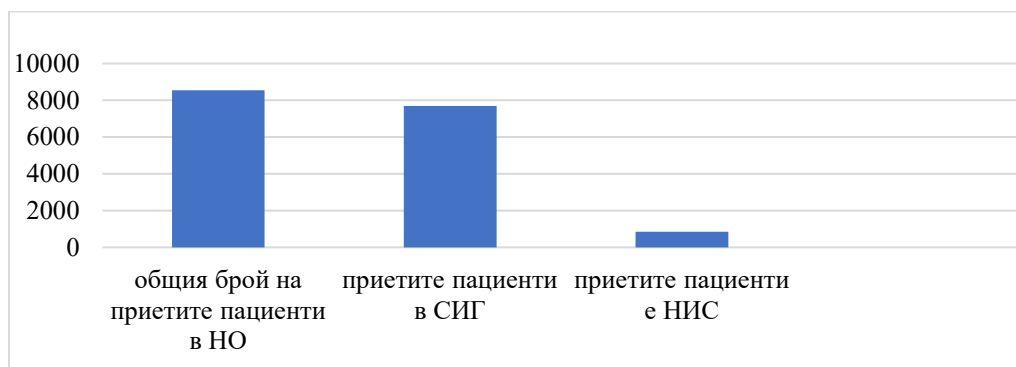
- Специални грижи - комплекс от дейности, които се прилагат в случаи, когато има умерено изразени нарушения в общото състояние на новороденото дете и те обикновено включват: мониторно наблюдение, кислородолечение, включване на венозни вливания, лечение с антибиотици, хранене със сонда и др;

- Рутинни грижи, включващи грижи за основните дейности (определя се акушерски план за грижи, за зависим от медицинския персонал пациент).

2. Показатели на дейността на Неонатологично интензивно отделение в Акушерска структура.

Проведено е наблюдение в периода януари 2019година – декември 2022година на 581 преминали новородени в Неонатологично интензивно отделение (НИС) с III-ниво на компетентност.

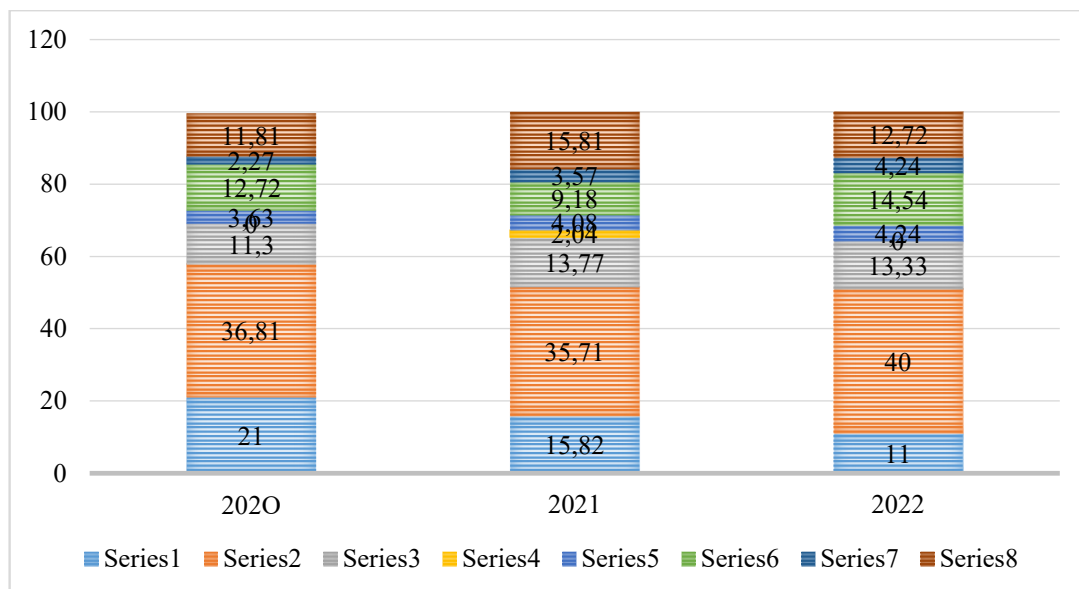
На (фиг.1) е представен общия брой на преминалите пациенти през Неонатологично отделение, от който 90% са преминали през СИГ и 10% през НИС за дадения период.



Фиг. 1. Преминали пациенти през Неонатологично отделение на Акушеро-гинекологична болница гр. Варна (база данни)

През интензивно неонатологично отделение преминават пациенти по клинични пътеки, съобразно Договора с Националната здравна каса (фиг. 2). Най –голям дял заема Клинична пътека № 10(2020г- 36,81%; 2021г-35,71%; 2022г- 40%), а най–малко са преминалите

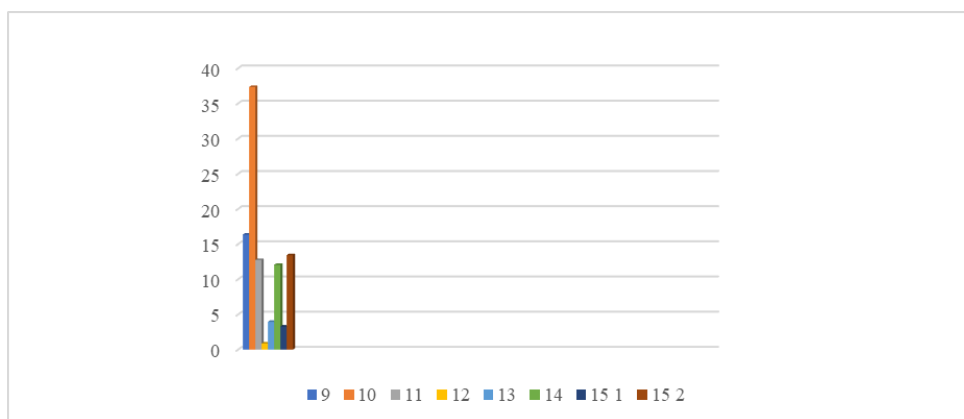
пациенти има Клинична пациент по Клинична пътека №12 (2020г-0,45%; 2021г- 2,04%; 2022г-0%):



Фиг. 2. Клинични пътеки за Неонатологично отделение по Рамков договор за дейност 2020-2022, (Акушеро-гинекологична болница гр. Варна - база данни)

Качествените и количествени показатели се отчита ежемесечно към Националната здравна каса, на основание изпълнени критерии и съобразно поставените лимити. Извън клинична пътека №6 – грижи за здраво доносно дете, останалата дейност на Неонатологичните структури е в обхвата на лимита на цялото лечебно заведение по основните профилни специалности. Относителните дялове на преминалите пациенти (фиг. 3) в Интензивно неонатологично отделение за периода 2020-2022г. са както следва:

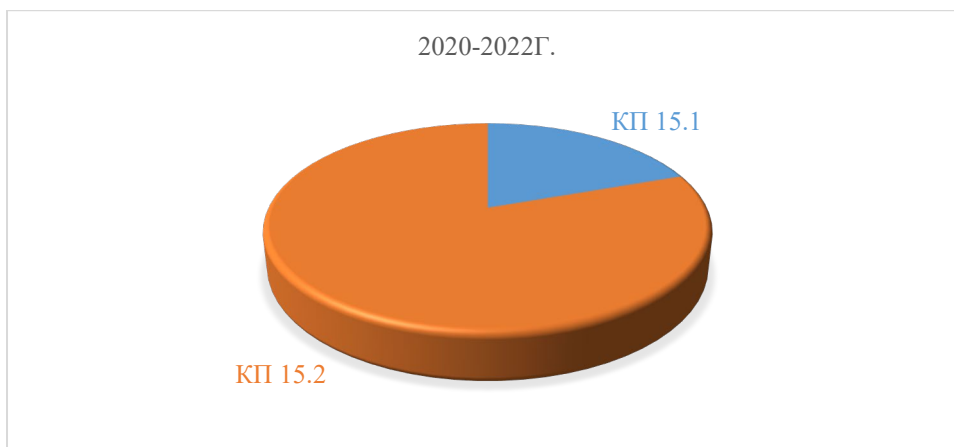
- Клинична пътека №10 - 37,34%;
- Клинична пътека №9 - 16,35%;
- Клинична пътека №15.2 - 13,42%;
- Клинична пътека №11 - 12,73%;
- Клинична пътека №14 - 12,04%;
- Клинична пътека №13 - 3,95%;
- Клинична пътека №15.1 - 3,27%;
- Клинична пътека №12 - 0,86%.



Фиг. 3. Качествени показатели на НО за изпълнение по КП на Акушеро-гинекологична болница гр. Варна (база данни)

Рисковите новородени изискват приложение на лекарствени средства, биопродукти и други животоспасяващи лекарства. Водеща е Сърфактант терапията, (фиг.4) включена в

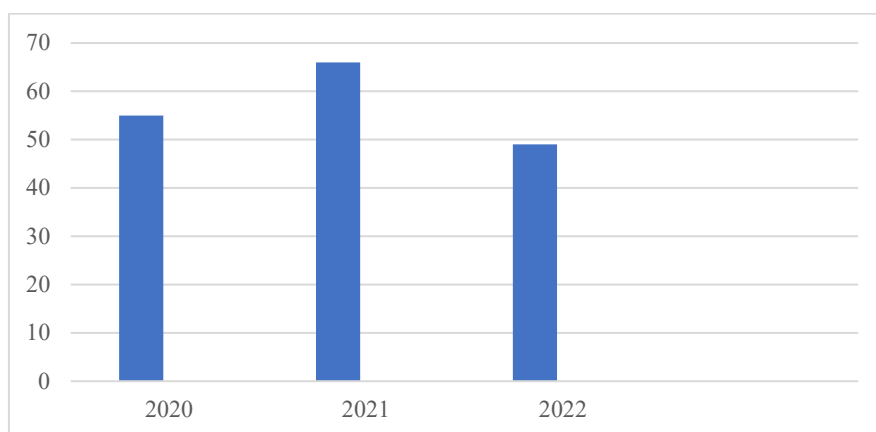
алгоритъма на Клинични пътеки 15.1 и 15.2 с едно или повече дози приложен Сърфактант.



Фиг. 4. Преминали пациенти по КП 15 в Неонатологично отделение на Акушеро-гинекологична болница гр. Варна (база данни)

Към оказване на грижите за новородените деца, се отнасят и дейностите по проследяване на преминалите през интензивно отделение деца и нуждаещи се от последващи процедури. Амбулаторна процедура 38, осигурява скъпо струващи лекарствени продукти, по реда на чл.78, т.2 от Задължителното здравно осигуряване. След положително становище на комисия, от Неонатологично отделение с III-то ниво на компетентност се осигурява

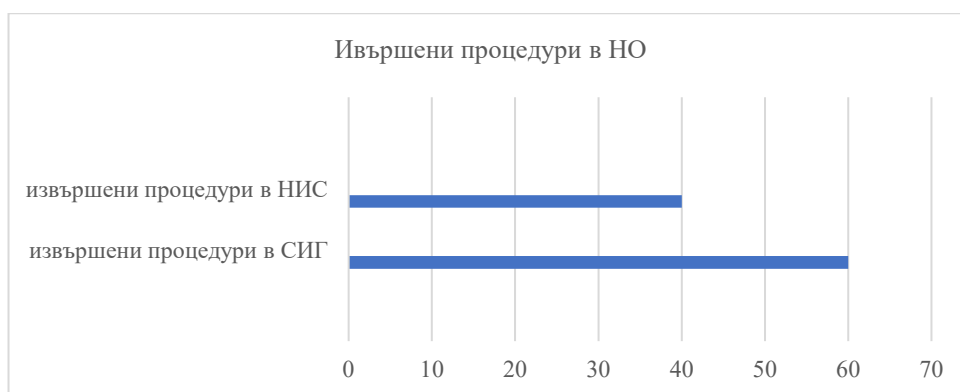
продължително лечение с Ravizumab, на деца с бронхопулмонална дисплазия, възникваща в неонаталния период. По Амбулаторна процедура 38, от всички преминали пациенти през Неонатологично отделение за периода 2020-2022г, 29,25% са с положително становище за лечение. Приложените Амбулаторни процедури в Акушеро-гинекологична болница Варна са представени на фиг. 5:



Фиг. 5. Амбулаторна процедура 38 в Неонатологично отделение на Акушеро-гинекологична болница гр. Варна (база данни)

Извършените процедури в Сектор специфични грижи (СИГ) са с над 20% повече от тези в Интензивен Неонатологичен сектор (НИС), поради повечето преминали пациенти (фиг.6). От качествените показатели 60% от

процедурите и манипулациите са направени в Интензивен Неонатологичен сектор и 40% в сектор за здрави деца.



Фиг. 6. Извършени процедури в Неонатологично отделение на Акушеро-гинекологична болница гр. Варна (база данни)

Заклучение

Организация на грижите в интензивния Неонатологичен сектор е от критична важност за новородените деца с проблеми и затруднена адаптация. Изисква се точност и прецизност по отношение на дейности и процеси за пациентите, които са зависими от уменията на медицинските специалисти, от апаратурата и своевременността на предоставените им високоспециализирани грижи.

Различните нормативни изисквания определят рамката на обхвата на грижите, съобразно съвременните стандарти за качествени и безопасни грижи. Навременната грижа спасява човешки живот, дарява надежда и гарантира благополучие на нуждаещите се от нея.

Неонаталната грижа е важен елемент на всяка здравна политика и приоритет №1 в световен мащаб, която е и качествен показател за здравеопазната система на всяка държава.

Литература

1.Бобев Д., Е. Генев. 1998. Педиатрия. 3-то издание. София, МИ АРСО.

2.Карагъзов И. 1998. Акушерство и гинекология.

3.Наредба №13/23.07.2014г. за утвърждаване на медицински стандарт „Неонатология“, Издадена от министъра на здравеопазването, изм. ДВ. бр.63 от 30 Юли 2021г.

4.Национален рамков договор за изпълнителите на болнична медицинска помощ за 2020-2022г

5.https://newborn-health-standards.org/wp-content/uploads/2022/11/2021_12_20_ESCNH_Information_brochure_BG.pdf

Фаня Ключюн

МУ Варна

Катедра Здравни грижи

СБАГАЛ Варна

гр. Варна, бул. „Цар Освободител“ 150

fani_plami@abv.bg



РИСКОВИТЕ НА КЪСНОТО РОДИТЕЛСТВО ПРИ ИЗОСТАВЯНЕ НА НОВОРОДЕНОТО В РОДИЛНИЯ ДОМ. КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Фаня Кючюн

THE RISKS OF LATE PARENTHOOD WHEN LEAVING THE NEWBORN IN THE MATERNITY HOME. A CLINICAL CASE

Fanya Kyuchun

ABSTRACT: *The risk of late parenting is a very serious problem for our country. The modern mother over 30 is extremely concerned about her role as a parent. She is often highly educated and constantly informed. As she reads more and more works on parenting, she becomes suspicious that she is not performing perfectly, and this, along with the physical exhaustion that accompanies motherhood at the beginning, creates high levels of anxiety and guilt.*

The purpose of the study: to infer the role of the medical institution in identifying the risk of abandonment and the follow-up measures for referral of such children to special institutions. The documents were analyzed of 68 cases of abandonment in Obstetrics and Gynecology Hospital Varna for the period January 2020 - March 2023.

Outcome and discussion: important is the role and function of the medical institution in identifying the risk of abandonment and timely informing the protection authorities to take measures towards the newborn and his family. Work on preventing the abandonment of a child at the level of the maternity home has the working medical specialists.

Conclusion: an important part is the identification of the risk, its prevention activities and follow-up measures to ensure the well-being of the child, regardless of the age and development of the child, taking into account the best interests of the child have both the social workers from the Child Protection Department and the medical staff involved in the care of the mother and the baby.

Key words: abandonment, newborn, prevention, responsibility.

Въведение

По-възрастните майки са предразположени повече към психологически стрес и психични заболявания по време на бременността и след раждането. Това в частност се отнася за майките първескини на и над 32 г., но само ако в миналото са имали епизоди на депресия.

Много жени съжеляват, че на зрялата възраст, на която са все още нямат деца. Общоприетите стереотипи, че е добре да родиш преди 30-годишна възраст потискат много жени. Някои решават да имат деца само защото така е редно. Други го правят заради половинките си.

С нарастващата тенденция на забавяне на раждането в страните с по-висок стандарт, дефиницията за млада майка, раждаща за първи път, обхваща нова група жени, изложени на психически заболявания по време на бременността. Много жени раждат в по-зряла възраст след лечение на стерилитет. Доказано, че в

възрастовата група над 40 години репродуктивните възможности постепенно намаляват. Понякога бременността настъпва по-скоро, в други случаи след няколко месеца, в най-лошия случай очакванията не се сбъдват и след година [1].

Изоставянето на новородено е тежка раздяла както за него, така и за родителите му. При необходимост от подобна раздяла е необходимо създаване на условия, осигуряващи запазване на детското благополучие и права. Това означава процесът да гарантира подкрепа за справяне с травмата и отработване на емоционалните преживявания на всички засегнати. При категоричен отказ от родителски права е необходимо създаване на условия, осигуряващи запазване на детското благополучие и права (осигуряване на помещение за провеждане на разговори между служителите и родилката и/близките и'). Това означава процесът да гарантира подкрепа за справяне с

травмата и отработване на емоционалните преживявания на всички засегнати [3].

Моралните и етични въпроси относно изоставяне на новородено в родилния дом са много, детето не е нещо, което може да бъде изоставено и върнато в магазин. В родилния дом има не само „оставени”, но и изоставени деца. Майките на тези бебета просто бягат от болницата и дори не пожелават да си видят новороденото [4].

Майката не приема мисълта да роди дете още при появата на първите признаци на неговото съществуване. В отговор на тази заплаха или предизвикателство може да дойде решението за изоставяне на детето, което се пази в тайна, както и самата бременност, най-често не семейна жена в напреднала възраст или твърде млада майка. Ако след раждането отхвърлянето не е категорично, може да настъпи етап на колебания, който е подходящ за намеса на социалния работник и медицинския персонал в помощ както на майката, така и на детето. [2,3].

Подкрепата на майката и новороденото на ниво акушерска структура, може да се осъществи ефективно чрез предоставяне на различни видове социални услуги от общността, оказвани в различни структури, като:

- Звено „Майка и бебе” – настаняват се бременни след 8-ми месец на бременността и майки с деца до 2 годишна възраст, където се осигурява подслон, подкрепа, обучение за изграждане на умения за отглеждане на дете, в такава ниска възраст;

- Център за социална рехабилитация и интеграция и Център за обществена подкрепа – осигуряват подкрепа, консултиране и обучение на семейството [3].

Услугите оказвани от социалните структури имат кратко временен ефект или се оказват в дългосрочен аспект, съобразно презвиденията и закона за закрила на детето

- насочване към центровете за социална рехабилитация и интеграция;

- консултиране на родителите или лицата, на които е възложено изпълнението на родителски функции, по въпроси на социалното подпомагане и социалните услуги;

- мерки за закрила в семейна среда

- осигуряване съдействие за подобряване на социалнобитовите условия;

- съдействие на осиновителите при подготовката им за изпълнение на родителските им функции, самото осиновяването и защита

правата на детето при прекратяване на осиновяването [3].

Цел, задачи и методи на проучването.

Целта на изследването е да дефинира дейностите, при наличие на риск от изоставяна новородено в родилния дом. Обект на проучването Акушеро-гинекологична болница Варна за периода януари 2020 – март 2023г.

Използвани са методите контент анализ, ретроспективен анализ на медицинската документация. Получените резултати са обработени и представени графично с Excel.

Резултати и обсъждане

Основна задача на екипа – социален работник от Дирекция Закрила на детето (ДЗД), медицински персонал и специалист от страна на доставчика на социални услуги – е да помогне на майката да вземе решение относно детето си. Още през първите дни след раждането трябва да се работи с майката за отлагане на решението за изоставяне на детето. Много често прилагането на този метод води до успешно събуждане у родилките на майчиното им чувство.

Родителите на „късни“ деца обикновено имат един главен страх – какво ще стане с децата им, ако те си отидат твърде рано.

Забавеното в годините раждане предполага и по-голямо възрастово различие между поколенията, което от своя страна означава, че жените и мъжете имат деца по-късно в живота си и са по-малко склонни да оживеят, докато им се родят внуци в сравнение с по-младите родители.

В СБАГАЛ Варна е утвърден протокол по превенция на новородените в риск:

- Ранно идентифициране на риска -непълнолетни родилки, майки със здравословни психични проблеми, неоснована агресия след раждането, следродилна депресия и др;

- Своевременно предаване на сигнал за дете в риск към Дирекция закрила на детето (писмена и устна форма);

- Осигуряване на възможност за превенция -инициране на срещи между страните в процеса - родилка, близки, служители на ЛЗ и Дирекция закрила на детето;

Работа по предотвратяване на изоставянето на дете и настаняването му в институция се предприема от социалните работници в ДЗД винаги, когато съществува такъв риск

или е деклариран отказ от родителя настоящ в родилния дом, независимо от възрастта и развитието на детето, при съобразяване на най-добрия интерес на детето.

Проведено е наблюдение върху 68 случая на изоставяне в Специализирана акушеро-гинекологична болница, гр. Варна за периода януари 2020 - март 2023г. в Неонатологично отделение. (НО)

От страна на Дирекцията по закрила на детето, за периода е допуснато настаняване в Дом за медико-социални грижи и дейности (ДМСГД) на 68 новородени, за които 12 са успешно настанени в приемни семейства след изписване от ЛЗ.

Успешна превенция е проведена при 3 жени, които са променили решението си и се грижат за новородените си деца. 53 майки са подписали декларации за съгласие за пълно осиновяване и пълен отказ от децата си.

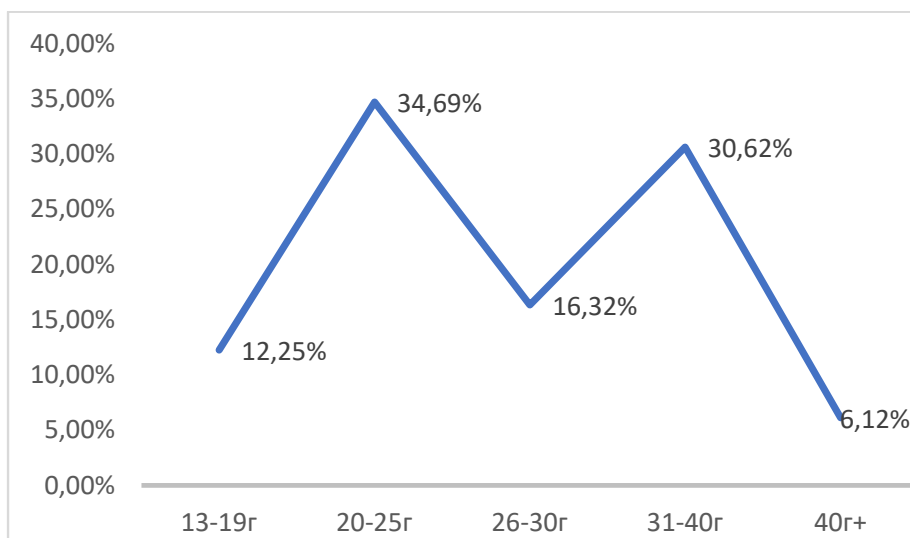
Акушерските и Неонатологични структури работят успешно с неправителствени организации, чията крайн цел е развитието на програма за ранна интервенция, която се фокусира върху оказване на подкрепа и въздействие на родители, чрез:

- обучение по кърмене и подкрепа на млади майки на деца в риск;

- обучение на консултанти по ранна интервенция, които да работят в дома на семействата като ги подкрепят и им предават знания и умения за стимулиране развитието на детето;

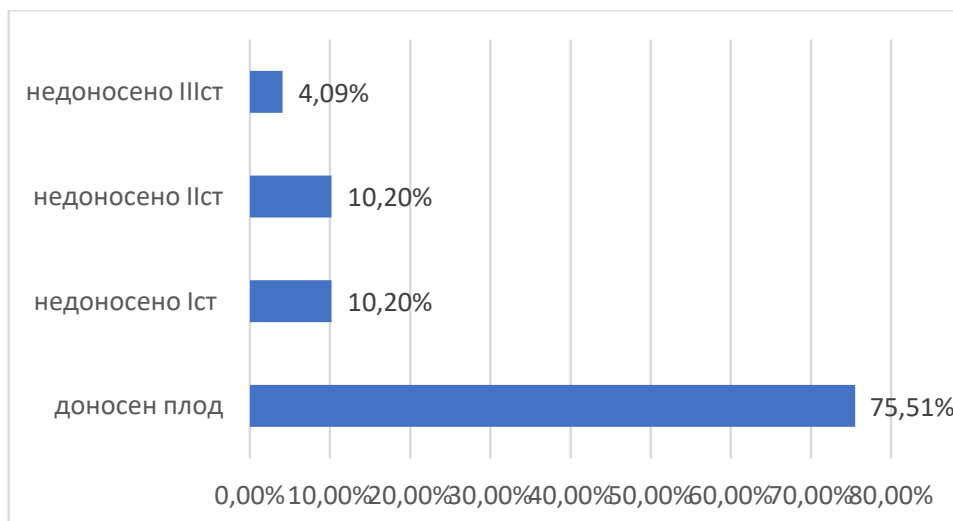
- създаване на мобилен екип от специалисти, който да оценява развитието на детето и ще оказва подкрепящи услуги на семействата с деца в риск или с увреждане.

Голям е процента на деца изоставени от майки на възраст 31-40г (30,62%) (фиг.1).



Фиг. 1. Разпределение на родилките по възраст

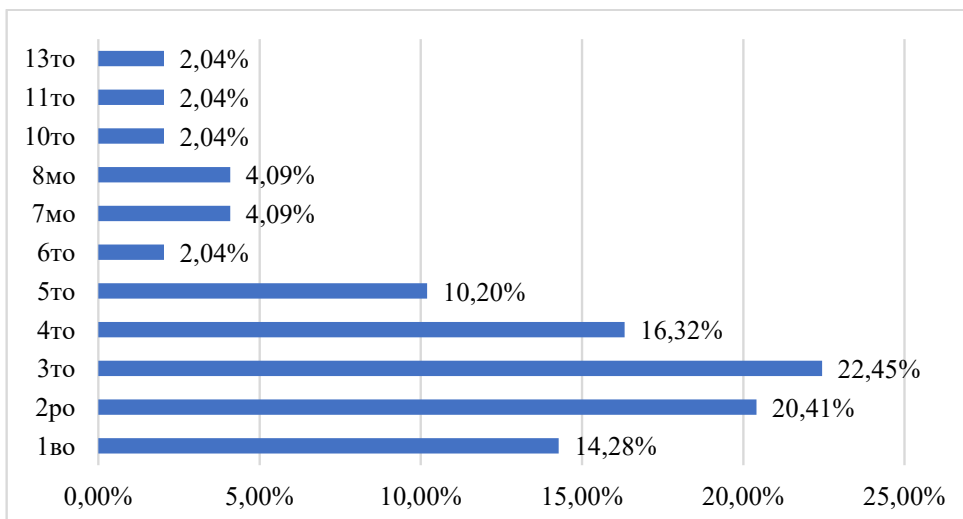
На фиг. 2 са представени семейното положение на родилките: семейни са (79,59%) и (91,83%) от тях са не семейни.



Фиг. 2. Разпределение на респондентите по степен на доношеност

Най-голям е процента на родените нормално деца (77,56%), като 75,51% са доносени. Най-малкото родено дете, изоставено в ЛЗ е с

тегло 1000гр. Прави впечатление, че изоставените доносените здрави бебета са много повече от недоносените.

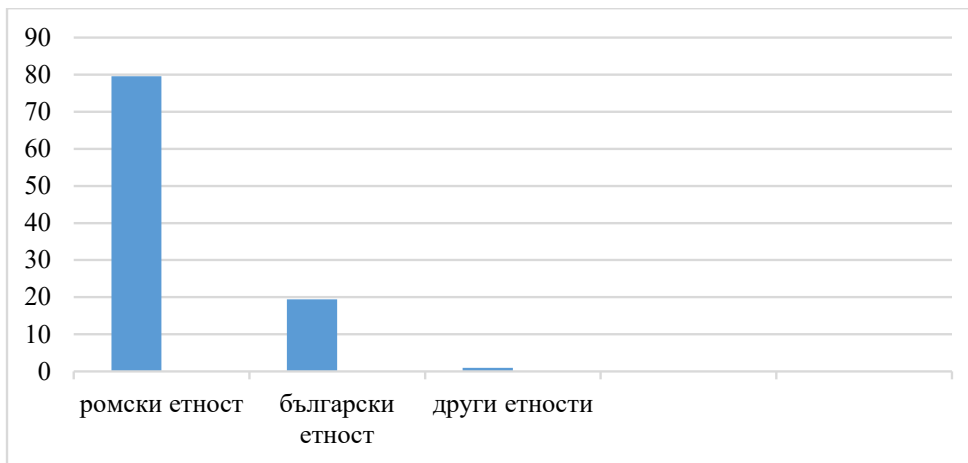


Фиг. 3. Поредност на ражданията при респондентите

По поредност на раждането извадката е разнородна, като има случаи на изоставяне при примипара (14,28%), така и при мултипара (фиг. 3). Най – голям е % на децата, които са изоставени след четвъртото раждане на

майката, а най малък е % на изоставени деца в многодетни семейства (десет и повече).

По етническа принадлежност (фиг. 4) най-голяма е ромската група (79,59%), следвана от групата която са се определили като българи (19,41%):



Фиг. 4. Етническа принадлежност

Клиничен случай

Бременност на 45г., след 4 неуспешни In vitro fertilisation (IVF) процедури, петата е успешна с развиващи се 3 ембриона. Бременността е рискована с прееклампсия, чести депресивни състояния. В началото на втори триместър установяват двуплодна бременността. При спешна хоспитализация в Акушеро-гинекологична болница, поради нивото на компетентност на Неонатология за североизточна България, се установяват три плода на доплеровото изследване.

По анамнестични данни приложен серклаж, майката многократно е лежала в отделението по патологична бременост. Инсимиацията на яйцеклетки е направена от донорски яйцеклетки и сперматозоиди. Назначена е токолитична терапия, без успех. Чрез спешно цезарово сечение се раждат многозаци – три децата в 33 г.с, недоносени от женски пол.

Първи плод: с тегло 1430 гр, ръст 41см., роден в депресивно състояние с АПГАР-5-7. Проведена първична реанимация по протокол. Розова кожа с акроцианоза. Понижен мусколен тонос и рефлексии. Стене експираторно. Настанено в отделението по интензивно лечение поставено в кувъз на дозиран кислород под кислородна палатка, мониториран основни жизнени функции. В по късните часове дишане неравномерно, силно кислородозависими, интубиране и поставено на апарат за обдишване, приложена сърфактантна терапия по протокол. Назначен план за грижи.

Втори плод: с тегло 1130 гр, ръст 38см. а *трети плод* с тегло 1310 гр, ръст 37см, родени в депресивно състояние. с АПГАР-5-7 Проведена първична реанимация по протокол. С

розова кожа с акроцианоза. Понижен мускулен тонос и рефлексии. Дишат неравномерно. Аускулаторно - отслабено везикуларно дишане двустранно с крепитации. Корем - ясни тонове, РСД. Корем - мек, без органомегалия. Няма видими вродени аномалии. НГС - проходим хранопровод

Настанени в отделението по интензивно лечение поставени в кувъзи на дозиран кислород под кислородна палатка, мониториран основни жизнени функции. По протокол се катетеризирани вени умбиликалис за венозни инфузии и терапия. Назначен план за грижи.

След раждането майката отказва да си вземе двете от трите деца. Твърди, че иска само едното новородено. Тя с неохота споделя, че доктора, който е извършил инвитротото е инсимимирал три яйцеклетки без нейно желание, но я уверил че ще резорбират част от ембрионите. Твърдо заявява желанието си само за едно дете и затова, ще бъде родител само на едното от тризнаците.

По време на престоя си в болницата не посещава интензивното отделение, където са настанени децата, отказва да ги види да запиши имена им. През периода от 10 дни нито майката нито бащата на децата не търсят информация за тях нито ги посещават. Социалните служби са уведомен за ситуацията. Провежда се тристранна среща между представител на лечебното заведение, социалните служби и семейството. Родителите с неохота разговарят, но са твърди в убеждението си, по отношение на признаване на едно от трите деца. Предоставено им е време за размисъл. Провеждат се няколко срещи с психолог и социален работник.

След 10тия ден родителите се появяват в интензивното отделение и съобщават своето решение да се откажат от родителските права на единия близък и да признаят само две от децата си. Провежда се заключителна среща със социален работник, на която официално и законово се отказват от родителството си на най – големия по тегло от тримата и го предоставят на институция за осиновяване. В същия ден запърви път се срещат и виждат със своите деца и им дават имена, въпреки законоустановения срок от три дни за извършване на регистрация.

След стабилизиране и достигане на определени килограми детето е предадено на социалните служби за осиновяване с отказ на двамата родители.

След стабилизиране и надаване на тегло второто и третото по ред от децата, са изпитани и взети от родителите си.

Изводи

Предотвратяването на изоставянето на деца и настаняването им извън семейството е една от най-важните дейности за изпълнение на държавната политика в областта на социалната политика с приоритет превенция от изоставяне и развитие на приемна грижа за децата. Децата, отглеждани извън обичайната си семейна среда (приемна, в разширено семейство или директно осиновяване) е водеща цел на превенцията за ранната детска грижа.

Риска от изоставяне на детето при възрастни родители е много по-голям, породен от страха за несправяне с отглеждането на детето. Важна е ролята и функцията на лечебното заведение при идентифициране на риск от изоставяне и своевременно информиране на органите по закрила за предприемане на мерки спрямо новороденото и неговото семейство. Взаимната работа на различните структури, изисква правилна координация, превенция и въздействие върху родителските решения, с оглед правилното развитие и благополучие на детето.

Литература

1. Димитров А. 2020. *Акушерство*. София. МИ Арсо.
2. Закон за здравето, посл. изм. и доп. ДВ. бр.41 от 3 Юни 2022г.
3. Закон за закрила на детето, посл. изм. и доп. ДВ. бр. 99 от 20 Ноември 2020г.
4. Правилник за прилагане на закона за закрила на детето
5. СБАГАЛ Варна - база данни.

Фаня Ключюн
МУ Варна
Катедра “Здравни грижи”
СБАГАЛ Варна
Варна, бул. “Цар Освободител” 150
Fani_plani@abv.bg



ПРИЛОЖЕНИЕ НА ХИПЕРБАРНАТА ОКСИГЕНАЦИЯ ПРИ ДЕЦА С УВРЕЖДАНИЯ. РОЛЯТА НА СПЕЦИАЛИСТА ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ.

Филиз Алendarова, Иванка Стамболова

HYPERBARIC OXYGENATION APPLICATIONS FOR CHILDREN WITH DISABILITIES ROLE OF THE HEALTHCARE SPECIALIST.

Filiz Alendarova, Ivanka Stambolova

ABSTRACT: *Hyperbaric oxygen therapy is a medical procedure that administers oxygen at high pressure for therapeutic purposes. This treatment can be successfully applied to children with developmental problems, including those with autism who may experience physiological abnormalities that could be positively affected by the therapy. Studies have identified positive changes in physiology and/or behavior following hyperbaric therapy in children with autism. Hyperbaric therapy improves cerebral perfusion, is anti-inflammatory, and does not worsen oxidative stress in children with autism. The pressure in the hyperbaric chambers can reduce inflammation which restricts blood flow to areas of a child's brain responsible for speech and social interaction. Hyperbaric oxygen therapy is a complementary treatment for children with developmental problems.*

Key words: hyperbaric oxygen therapy, children with disabilities, autism

Въведение

В обикновени условия при вдишване на въздух в 100 мл кръв в плазмата се съдържат 0.3мл разтворен кислород - 1,04 мл. При увеличаване на налягането 2АТА количеството разтворен в плазмата кислород се увеличава до 4,34 мл, а при 3 АТА 6.65мл. т.е. около 20 пъти. Това увеличение на налягането се постига в барокамера. Барокамерата успешно се прилага при редица проблеми при деца с увреждания. Едно от най-честите опити за подобряване качеството на живот посредством барокамера е аутизмът. Разстройството от аутистичния спектър е разстройство на неврологичното развитие, характеризиращо се с нарушения в социално взаимодействие, както и ограничени или повтарящи се модели на поведение, интереси или дейности. Аутистичните прояви присъстват и в ранния период на детското развитие, което позволява навременна намеса за подобряване на състоянието, чрез поведенчески терапии, биохимичен контрол, хипербарна терапия и др.

Цел

Да се проучи информираността на родители на деца с увреждания относно приложе-

нието на хипербарната терапия, ролята на специалистът по здравни грижи за обучение на родителите за правилното прилагане на терапията. Да се проследи ефективността на терапията провеждана под контрол на медицински специалист.

Методи

Проведено е проучване чрез онлайн анкета в периода от ноември 2022 г. до януари 2023 г. с респонденти от цялата страна. Анкетирани са 107 броя лица, избрани на случаен принцип и доброволно участие. Анкетната карта е разработена специално за целта на проучването. Използвани са: документален и социологически метод - пряка анкета и статистически методи за анализиране и представяне на резултатите.

Резултати

Анализът на резултатите показва, че информираността е недостатъчна по отношение на предварителните изследвания, ефективността на терапията и правилното ѝ прилагане. Анализът показва, че при правилна информираност на родителите от специалист по здравни грижи, а не от произволно избрани източници в интернет, терапията дава повече резултати, дори и при по-малък брой процедури.

Основен текст

Приложението на хипербарната терапия при деца с увреждания трябва да се извършва под контрол на медицински специалист. Кислородът изисква дозиране, съобразено със съответното налягане, за да се постигне максимален лечебен ефект или да се избегне интоксикация. Освен дозировката на кислорода и постигането на по-високо налягане, медицинският специалист трябва да следи за здравословното състояние на пациентите, както и да ги информира за правилното прилагане на хипербарната терапия, като ги съветва да направят необходимите предварителни изследвания.

Предварителните изследвания предимно са профилактично изследване при УНГ специалист, за да се провери проходимостта на синусите и евстахиевите тръби, което е от значение заради промените в налягането. Трябва да се обърне внимание и на чревната флора на детето с проблеми в развитието. 80% от имунитета се намира в червата и често срещаните проблеми с чревната флора на деца с увреждания, навежда учените на мисълта, че има връзка между проблемите в развитието и имунитета. Липса на гастроинтестинален имунитет може да бъде причинено от имуноген (секреторен имуноглобулин А) или ензимен (бета-дефензин) дефицит. Имуният дефицит често е първичният фактор при повечето проблеми. Например, имунодефицитът може да причини свръхрастеж на кандидата, кандидата да доведе до възпаление, хронифициране, а то до пропускливи черва и нисък серотонин. Ако видим нисък секреторен имуноглобулин, има нужда от стимулиране. Но при много чревни проблеми, особено чревно възпаление, имуноглобулинът е повишен и терапията е различна. Важно е да се направи фецес диагностика при по-малки и подрастващи пациенти, тъй като децата с проблеми в развитието предразполагат за чревни инфекции, една от често срещаните е *candida albicans*, тя се храни с кислород. При присъствието ѝ в червата на дете с увреждания, барокамерата може да предизвика свръх растеж, което да доведе до нетипична промяна в поведението, болки в корема, конституция или хронична диария и често изхождане, а всяко хронично възпаление може да доведе до дисбаланс в производството на ензими, хормони и невротрансмитери в чревния тракт. Свръхколичество бактерии и гъбички, непоносимост към глутен, алергии – много са

причините, които могат да доведат до хронични възпаления, където барокамерата и биохимичният контрол могат да бъдат решаващи за лечението им, ако се прилагат правилно.

Според д-р Едуард Рослер, има много силна връзка между червата и мозъка. Един от най-важните невротрансмитери - серотонин - се произвежда главно в червата. Както подсказва името, трансмитерите пренасят информация по чревно-мозъчната ос. Едва около 10% от информационния поток от главата - мозъка към червата е разкрит, и 90% в обратната посока. Една съществена връзка за това е вагусният нерв, който участва в регулацията на почти всички вътрешни органи. В допълнение към невронните пътища, много хормони на червата и невротрансмитерите се използват за "споделяне" на информация между червата и мозъка. Тъй като сега можем да лекуваме основните причини за стомашно-чревното разстройство (хистаминовата непоносимост), ние сме в състояние напълно да излекуваме червата, да запълним често комбинирания витаминни дефицити и да увеличим серотонина и така да имаме шанса да дадем на детето най-добрата възможност да се развива в съответствие с възрастта си. Но санацията на червата не е единствената възможност. Общите терапии включват и други аспекти като хипербарна кислородна терапия или понижаване на нивата на тежки метали. Най-важният ключ за дете със забавено развитие от всякакъв вид е персонализирана терапия, базирана на индивидуалните резултати.

Не може да има „едно хапче за всички“, но може да се създаде комплексен подход, където деца подходящи за определени терапии и изследвания могат да бъдат подложени на тях, в това число и хипербарната терапия.

За добрата ефективност на терапията се изисква строг контрол от медицинският специалист извършващ терапията и наличието на предварителни изследвания.

Проучването е направено с родители на деца с увреждания, където водещи са родителите на деца с аутизъм в съотношение 78,5% и 13,1% за родители на деца с генерализирано разстройство в развитието, където хипербарната терапия е извършвана под контрола на медицински специалист така и резултатите не закъсняват (Фиг.1.) и (Фиг. 2.):



Фиг. 1. Причина за терапевтирането на деца с хипербарна оксигенация



Фиг. 2. Роля на здравния специалист при информирането на пациентите на хипербарна терапия

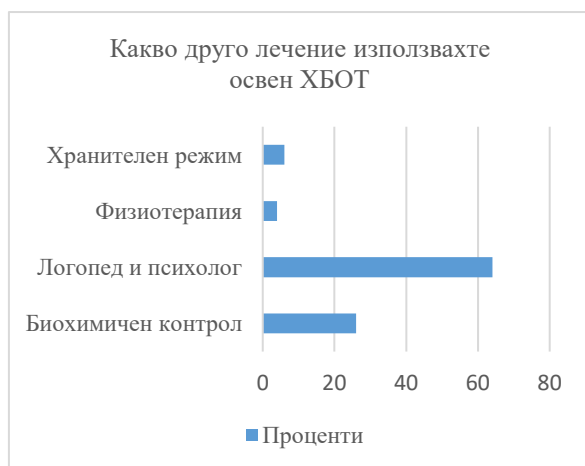
Например при невербални деца се наблюдава поява на експресивна реч, думи, които се използват по предназначение. Установяваме поява на социални жестове както и поява на първи думи, подобряване на разбирането, концентрацията, очен контакт, фина и груба моторика. Също така имаме подобро разбиране за социалната ситуация, подобрен контрол над отделителните функции, като премахване на памперс. (Табл.1.):

Какъв ефект имате от ХБОТ при вашето дете
Махане на памперс, очен контакт, фина моторика
Енергия
Подобряване на диспраксията

Започна да казва първи думи: мама, тате. Подобрите се очния контакт
Множество положителни промени
Подобрите концентрацията, развитието като цяло
Подобрение в социално поведение
Хиперактивността намалена разбира по-добре, изпълнява някои неща
По-добра концентрация, стана малко по-спокоен

Таблица 1. Ефективност на хипербарната оксигенация

Хипербарната терапия може да бъде съчетана с поведенчески терапии, както и с биохимичен подход. Включването на логопедични занимания и посещения при психолог, както и биохимичен подход при посещението в барокамера, дава оптимални резултати при аутизъм и деца с увреждания. (Фиг. 3):



Фиг. 3. Хипербарната оксигенация, като част от комплексно терапевтиране на деца с увреждания

Биомедицинската терапия включва диета, елиминиране на токсините и на алергените, подобряване дейността на клетките (основно на митохондриите и на клетъчните мембрани) чрез въвеждане на L-карнитин, коензим Q10 и др. Биомедицинското лечение представлява комбинация от основни и алтернативни лекарства, които работят в синхрон. С помощта на внос в организма на липсващи или дефицитни микроелементи и с помощта на детоксикация се постига коригиране на нарушенията в метаболизма, производство на повече енергия, емоционална стабилност, подобрява се когнитивната функция и устойчивостта при стрес. Доказано и от анкетираните родители на деца

с увреждания, виждаме ефективният комплексен метод (Фиг. 3) след направени средно 40 процедури при предварително изготвени протоколи по европейски стандарт (Фиг. 4):



Фиг. 4. Продължителност на хипербарната оксигенация при деца с увреждания

Терапиите се провеждат всеки ден като се минава адаптивен период с покачване на налягането постепенно. Съществуват различни протоколи за провеждане на сесиите. Според американските протоколи, сесиите трябва да се направят 40 последователни процедури, пет пъти в седмицата. След провеждане на този брой процедури се прави почивка от месец-два. По европейските протоколи се правят 15-20 процедури наведнъж, после няколко месеца почивка, след това отново. Общо може да се стигне от 100 до 120 лечебни сесии на година. Проучването е направено на база работа по европейския модел, където според 74,8% анкетираните родители на деца с увреждания, ефектът идва още след първата серия от приложенияето на европейския протокол, според 16,8%

от доброволно анкетираните родители ефектът идва от втората серия от процедури. Ефектът след третата серия от процедури се наблюдава при малък процент от анкетираните. (Фиг. 5):



Фиг. 5. Наблюдения на ефективността на хипербарната оксигенация

Практиката показва, че тези деца, при които има положителен ефект в началото, т.е. около 15 процедура, показват по-добър напредък в общото състояние. Тези, които се повлияват на по късен етап, след 30-40 процедури, показват по-малък напредък. Тъй като аутизмът е широко-спектърно състояние, не можем да бъдем категорични в анализите. Получените положителни резултати по време на терапията и между две терапии остава като постоянен ефект, без поява на регрес, според 86,9% от анкетираните (Фиг. 6):



Фиг. 6. Имат ли плацебо ефект процедурите в барокамера

Изводи

ХБОТ не може напълно да излекува аутизма или друг вид увреждания при деца и възрастни, но може да подобри разбирането, мисленето и да осигури по-добро качество на живот. Например, едно дете с аутизъм, което е хиперактивно, трябва да разбере, че да тича неконтролируемо по натоварени булеварди е опасно.

ХБОТ също подобрява съня на деца с аутизъм. По-добрият сън е много важен, за да бъде тялото здраво.

Много изследователи и лекари оценяват проучването, докато други хора посочват липсата на достатъчно открития. В бъдеще ще са необходими много изследвания, за да се одобри ХБОТ терапията от всички като ефективно лечение на аутизъм и други увреждания при деца и възрастни.

Заклучение

Анализът на резултатите показва, че родителите, които са се доверили на медицински специалист, под чийто контрол протича хипербарната терапия, получават голяма ефективност и подобрение в общото състояние на детето. От направеното проучване също се наблюдава, че информираността на родителите на деца с увреждания за терапията е задоволително, но за правилното ѝ прилагане е необходимо допълнително обучение от специалист по здравни грижи, за да се изведе максимален ефект от нея. Изпълнявайки ролята да информира и наблюдава, медицинският специалист допринася за подобряване качеството на живот на деца с аутизъм, генерализирано разстройство в развитието, ДЦП и други увреждания. При някои от тях, макар и малък процент, терапията не е донесла целевите ефекти заради неправилното ѝ прилагане. Поради нееднозначните резултати, проучването на ефективността и правилното прилагане на терапията трябва да продължи.

Литература

1. Бозов Хр., Чуринскиене С., Бозова Г., Алендарова Ф., Драганов Д. (2017/1), Авиационна, морска и космическа медицина. Издание

на българското сдружение по авиационна, морска и космическа медицина съвместно с дружеството на специалистите по водно спасяване Варна и ОС на БЧК

2. Кембъл-Макбрайд Н. (2016), GAPS - Синдром на храносмилателната система и психиката, София: Издателство КИБЕА

3. Мелило Р. (2019), Хранителният режим на откъснатите деца, София: Издателство КИБЕА

4. Хюитсън Д. (2021), Аутизмът: Как да отгледаме щастливо аутистично дете, София: Издателство КИБЕА

5. Шопов Н. (2017), Ръководство по водолазна медицина, Варна: ИК "Стено"

6. Bernard S., Enayati A., Rdwood L., Roger H., Binstok T. (2001), Autism: A Novel Type of Mercury

7. Poisoning. Medical Hypothesis. 56:462-471, Harcourt Publishers Ltd

8. Yasko A. (2003), MTHFr, Methylation and Metals, Texas

9. Yasko A. (2009), Autism: Pathways to Recovery, Texas: Neurological Research Institute

10. Бозов Х. (2016), След 10 сесии в барокамера идва първият ефект при аутистите, Дарик <https://dariknews.bg/novini/interviu/sled-10-sesii-v-barokamera-idva-pyrviqt-efekt-pri-autistite-1585416>

11. Бозов Х. (2021) Барокамерата има добър ефект при деца с аутизъм

<https://kozloduy-bg.info/117971/barokamerata-ima-dobar-efekt-pri-detsata-s-autizam/>

12. Рослер Е. (2019), Чревното функциониране влияе на здравето и развитието на детето, Пулс.БГ

13. <https://www.puls.bg/detsko-zdrave-c-38/d-r-eduard-rosler-chrevnoto-funktsionirane-vliiae-na-zdraveto-i-razvitieto-na-deteto-n-35924>

Филиз Алендарова

Иванка Стамболова

Медицински университет - София

Факултет по обществено здраве "Проф. д-р Цецомир Воденичаров дмн"

София, ул. "Бяло море" 8

e-mail: filizalen@yahoo.com

e-mail: I.stambolova@foz.mu-sofia.com



АДМИНИСТРАТИВНО-НАКАЗАТЕЛНА ОТГОВОРНОСТ НА СПЕЦИАЛИСТИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ ПРИ ПРЕДОСТАВЯНЕ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Нели Градинарова, Радка Горанова-Спасова

ADMINISTRATIVE-CRIMINAL LIABILITY OF HEALTHCARE PROFESSIONALS IN THE PROVISION OF MEDICAL ASSISTANCE

Neli Gradinarova, Radka Goranova-Spasova

ABSTRACT: *The nature of the medical profession gives rise to a high occupational risk of harm to human health, which is why it is strictly executed and regulated, and all kinds of responsibilities can be realized against medical professionals. The article aims to study the awareness of health care professionals regarding the imposition and realization of administrative-criminal liability towards themselves. 252 health care practitioners were surveyed. Their awareness regarding the detection of violations and the imposition of sanctions in the realization of administrative-criminal liability was investigated. More than 80% of respondents indicate that they are informed or partially informed about the detection of violations and the issuance of criminal decrees against them, but only 26% of the respondents are familiar with the procedure for issuing a criminal decree and the procedure for appealing it. The good awareness of medical professionals is a prerequisite for responsible behavior and lack of grounds for imposing sanctions. It is necessary for healthcare professionals to improve and supplement their knowledge in the field of the types of responsibilities that could be realized towards them, and this would have a positive effect, both for the healthcare professionals themselves and for their patients.*

Key words: awareness, responsibility, health care professionals

Въведение

Съгласно чл. 183, ал. 1 от Закона за здравето медицинската професия се упражнява от лица притежаващи диплома за завършено висше образование по специалности от професионални направления "Медицина", "Дентална медицина", "Фармация" и "Здравни грижи" [1]. Дипломата удостоверява придобитите знания и умения съгласно определените държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите по регулираните професии от съответните професионални направления. Завършилите и придобили диплома по някоя от специалностите могат да упражняват съответната медицинска професия след като изпълнят две условия, членуват в определена съсловна организация - Български лекарски съюз, Български зъболекарски съюз, Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи и не страдат от заболявания, които застрашават здравето и живота на техните пациенти, като двата критерия трябва да съществуват кумулативно.

При упражняване на медицинската професия лицата имат право на свобода на действия

и решения съобразно своята професионална квалификация, медицинските стандарти и медицинската етика. Правата и задълженията на медицинските лица са разписани в Закона за здравето, в Закона за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина, в Закона за съсловната организация на магистър-фармацевтите, в Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, на зъботехниците и помощник-фармацевтите, в Кодекса за професионална етика на лекарите в България, в Кодекса за професионална етика на лекарите по дентална медицина, Кодекса за професионална етика на магистър-фармацевта и в Кодекса за професионална етика на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, както и в други законови и подзаконови нормативни актове.

Естеството на медицинската професия и методите на практическото ѝ приложение пораждат висок професионален риск от увреждане на човешкото здраве. Това е и една от причините медицинската дейност да е една от най-стриктно регламентирани. По

отношение на нея се установяват всички видове отговорности (гражданска отговорност, наказателна отговорност, дисциплинарна отговорност, административно-наказателна отговорност). Гражданскоправната отговорност на медицинските специалисти настъпва тогава, когато е налице виновно противоправно деяние (действие или бездействие) на медицински специалист, от което е настъпил вредоносен резултат за пациента. Вредоносният резултат за пациента може да е смърт; чуждо тяло; увреждане на долен, горен крайник; болки, страдания, стрес; усложнения (допълнителни операции); загуба на орган; увреждане на орган. При гражданската отговорност субект може да бъде и лечебното заведение, и медицинският специалист. Тази отговорност се реализира по съдебен ред, търсеният резултат е обезщетение и се иницира от ищец, който може да бъде самия пациент или неговите наследници, ако пациентът е починал. Наказателната отговорност също се реализира по съдебен ред, субект при тези видове дела могат да бъдат само медицинските специалисти, иницира се от прокурор и целта ѝ е да се наложи присъда на виновния. Целта на наказателната отговорност е под страх от наказание да стимулира медицинските специалисти към точно изпълнение на техните задължения. Формата на вина винаги е непредпазливост, медицинският специалист не е целял или допуснал увреждането на пациента. Дисциплинарната отговорност настъпва за работещите по трудово правоотношение медицински специалисти. Тя е самостоятелен вид отговорност. Носи се за нарушаване на трудовата дисциплина. Реализира се чрез дисциплинарни наказания, регламентирани в чл. 188 КТ /Забележка, предупреждение за уволнение, уволнение/ и по реда, уреден в Кодекса на труда. [2] Административно-наказателната отговорност се реализира чрез издаване на наказателно постановление. Субект на този вид отговорност може да бъде и лечебното заведение и самият медицински специалист, иницира се от административно-наказващ орган и резултатът, който цели е да наложи определена санкция. Всички лечебни заведения в страната

задължително застраховат лицата, които упражняват медицинска професия в лечебното заведение, за вредите, които могат да настъпят вследствие на виновно неизпълнение на професионалните им задължения.

Цел и методика на изследването

Целта на настоящата статия е да се проучи информираността на специалистите по здравни грижи относно търсенето и реализирането на административно-наказателна отговорност спрямо тях.

За целите на изследването са използвани социологически (документален метод и пряка индивидуална анкета) и статистически методи. Представеното емпирично социологическо изследване в статията се проведе в периода юни-септември 2022г. сред 252 професионалисти по здравни грижи под формата на пряка индивидуална и онлайн анкета, като за целите на проучването бе разработен оригинален въпросник. Използвани са документален метод за анализ на литературата по темата, анкетен метод - анонимна пряка индивидуална анкета сред професионалисти по здравни грижи, работещи в лечебни заведения за извънболнична и болнична медицинска помощ на територията на гр. София, гр. Пловдив, гр. Русе, гр. Стара Загора и гр. Кърджали и статистически методи - за обработка на данните от проучването е използван пакетът за статистически данни SPSS (Statistical Package for Social Sciences) версия 19.0. Резултатите са онагледени с таблици и фигури.

Резултати и дискусия

В реализираната анкета взеха участие 252 професионалисти по здравни грижи. 95.6 % от респондентите са посочили, че са жени и 4.4 % или 11 анкетираните са отговорили, че са мъже. Това потвърждава тенденцията, че основно жени са работещите специалисти по здравни грижи в страната. На табл. 1 са представени допълнителни демографски характеристики на анкетираните.

Таблица 1. Демографски характеристики на анкетираните професионалисти по здравни грижи (n=252)

Възраст	N	%
18-30 г.	38	15.1
31-40 г.	49	19.4
41-50 г.	77	30.6
51-60 г.	61	24.2
над 60 г.	27	10.7
Семейно положение	N	%
Необвързан/а	33	13.1
Обвързан/а	50	19.8
Женен /омъжена	127	50.4
Разведен/а	33	13.1
Вдовец / вдовица	9	3.6
Местоживеене	N	%
град	241	95.6
село	11	4.4

От таблица 1 е видно, че над 64% от работещите специалисти по здравни грижи са на възраст над 41г, както и че 80% от тях са обвързани. Почти всички или 95.6% от тях работят и живеят в градовете и едва 11 от анкетираните са посочили, че живеят в село.

За да се изследва професионалната реализация на анкетираните и трудовия им стаж същите бяха попитани за тяхната специалност и трудовия стаж по специалността (табл. 2):

Таблица 2. Професионална реализация и трудов стаж (n=252)

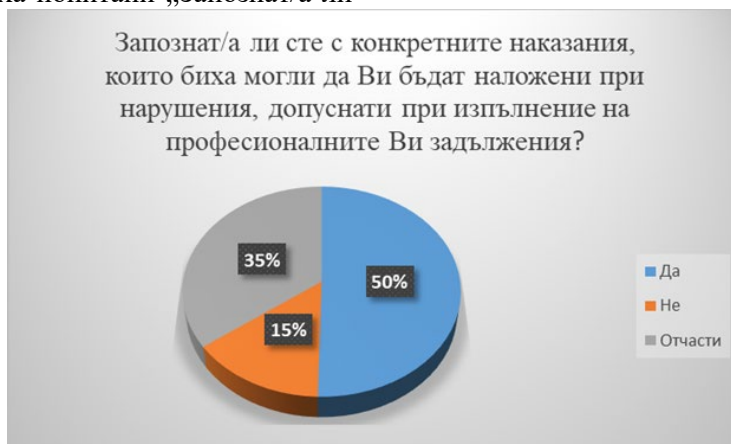
Специалност	N	%
Медицинска сестра	175	69.4
Акушерка	32	12.7
Лекарски асистент	1	.4
Кинезитерапевт	2	.8
Клиничен лаборант	12	4.8
Рентгенов лаборант	10	4.0
Рехабилитатор	7	2.8
ИОЗ	9	3.6
Болногледач	3	1.2
Медицинска козметика	1	.4
Трудов стаж	N	%
Под 1 година	7	2.8
1-5 години	54	21.4
6-10 години	25	9.9
Над 10 години	32	12.7
Над 20 години	134	53.2

От таблица 2 е видно, че над половината респонденти са със специалност „Медицинска сестра“, сред тях има още специалисти „Акушерка“ - 12.7%, „Клиничен лаборант“ - 4.8%, „Рентгенов лаборант“ - 4.0%, „Рехабилитатор“ - 2.8% и др, като повечето анкетирани или 53.2% посочват, че имат трудов стаж над 20 г. в системата на здравеопазването.

При реализирането на различната юридическа отговорност се прилагат разпоредбите на различни клонове на правото, като е необходимо самите медицински специалисти, в това число и специалистите по здравни грижи, да познават националното законодателство, за да го спазват и да предпазват себе си от търсене на конкретен вид отговорност спрямо тях.

За да се изследва информираността на здравните специалисти относно конкретните наказания, които биха могли да им бъдат наложени при нарушение на професионалните им задължения, същите бяха попитани „Запознат/а ли

сте с конкретните наказания, които биха могли да Ви бъдат наложени при нарушения, допуснати при изпълнение на професионалните Ви задължения?“ (фиг. 1):



Фиг. 1. Информираниост на специалистите по здравни грижи относно наказанията, които биха могли да им бъдат наложени (в %)

Повече от половината респонденти посочват, че са запознати с наказанията, които биха могли да им бъдат наложени (50% отговарят „Да“ и 35%- „Отчасти“) и едва 14,5% посочват, че нямат такава информация.

Административно-наказателната отговорност се реализира от държавата чрез съответните компетентни органи в страната, които установяват нарушенията и налагат санкциите. Основание за възникване на административно-правна отговорност могат да бъдат виновно извършени деяния, действия или бездействия, с които са нарушени конкретни правни разпоредби [3]. Основни органи на изпълнителната власт с правомощия в сферата на административно – наказателната отговорност в здравеопазването са Регионалните здравни инспекции, Изпълнителна агенция „Медицински надзор“, НЗОК/ РЗОК. Редът за реализиране на

административно-наказателна отговорност е следния. Първо се съставя акт за установяване на административно нарушение /АУАН/ – съставя се в присъствието на нарушителя и на свидетели и в него се описва извършеното нарушение, а в последствие се издава наказателно постановление, с което се налага съответното административно наказание.

Тъй като реализирането на административно-наказателна отговорност е отговорността на държавата да следи и да гарантира спазването на законодателството в страната, в нейн интерес е да се установяват административните нарушения и да се налагат наказателни постановления. Анкетиранияте здравни специалисти бяха попитани дали са запознати кой е компетентен да издаде акт за констатирано нарушение и кой е компетентен да издаде наказателно постановление (фиг. 2):



Фиг. 2. Информираниост на специалистите по здравни грижи относно компетентния орган за издаване на акт за констатирано нарушение и издаване на наказателно постановление (в %)

39% от респондентите посочват, че са запознати с компетентните органи, който реализират административно-наказателната отговорност сред специалистите по здравни грижи, като първо констатира нарушенията и след това издават наказателните постановления. 36% посочват, че отчасти са информирани и само 25% посочват, че нямат такава информация.

Административно – наказателната отговорност на медицинските специалисти основно е уредена в Закона за здравето и в Закона за лечебните заведения, като в тях се съдържат състави на административни нарушения, както и предвидените за тях наказания, регламентирани са съответните компетентни органи, които установяват нарушенията и налагат наказанията. Те са регламентирани в „Административнонаказателните разпоредби“ на Закона за здравето и Закона за лечебните заведения.

Самата процедура, обаче е регламентирана в Закона за административните нарушения и наказания. Редът за реализиране на административно-наказателна отговорност изисква първо компетентният орган да извърши проверка, като съставя констативен протокол, ако установи нарушение същият съставя акт за установяване на административно нарушение, като този акт се съставя в присъствието на нарушителя и на свидетел и в него се описва констатираното нарушение. В последствие компетентният орган издава и наказателно постановление с което налага съответното административно наказание (най-често глоба или временно лишаване от право да упражнява дадена професия). Анкетираните специалисти по здравни грижи бяха попитани дали са запознати с реда за издаване на наказателно постановление и реда за обжалването му (фиг. 3):



Фиг. 3. Информираност на специалистите по здравни грижи относно реда за издаване на наказателно постановление и реда за обжалването му (в %)

От отговорите на анкетираните става ясно, че почти половината или 40% от респондентите не са запознати нито с реда за издаването на наказателни постановления, нито с реда за обжалването им, 34% от анкетираните посочват, че отчасти са запознати и едва 26% отговарят, че имат тази информация.

Съгласно Закона за административните нарушения и наказания срока за съставяне на акт за установяване на административно нарушение е 3 месеца, а срокът за издаване на наказателно постановление е 6 месеца от съставянето на акта за установяване на административно нарушение. Наказателното постановление подлежи на обжалване пред районния съд, в района на който е извършено или довършено нарушението в седем дневен срок от

върчването му (чл. 59 от ЗАНН). [4] Обжалва се само наказателното постановление, а не акта за установяване на административно нарушение, тъй като акта за установяване на административно нарушение само констатира, че е извършено нарушение, но само наказателното постановление налага определен вид санкция на нарушителя и съответно той може да обжалва само конкретно наложената му санкция.

Анкетираните бяха попитани дали биха участвали в допълнителни обучения касаещи етичните и правни въпроси в медицината, като 78 % отговориха, че биха участвали в подобни обучения и едва 8% или 20 респондента отговарят, че не биха се включили в подобни обучения.

Заклучение

Естеството на медицинската професия поражда висок професионален риск от увреждане на човешкото здраве. Добрата информираност на медицинските специалисти е предпоставка за отговорно поведение и липса на основание за налагане на административно-наказателна отговорност спрямо тях самите. Медицинската дейност е стриктно регламентирана в българското законодателство, както в закони, така и в подзаконни нормативни актове. Необходимо е практикуващите специалисти по здравни грижи да бъдат добре запознати, както с професионалните си задължения, така и с отговорностите, които могат да бъдат предявени спрямо тях. [5]. Съгласно чл.8, ал.1, т.7 от Закона за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, на зъботехниците и на помощник-фармацевтите съсловните организации организират, координират и провеждат продължаващото обучение на здравните специалисти в страната [6]. На база проведеното проучване и получените резултати съсловните организации биха могли да организират обучителни семинари за практикуващите професионалисти, с което да подобрят техните знания относно видовете отговорности, които биха могли да бъдат реализирани спрямо тях и по този начин да ги предпазят от бъдещи нарушения и неблагоприятни последици. Принципът в правото е, че непознаването на закона не е извинение, никой не би могъл да обжалва дадена санкция поради непознаване на релевантното законодателство. Подобни квалификационни курсове биха имали положителен ефект, както за самите здравни специалисти, така и спрямо техните пациенти.

Финансиране: Тази публикация е част от проект на тема „Етични и правни измерения на

професионалния дълг на специалисти по здравни грижи", финансиран от Съвет по медицинска наука на Медицински университет-София, ГРАНТ-2022, Договор № Д-163/14.06.2022г. и Проект с вх. № 7366/18.11.2021г.

Литература

1. Закон za zdraveto, Obn. DV. br.70 ot 10 Avgust 2004g.
2. Kodeksa na truda, Obn., DV, br. 26 ot 1.04.1986 g. i br. 27 ot 4.04.1986 g.
3. Gradinarova, N., 2022, *Rakovodstvo po sotsialno i zdravno zakonodatelstvo*, Sofiya, Izd. Tsentralna meditsinska biblioteka
4. Закон za administrativnite narusheniya i nakazaniya, Obn., DV, br. 92 ot 28.11.1969 g.
5. Gradinarova, N., Goranova-Spasova, R., Shtereva-Nikolova, N., *Osvedomenost na profesionalistite po zdravni grizhi otnosno profesionalnite im otgovornosti - pravni aspekti*, sp. *Zdravna politika i menidzhmant*, Sofiya, 2023, tom 23, № 1, s. 22-25
6. Закон za saslovnata organizatsiya na meditsinskite sestri, akusherkite i asotsiiranite meditsinski spetsialisti, na zabotehniitsite i na pomoshnik-farmatsevtite (zagl. Izm.-DV.br. 91 ot 2018 g.), Obn., DV, br. 46 ot 3.06.2005 g.

доц. Нели Градинарова, LLM, MPH, PhD
Факултет по обществено здраве „Проф. д-р
Цекомир Воденичаров, дмн“, МУ- София
Катедра по Биоетика
гр. София, ул. „Бяло море“ №8, ет.4

e-mail: n.gradinarova@foz.mu-sofia.bg



ИЗУЧАВАНЕ НА ВЪЗМОЖНОТО ВРЕДНО ВЛИЯНИЕ НА ПРЕПАРАТИ ЗА ДЕЗИНФЕКЦИЯ НА РЪЦЕ

Яна Колева, Елисавета Тодорова - Койнова

STUDY OF THE POSSIBLE HARMFUL EFFECTS OF HAND DISINFECTANTS

Yana Koleva, Elisaveta Todorova - Koynova

ABSTRACT: *Disinfectants have a sporicidal and bactericidal effect. They are designed for disinfection and complete destruction of pathogenic microorganisms in our environment. Disinfectants destroy not only pathogenic, but also beneficial microflora. When they get on the tissues of the macroorganism, they have a damaging effect, which is why they are used to disinfect rooms, tools, clothes, etc. Depending on the chemical structure and mechanism of action, antiseptics and disinfectants are divided into several groups: oxidizers, halogen preparations, detergents, phenolic derivatives, aldehydes, alcohols, synthetic dyes, etc. The aim of the present study is to predict, through the QSAR Toolbox program, the possible harmful effects of some of the ingredients of popular, widely used personal hand sanitizers.*

Key words: hand sanitizers, prediction, metabolic activation, skin, liver, QSAR Toolbox

Introduction

Hand sanitizer, also known as a hand antiseptic or hand rub, is a product that is applied to the hands to remove common pathogen in the hands [1]. Hand sanitizers are usually available as foam, gel, or liquid [2,3,4]. They are recommended for use when there is unavailability of water and soap or there are other medical concerns (e.g., it causes cracks on the skin) [5, 6]. In early 2020, WHO declared a pandemic “severe acute respiratory syndrome coronavirus 2”, better known as COVID-19. Exponential rise has been seen in the cases despite authorities setting down their best efforts. Prophylaxis is the easiest method to reduce transmission, proper hand washing and hygiene are the most effective pandemic strategies [7]. Hand sanitizers have emerged to be alternative to soap and water washing both in healthcare and public institutions. They are used to break the chain of infections, making them one of the important protocols for reducing the burden on healthcare [8].

Viruses are structural infectious agents that contain genetic material like DNA or RNA. Viruses are encapsulated and protected by a protein envelope known as capsid. Viruses are further categorized as “enveloped” or “unenveloped.” Apart from the structural elements, it also contains a host cell which helps in propagation of viruses [9]. A common compound in virucides is N-Propanol. It is believed that it damages the membrane of the

virus and it affects its decoupling and protein synthesis. For effective virucidal efficacy concentrations of not less than 60% and not more than 90% is enough. Alcohol that contains not more than 1% water is less virucidal than alcohol in the ranges mentioned above. Therefore, water is essential in the process of protein denaturation. Regardless of what processes alcohol affects, if not many, it eventually results in primary metabolic pathways, damage to the cell membrane, and loss of cell integrity. Alcohol-based hand sanitizers target the cover that protects the components of the virus. All the components are very critical for the virus. Therefore, it is assumed that after one of the components is targeted it may lose its ability to transfer from one host to another. This mechanism is compared to bacteria; it is observed that ethanol’s virucidal effect when compared to propanol is more effective against viruses of clinical relevance. It is also worth noting that in cases where only ethanol is not as effective against the viruses, adding acids can improve ethanol’s performance [10].

Hand sanitizers can usually be divided into two types: alcoholic or non-alcoholic. Alcohol-based hand sanitizer (ABHS) can contain alcohol, additives, and humectants to inhibit the growth and to kill the germs [11].

The aim of the present study is to predict, through the QSAR Toolbox program, the possible

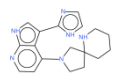
harmful effects of some of the ingredients of popular, widely used personal hand sanitizers.

were investigated [12]. Their structural formulas are presented in Table 1.

Material and Methods

Compounds. Three alcohols (methanol, ethanol and isopropyl alcohol) and one colorant (E133)

Table 1. Ingredients in hand sanitizers.

No	CAS number	Name of compound	Structure of compound
1		E133	
2	67-56-1	Methanol	$\text{H}_3\text{C}-\text{OH}$
3	64-17-5	Ethanol	$\text{H}_3\text{C}-\text{CH}_2-\text{OH}$
4	67-63-0	Isopropyl alcohol	$\text{H}_3\text{C}-\text{CH}(\text{OH})-\text{CH}_3$

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (Q)SAR Toolbox (version 4.3). (Quantitative) Structure-Activity Relationships [(Q)SARs] are methods for estimating properties of a chemical from its molecular structure and have the potential to provide information on the hazards of chemicals, while reducing time, monetary costs and animal testing currently needed [13].

Several profilers were used to predict hepatic and skin metabolic activation (observed and simulator) of the compounds as well as DNA and protein binding:

Observed rat *in vivo* metabolism. The observed (documented) metabolic pathways for 647 chemicals, extracted from the scientific literature, and associated with the *in vivo* biotransformations of xenobiotic chemicals in rodents (mostly rats) are stored in a database format that allows easy computer access to the metabolism information. This database includes structurally different chemicals of various functionalities such as aliphatic and aromatic hydrocarbons, halogenated hydrocarbons, alcohols and phenols, carbonyl compounds, carboxylic acids and esters, nitro compounds, amines, organic sulfides, heterocyclic and, mostly, multi-functional chemicals etc. [13]

***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 [13].

Observed rat liver S9 metabolism. The documented metabolic pathways for 261 chemicals observed with the use of *in vitro* experimental systems such as rodent (mostly rat) liver microsomes and S9 fraction are stored in a database format that allows easy computer access to the metabolism information. This database includes structurally different chemicals of various functionalities and fields of application such as aliphatic and aromatic hydrocarbons, halogenated hydrocarbons, carboxylic acids and esters nitro compounds, amines, heterocyclic and multi-functional chemicals, etc. [13].

Rat liver S9 metabolism simulator. The current *in vitro* rat liver metabolic simulator (transformation table) represents electronically designed set of 551 structurally generalised, 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 [13].

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 [13].

DNA binding by OASIS. The profiler is based on Ames Mutagenicity model part of OASIS TIMES system [13].

Protein binding by OASIS. The scope of the profiler is to investigate presence of alerts within target molecules responsible for interaction with proteins [13].



Results and Discussion

Hand sanitizers have virucidal, bactericidal and fungicidal effects. Due to the number of advantages they possess, alcohol-based disinfectants have been recommended by WHO experts as priority means of hand hygiene in practice (medical, etc.). It is possible that alcohols such as methanol, ethanol, isopropyl alcohol, as well as the content of dyes such as E133 (Table 1) can have a harmful effect on the skin and cause a number of other negative consequences on a person's health.

The QSAR Toolbox software was used to study the possible metabolic activation in the skin and liver of the mentioned alcohols and dye in the composition of the hand sanitizers.

Study of methanol for metabolic activation in skin and liver. The parent structure of methanol exhibits no reactivity. In a theoretical study of the metabolic activation of methanol in the skin and liver, it was found that no metabolic activation was observed in the skin, but two metabolites were generated in the liver (Table 2).

Table 2. Liver generated metabolites for methanol.

1	2
	

In the *in vivo* rat metabolism simulator (DNA binding) both metabolites showed no reactivity,

while in protein binding metabolite 1 showed reactivity (Schiff base formation) (Table 3).

Table 3. *In vivo* rat metabolism simulator (protein binding)

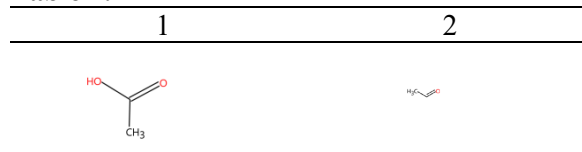
Number of metabolite	Protein binding by OASIS (Mechanism of reaction)		
	structural alert	mechanistic alert	mechanistic domain
2	No alert found		
1	aldehydes	Formation of Schiff bases with carbonyl compounds	Formation of Schiff bases

In *in vitro* rat metabolism simulator were not generated metabolites for methanol.

Study of ethanol for metabolic activation in skin and liver. The parent structure of ethanol does not exhibit reactivity. In a theoretical study of the metabolic activation of ethanol in the skin and

liver, it was found that two metabolites were generated in the skin and in the liver (Table 4).

Table 4. Generated metabolites in the skin and the liver for ethanol.



In skin sensitization, *in vivo* rat metabolism simulator, *in vitro* rat metabolism simulator regarding

DNA binding both metabolites show no reactivity, while on protein binding metabolite 2 shows reactivity (formation of Schiff bases) (Table 5).

Table 5. Protein binding (*in vivo* and *in vitro* for liver and skin) for ethanol

Number of metabolite	Protein binding by OASIS (Mechanism of reaction)		
	structural alert	mechanistic alert	mechanistic domain
1	No alert found		
2	aldehydes	Formation of Schiff bases with carbonyl compounds	Formation of Schiff bases

Study of isopropyl alcohol for metabolic activation in the skin and the liver. The parent structure of isopropyl alcohol does not exhibit reactivity. In a theoretical study of the metabolic activation of

isopropyl alcohol in the skin and the liver, it was found that metabolites were generated in the skin (one metabolite) (Table 6) and in the liver (seven metabolites) (Table 7).

Table 6. Metabolic activation of isopropyl alcohol in the skin

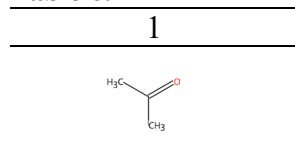
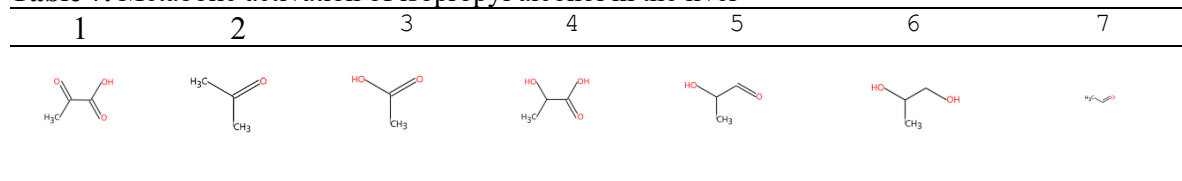


Table 7. Metabolic activation of isopropyl alcohol in the liver



The metabolite generated in the skin for isopropyl alcohol is not reactive, and some of its metabolites

in the liver are reactive with respect to protein binding (Table 8).

Table 8. Protein binding (*in vivo* for liver) for isopropyl alcohol

Number of metabolite	Protein binding by OASIS (Mechanism of reaction)		
	structural alert	mechanistic alert	mechanistic domain
1-4,6	No alert found		
5,7	aldehydes	Formation of Schiff bases with carbonyl compounds	Formation of Schiff bases

Study of E133 for metabolic activation in the skin and the liver. The parent structure of E133 shows no reactivity. In a theoretical study of the metabolic activation of E133 in the skin and liver, it was found that metabolites were not generated in

the skin, but in the liver (41 metabolites for the *in vivo* metabolic simulator (Table 9) and 9 metabolites for the *in vitro* metabolic simulator (Table 10)).

Table 9. The *in vivo* metabolic simulator for E133



















































1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
									
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
									
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
									
41									
									

Table 10. The *in vitro* metabolic simulator for E133

1	2	3	4	5	6	7	8	9
								

Part of the generated metabolites in the liver are reactive with respect to protein binding (formation of Schiff bases) (Table 11-12).

Table 11. Protein binding (*in vivo*) for E133.

Number of metabolite	Protein binding by OASIS (Mechanism of reaction)		
	structural alert	mechanistic alert	mechanistic domain
3,5,6,8,9,11,12,14,17-19,21-23, 28-32, 34, 37-39,41	No alert found		
1,2,4,7,10,13,15,16,20,24-27,33,35,36,40	Azlactone and unsaturated lactone derivatives	Direct acylation involving a leaving group	Acylation

Table 12. Protein binding (*in vitro*) for E133.

Number of metabolite	Protein binding by OASIS (Mechanism of reaction)		
	structural alert	mechanistic alert	mechanistic domain
1,3,5,7,9	No alert found		
2,4,6,8	Az lactone and unsaturated lactone derivatives	Direct acylation involving a leaving group	Acylation

Conclusion

From the theoretical studies, it was established that under certain conditions, the ingredients of hand sanitizers can cause metabolic activation in the skin and the liver. Regular and excessive use of disinfectants can damage the skin, break its lipid layer, which aims to protect it from the influence of the atmosphere and the attacks of various pathogens from the environment. Dry skin is much more susceptible to infection and inflammation.

References

- Centers for Disease Control and Prevention. The CDC Clear Communication Index User Guide. July, 2014. Available from: <https://www.cdc.gov/ccindex/tool/index.html>
- Britannica. Hand sanitizer. Definition, Ingredients, Types, & Facts. Britannica. Available from: <https://www.britannica.com/topic/hand-sanitizer>
- D.L. Dyer, K.B. Gerenraich, P.S. Wadhams, Testing a new alcohol-free hand sanitizer to combat infection. *AORN J.*, 68(2), 239–51, 1998.
- J.G. Bartlett, Public health guidance for community-level preparedness and response to severe acute respiratory syndrome (SARS). *Infect Dis Clin Pract.*, 2(3), 185–7, 2004.
- University of Florida. Hand Hygiene and Hand Sanitizers, 2019. Available from: <https://edis.ifas.ufl.edu/publication/FY732>
- U.S. FDA. 84 FR 14847 - Safety and effectiveness of consumer antiseptic rubs; topical antimicrobial drug products for over-the-counter human use, 84(71), 3–20, 2019. Available from: <https://www.federalregister.gov/documents/2019/04/12/2019-06791/safety-and-effectiveness-of-consumer-antiseptic-rubs-topical-antimicrobial-drug-products-for>
- British Columbia Drug and Poison Information Center (BC DPIC). Alcohol-based Hand

Sanitizer Safety. 2010. Available from: <http://www.dpic.org/article/professional/alcohol-based-hand-sanitizer-safety>

8. A.P. Golin, D. Choi, A. Ghahary, Hand sanitizers: a review of ingredients, mechanisms of action, modes of delivery, and efficacy against coronaviruses. *Am J Infect Control.*, 48(9), 1062–7, 2020.

9. G. McDonnell, A.D. Russell, Antiseptics and disinfectants: activity, action, and resistance. *Clin Microbiol Rev.*, 12(1), 147–79, 1999.

10. R.J.F. Haft, D.H. Keating, T. Schwaegler, M.S. Schwalbach, J. Vinokur, M. Tremaine, et al., Correcting direct effects of ethanol on translation and transcription machinery confers ethanol tolerance in bacteria. *Proc Natl Acad Sci USA*, 111(25), E2576–85, 2014.

11. P. Prajapati, H. Desai and Ch. Chandarana, Hand sanitizers as a preventive measure in COVID-19 pandemic, its characteristics, and harmful effects: a review, *Journal of the Egyptian Public Health Association*, 97, 6, 2022; <https://doi.org/10.1186/s42506-021-00094-x>.

12. PubChem: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/>

13. The OECD (Q)SAR Toolbox: <https://www.oecd.org/chemicalsafety/risk-assessment/oecd-qsar-toolbox.htm>

доц. д-р Яна Колева Колева

Университет „Проф. д-р Асен Златаров“- Бургас
Катедра по Химия
гр. Бургас, п.к. 8010
ул. Проф. Якимов №1
ykoleva@btu.bg

студент Елисавета Тодорова - Койнова

Университет „Проф. д-р Асен Златаров“- Бургас
гр. Бургас, п.к. 8010, ул. Проф. Якимов №1
t77eli@abv.bg



ДРЕБНОКЛЕТЪЧЕН БЕЛОДРОБЕН КАРЦИНОМ- СЪВРЕМЕННИ АСПЕКТИ И НОВИ ПЕРСПЕКТИВИ

Ярослава Маринчева, Десислава Енчева, Зийнеб Исуф

SMALL CELL LUNG CARCINOMA - MODERN ASPECTS AND NEW PERSPECTIVES

Yaroslava Marincheva ,Desislava Encheva, Ziyneb Isuf

ABSTRACT: Lung cancer is one of the most common malignant diseases, being the most common in men. Many complex factors contribute to its occurrence, smoking being the most important. A period of asymptomatic course, a period of manifestations of the disease and a period of complications may differ. Early diagnosis is important. The prognosis is always serious, especially when diagnosed in late stages, as it is in a large percentage of cases. Prevention includes combating harmful agents. Our goal is to show the factors increasing the probability of the occurrence, presentation of the clinical symptoms, prevention, prognosis, diagnosis and treatment of small cell lung carcinoma. The subject of our research is tracking the practical steps in diagnosis, treatment and monitoring of patients with small cell lung carcinoma. We present a clinical case of a patient with small cell lung carcinoma and her clinical history. For the purposes of the study, the following methods were used: documentary - documentary sources related to the problem were studied; empirical - tracking the clinical sequence of the undertaken diagnostic and therapeutic strategies. Cases of small cell lung carcinoma have a strong correlation with smoking. It is necessary to control external factors as much as possible, as well as to adequately monitor chronic inflammatory processes in the lungs. Given the poor prognosis and frequent diagnosis at an advanced stage, comprehensive examinations should be conducted, helping early diagnosis, as well as researching and developing new ones.

Key words: дребноклетъчен белодробен карцином, невроендокринна генеза тютюнопушене, имунотерапия, биомаркери, ектопична хормонална продукция

Въведение

Белодробният карцином е един от най-често диагностицираните тумори в световен мащаб и най-честата причина за смърт сред онкологичните пациенти. В последните години СЗО отчита около 2.1 милиона новодиагностицирани случаи годишно и 1.8 смъртни случаи с тази диагноза. Към него спадат аденокарцином (50%), плоскоклетъчен (20%) и едроклетъчен (2%) и дребноклетъчен карцином (15%) и други редки подтипове (15%). Според съвременната концепция за произход на заболяването, дребноклетъчният карцином се определя като невроендокринен високостепенен тумор, но пази своето място в класификацията на епителните неоплазми.

Според честота и разпространение ракът на белите дробове е едно от най-честите злокачествени заболявания. Мъжете боледуват по-често от жените. В днешно време тенденцията е за увеличаване на появата и при жени. Както при другите хистопатологични видове рак на

белите дробове, повечето случаи на дребноклетъчен белодробен карцином се срещат при индивиди на възраст 60-80 години. Само около 1 процент е около 40 годишна възраст. Според Световната здравна организация, карциномът на белите дробове е най-честата причина за смърт от онкологични заболявания.

За възникването му имат значение множество комплексно действащи фактори. От всички хистологични видове рак на белите дробове, този вид и плоскоклетъчен карцином имат най-силна корелация с тютюнепушенето като при дребноклетъчния карцином се счита на практика 100%. Рискът от развитието на заболяването се увеличава с продължителността на пушене, броя на цигарите изпушени за един ден. Колкото по-рано започне пушенето и колкото повече цигари дневно се употребяват, толкова по-висок риск има от развитие на дребноклетъчен карцином. Почти 100 процента от пациентите с дребноклетъчен карцином са пушачи и един от първите съвети при диагноза е стоп на тютюнопушенето, защото

не само е етиологичен фактор, но има значение и за прогнозата на вече диагностицирани пациенти. _Професионални вредности-лъчеви влияния на радиоактивни вещества, уранови руди, нефтови продукти, желязо, хром, смоли, катран и някои медикаменти. Всички видове рак на белия дроб се срещат с повишена честота в урановите миньори. Честотата на рак на белия дроб се увеличава допълнително при тези индивиди, ако също са пушачи. Експозицията на радон, инертен газ, който е продукт на ураново разпадане, също е съобщено, че причинява дребноклетъчен белодробен карцином. Замърсяване на околната среда също крие риск, свързан с високото съдържание на химични вещества на големи индустриални центрове. Въздуха в тях съдържа високо съдържание на канцерогенния въглерод. Хронични възпалителни процеси могат да предизвикат усилена регенерация и метаплазия на цилиндричния епител в плосък, от който може да се изроди малигнено образование, това повишава риска при епителни тумори.

Дребноклетъчният карцином може да се прояви с безсимптомно протичане, период на изразени прояви на заболяването и период на усложнения. Ранни симптоми обхващат поява на кашлица, промени в апетита, отслабване на тегло, намалено желание за работа, промяна в психичното състояние. Изразени симптоми са специфичните, могат да бъдат предизвикани от определени ситуации или дейности или да възникнат спонтанно.

- Кашлица, която е дразнеща, мъчителна в началото. В последствие става влажна с отделена на слузни слузно-гнойни и накрая гноен храчки при развитие на възпалителен процес.

- Дрезгав глас като аспект на кашлицата.
- Кръвохрачене под формата на жили кръв в храчките, храчки с вид на "малиново желе".

- Болки в гръдния кош могат да бъдат повърхностни или локализиращи от страната на туморния процес. Болката в гръдите/ръката/рамото като острота, стягане, усещане за парене или натиск.

- Задух с инспираторен характер. Може да бъде понякога и пристъпен. Силата зависи от разпространението на процеса.

- Температурата е субфибрилна, но може да бъде висока придружена от разтрисане при развие на остър възпалителен процес.

- Паранеопластичните синдроми са характерни за дребноклетъчния карцином, поради ектопична продукция на хормони от тумора. Пример е ектопичният адренкортикотропен хормон причинява синдрома на Кушинг, а изменената секреция на антидеуритичния хормон води до хипонатриемия.

Системните симптоми, дефинирани като засягащи цялото тяло, включват болка, умора, загуба на апетит и замаяване.

- Болката е описана като физически натиск или болезнено усещане, което може да се появи навсякъде в тялото.

- Липса на апетит през определени часове от деня (например сутрин или вечер).

- Замаяността може да бъде предизвикана от физическа активност или носене на тежки предмети; замаяването също причинява проблеми с равновесието и е свързано с намалена способност за навеждане.

- Ограничаващи физическото функциониране, затруднено заспиване, отслабване. Общото състояние в началото е запазено, но прогресивно се влошава в резултат на общата интоксикация.

Периодът на усложнение може да настъпи в резултат от прогресиране на заболяването и появата на метастази, разпространени по кръвен и лимфен път. _За диагностицирането му има важно значение клиничния преглед и ранното откриване на симптомите. Ренгенологичните методи и цитологичното изследване на храчки, пунктати и биопсичен материал са от съществено значение. Бронхоскопията и бронхиобиопсията са едни от най-точните методи за диагноза и са първа стъпка за задължителното хистологично доказване на процеса. Прогнозата винаги е сериозна. Профилактиката включва борба с вредните агенти. Лечението е с химиотерапия и лъчетерапия. Дребноклетъчният карцином е подтипът белодробен тумор с най-ниска преживяемост на болните. В ситуации, когато пациентите са диагностицирани в тъй наречения ограничен начален стадий или лимитирана болест на дребноклетъчен рак на белия дроб е възможна оперативна интервенция. Според данните на националния канцеррегистър, белодробните карциноми в страната се диагностицират предимно в напреднал стадий т.н. екстензивен, когато хирургичното лечение не носи ползи. Сравнително нова опция за терапия при дребноклетъчния карцином, даваща обещаващи

резултати през последните години при заболяването е имунотерапията. Прилагат се медикаменти, чиято основна функция е да активират собствената имунна система, да атакуват туморните клетки. Някои характеристики на дребноклетъчния карцином го правят подходящ за имунотерапия. Най-важната от тях е високият мутационен товар на тумора, тоест той е сравнително добре „разпознаваем“ като чужда абнормална за съответния орган клетъчна маса. За оптимални резултати, при пациенти с екстензивна болест, имунотерапията се прилага в комбинация с химиотерапия като по този начин двата вида лечение действат синергично. Тестват се нови лечения, отвъд имунотерапията, които целят по-дълга преживяемост. На този етап се разглеждат възможности за прилагане на медикаменти, които таргетираят процеса на ДНК увреждане и поправка като ПАРП инхибиторите. Текат множество клинични проучвания с нови терапевтични опции. Търсят се епигенетични промени, генни амплификации и мутации, които могат да послужат за биомаркери и да станат обещаващ таргет за нови лечения. След извършване на всички тестове следва определянето на стадия на дребноклетъчния белодробен карцином. За целите на лечението се използва опростена двустадийната класификация, която определя етапите на заболяването като лимитиран и екстензивен. В лимитирания стадий пациентът може да се повлияе по-успешно от способите за лечение – системна терапия, съчетана с лъчетерапия и е допустим опит за хирургично лечение. В случай на екстензивен стадий, макар и неводеща до излекуване, системната терапия е подходяща за контролиране на рака. Класификация на дребноклетъчния белодробен карцином по Световната здравна организация е базирана на неговите размер и разпространение в близки лимфни възли и други органи. В нея се различават следните стадии – 0, I, II, III и IV. По правило, колкото по-ранен е стадият, толкова по-ограничено е разпространението на рака в тялото.

Клиничен случай

Изложението за дребноклетъчния карцином на белите дробове и ситуацията с неговата диагностика и лечение в България, илюстрираме с представен клиничен случай.

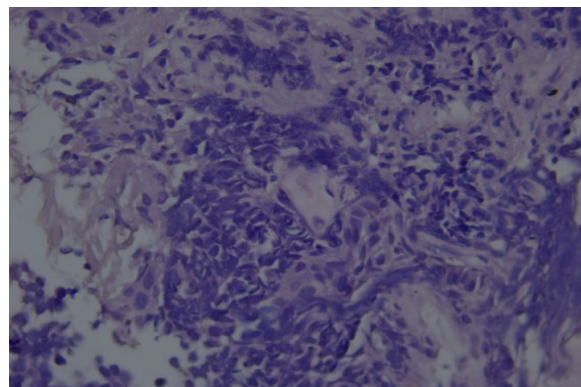
Жена на възраст 69 години. Явява се през месец август 2022 с белодробна симптоматика датираща от един месец. Оплаква се от:

затруднено дишане, тежест в гърдите, обща отпадналост.

Пациентката е приета със следната физикална и лабораторна находка: при аускултация се установява отслабено дишане в дясна гръдна половина, съпроводено от изоставането ѝ при дишане. Чуват се хрипове. Перкусията установява притъпен перкуторен тон в дясно базално. Пациентката е с увредено общо състояние. При изследването на кръвната картина се наблюдава сигнификантна левкоцитоза – два пъти над нормата (22×10^9).

Пациентката е преминала следните изследвания – компютърна аксиална томография (КАТ), на която се открива суспектен за малигнено белодробно заболяване образ и болната е насочена за фибробронхоскопия с биопсия.

На микроскопски препарат получен при диагностичната процедура се наблюдава тумор с висок целуларитет – множество клетки на малка площ, характеризиращи се с оскъдна цитоплазма и хиперхромни, лесно деформируеми ядра. Вижда се и зона с множество издължени, изтънени, като размазани ядра, изглеждат така поради тяхната лесна ранимост при вземане и обработка на материала. Наблюдава се и кръвоносен съд с феномен на Азупарди – представляващ отлагане на ядрен материал в съдовата стена от разпадащите се клетки на тумора и визуализиращ се като уплътнена базофилна задебелена съдова стена.

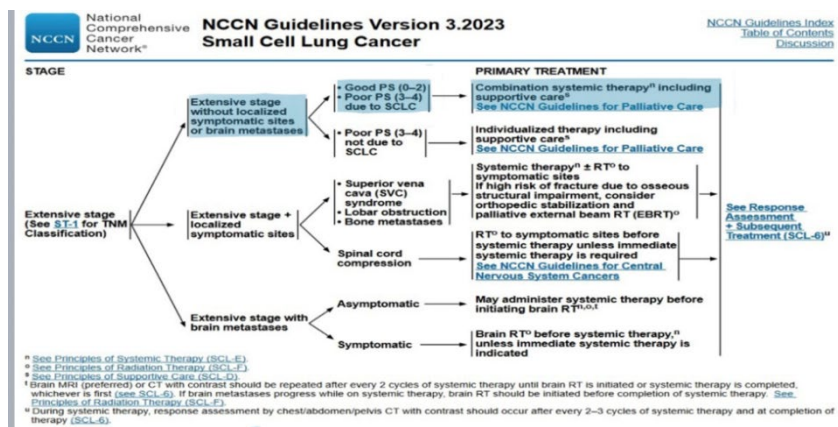


Фиг 1.

След направената биопсия и допълнителните стадиращи процедури, туморът е класифициран като T3 N3 M1c G3 дребноклетъчен карцином на бронха в стадий IV. Локализиран са две лезии в 4-ти и 6-ти сегмент на десния бял дроб. Налични са метастази в медиастиналните лимфни възли двустранно, в десен супраклавикуларен лимфен възел и множество костни метастази.

Според The National Comprehensive Cancer Network гайдлайн, накратко NCCN, заболяването на пациентката е в екстензивен стадий-ракът е широко разпространен в единия бял дроб, в лимфните възли и в костите. Гайдлайн на NCCN предлага няколко варианта за

лечение на дребноклетъчен карцином на белия дроб в „екстензивния“ стадий (фиг. 1) и ние ще се спрем на първия, показан на схемата- лечение на екстензивен стадий, без метастази в мозъка.



Фиг 2.

Следвайки гайдлайна виждаме, че съвременните тенденции за лечение на дребноклетъчен карцином включват комбинация между химиотерапия и имунотерапия с препаратата

Атезолизумаб или Дурваломаб. Нашата пациентка започва комбинирана системна терапия, следвайки препоръките на NCCN

National Comprehensive Cancer Network [®] NCCN Guidelines Version 3.2023 Small Cell Lung Cancer		NCCN Guidelines Index Table of Contents Discussion
PRINCIPLES OF SYSTEMIC THERAPY		
PRIMARY OR ADJUVANT THERAPY FOR LIMITED-STAGE SCLC:		
Four cycles of systemic therapy are recommended. Planned cycle length should be every 21-28 days during concurrent RT. During systemic therapy + RT, cisplatin/etoposide is recommended (category 1). The use of myeloid growth factors is not recommended during concurrent systemic therapy plus RT (category 1 for not using GM-CSF). ¹		
Preferred Regimens		
• Cisplatin 75 mg/m ² day 1 and etoposide 100 mg/m ² days 1, 2, 3 ²		
• Cisplatin 60 mg/m ² day 1 and etoposide 120 mg/m ² days 1, 2, 3 ³		
Other Recommended Regimens		
• Cisplatin 25 mg/m ² days 1, 2, 3 and etoposide 100 mg/m ² days 1, 2, 3 ²		
• Carboplatin area under the curve (AUC) 5-6 day 1 and etoposide 100 mg/m ² days 1, 2, 3 ⁴		
PRIMARY THERAPY FOR EXTENSIVE-STAGE SCLC:		
Four cycles of therapy are recommended, but some patients may receive up to 6 cycles based on response and tolerability after 4 cycles.		
Preferred Regimens		
• Carboplatin AUC 5 day 1 and etoposide 100 mg/m ² days 1, 2, 3 and atezolizumab 1200 mg day 1 every 21 days x 4 cycles followed by maintenance atezolizumab 1200 mg day 1, every 21 days (category 1 for all). ^{5,6}		
• Carboplatin AUC 5 day 1 and etoposide 100 mg/m ² days 1, 2, 3 and durvalumab 1500 mg day 1 every 21 days x 4 cycles followed by maintenance durvalumab 1500 mg day 1 every 28 days (category 1 for all). ^{5,6}		
• Carboplatin AUC 5-6 day 1 and etoposide 80-100 mg/m ² days 1, 2, 3 and durvalumab 1500 mg day 1 every 21 days x 4 cycles followed by maintenance durvalumab 1500 mg day 1 every 28 days (category 1 for all). ^{5,6}		
Other Recommended Regimens		
• Carboplatin AUC 5-6 day 1 and etoposide 100 mg/m ² days 1, 2, 3 ⁷		
• Cisplatin 75 mg/m ² day 1 and etoposide 100 mg/m ² days 1, 2, 3 ⁸		
• Cisplatin 80 mg/m ² day 1 and etoposide 80 mg/m ² days 1, 2, 3 ⁹		
• Cisplatin 25 mg/m ² days 1, 2, 3 and etoposide 100 mg/m ² days 1, 2, 3 ¹⁰		
Useful in Certain Circumstances		
• Carboplatin AUC 5 day 1 and irinotecan 60 mg/m ² days 1, 8, 15 ¹¹		
• Cisplatin 60 mg/m ² day 1 and irinotecan 60 mg/m ² days 1, 8, 15 ¹²		
• Cisplatin 30 mg/m ² days 1, 8 and irinotecan 65 mg/m ² days 1, 8 ¹³		
Subsequent Systemic Therapy (SCL-E 2 of 4) Response Assessment (SCL-E 3 of 4) References (SCL-E 4 of 4)		
<small>¹ Cisplatin contraindicated or not tolerated. ² Contraindications for treatment with PD-1/PD-L1 inhibitors may include active or previously documented autoimmune disease and/or concurrent use of immunosuppressive agents.</small>		

Фиг 3.

Приложен е комбиниран режим Капбоплатина + Етопозид плюс добавена имунотерапия с Атезолизумаб. Тази лечебна терапевтична схема се прилага 4 до 6 курса в зависимост от индивидуалните показатели на съответния пациент (фиг 2). Пациентката е получила 6 курса. Според гайдлайна на NCCN за

лъчетерапия- при напреднал стадий на дребноклетъчен карцином на белите дробове, за максимален ефект на лъчетерапията на гръден кош, тя трябва да се стартира максимално рано- обичайно още след първи курс на системната терапия, но най- късно след втори.

PRINCIPLES OF RADIATION THERAPY

General Principles:

- General principles of RT for lung cancer—including commonly used abbreviations; standards for clinical and technologic expertise and quality assurance; and principles of RT simulation, planning, and delivery—are provided in the NCCN Guidelines for Non-Small Cell Lung Cancer (see NSCL-C) and are applicable to RT for SCLC.
- RT has a potential role in all stages of SCLC, as part of either definitive or palliative therapy. Radiation oncology input, as part of a multidisciplinary evaluation or discussion, should be provided for all patients early in the determination of the treatment strategy.
- To maximize tumor control and to minimize treatment toxicity, critical components of modern RT include appropriate simulation, accurate target definition, conformal RT (CRT) planning, and ensuring accurate delivery of the planned treatment. A minimum standard is CT-planned 3D-CRT conformal RT. Multiple fields should be used, with all fields treated daily.
- Use of more advanced technologies is appropriate when needed to deliver adequate tumor doses while respecting normal tissue dose constraints. Such technologies include (but are not limited to) 4D-CT and/or PET/CT simulation, intensity-modulated RT (IMRT)/volumetric modulated arc therapy (VMAT), image-guided RT (IGRT), and motion management strategies. IMRT is preferred over 3D conformal EBRT on the basis of reduced toxicity in the setting of concurrent chemotherapy/RT.¹ Quality assurance measures are essential and are covered in the NCCN Guidelines for Non-Small Cell Lung Cancer (see NSCL-C).
- Useful references include the ASTRO Guidelines and the American Radium Society.^{2,53,54}

General Treatment Information:

Limited stage:

- In patients with clinical stage I-IIA (T1-2, N0, M0) who have undergone lobectomy and are found to have regional nodal involvement on final pathology, postoperative RT is recommended in pathologic N2 and may be considered in pathologic N1 stage, either sequentially or concurrently with chemotherapy. Principles of postoperative RT for NSCLC, including target volumes and doses, are recommended.
- Selected patients with stage I-IIA (T1-2, N0, M0) SCLC who are medically inoperable or in whom a decision is made not to pursue surgery may be candidates for stereotactic ablative RT (SABR) to the primary tumor followed by adjuvant systemic therapy. Principles of SABR for SCLC are similar to those for NSCLC (see NCCN Guidelines for Non-Small Cell Lung Cancer, NSCL-C).^{3,5}
- Timing: RT concurrent with systemic therapy is standard and preferred to sequential chemo/RT.⁶ RT should start early, with cycle 1 or 2 of systemic therapy (category 1).⁷ A shorter time from the start of any therapy to the end of RT (slow early responders [SER]) is significantly associated with improved survival.⁸
- Target definition: RT target volumes should be defined based on the pretreatment PET scan and CT scan obtained at the time of RT planning, as well as any positive biopsies. PET/CT should be obtained, preferably within 4 weeks and no more than 8 weeks, before treatment. Ideally, PET/CT should be obtained in the treatment position.

Фиг4.

Нашата пациентка е стартирала лъчетерапевтична схема през ноември. 2022, след първия курс. Оценка на терапията при пациенти с дребноклетъчен карцином се прави след завършен цикъл на системно лечение/химиотерапия+ имунотерапия/. При нашата пациентка това е 6-ти цикъл. При нея, ефектът е проследен с извършване на PET- CT. Резултатът от него е наличие на пълен метаболитен и морфологичен отговор при туморната формация в 4-ти сегмент и в засегнатите лимфни възли, частичен отговор при формацията в 6-ти белодробен сегмент в десен бял дроб. Нови формации не се откриват. След направеното изследване, нашата пациентка е в задоволително общо състояние и е отчетено подобрение. При добър ефект на терапия или стационариране на заболяването и липса на мозъчни метастази, препоръката на гайдлайна е да се направи профилактично облъчване на ЦНС (NCCN Guidelines Version 3.2023 Small Cell Lung Cancer, p 29). Ракът на белите дробове често дава дисеминация в ЦНС и такава профилактика е с цел да се намали риска от мозъчни метастази и/ или те да се отложат максимално във времето. Пациентката е направила профилактичен курс радиотерапия през април 2023 и е изписана в добро общо състояние.

Литература

American cancer society,
<http://www.cancer.org/1.800.227.2345>

Kumar, Abas et al, *Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease*, 10th Edition, Elsevier, 2021

Nachev Ch., Marinov H., *Propedevtika na vatreshnite bolesti*, 1997, №1-2

NCCN Guidelines, *Small Cell Lung Cancer*, Version 3.2023

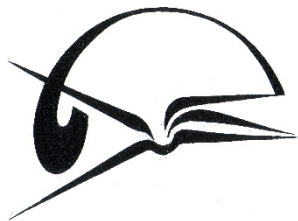
Sava J., *Treatment Move Beyond Immunotherapy for SCLC*,
<http://www.targetonc.com/view/treatments-move-beyond-immunotherapy-for-sclc>

Kumar, Abas et al, Robbins and Cotran

Yaroslava Apostolova Marincheva
Medical doctor
Comprehensive Cancer Center
Burgas, St. Stambolov blvd., 73
e-mail: yaroslava_ap@abv.bg

Desislava Georgieva Encheva
Medical student
Faculty of Medicine
University Prof. Dr. Asen Zlatarov
Burgas, Prof. Yakim Yakimov blvd., 1
e-mail: desislava.enceva01@gmail.com

Ziyneb Medzhit Isuf
Medical student
Faculty of Medicine
University Prof. Dr. Asen Zlatarov
Burgas, Prof. Yakim Yakimov blvd., 1
e-mail: ziyneb.isuf@gmail.com

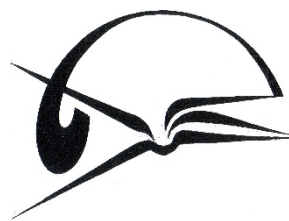


УПРАВЛЕНИЕ И ОБРАЗОВАНИЕ

Технически редактор
Иван Димитров
Галина Терзиева

Художник на корицата
Красимир Николов

Издателство
Университет „Проф. д-р Асен Златаров”
Формат – 206 / 290



MANAGEMENT AND EDUCATION

Technical Editor
Ivan Dimitrov
Галина Терзиева

Cover Design
Krasimir Nikolov

House Press
Prof. Dr Assen Zlatarov University
Format – 206 / 290