

СЪДЪРЖАНИЕ

ЗДРАВНИ ГРИЖИ

Рискови фактори повишаващи нивото на стрес при студентите Албена Андонова	9
Удовлетвореност на студентите от участието в проект „Студентски практики“ Албена Андонова	12
Мотивиращи фактори в професионалната дейност на зъботехника Ани Атанасова, Соня Тончева, Михаела Варнева	16
Римските терми в България Антоанета Грозева	21
Алгоритъм за профилактика и рехабилитация на захарния диабет и неговите усложнения Антоанета Грозева	25
Проект „Студентски практики“ – мотивация и възможности за развитие на професионални умения у студентите помощник фармацевти Божидарка Хаджиева, Анна Михайлова, Петя Колева, Нина Колева	32
Оперативно лечение на слабинните хернии по метода на McVay съчетан с имплантиране на проленово платно Валентин Василев	36
Лечение на кожните усложнения на хроничната венозна болест чрез системата за светлинна терапия Bioptron Валентин Василев	39
Безопасността на пациентите и някои документи на ЕС Валентин Стоянов, Константин Стоянов	43
Мнението на студентите по здравни грижи за безопасността на пациента Валентин Стоянов	46
Рискови фактори за развитие на сърдечносъдови заболявания – реалности, тенденции Галина Терзиева, Катя Попова	50
Компетенции на студентите от специалност „Медицинска сестра“ по отношение на лекарствената терапия Галина Чанева	55
Компоненти на здравната грижа, имащи отношение към емоционалното изтощение Галя Янкова, Магдалена Александрова, Любомир Маринов	58
Връзка между аспектите на грижата и измерението емоционално изтощение Галя Янкова, Пенка Маринова, Петя Аспарухова	65
Хранителни навици при студенти медицински сестри Гергана Петрова, Виктория Атанасова, Пенка Гацева	72
Ефективност на поморийската лечебна кал и луга за подобряване на клиничните параметри и здравословното състояние на пациентите Гергана Ангелова-Попова, Златина Стоянова-Борисова	78
Удовлетвореност на пациентите от организацията и провеждането на рехабилитация в специализирани болници за рехабилитация – Национален комплекс ЕАД Десислава Бакова, Нонка Матева, Теодора Димчева	84

Болката при пациенти с остър миокарден инфаркт Диана Иванова	88
Оценка на болката в следоперативния период при пациенти със сърдечни операции Диана Иванова, Галина Чанева	93
Разработване на модул за експертна система в хомеопатията при остър травматизъм с различна етиология Живко Пейчев, Мирослав Начев	97
Формиране и оценка компетентността на студентите от специалност „Акушерка“ да събират здравна информация Здравка Атанасова, Кремена Митева	101
Предоставянето на здравна информация като професионална компетентност на акушерката Здравка Атанасова, Кремена Митева	107
Самооценка на готовността на студентите за участие при проследяване на бременност Кремена Митева, Здравка Атанасова	115
Преддипломният стаж в обучението на студенти от специалност „Акушерка“ Кремена Митева, Здравка Атанасова	121
Комуникационни модели по време на бременността Лилия Перусанова – Павлова	127
Стресогенни фактори в професионалната дейност на медицинските сестри и акушерките от малките градове в югозападна България Лилия Перусанова – Павлова	131
Динамика на нивото на емпатия в процеса на обучение при студенти от специалност Медицинска сестра Любомир Маринов, Петя Аспарухова, Галя Янкова	134
Етически ценности на здравеопазването и персонализираната медицина Людмила Чакърова, Силвия Младенова, Радка Горанова	140
За някои ергономични изисквания към медицинския труд - предпоставка за ефективност и качество Магдалена Платиканова	145
Мнение на студентите от професионално направление „Здравни грижи“ за обучението по дисциплината „Хигиена и медицинска екология“ Магдалена Платиканова	149
Доброволният ангажимент и студентите от специалност „Медицинска сестра“ Майя Атанасова	154
Влияние на ролевия конфликт и неяснотата върху текучеството на медицинските сестри Мариана Димитрова, Соня Тончева	157
Развитието на компетенциите за интеркултурно общуване при обучението на гериатричните специалисти - важен фактор за качествени културно чувствителни гериатрични грижи Мария Димова, Христина Милчева	163
Емоционалната интелигентност в професионалното обучение на медицински лаборанти Мария Прошенска, Пенка Аргилашка, Мария Кукуларова	166
Грижите за хора с увреждания, като професионален избор на медицинската сестра Надка Василева, Антоанета Терзиева, Галина Чанева, Мария Димитрова	171

Ниво на информираност на учениците за мотивиран избор на сестринската професия Надка Василева, Иванка Стамболова, Галина Чанева, Антоанета Терзиева	175
Приложение на здравния мениджмънт в практиката на специалиста по здравни грижи Пепа Бикова; Мария Димитрова; Галина Чанева; Иванка Стамболова	179
Емоционално състояние на болните в период на хоспитализация Петя Аспарухова, Любомир Маринов, Галя Янкова	184
Методика на рехабилитационна програма при изолирано счупване на лъчевата кост в дисталната трета с изкълчване на главичката на лакътната кост (счупване на Галеаци) – представяне на клиничен случай Петя Каснакова	190
Психотерапевтична програма за обучение на семейства с дементно болен Полина Балканска, Никола Георгиев	194
Обучение на здравните специалисти във връзка с промоция на кърменето - реалности и перспективи Радка Горанова- Спасова	198
Газова хроматография във фармацевтичния анализ. Насоки за вземане на методологични решения Светлана Георгиева, Любен Григоров, Таня Топалова, Мая Георгиева	204
Сестринство ориентирано към пациента Силвия Кючукова	211
Психическото прегаряне на преподавателя във висшето училище – способности за профилактика Силвия Кючукова	214
Ползи, предимства и недостатъци от практическото приложение на персонализираната медицина Силвия Младенова, Людмила Чакърва	217
Нетрадиционни методи в обучението на студентите - медицински сестри Снежана Драгушева	221
Кинезитерапията и таласотерапията в лечението и рехабилитацията на следфрактурни състояния Снежина Георгиева	226
Кинезитерапия и пясъчни апликации на цялото тяло (псамотерапия) – алтернатива на калолечението при следфрактурни състояния в гериатрията Снежина Георгиева	232
Фактори, повлияващи професионалната адаптация на медицинската сестра Станислава Павлова, Тамара Цветкова, Теодора Евтимова	240
Модел на изграждане и финансиране на сестринска служба, предоставяща грижи по домовете на деца със специални потребности от 0-6 години Тамара Цветкова, Теодора Евтимова, Станислава Павлова	244
Комбинирана терапия- Clopidogrel и PPIs Таня Топалова, Светлана Георгиева, Любен Григоров, Мая Георгиева	250
Нагласи на студенти от специалност „Акушерка” за осъществяване на семейно-консултативна дейност Теодора Евтимова, Тамара Цветкова	255
Съвременни тенденции при обучението на акушерките по конкретна тематика в условията на висшето училище Христина Милчева	260

TABLE OF CONTENTS

HEALTHCARE

Risk Factors which Are Raising the Level of Stress in Students Albena Andonova	9
Student Satisfaction by Participating in a Project „Students Practice“ Albena Andonova	12
Motivational Factors in the Professional Activity of a Dental Mechanic Ani Atanasova, Sonya Toncheva, Mihaela Varneva	16
Roman Baths in Bulgaria Antoaneta Grozeva	21
Algorithm for Prophylaxis and Rehabilitation of Diabetes Mellitus and Its Complications Antoaneta Grozeva	25
Project "Students' Practice" - Motivation and Opportunities for Developing Professional Skills in Students Assistant – Pharmacists Bozhidarka Hadzhieva, Anna Mihaylova, Petya Koleva, Nina Koleva	32
Surgical Treatment of Inguinal Hernia by Metod McVay Combined with Implantation of Prolene Mesh Valentin Vasilev	36
Treatment of Skin Complications of Chronic Venous Disease by Light Therapy Bioptron Valentin Vasilev	39
On Patient Safety and Some EU Documents Valentin Stoyanov, Konstantin Stoyanov	43
Medicine and Social Healthcare Students' Attitude towards Patients' Safety Valentin Stoyanov	46
Risk Factors For Development Of Cardiovascular Diseases: Realities, Trends Galina Terzieva, Katya Popova	50
Nursing Students' Competence Regarding Drug Therapy Galina Chaneva	55
Components of the Health Care Related to Emotional Exhaustion Galya Yankova, Magdalena Alexandrova, Lubomir Marinov	58
Relationship between Aspects of Care and Dimensions of Emotional Exhaustion Galya Yankova, Penka Marinova, Petya Asparuhova	65
Nursing Students' Dietary Habits Gergana Petrova, Victoria Atanasova, Penka Gatseva	72
Effectiveness of Mud and Lye From Pomorie for Improving Patients' Clinical Parameters and Health Status Gergana Angelova-Popova, Zlatina Stoyanova-Borisova	78
Patients Satisfaction with Organisation and Conduct of the Rehabilitation in Specialized Hospitals for Rehabilitation – National Complex EAD Desislava Bakova, Nonka Mateva, Teodora Dimcheva	84

Pain in Patients with Acute Myocardial Infarction Diana Ivanova	88
Assessment of Pain in the Postoperative Period in Patients with Cardiac Surgery Diana Ivanova, Galina Tchaneva	93
Developing an Expert System Module in Homeopathy in Acute Injuries of Different Etiologies Zhivko Peychev, Miroslav Nachev	97
Formation and Evaluation of "Midwife" Students' Competence to Collect Health Information Zdravka Atanasova, Kremena Miteva	101
Provision of Health Information as a Professional Competence of Midwives Zdravka Atanasova, Kremena Miteva	107
Self-Assessment of Students' Readiness to Participate in the Monitoring of Pregnancy Kremena Miteva, Zdravka Atanasova	115
Pre-Graduation Practice in the Training of "Midwife" Students Kremena Miteva, Zdravka Atanasova	121
Communication Models During Pregnancy Lilia Perusanova – Pavlova	127
Factors Causing Stress in Professional Activities of Nurses and Midwives in Small Cities in Southwest Bulgaria Lilia Perusanova – Pavlova	131
Dynamics of Level of Empathy in the Process of Education of Nursing Students Lyubomir Marinov, Petya Asparuhova, Galya Yankova	134
Ethical Values of Healthcare and Personalized Medicine Lyudmila Chakarova, Sylvia Mladenova, Radka Goranova	140
About Some Ergonomic Requirements for Medical Work – Prerequisite for Quality and Efficiency Magdalena Platikanova	145
Opinion of Healthcare Students Concerning the Subject "Hygiene and Medical Ecology" Magdalena Platikanova	149
The Volunteer Engagement and the Nursing Students Mayya Atanasova	154
Influence of Role Conflict and Ambiguity on Turnover of Nurses Mariana Dimitrova, Sonya Toncheva	157
The Development of Competences for Intercultural Communication in the Training of Geriatric Specialists - an Important Factor for Qualitative Culturally Sensitive Geriatric Care Mariya Dimova, Hristina Milcheva	163
Emotional Intelligence in the Professional Training of Medical Laboratory Assistants Maria Proshenska, Penka Argilashka, Maria Kukularova	166
The Cares about Disable Humans as a Professional Choice of the Nurse Nadka Vasileva, Antoaneta Terzieva, Galina Chaneva, Maria Dimitrova	171
Level of Knowledge of High School Students for A Reasoned Choice of Nursing Profession Nadka Vasileva, Ivanka Stambolova, Galina Chaneva, Antoaneta Terzieva	175
Application of Health Management in the Practice of the Specialist in Healthcare Pepa Bikova; Maria Dimitrova; Galina Chaneva; Ivanka Stambolova	179

Emotional State of Patients in Period of Hospitalization Petya Asparuhova, Liobomir Marinov, Galya Yankova	184
Methodology of Rehabilitation in Isolated Fractures of Ulna Distal Third with Dislocated Head of Ulna (Fracture Of Galeazzi) – Presentation of the Case Petya Kasnakova	190
Psychotherapeutic Programme for Education of Families with Demented Patients Polina Balkanska, Nikola Georgiev	194
Training of Health Professionals on Breastfeeding Promotion – Reality and Perspectives Radka Goranova- Spasova	198
Gas Chromatography of the Pharmaceutical Analysis. Guidelines for Making Methodological Decisions Svetlana Georgieva, Lyuben Grigorov, Tanya Topalova, Maya Georgieva	204
Patient-Oriented Nursing Silviya Kyuchukova	211
Mental Burnout of the Teacher in Higher School - Methods of Prevention Silviya Kyuchukova	214
Benefits, Advantages and Disadvantages of the Practical Application of Personalized Medicine Sylvia Mladenova, Lyudmila Chakurova	217
Non-Traditional Methods in Nursing Student's Education Snezhana Dragusheva	221
Kinesitherapy and Thalassotherapy in Treatment and Rehabilitation of Post-Fracture Conditions Snezhina Georgieva	226
Kinesitherapy and Sand Applications on the Entire Body (Psamotherapy) – Alternative of Mud Treatment in Post-Fracture Conditions in Geriatrics Snezhina Georgieva	232
Factors, Influencing Professional Adaptation of Nurse Stanislava Pavlova, Tamara Tsvetkova, Teodora Evtimova	240
Model for Construction and Financing of Nursing Services Providing Home Care for Children with Special Needs at the Age from 0 to 6 Tamara Tsvetkova, Teodora Evtimova, Stanislava Pavlova	244
Combined Therapy - Clopidogrel and PPIs Tanya Topalova, Svetlana Georgieva, Lyuben Grigorov, Maya Georgieva	250
Attitudes of "Midwife" Students towards the Realization of Family – Consulting Activity Teodora Evtimova, Tamara Cvetkova	255
Contemporary Trends in Training Midwives in Particular Subjects at the Higher School Hristina Milcheva	260



РИСКОВИ ФАКТОРИ ПОВИШАВАЩИ НИВОТО НА СТРЕС ПРИ СТУДЕНТИТЕ

Албена Андонова

RISK FACTORS WHICH ARE RAISING THE LEVEL OF STRESS IN STUDENTS

Albena Andonova

ABSTRACT: Throughout their training students fall under the influence of different stressors. Students studying in medical specialties are relatively more threatened by the effects of various risk factors. The specifics of these professions challenges the psyche of students in meeting people with incurable diseases, monitoring of various states and invasive intervention and moral-ethical issues. The study conducted with 60 students of specialty nurse found that 67% of respondents are not threatened by the negative impact of the studied risk factors; Most students reported having sleep problems (insufficient and restless sleep) and headache.

Keywords: Stress, risk factors, students

Въведение

По време на своето обучение студентите попадат под влияние на различни стресори. Многобройни са промените настъпващи в начина им на живот, организацията на учебната и социално-битова среда. Често се налага смяна на местоживее, промяна на битовите условия, начин на хранене, труд и почивка. Понякога общуването с нови и непознати хора, амбицията да се представят в добра светлина в новия социум, промяната на стереотипа на учене и още редица други фактори създават предпоставки за допълнително психическо и емоционално натоварване в студентите. В този адаптационен период към новите условия най-често се афишират и първите симптоми на стрес: тревожност, понижено внимание, изтощение, затруднена концентрация, главоболие, злоупотреба с храни, напитки, психотропни вещества, проблеми в семейството. Повечето млади хора се адаптират бързо към високи нива на стрес, ако обаче този процес не се овладее и се задълбочи

започва развитието на психосоматични заболявания (сърдечно-съдови заболявания, мускулно-скелетни смущения, заболявания на нервната система, психични проблеми и редица други).

Студентите обучаващи се в медицински специалности са относително повече застрашени от въздействието на разнообразни стресори. Спецификата на тези професии подлага

на изпитание психиката на студентите при среща с хора с нелечими заболявания, наблюдаване на различни състояния и инвазивни интервенции и морално-етичните казуси. Проведени са проучвания за влиянието на факторите на стреса върху студентите с медицински професии. [1], [2], [3], [7] Изследвания са провели сред преподавателите от Медицинските колежи, на база на проучванията авторите предлагат примерни програми и стратегии за справяне със стреса. [5], [6]

Особено важни за справяне със стреса се оказват личностните качества, емоционалната интелигентност, физическа и психологическа устойчивост, семейната подкрепа и др.

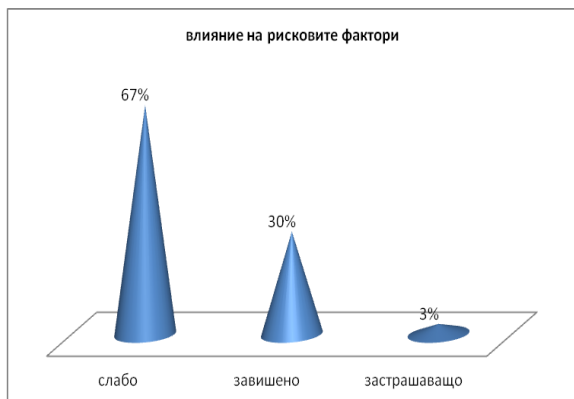
Цел: Целта на проучването е да установи, кои от най-честите рискови фактори влияят на студентите и какъв процент от тях са застрашени от нарушение на здравния и психически статус.

Материали и методи: Анонимното проучване е проведено през летния семестър на 2015г. със 60 студенти от 1-3 курс, специалност „медицинска сестра“, Тракийски университет.

Според автора предлаганите рискови фактори са базирани на научни данни. С теста се определя влиянието на рисковите фактори не за един момент, а в продължение на един седмичен цикъл-това позволява да се изгради по-точна представа за начина на живот. Таблицата включва 18 рискови фактора. Попълва се всяка вечер в продължение на една седми-

ца. [4] Данните от проучването се обработиха математически и графично с Microsoft Office Excel 2003.ink.

Резултати и обсъждане: Анализът на данните установи, че 67% от анкетирания не са били под негативното влияние на голям брой от изследваните рискови фактори, които да застрашат здравето им.

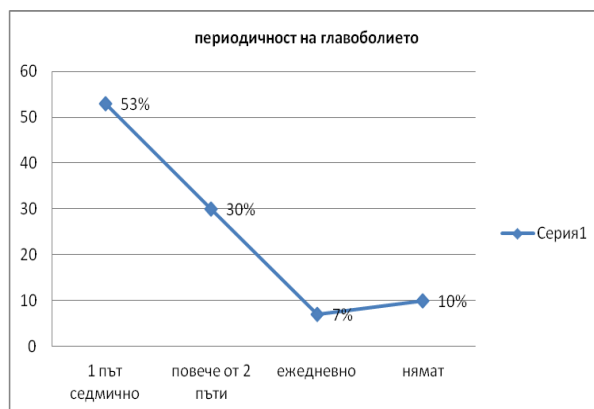


Фиг. 1 Нива на стрес при анкетиранияте

При 30% ситуацията все още не е достатъчно тревожна, но студентите трябва да обърнат внимание на факторите, които са формирали точките за да попаднат в групата на застрашените от развитие на стресова симптоматика. Останалите 3% от респондентите, ако не вземат спешни мерки за промяна в начина си на живот е възможно в близко време при тях да се проявят психо-соматични оплаквания. Няма студенти попадащи в четвъртата група при които има явна заплаха за здравето им.

При детайлното разглеждане на рисковите фактори се установи, че най-често анкетирания се оплакват от недостатъчен и лош сън. Представено като средна стойност 2 пъти седмично всеки е имал подобен проблем. Разгледано като индивидуални данни - 15% всяка вечер имат проблеми със съня, а 23% в делничните дни. Нощният сън е задължително условия за ефективна почивка след умствено и физическо натоварване. При учащите се е от особена важност възстановяването от натрупаното през деня напрежение и нормално функциониране на мозъка при завишено умственото натоварване с каквото се характеризира ежедневието им.

В изследвания период главоболие са имали поне веднъж 53% от анкетиранияте, като ежедневно състояние е посочено от 7%, повече от два пъти са отбелязали 30%.



Фиг. 2 Честота на пристъпите на главоболие

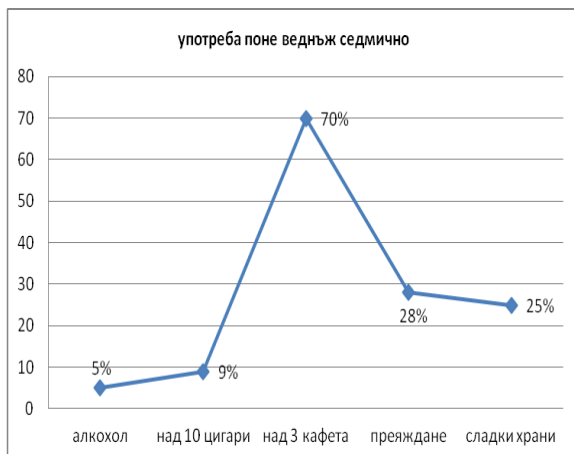
Главоболието е едно от най-честите оплаквания на съвременния човек. Като основни причини извън конкретни болестни състояния, може да се дължи на заседналият начин на живот, работа в затворени помещения, неправилен режим на труд и почивка и др. Главоболието е характерно при 2/3 от хората подложени на стрес или след стресовия период. Медицинските професии са едни от най-трудните и изискващи високо ниво на овладяване на учебния материал. Също така по време на клиничното обучение студентите наблюдават редица инвазивни медицински дейности, обгрижват пациенти в тежко общо състояние, терминално болни и др. Спецификата на професиите обяснява в някаква степен и наличието на проблемите в съня и главоболието по време на учебната седмица.

Изхождайки от гореизложеното не е изненадващо, че около 2/3 от студентите посочват, че имат твърде слаба физическа активност през седмицата, 28% нямат този проблем в събота и неделя. Причина за това може да бъде възможността през почивните дни за спортване и туризъм или пък да е свързано с посещения при семейството и домакински задължения. Може би затова почти толкова респонденти посочват, че са претоварени с работа именно в тези дни (26%).

Интересно е да се отбележи, че прекаляващите с консумиране на сладки храни (25%) и преяждане (28%) посочват именно дните събота и неделя. Повече свободно време и посещение при близките са факторите улесняващи злоупотребата с храна.

Петък е денят в който най-много студенти са били подложени на шум (35%) и трима студенти (5%) посочват, че са прекалили с употребата на алкохол. В края на седмицата младите хора търсят забавления в дискотеки и клубове и тогава именно доброволно се

подлагат на въздействието на шума и алкохола. Установи се малък процент студенти които пушат повече от 10 цигари – един е посочил, че 7 дни е пушил по толкова, а едва 8% посочват някои друг ден. Макар анкетата да не включва такъв вариант на отговор 17% отбелязват, че изобщо не пушат.



Фиг. 3 Данни за злоупотреба с рисковите фактори: алкохол, цигари, кафе, хранене

Част от студентите (около 70%) поне веднъж през седмицата са изпили повече от 3 чаши кафе. Дали това е свързано с нуждата от ободряване или просто вреден навик типа на анкетната карта не позволява да се определи.

Следвайки логиката резултати и факта, че почти 95% от студентите са жени може да се направи извода, че много малък процент от студентите са подложени на рисковите фактори злоупотреба с алкохол, цигари и храни.

Впечатление прави факта, че лошо настроение по пътя за работа/университета или за къщи имат студентите в понеделник над 2/3 (от общо 25%). Също така почти всички от 8% студенти, които определят обучението като неприятна работа, посочват че имат и лошо настроение през този период на деня. Отново малобройна група студенти се съмняват в качеството на своята работа/успех в обучението (10%), а други 15% имат лошо настроение в къщи.

Заклучение

Анализът на резултатите позволява да се обобщи следното:

- Не се установява опасност от негативното влияние на изследваните рискови фактори при 67% от анкетираните;

- Рисковите фактори формиращи в най-висока степен възможност за влошаване на здравословното състояние са недостатъчния и неспокоен сън и главоболието.

- Нисък процент от студентите са подложени на рисковите фактори злоупотреба с алкохол, цигари и храни.

- Останалите рискови фактори се посочват от по-малко от 1/3 от респондентите и то самостоятелно или в комбинация с други фактори.

Създаването на оптимален режим на труд, почивка, двигателна активност и забавления е пътят за психическо и физическо благополучие на студентите. Съобразяването и адаптирането към особеностите на учебния процес и семейно-битовата среда биха позволили да се избягва злоупотребата със някои от рисковите фактори. Прилагането на програми за справяне със стреса, включването в седмичния график на време за спорт, хоби и развлечение е начин за справяне със стреса.

Литература

1. Андонова, А. 2013. Проучване на нивото на стрес при студентите. *Управление и образование*, кн.5, том 9, VOL №5, с.7-10.
2. Георгиева, Е. 2014. *Мениджмънт на стреса в медицината*.София. Изд. Флорир.
3. Георгиева, Е., П. Пешева. 2014. Проучване на стреса и депресията при студенти по медицина. *списание MD*,№ 2, с. 92-94
4. Касянов, С. 2001. *Енциклопедия - Психологически тестове. Многостратно изследване на личността*. Велико Търново, Фабер, тест № 89
5. Милчева, Хр., М. Платиканова. 2003. Съвременен подход за оценка на стреса при преподавателя по Здравни грижи в Медицински колеж. *Сборник доклади-Съюз на учениите Стара Загора*, том IV, с.106-109.
6. Милчева, Хр., М. Платиканова. Система от мероприятия за преодоляване на стреса при преподавателя по здравни грижи. 2003. *Здравни грижи*, № 2, с. 41-44.
7. Милчева, Хр., М. Платиканова, А. Андонова. 2011. Установяване на някои негативни стресогенни фактори в учебния процес при специалностите от медицински факултет-Стара Загора.*Управление и образование*, кн.3, том 7, VOL №3, с.345-349.

Доц. Албена Андонова, дм
Тракийски университет
катедра Здравни грижи
Адрес: Стара Загора 6000ул. „Армейска“ №11
e-mail:andonova_a@dir.bg



УДОВЛЕТВОРЕНОСТ НА СТУДЕНТИТЕ ОТ УЧАСТИЕТО В ПРОЕКТ „СТУДЕНТСКИ ПРАКТИКИ“

Албена Андонова

STUDENT SATISFACTION BY PARTICIPATING IN A PROJECT „STUDENTS PRACTICE“

Albena Andonova

ABSTRACT: Uptake and exercise of practical skills in a real working environment creates optimal conditions for the multiplication of theoretical knowledge and practical skills ensure the creation of the professional competencies of the profession.

The study analyzed questionnaires of 32 students in "nurse" specialty from 1 to 4 course, Trakia University Medical Faculty.

Analysis of the results of the study found the following: Project "Student practices" are evaluated by students as an effective and useful for enhancing practical skills; creates conditions for realization of contacts with employers; acquisition of specialized practical training; payment is not grounds for inclusion in the project

Keywords: Additional practical training, students real working environment

Въведение

Практическото обучение е един от най-важните методи за придобиване на професионални знания и умения от дълбока древност до наши дни. Усвояването и упражняването на практически умения в реална работна среда създава оптимални условия за трансформиране на теоретичните знания в практически умения и гарантира изграждане на необходимите професионални компетенции за съответната професия.

Компетенциите може да се дефинират като сбор от специфични знания, умения, нагласи и поведение, усвоени в процеса на теоретично и практическо обучение.

В съвременното общество придобиването на професионална компетентност е първа стъпка за успешна професионална реализация, добър социален статус и обществен престиж. Компиляцията от личностни качества, мотивираност и професионална пригодност създава допълнителни предпоставки и възможности на квалифицираните специалисти за избор на работа, адаптивност, мобилност, бърза и успешна реализация в условия на конкурентност на пазара на труда. Придобиването на професионални компетенции в процеса на обучение (формално и неформално) гарантира качествено изпълнение на раз-

нообразни дейности и задачи характерни за професията.

Гореизложеното пряко кореспондира с високите изисквания на обществото и здравните власти към професионалистите с медицински специалности. В медицинските професии професионално-клиничното мислене, умението за планиране, анализ и синтез на информацията (много често недостатъчна и/или противоречива), владееенето на манипулативните техники, вземането на бързи и правилни решения, професионалният стил на поведение и управлението на хора и ресурси валидира оптималното ниво на усвояване на професионалните компетенции.

В последните десетилетия в Европейския съюз са разработват и реализират редица програми и проекти за повишаване на трудовия потенциал на жителите на държавите членове на съюза. Едни от най-популярните и мащабни програми, които се реализират и в България са ОП „Учене през целия живот” и ОП „Развитие на човешките ресурси”. [3]

В средата на 2013г. у нас стартира Проект „Студентски практики” BG051PO001-3.3.07-0002, реализиран със съдействието на Министерството на образованието и науката на Република България. [5]

Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на Оперативна програма „Развитие

на човешките ресурси”, съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз. До сега над 70 000 студенти са се включили в проекта и са провели практика с помощта на над 13 000 служители в различни фирми и организации и над 4000 преподаватели. В проекта участват всички 51 висши учебни заведения в страната.[5]

Цел: Целта на проучването е да се установи нивото на удовлетвореност на студентите от участието им в проект „Студентски практики”.

Материали и методи: В проучването са анализирани анкетни карти за „Обобщена оценка за участието в практическото обучение“ на 32 студенти от специалност „медицинска сестра“ от I до V курс, Тракийски университет, Медицински факултет. Картата за обобщена оценка е изготвена от авторите на проекта. Включва 10 въпроса - 8 от тях са с два варианта за отговор „да“ и „не“ и 2 въпроса с 3 варианта. Изработена е допълнителна анкетна карта с въпроси от отворен тип.

Допълнителното практическо обучение на студентите е проведено през 2013-2014г. в град Стара Загора в следните болници: МБАЛ „проф. д-р Ст. Киркович“ АД, МБАЛ „Свети Иван Рилски“ ЕООД, МБАЛ „Ниа Мед“ ООД.

Резултатите от проучването са обработени математически и графично с Microsoft Office Excel 2003.innk.

Анализ на резултатите: Според ЕДИ практическото обучение на студентите от специалност „медицинска сестра“ е 1140 академични часа учебна (клинична) практика и 1600 астрономически часа държавен преддипломен стаж. [4]

Студентите участвали в проекта имаха възможност да кандидатстват по свой избор и след одобрение да проведат допълнително практическо обучение в рамките на 240 часа в редица профилактични, здравни и лечебни заведения регистрирани в сайта на проект „Студентски практики“. Обучението на студентите беше проведено от ментори-медицински сестри работещи в съответните сектор, отделение и клиника.

За осигуряването на качествено провеждане на студентските практики, програмите за практическо обучение се разработиха от ментора с помощта на академичен наставник, които е специалист и преподавател по съответната специалност към ВУЗ. Водещ приоритет при разработването на програмата беше включването на професионални компетенции,

дейности и задачи за отработване и усъвършенстване съобразно курса и семестъра на обучение на всеки студент.

Първите въпроси в анкетната карта са насочени към разкриване нивото на удовлетвореност или неудовлетвореност и очакванията на студентите от проведеното допълнително практическо обучение. Всички анкетирани единодушно потвърждават, че са доволни от проведеното обучение и то е отговорило на предварителните им очаквания, въпреки, че на нито един студент не е предложено допълнително заплащане.

В медицинските професии изграждането на професионална компетентност е дълъг процес, изискващ не само теоретична и практическа подготовка, но и набор от волеви и морално-етични качества, високо ниво на мотивация, нагласи за самоусъвършенстване и непрекъснато обучение. Изхождайки от единодушните отговори на студентите и от лични впечатления считам, че студентите осъзнават огромното значение на практическото обучение за изграждането им като професионалисти, затова и в отговорите си в допълнителната анкетна карта отново всички заявяват желание да се включат в друг подобен проект дори и без заплащане въпреки, че по този получават стипендия от 480 лв.

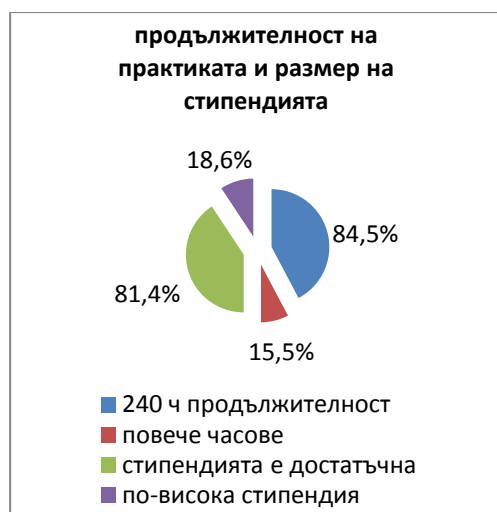
В последните години непрекъснато в общественото пространство се разпространява информация за недостиг на медицински сестри в някои административни райони и сектори на здравеопазната система. Основни причини за това са ниското заплащане и възможността за мобилност на медицинските специалисти в повечето държави в ЕС, където за труда си те получават достойно заплащане. Недостигът на здравни кадри все повече се усеща и от пациентите поради недостатъчна осигуреност и влошаване на качеството на здравни грижи и услуги. По данни на БАПЗГ средно годишно 1000 квалифицирани медицински сестри напускат страната или професията. Съотношението лекари/медицински сестри в ЕС е най-малко 1:2, а у нас то е 1:0,9.[6]

Практиката показва, че по време на преддипломния стаж често студентите получават предложение за работа в сектора, в който са провели стажа си. По време на участието си в проекта 43,8% от студентите са получили предложения за работа от организацията - работодател.

Този процент трябва да се разглежда като много висок, тъй като около половината от участниците са III и IV (последен) курс. Почти всички (97%) декларираат, че ще се възползват от предложената им възможност да започнат работа.

С провеждането на подобни проекти и проучвания се налага твърдението, че тясното сътрудничество между ВУЗ и работодателите създава условия за качествено обучение, подбор на квалифицирани кадри, а също и удовлетвореност в бъдещите и настоящи специалисти от провеждането на допълнително и тясно специализирано практическо обучение за работа в конкретен сектор. За подобряване на връзката между работодатели и ВУЗ с цел повишаване на трудовия потенциал и квалификация на работещите се реализират редица европейски програми за периода до 2013г. и за новия програмен период 2014-2020г. Такива са Оперативна програма: „Развитие на човешките ресурси“, „Наука и образование за интелигентен растеж“, „Иновации и конкурентноспособност“ и др.[3], [2], [1].

Почти равни по брой студентите са съгласни, че продължителността от 240 часа за провеждане на практика в реална работна среда е достатъчна (84,5%) и съответно, че размерът на стипендията е съобразен с продължителността и вида на практиката (81,4%). Останалата част от респондентите желаят практиката да е с по-голяма продължителност и съответно стипендията да е по-висока.



Фиг.1 Мнение на студентите за продължителността на практиката и размера на стипендията

В допълнителната анкета те посочват, че ще бъде добре подобна практика да се реализира всяка учебна година и да имат възможност отново да си избират лечебни заведения, сектори и ментори.

За оценка на високото ниво на ефективност и полезност на проекта, насочен към подобряване на практическите умения на студентите, може да послужи единодушното им намерение да препоръчат на своите познати и състуденти да се включат в проекта.

Друг важен индикатор за позитивното отношение на бъдещите медицински специалисти към проекта е липсата на допълнителни препоръки. Сред анкетираните няма студенти участвали в подобни проекти.

Заклучение

На базата на направеното проучване се установи високо ниво на удовлетвореност на анкетираните от участието им в проект „Студентски практики“.

Студентите високо оценяват предоставената им възможност да придобият допълнителен практически опит и да усъвършенстват практическите си умения по време на реализиране на проекта в извън учебно време.

В резултат на проучването могат да се направят следните по-значими изводи:

- Проект „Студентски практики“ се оценява от студентите, като ефективен и полезен за повишаване и доизграждане на професионални практически умения;
- Участието им в проекта е спомогнало за създаване на полезни контакти с бъдещи работодатели и придобиване на тясно специализирано практическо обучение за работа в конкретен сектор;
- Заплащането не е водещ мотив за включването на студентите в проекта.

Литература

1. Оперативна програма "Иновации и конкурентноспособност" ОПИК 2014-2020 2014BG16RFOP002 – 17.03 2015г.
2. Оперативна програма: „Наука и образование за интелигентен растеж“, 2014 BG05M2OP001
3. Оперативна програма: „Развитие на човешките ресурси“
4. Постановление №257/1.11.2010г. за изменение и допълнение на наредбата за единните държавни изисквания за придоби-

ване на висше образование по специалностите "медицинска сестра" и "акушерка" за образователно-квалификационна степен "бакалавър", Постановление №248 на Министерския съвет от 2005г., ДВ. бр.88, 9.11.2010г.

5. Проект „Студентски практики“ BG051PO0013.3.070002<http://praktiki.mon.bg/sr/> /20.02.2015/

6. Електронен бюлетин, Здравни грижи.http://www.nursing.bg.com/Zdravni_griji_9_2014.pdf /1.03.2015/

Доц. Албена Андонова, дм
Тракийски университет
Катедра Здравни грижи
Стара Загора 6000, ул. „Армейска“ №11
e-mail:andonova_a@dir.bg



МОТИВИРАЩИ ФАКТОРИ В ПРОФЕСИОНАЛНАТА ДЕЙНОСТ НА ЗЪБОТЕХНИКА

Ани Атанасова, Соня Тончева, Михаела Варнева

MOTIVATIONAL FACTORS IN THE PROFESSIONAL ACTIVITY OF A DENTAL MECHANIC

Ani Atanasova, Sonya Toncheva, Mihaela Varneva

ABSTRACT: Everybody, who is familiar with the reasons affecting human behavior and the way the mind has reached them, holds a powerful weapon that is able to control human actions. For that reason this aspect of human psychology – called motivation – attracts a great interest and is considered one of the most significant issues related to personnel management. The motivation of people is a complex creative process. Each individual is a unique combination of genetic potential, personal social characteristics, necessities and motifs. The motivation of personnel is said to be the main driving force in a company. The motivation of human resources is directly related to the awareness of both individual and group motivation as well as to the stimuli streaming from the organizational sphere that can provoke the personnel to react in a specific way and initiate a desire for more productive and qualitative work. The aim of the present research is to analyze the factors that motivate dental mechanics during their professional activity. A survey was conducted in order to investigate the question. Sociological and statistical methods were used. The subject of the survey was comprised of employees from 17 dental laboratories in Varna. The research was held out in November 2014 in Varna. The results showed that according to the employees the main motivating work factors in the specific laboratory are: opportunities for further professional development (53,30 %), good microclimate (43,30%) and good technical equipment (40,00 %). The dental laboratories that took part in the survey did not report occasions of fluctuation of labour. According to the answers provided by both employers and employees the preferable work motivating factors are monetary. In addition to this, it was confirmed that the motivational strategies used by the managers are more effective when they coincide with the expectations of personnel members.

Keywords: motivation, factors, dental mechanic, research.

Въведение

Всеки, който знае причините за човешкото поведение и начинът, по който съзнанието е достигнало до тях, държи в ръцете си оръжие за влияние върху това, което правим. Ето защо този аспект от човешката психология, наречен мотивация, предизвиква огромен интерес и се счита за един от най-важните в мениджмънта на персонала [5]. Мотивирането на хората е сложна творческа дейност. Всеки индивид е уникална комбинация от генетичен потенциал, личностови социални качества, потребности, ценности и мотиви. Добрият мениджър трябва да е наясно не само какво и как работят хората, но и защо, в името на какво, какъв личен смисъл те полагат в дейността си, удовлетворени ли са от труда си [3].

Отправна точка на мотивацията са потребностите, които представляват „материални, или духовни условия, които са необходими за

съществуването и развитието на човека” [5]. Когато някоя от човешките потребности е незадоволена или съответното условие за съществуване липсва или е недостатъчно, човек изпада в състояние на напрежение и усеща вътрешен стремеж да направи нещо, за да задоволи тази потребност [5].

Мотивацията е сложен процес. Най-голямата грешка, която може да направи един мениджър е да повярва, че да мотивира хората е лесна работа. Мениджър, който познава мотивите на хората, работещи в неговата организация, много улеснено ще регулира техните действия [1].

Според Марин Кънчев някои от основните изисквания, на които трябва да отговаря ръководителят (за да провежда мотивационна работа) са: добра теоретическа подготовка по проблемите, свързани с мотивацията; добре да познава личните и колективните интереси и потребности на персонала; да разработи и прилага система за мотивиране на персонала;

да познава персонала и съобразно всеки да прилага различни мотивационни средства (за едни това са парите, за други – повишение в работата); ясно да формулира поставените задачи и навреме да осигурява информация, как са били оценени поставените задачи [4].

Мениджърите повишават мотивацията тогава, когато въздействията, които ползват, съвпадат с очакванията на хората. Ръководителите мотивират персонала, като му осигуряват реални възможности и условия да задоволява потребностите си чрез определено поведение в труда. Дават шанс на членовете на фирмата да изявяват в максимална степен своя професионален потенциал, така че едновременно да печели фирмата и всеки член на нейния персонал [2].

Повишаването на мотивацията и задоволството в работата може да доведе до намаляване на текучеството, отсъствията и нарушенията, до повишаване на производителността. Хората са мотивирани най-добре, когато имат нещо, за което да се борят [1].

Цел на изследването: да проучим каква е мотивацията на работещите в Самостоятелна медико - техническа лаборатория (СМТЛ), като определим какви са основните мотивиращи фактори.

Материал и методи: Използвани са социологически и статистически методи. За постигане на целта проведохме анкетно проучване. Анкетните карти са собствено разработе-

ни и проучването на двете групи респонденти е извършено самостоятелно, което гарантира надеждност на работа с инструментариума.

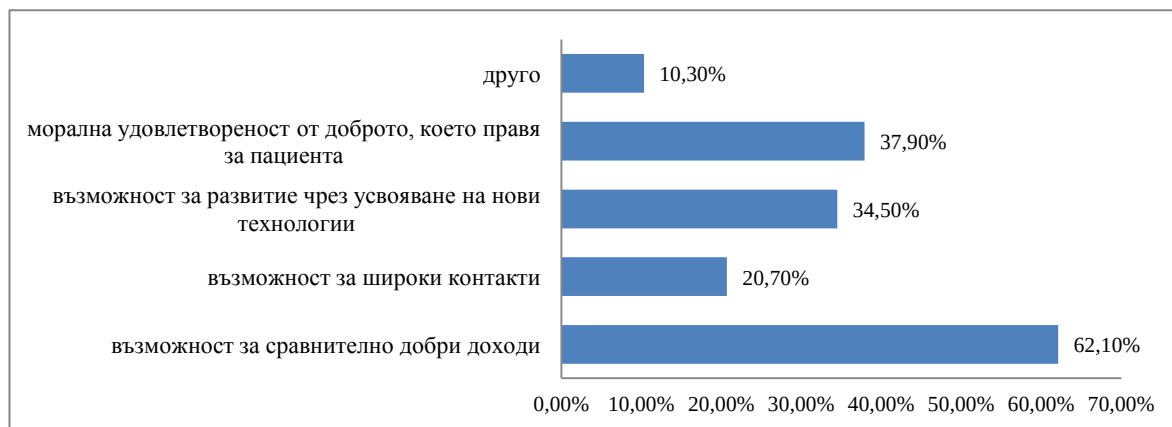
Проучено е мнението на 2 групи респонденти - 17 управители на СМТЛ на територията на гр. Варна (като това са 20,99 % от управителите в гр. Варна) и 30 зъботехници, работещи като наемни служители в изследваните зъботехнически лаборатории (като това са 28,30 % от работещите, като наемни зъботехници в зъботехнически лаборатории в гр. Варна).

Изследването е реализирано през месец ноември 2014 г. в гр. Варна.

Резултати и обсъждане: Едно от индивидуалните различия между хората, които са събрани да работят на едно място, за да извършват колективен труд е степента, в която са мотивирани.

Мотивацията е стимул за задоволяване на потребностите и възможност за професионално развитие. Мотивираният служител харесва и обича своята работа, отнася се с нужното внимание и отговорност към задължението си, стреми се към постигане на добри резултати.

Проучихме какви са мотивите на зъботехниците, работещи като наемни служители, за упражняване на професията „Зъботехник“ (фиг. 1).



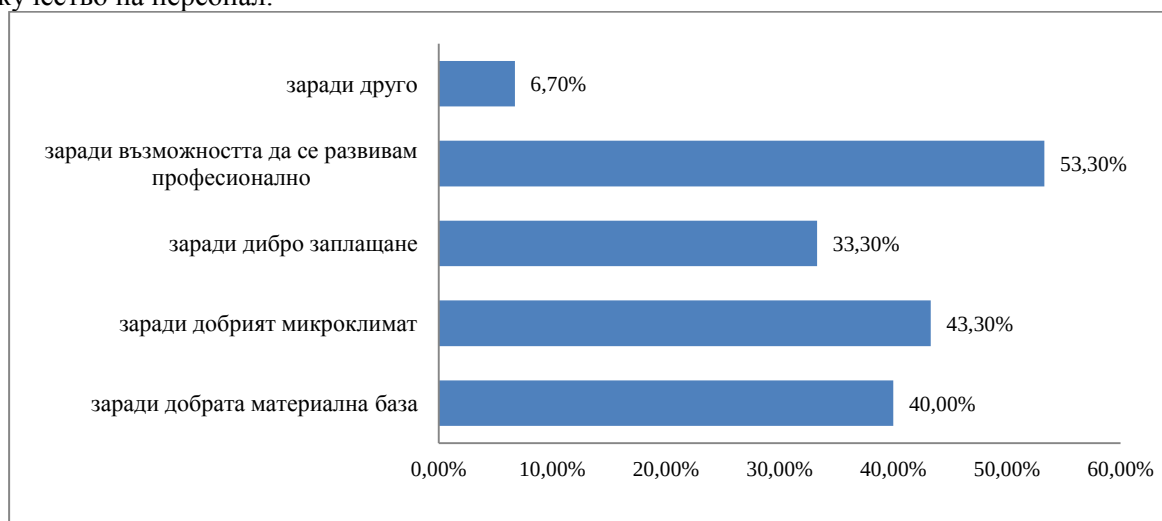
Фиг. 1. Мотиви за работа, като зъботехник (според зъботехниците).

Основният мотив на зъботехниците за практикуването на тази професия е възможността за сравнително добри доходи (62,10 %). Моралната удовлетвореност от доброто, което правят за пациентите се подрежда на второ място (37,90 %), което свидетелства, че професията на зъботехника е високо хуманна

и изисква етика и морал. Възможността за развитие чрез усвояване на нови технологии се нарежда на трето място и свидетелства за желанието им за професионално развитие и усъвършенстване (34,50 %). Текучеството на кадри може да се дължи на: не добър професионализъм на работещите, не добри условия

на труд и липсата на мотивация у служителите. Попитахме работодателите, има ли текучество на кадри в лабораториите, които управляват. Всички управители на СМТЛ, включили се в проучването, заявяват, че няма текучество на персонал.

Проучихме кои са мотивиращите фактори за работа в конкретната зъботехническа лаборатория според служителите (фиг. 2).



Фиг. 2. Мотиви за работа в конкретната зъботехническа лаборатория (според зъботехниците).

Малко повече от половината зъботехници посочват като основен мотив да работят в конкретната лаборатория предоставяне на добра възможност от работодателя да се развиват професионално (53,30%). Добрият микроклимат (43,30%) и добрата материална база (40,00 %) са посочени също, като мотивиращи

фактори. Около 1/3 от респондентите определят доброто заплащане като мотивиращ фактор (33,30 %). Проучихме мнението на работниците, кое би ги мотивирало и стимулирало в работата (фиг. 3).



Фиг. 3. Предпочитани от зъботехниците фактори за мотивация. Голяма част от анкетираните посочват доброто месечно възнаграждение (70,00 %) и премии (63,30 %). Най – малко ги стимулира платения годишен отпуск (10,00 %). Зъботехниците предпочитат да бъдат мотивирани чрез парични стимули. Сравнихме мнението на управителите на зъботехнически лаборатории и работниците им, относно начини за мотивиране на работниците за полагане на качествен труд (фиг. 4).



Фиг. 4. Мотивиращи фактори за полагане на качествен труд.

Анализът показва съвпадение на мненията на двете групи респонденти. Основните мотивиращи фактори, които управителите и зъботехниците посочват са добро месечно възнаграждение (зъботехници 80,00 %, управители 73,30 %) и премии (управители 66,70 %, зъботехници 60,00 %). Около 1/3 от работниците и работодателите посочват използването на нематериални стимули като мотивиращи фактори. Те стимулират и мотивират хората, които имат висока пригодност и високи постижения. Допринасят за това, работниците да се чувстват уважавани, за компетентността и всеоedayността им. Имат изключително мотивираща и поддържаща роля. Според зъботехниците най-слаб мотивиращ ефект има платения годишен отпуск (13,30 %), а според управителите това не е за пренебрегване (46,70 %). Според нас установената разлика в мнението се дължи на несъответствие между стойността на трудово възнаграждение и платен годишен отпуск и регламентирането му от законодателството, като право на всеки работник. Парите са важно мотивиращо средство, особено за хора, които имат нужда от финансова сигурност. Задълбочаването на икономическата криза води до увеличаване на безработицата и обедняване на населението. Това пряко се отразява върху обема на работата, постъпваща в зъботехническите лаборатории. Заплащането на наемния зъботехнически

труд в повечето случаи е процентно съотношение от крайния продукт. Това може би е и определящо при решението на работодателя, да използва парични (монетарни) възнаграждения.

Резултатите от научното проучване дават основание за следните изводи:

1. Основните мотивиращи фактори за работа в конкретната лаборатория (според зъботехниците - наемни работници) са: предоставяне на възможност от работодателя да се развиват професионално (53,30 %), добър микроклимат (43,30%) и добра материална база (40,00 %).

2. Установихме, че в СМТЛ, включили се в проучването няма текучество на кадри, което свидетелства за висока мотивация на служителите от страна на работодателите.

3. Според управителите и наемните зъботехници, предпочитаните мотивиращи фактори в труда са монетарни: добро месечно възнаграждение (зъботехници 80,00 %, управители 73,30 %) и премии (зъботехници 60,00 %, управители 66,70 %).

Литература

1. Армстронг, М., *Управление на човешките ресурси*, „Делфин прес“, Бургас, 1993, с. 77-82.

2. Борисов, В., *Здравна политика и мениджмънт*, „График консулт“, София, 1998, с. 140.

3. Борисов, В., *Здравен мениджмънт, Новата азбука на здравния мениджмънт*, МУ София, 2009, с. 138.

4. Кънчев, М., *Управление на човешките ресурси*, ИК „Албатрос“ София, 2002, с. 177.

5. Узунова, Ф., *Управление на човешките ресурси*, ТУ, Варна, с. 96-98.

Ани Атанасова – преподавател в Учебно-научен сектор „Зъботехник“ на Медицински колеж – Варна,
гр.Варна-9000, бул.”Цар Освободител” № 84,
e-mail: a.ani@mail.bg



РИМСКИТЕ ТЕРМИ В БЪЛГАРИЯ

Антоанета Грозева

ROMAN BATHS IN BULGARIA

Antoaneta Grozeva

ABSTRACT: Knowledge of the history and traditions of balneology in Bulgaria are of central importance to the development of balneology and spa tourism. The aim of the study is to describe the archeological finds of Roman baths in famous Bulgarian resorts and to delineate which aspects of the structure, methods and concepts of modern spa centres can be traced back to Roman times. There are impressive remnants of Roman baths in the towns of Varna (Odessa), Hissarya (Augusta), Sofia (Serdika), Kjustendil (Pautalia), Bourgas (Aqua Calidae), Sandanski (Dezudava), and the village of Ognyanovo (Nikopolis at nestum). There is also a wealth of written evidence documenting the therapeutic effect of the mineral waters, which were frequented and valued by the Roman rulers and army leaders. By studying the Roman baths, modern day balneologists have much to learn from how mineral baths were set up and organised as a centre of cultural and social life 20 centuries ago.

Keywords: Roman baths, archeology, balneological resorts

Въведение

Балнеологията в България има повече от 20 вековни традиции. На територията на страната от хилядолетия бликат около 500 минерални извори с разнообразен химичен състав и доказано лечебно въздействие при редица заболявания. Сега в 21 век се наблюдава едно отдръпване от фармацевтичната индустрия и нейните неблагоприятни въздействия и връщане към доказаните през вековете природни методи. Не случайно в последните години в световен мащаб има бурното развитие на балнеологията и ежегодно се увеличават СПА центровете по света и в България. Утвърди се едно ново направление - СПА туризъм и най-популярните дестинации са тези с минерални води и с хилядолетна история и традиции още от Римската империя. Такива са световноизвестните Виши/Франция/, Висбаден и Баден/Германия/, Неапол и Рим/Италия/.

За развитието на балнеологията и СПА туризъм в България от изключителна важност е познаването на историята на балнеолечението и традициите в България. В древността балнеолечението получава най-голям разцвет по времето на Римската империя, тогава именно се построяват големи бански сгради с учудващи за времето технологии и размери.

Цел на проучването е в кои известни наши балнеоложки курорти са открити археологически находки от римски бани и кое от устройството, методите и концепцията на съвременните СПА центрове води началото си от римските терми.

Материал и методика

Първите римски бани на територията на България са изградени, когато Римската империя завладява тракийските земи в средата на I в.н.е. По времето на император Марк Улпий Траян/98-117г./ изграждането на обществени бани и пътища било акт на държавната политика на Рим при създаването на градски центрове в новите провинции на империята. Той бил голям почитател на минералните извори, което е оказало важна роля при избора на първите автономни центрове в провинция Тракия. Внушителни са останките от римски бани в град Варна/Одесос/, Хисаря/Августа/, София/Сердика/, Кюстендил/Пауталия/, Бургас/Аква Калиде/, Сандански/Дезудави/, с.Огняново /Никополис ат Нестум/. През територията на България са минавали важни пътища, свързващи източните провинции с Рим. По дългия път войските са се нуждаели от възстановяване и предпочитали са били селищата с минерални извори. Тези селища са процъфтявали и са били с

особен статут и привелегии. Множество са археологичните доказателства в цялата страна за съществуването на римски бани и големи селища край тях, като повечето от тях и сега са известни балнеологични центрове. Останали са и редица писмени доказателства за лечебния ефект на минералните извори, които са били много посещавани и ценени от римските владетели и пълководци през вековете/Караколев,1994/

Римски терми Варна/Одесос/

Това са най-големите римски бани на Балканския полуостров и са изградени през II в.н.е. Те са разкрити в резултат на мащабни археологически разкопки през 1959 -1971г. Целият комплекс е разположен на площ от 7000 кв. м. Запазените зидове на места достигат 22 м. височина. Главните входи на баните са в източния и западния край на северната фасада. По три каменни стъпала се слиза в източното и западното преддверия. Следват ги източната и западна съблекални – *apoditeria*. Тук посетителите са оставяли на съхранение дрехите и ценностите си при придружаващите ги роби или при определения за това персонал – *capsarii*.

Строителите на термите в Одесос са разположили в южната част на сградата отопляваните помещенията за къпане с топла и гореща вода, съгласно установените за времето архитектурни канони на римския архитект Витрувий/Георгиев,2006/.

Баните са посещавани предимно в следобедните часове и посетителите са оставали с часове. Редът за ползване на помещенията е бил постепенно преминаване от къпане с топла вода към горещите помещения и басейни и последващо преминаване към по-хладките басейни и помещения.

Tepidarium- помещение за къпане с хладка (топла) вода

Caldarium- помещение за къпане с гореща вода

Laconicum- помещение с горещ и сух въздух/сауна/

Sudatorium - потилня, за която е била нужна гореща пара/парна баня/

Unctorium -специална зала за обмазване с лечебни и ароматни балсами и масажирание на телата на посетителите

Destrictorium - зала за триене/пилинг/

Frigidarium- помещение за къпане със студена вода

Най-просторното помещение в римските терми е вестибюла- **palestra**, това е мястото, където гражданите се срещали, разговаряли, играели и сключвали сделки.

Дали в римските терми на Одесос се е ползвала топлата минерална вода която блика в района? Твърде вероятно, но в града е построен водопровод още през 157 г. с. н. е. От открития двуезичния надпис на гръцки и латински език става ясно, че при управлението на император Антоний Пий (138-161) общината на Одесос и военният управител Тит Витрасий Полион са каптирали и довели до града вода по водопровод.

Едно от "чудесата" на римските терми бил хипокауста - подовото отопление. Хипокауста днес може да се разпознае по множественото четвъртити колонки направени близо една до друга. Над тях е била настилка, а между тях се движел топлия въздух, който отоплявал пода и залите. Археологическите разкопки са установили и мястото за затопляне на водата – *praefurnium*, което има шест огнища – *fornicis*, две котелни помещения, шест отвори за тяга и четири комина.

Запазена е и тоалетната – *latrina*, тя е била разположена в юго-западния ъгъл на западната външна галерия.

В този голям комплекс, където са се събирали много хора от различни прислойки на обществото са открити и множество малки помещения около сградата, това са гостилници, малки магазинчета за "всичко за къпане" и за "приятното прекарване в банята", както и бордеи.

Римски терми Кюстендил/Пауталия/

Те са втори по големина след термите в град Варна. Намират се в централната част на Кюстендил, като сградата има правоъгълен план със застроена площ от 3000 кв.м. Самото древно название на града има в основата си тракийската дума "поте" – извор, или бликащи извори, изворен град. Римските терми на Пауталия датират от началото на II в.н.е., като строителството им е завършено при император Антоний Пий /138-161 г./ За това свидетелства строителен надпис, намерен в резултат на археологически проучвания през 2002 г., в който се съобщава за каптиране на четири извора и изграждане на две водопре-носни съоръжения към термите. Ползването на лечебната минерална вода е било едно от предимствата им и вероятно по тази причина

те са част от голям лечебен комплекс-асклепион/Котев,2002/

Археологически проучени са 9 помещения разположени в южната и източната част на комплекса на площ от 1000 кв.м. Всички помещения са снабдени с централна отоплителна инсталация хипокауст/ с колонки/ и сводова система/аркадо/ от коридори под пода. Конструкцията на втория вид хипокауст е единствена известна досега в България. Подът и стените на залите са били облицовани с мраморни плочи, профилирани корнизи и пиластри. В някои помещения са открити полукръгли ниши и басейни. Съчетанието на различните строителни техники и архитектурни решения правят термите на Пауталия един от най – интересните паметници от римската епоха в българските земи.

Римски терми Бургаски минерални Бани /Аква калиде/

Археологическите проучвания през последните години в района на Бургаските минерални бани откриват останките на едни от най-известните в древността римски терми- Aqua Calidae /лековита вода/. Множеството намерени артефакти свидетелстват , че те са изградени, когато Рим завладява тракийските земи в средата на I в.н.е., по времето на управлението на император Марк Улпий Траян (98-117) . По същото време е бил изграден важния римски път Виа Понтика през Дюлевския проход, свързващ новосъздадения град Марцианопол /Девня/, Анхиало и Адриано-пол. При баните е била важна пътна станция от този път, наречена Акве Калиде . Тя е отбелязана на първите римски карти за днешните български земи в средата на II век . Най-голяма слава на Акве Калиде носело светилището на нимфите, наричани през римската епоха Анхиалските нимфи, а баните – Анхиалски поради близостта на селището до административния център Анхиало/ Казарян,2008/. По времето на друг римски император Луций Септимий Север/193-211г./, също любител на минералните бани, тук три години се провеждали специални тържества и спортни игри наричани “Северия Нимфеа”. Готският историк Йорданес през 257г.н.е. е оставил интересно описание за престоя на готите в Аква Калиде : ”Тук те остават много дни и се наслаждавали на баните с топла вода, които се намирили на дванадесетия милиарден стълб от Анхиало и избликуват от дъл-

бочината на огнения си извор”. Запазено е описанието на съпругата на император Тиберий II, която около 580-та година успешно се излекувала в Термополис и в знак на благодарност подарила императорската си мантия на местната църква/Николова,1985/

Първото археологическо проучване в Аква Калиде е проведено през 1910г. от проф. Богдан Филов при почистването на старите басейни и каптажа на извора. Открити са над 4 000 монети, накити и множество предмети от V век п.н.е. до XVII в.

Общата площ на проучените части от римските терми е около 3 800 кв. м. Изцяло разкрита е централната зала на баните с два правоъгълни басейна с размери 3 на 5 м. Известността на Аква Калиде се дължи на топлата минерална вода от два горещи извора с температура между 53 и 42 градуса. Античният каптаж е открит на 30 м. северозападно и е свързан с банята чрез сложна система от колектори и глинени водопроводи. В следващите векове термите са били многократно разрушавани и отново възстановявани от различни владетели, които оценявали тяхната лечебна сила/Стойчева,Грозева,2013/.

Заклучение

Останките от римски терми на територията на България доказват по неоспорим начин значимостта на нашите минерални води. Съвременните балнеолози, изучавайки историята на римските терми имат много какво да научат и приложат в практиката. Най-вече, че преди 20 века римските терми със своето устройство и организация са били не само център за лечение ,хигиена,спортни игри, но и център на културни развлечения, поезия, музика и политически дебати. Исторически факт е, че през вековете лечението с минерална вода е било предпочитано, високо ценено и винаги е водело до просперитет на селищата с минерална вода.

Литература

- 1.Георгиев, П. 2006*Римските терми на Одесос*,
- 2.Караколев,Д. . 1994 *България страна на минерални извори*, София
- 3.Казарян,Т. 2008 *Черноморския курорт „ Бургаски залив”* Логос принт, Бургас,
4. Котев Й.2002, *Осоговската планина*, Кюстендил

5.Николова Л, 1985 *Бургаски минерални бани*,

6. Стойчева М., А. Грозева, 2013, *Балнеологични ресурси в Бургаски регион и техните възможности за профилактика и рехабилитация*. в сб. ” Морето – граница или врата”, Бургас.

Антоанета Грозева, д.м.

Университет „Проф. Асен Златаров” –Бургас
Медицински колеж

Катедра: Здравни и социални грижи

Гр. Поморие 8200, ул. Солна 12

E-mail:antoaneta.grozeva@gmail.com



АЛГОРИТЪМ ЗА ПРОФИЛАКТИКА И РЕХАБИЛИТАЦИЯ НА ЗАХАРНИЯ ДИАБЕТ И НЕГОВИТЕ УСЛОЖНЕНИЯ

Антоанета Грозева

ALGORITHM FOR PROPHYLAXIS AND REHABILITATION OF DIABETES MELLITUS AND ITS COMPLICATIONS

Antoaneta Grozeva

ABSTRACT: *Diabetes mellitus and its complications is a major medical, social and economic problem. Numerous international and Bulgarian scientific publications attest to the marked effectiveness of physical factors – mineral water, peloids, physiotherapy, kinesiotherapy and massage. The competence of physiotherapist who conduct these procedures is of utmost importance for the successful prophylaxis and rehabilitation of this condition. For this reason we aimed to establish an algorithm for rehabilitation and prophylaxis of diabetes and its commonest complications. The algorithm is intended to be used in the training of both for students in speciality 'Physiotherapist', and 'Medical rehabilitation and ergotherapy' at the 'Professor Assen Zlatarov' University, Bourgas.*

Keywords: algorithm, diabetes mellitus, prophylaxis and rehabilitation, physiotherapist

Въведение

Захарният диабет и неговите усложнения представляват изключително голям проблем от медицински, социален и икономически аспект. Актуалността на този проблем е голям, като се има предвид прогнозите за следващите години – броят на болните от диабет в световен мащаб да нарасне до 2025 година до 300 милиона души. По данни на българските диабетолози, болните от диабет в нашата страна до 2013 година са около 250 000. Физикалната терапия и рехабилитацията имат изключително важно място в комплексното лечение и профилактиката на захарния диабет и неговите усложнения. Множеството чуждестранни и наши научни публикации доказват по неоспорим начин голямата ефективност на физикалните фактори-минерални води, пелоиди, физиотерапия, кинезитерапия, масаж/ И. Колева, 2004; А. Грозева, Д. Кръстева, 2004; М. Рязкова, 1998; I. Ponikowska, M. Tolodzieski, 2014/. Тези фактори могат да се прилагат както в Отделенията и Клиниките по физикална медицина и рехабилитация по местоживее, така и в Специализираните болници за рехабилитация и медикъл СПА центровете.

Компетентността на рехабилитаторите, които провеждат тези процедури е от изключително

важно значение за успешната профилактика и рехабилитация на това заболяване. Това е и причината рехабилитацията на това тежко социално-значимо заболяване да е обстойно застъпена в обучението на студентите от специалност „рехабилитатор“ на ОКС „професионален бакалавър“ в Медицински колеж, Университет „Проф. Асен Златаров“, Бургас. В пети семестър, като свободно избираем предмет се изучава „Медико-социална рехабилитация на захарен диабет и неговите усложнения“.

За това си поставихме за цел да изготвим алгоритъм за рехабилитация и профилактика на диабета и неговите най-чести усложнения. Алгоритъмът е предназначен за обучение, както на студентите от специалност „Рехабилитатор“ така и от специалност „Медицинска рехабилитация и ерготерапия“ на ФОЗЗГ към Университет „Проф. Асен Златаров“, Бургас. От направения обзор в достъпната научна литература установихме редица научни публикации, касаещи ефективността на физикалните фактори в комплексната рехабилитация и профилактика на диабета и неговите усложнения. Въз основа на тези проучвания и нашия опит при това заболяване, обобщихме най-важните и ключови моменти за поведението на рехабилитатора при пациент с тази патология:

1. При всички пациенти със захарен диабет/ЗД/ и неговите усложнения/ диабетна полиневропатия, диабетно стъпало и др./ препоръчваме да се прилагат периодични курсове от естествени и преформирани фактори през 6 месеца в амбулаторни или стационарни условия.

2. Пациентите да се консултират и проследяват от рехабилитационен екип включващ следните специалисти: лекар специалист по физикална и рехабилитационна медицина, кинезитерапевт, рехабилитатор, медицинска сестра, ерготерапевт, диетолог. При необходимост да се консултира с невролог, ендокринолог, съдов хирург.

3. Рехабилитационният екип следва да изготвя индивидуална програма, съобразена с моментното състояние на пациента, като назначените процедури имат синергичен ефект помежду си и представляват комбинация от:

- Кинезитерапевтични фактори

- Преформирани физикални фактори – електро- и светлолечение

- Естествени физикални фактори- минерални води, лечебна кал, таласотерапия, топло- и водолечение и климатолечение

4. Задачите на рехабилитацията са :

- ❖ намаляване на нивата на кръвната захар и на телесното тегло.

- ❖ подобряване и възстановяване на трофиката и сетивността на засегнатите крайници

- ❖ намаляване на болките и парестезиите

- ❖ предотвратяване на развитието на диабетно стъпало

Кинезитерапия

Различните форми на кинезитерапия може и трябва да се прилагат ежедневно, спазвайки се изискването, физическите натоварвания да са умерени. Доказано е, че под влияние на кинезитерапията се подобрява използването на глюкозата в мускулната тъкан, настъпва липолиза в мастната тъкан, в резултат на което спадат нивата на кръвната захар и се намалява телесното тегло, подобрява се трофиката на мускулите и нервите. Препоръчва се двигателния режим на пациентите с диабет да включва:

- Общоукрепващи упражнения

- Аналитична и функционална гимнастика, за преодоляване на мускулните болки и слабост, корекция на мускулния дисбаланс, поддържане обема на движение на ставите и лигаментарния апарат. Като се следи за спазва-

не на изискването за умерен интензитет на натоварванията.

- Подводна гимнастика в басейн с T-28C, 20 мин.

- теренно лечение

- игри без състезателен характер

Препоръчвани спортове при диабета са – плуване, йога, дозиран туризъм, колоездене до 60W/ без екстремни натоварвания/

Продължителността на двигателния режим трябва да е в рамките на 2-3 часа, което води до снижаване на кръвно-захарното ниво, 3-5 пъти седмично. Интензивни тренировки и екстремни натоварвания са противопоказани при тези болни, тъй като могат да доведат до хипогликемия.

За предотвратяване на усложненията на захарния диабет, доказан ефект имат различните форми на масаж прилагани под формата на курс от 10-12 процедури , ежедневно или през ден:

- класически – на цяло тяло или долни крайници

- рефлекторен

- подводен масаж на цяло тяло с температура на водата T-37-38C, с налягане на водната струя 1-1.5-2.0 At., 20 мин., курс 12 процедури

Акупресурата също има своето доказано място в комплексната рехабилитация на диабета и профилактиката на усложненията му.

Преформирани физикални фактори

Възможностите на преформираните физикални фактори при лечението на диабета и неговите усложнения обхващат всички видове токове от електролечението и светолечението. Изборът на методиката се определя от водещата симптоматика и целта която искаме да постигнем – обезболяване, подобряване трофиката на тъканите, регенериране на увредените нерви и подобряване на нервната възбудимост, ускоряване на заздравяването на улцерациите и раните /Гачева Й.,1989/. Електролечението се прилага основно с две цели:

- подобряване на кръвоснабдяването, трофиката и стимулиране функцията на задстомашната жлеза

- подобряване трофиката на тъканите, регенериране на увредените нерви, подобряване на нервната възбудимост и обезболяване.

Галваничният ток и електрофорезата се прилагат много често, с добър ефект по следните утвърдени методики в практиката:

-при парестезична болка -електрофореза с Нивалин – амп. 10мг, поставя се на анода, надлъжна методика, 10-15mA, курс 10-12 процедури

- при дизестезична болка-електрофореза с 5% р-р на Новокаин, поставя се на анода, надлъжна методика, 10-15mA, курс 10-12 процедури

С много добър ефект е и електрофорезата с Пимадин, амп .5% , 2 мл, поставя се на анода, надлъжна методика, 10-15mA, курс 10-12 проц.

Електрофореза с луга на двата електрода, надлъжно на долни крайници, 10-15mA, курс 10-12 процедури. Тази методика е приложена от А. Грозева и М. Стойчева /2013/ с много добра ефективност за профилактика и рехабилитация при 43 болни с диабетна полиневропатия в Поморие.

Съчетаното прилагане на галваничен или нискочестотен ток при четирикамерните галванични вани има много добър ефект при диабетна полиневропатия. Комбинираното въздействие на водата с Т 37-38С и протичащият галваничен или нискочестотен ток, повлияват много добре симптомите при курс 10--12 процедури.

Нискочестотните токове се прилагат главно с цел обезболяващо действие и за електростимулация на увредените нерви:

-Електростимулация на денервираните мускули при ДН с неофарадични токове, импулсни токове и експоненциални, курс 15-20бр.

-ТЕНС/транскутанна електроневростимулация/, за овладяване на невропатната болка, курс 10-12-14 бр.

Диадинамични токове на Бернард се използват при диабетна невропатия с преобладаваща болка, като електродите се разполагат надлъжно по хода на нерва, с модалности DF -1min., CP -3min., LP-5min. Могат да се съчетават и с обезболяващи медикаменти, като диадинамофореза, в този случай DF е 10min., курс 10-12 процедури

Средночестотните токове са изключително популярни при тази симптоматика главно с модалностите с изразено трофично и обезболяващо действие, за повлияване симптомите на ДПНП.

Терапевтичният ефект на интерферентните токове на Немек при периферно нервно увреждане е проучен експериментално и кли-

нично от Л. Николова/1971/. Прилага се методика надлъжно на засегнатите крайници с ритмична честота 0-100Hz, 15 мин. за трофично действие и 90-100- 150Hz, 15 мин. с аналгетично действие, или комбинация между двете модалности по 10 мин., При наличие на трофични язви се прилага напречна методика с ритмична честота 0-100Hz за въздействие върху регенерацията на тъканите. Прилага се курс от 10-12-14 процедури.

Синусоидално-модулирани токове /руски токове на Ясногородски/ –препоръчват се методики при които се използва III и IV род на токовете, които имат трофично и обезболяващо действие. Методиката се прилага, както в областта на задстомашната жлеза, така и на засегнатите крайници. Прилага се също курс от 10-12-14 процедури, ежедневно.

Високочестотните токове намират приложение както при диабета, така и при неговите усложнения - ДПНП и диабетно стъпало. Ендогенната топлина, която се генерира в тъканите има терапевтичен ефект в мястото на приложение. Приложени в областта на задстомашната жлеза водят до подобряване на кръвоснабдяването, трофката и стимулиране функцията на задстомашната жлеза /Рязкова М., 1998/. С много добър ефект ендогенната топлина повлиява и симптомите на ДПНП, както и спомага за ускореното зарастване на разязвяванията.

Прилагат се в практиката както ултрависокочестотни токове/УВЧ/, така и микровълни, с олиготермична дозировка, 10-12 мин. курс 10-12 процедури

През последните години все повече се установява благоприятното въздействие на нискочестотното магнитното поле върху организма. Доказано е неговото трофично действие, което е и причината да е средство на избори при диабета, като соленоидите се разполагат върху задстомашната жлеза. При ДПНП и трофични язви и диабетна гангрена соленоидите се разполагат надлъжно или напречно на крайниците. терапията се провежда ежедневно в курс 12-14 процедури

Ултразвуковата терапия намира приложение, като рефлекторна методика за стимулиране на нервните коренчета паравертебрално в лумбалния дял, с дозировки 0,2-0,4 W/sm², 10-12 мин. 10-12 процедури.

Светлолечението е един от най-старите физикални фактори и има определено място за профилактика и комплексната рехабилитация на захарния диабет и неговите услож-

нения. Ултравиолетови лъчи се препоръчват за стимулиране на имунната система, като се прилагат като общо УВО в суберитемни дози. При диабетна полиневропатия и диабетно стъпало се препоръчват локални еритеми, като в съображение е бактерицидното действие на УВЛ. Инфрачервено облъчване на засегнатите крайници подобрява трофиката, чрез вазодилатация и води до подобрене на симптомите.

Лазертерапия

Редица проучвания доказват, че нискоинтензивната лазертерапия/ инфрачервен лазер и хелий-неоновия лазер/ може успешно да се прилага при диабет и неговите усложнения. Процедурите приложени като лазерпунктура или лазерно облъчване стимулират метаболизма, и водят до вазодилатация и имат изразен трофичен ефект при увреждания на периферните нерви и при рани на стъпалото /Дафинова Я, 1997/. Методиките са в зависимост от симптомите и включват, както облъчване на раната чрез мануално сканиране за 15-20 мин, така и лазерпунктура, курс 20-30 сеанса.

Естествени физикални фактори

България е изключително богата на балнеологични ресурси – минерални води и лечебна кал, които са се използвали още в древността. На територията ѝ бликат над 500 минерални извора с разнообразен физико-химичен състав, което я нарежда сред първите най-известни балнеологични страни.

Минералните води оказват многостранно въздействие върху организма чрез комплексното въздействие на термичния, механичния и химичния фактор. По данни на редица чужди и наши балнеолози включването им в комплексната рехабилитация на пациенти със захарен диабет и неговите усложнения е от изключителна важност за подобряване качеството на живот на пациентите.

Питейно балнеолечение

Питейното балнеолечение представлява индивидуализирано и контролирано питейно приемане на минерална вода, съобразено с нейната физико-химична характеристика и вида и стадия на заболяването /Едрева В., Д. Кръстева, 2000/.

При захарен диабет ефектът на питейно балнеолечение се дължи на регулиране на обменните процеси в организма и подобряване чувствителността на тъканите към наличния инсулин.

За питейно балнеолечение при захарен диабет са подходящи алкалните хидрокарбонатните и сулфатни води.

Препоръчва се да се приема по 600-2500мл. на ден, разпределена на равни порции от 3-6 приема, по 100-200 до 300мл на прием на гладно в продължение на 3-6 седмици с повтаряне на лечебния курс 2-3 пъти годишно.

В България хидрокарбонатни са водите на Курило и Гниляне, както и хидро-карбонатно-сулфатните на Меричлери и Илиенци.

Изключително подходяща е и минералната вода на Бургаски минерални бани, характеризираща се като гореща (41° С), слабоминерализирана (604мг/л), хлоридно-хидрокарбонатно-натриева, с висока алкална реакция (рН 9,95), силициева (94 мг колоидална метасилициева киселина в л.). Бистра, безцветна, без мирис и с много добри питейно вкусови качества, за което допринася много малката водна твърдост.

Външно балнеолечение

Лечебният ефект при външно балнеолечение е резултат от подобряване на микроциркулацията и трофиката както на задстомашната жлеза така и на крайниците.

В резултат на множество проучвания на френски, италиански, немски, испански балнеолози е установено изключително благоприятното повлияване на симптомите на захарния диабет и неговите усложнения от следните видове минерални води:

радоновите (1,5-3 KBq/l), въглекиселите (CO₂ до 2g/l), сероводородните (50-60 mg/l) сулфидните и сулфатни води; хидрокарбонатно-натриевите, калциевите и магнезиеви води; йодо-бромните води. Препоръчват се прилагането на следните методи:

- вани с температура на водата 37-38С, 15-20 мин., курс на лечение 12-14бр.
- басейн съчетан с подводна гимнастика
- джакузи и подводно-струев масаж
- компреси с минерална вода

На болните със захарен диабет и неговите усложнения се препоръчват специализираните диабетологични отделения в Нареченски бани, Банкя, Вършец (за деца-диабетици/.

Подходящи за тези пациенти са минералните води в Кюстендил, Сапарева баня, Велинград, Баня – Пловдивско, Баня – Карловско, Павел баня, Овча купел, Велинград, Тузлата, Балчик; Красново – Пловдивско, Вонеща вода, Варна, Поморие, Бургаски минерални бани.

Калолечение

В началото на 21 век калолечението е най-търсения лечебен метод в балнеологията. Лиманната кал е мощен естествен физикален фактор. Благодарение на своето противовъзпалително, обезболяващо, имунорегулиращо и подобряващо кръвообращението действие, тя с успех се прилага при рехабилитацията на редица заболявания./Грозева А., 2011, Grozeva, Pieva, 2012, Grozeva, 2014/

Досегашните проучвания показват, че България притежава практически неизчерпаеми количества калолечебни ресурси с разнообразен състав и произход/ Pieva, Grozeva, Stojcheva, 2012/. Най-известните калонаходищата с лиманна кал са в Поморийското езеро, Балчишката тузла, Варненското езеро, Атанасовското езеро, торфеното находище в Байкал и минерално - изворната кал в Баня-Карловско и Марикостиново/Петрич/.

Пелоидотерапията е с доказан добър ефект при захарен диабет и диабетна полиневропатия/ Грозева, Кръстева, 2004, Грозева, Стойчева, 2013/. Авторите проследяват 43 болни, провели комплексна рехабилитация с кални вани и електрофореза с луга в Поморие и установяват, че в края на 10 дневния курс се намалява достоверно нивото на кръвната захар, което те отдават на подобреното кръвооросяване и трофиката на задстомашната жлеза и подобряване и на нейната инкреторна функция. Благоприятен ефект при тези болни е наблюдаван и при симптомите на диабетната полиневропатия, което те отдават на настъпилите положителни микроциркулационни промени и подобро кръвоснабдяване в засегнатите крайници.

Като сложен природен продукт, въздействащ на организма чрез своите химически, физически, топлинни, електрически и други фактори, лечебната кал трябва да се прилага с различна концентрация, температура, локализация, продължителност и брой на калните процедури, съобразно състоянието на болния.

Методи на калолечение:

-калолечение на открито/египетски метод/ - след слънчева баня от 30-60 минути, т.е. след затопляне на кожата и разширение на капилярите, тялото се намазва със загрята от слънчевите лъчи гъста кал в слой от 0.5- 1 см. Болният стои на слънце или под сенник до влажно напукване на калта. Измива се на душ с топла морска вода или езерна вода/рапа/.

-кални вани – калта се разрежда с минерална, морска или езерна вода-рапа. В Помо-

рие се прилагат кални вани 10-20% суспензия /смес кал с рапа / при температура 36-38 С, времетраене 15-20 минути, схема 2+0

-апликационен метод- провежда се на специална за целта коритообразна кушетка върху която има одеало, найлон, памучен чаршаф. Върху него се поставя загрята до 38-42 С кал и тялото се намазва в слой 1-2 см. и се завива послойно с чаршафа, найлона и одеала. Апликациите биват:

- цяла - на цялото тяло/без сърдечна област/

- частична- на различни части от тялото

Времетраене на процедурата е 15-20 минути, след което пациента се измива на душ с морска, минерална или рапна вода.

Калолечебният курс е 12-14 процедури.

Най-известните калолечебни курорти със специализирани здравни заведения са Поморие, Бургаски минерални бани, Балчишка Тузла, Баня-Карловско, Кюстендил, Сапарева баня, Марикостиново

Луголечение

Лугата е краен продукт на солодобива в Бургаските и Поморийски солници. При този процес от рапата на лиманните езера в края на лятото в солниците в резултат на изпарение и кристализация на солта остава гъста маслоподобна, без мирис, жълтеникава, възмътна течност с гъстота 31-35 градуса по Боме с относителна маса от 1280 до 1320.

Лугата съдържа всички елементи на морската и езерната вода, в различна солева концентрация и йонно съотношение- натрий, калций, магнезий, калий, манган, желязо, хлор, бром, йод, мед, стронций, рубидий, литий, сяр и др. В лугата се съдържат и редица други биологично активни вещества образувани при разпада на планктона в езерото и от лечебната кал в резултат на дифузионните процеси в рапата/Грозева А. М. Стойчева 2012/

За медицинската практика от изключително значение е начина на затопляне на лугата. За да не се разрушат термолабилните биологично активни вещества, тя трябва да се загрява на водна баня, най-много до 60-65С.

При диабетна полиневропатия с успех се прилагат следните методи:

Компреси –използва се луга загрята на водна баня до 40-45С, в която се потапят памучни парчета плат и се поставят на подбедриците и ходилата, покриват се с найлон и вълнено парче плат, времетраене на проце-

дурата от 20-30 мин. до няколко часа. Курс на лечение 12-14бр.

Вани – приготвя се 10-20% разтвор на луга, Т-37-38С, 15-20 мин. 2+0, Курс 12-14бр.

Парафинолечение

Към естествените природни фактори е и парафина, който е продукт от дестилацията на земното масло. Използва се в лечебната практика, поради голямата си топлостойност и малка топлопроводимост и добра топлозадържаща способност. Има изразено болкоуспокояващо, противовъзпалително и трофично въздействие, благодарение на което с успех се прилага при пациенти с диабетната полиневропатия. Парафиновите приложения по кюветно-апликационния метод или чрез марлени компреси се поставят на подбедриците и ходилата с температура 50-55С, за 20-30 мин., за курс лечение се правят 12-15 процедури.

Водолечение

Използването на водата, като терапевтично средство във физикалната медицина за рехабилитация и профилактика на диабета и неговите усложнения също има своето място. Водата се прилага за процедури във всичките си агрегатни състояния: твърдо, течено и въздухообразно. Предлагат се и влажни обтривания и увивания, а така също и различни видове душове (дъждовиден, иглен, циркулярен, струев – тип Шарко, шотландски) – с цел намаляване на невропатната болка и подобряване на трофиката/Едрева В., Д. Кръстева, 2000/.

Климатолечение

За повлияване на симптомите на диабета и подобряване на качеството на живот на пациентите имат значение и климатичните условия. В България са подходящи:

-морски климат, съчетан с морски купания с температура на водата 22-26С и пясъколение

-среднопланински климат

Комплексната рехабилитацията и профилактиката на болните с диабет може да се осъществява в следните лечебни заведения:

-Индивидуалните амбулаторни практики по физикална медицина

-Отделенията по физикална терапия към Медицинските центрове и болници

-Специализираните болници по рехабилитация

- Базите на ПРО към НОИ с регистрирани индивидуални практики по физикална медицина към РЗИ

-Медикъл СПА централите с регистрирани индивидуални практики по физикална медицина към РЗИ

Здравноосигурените пациенти могат да използват възможностите, които предоставя Здравната каса :

-клиничната пътека № 241

- амбулаторна рехабилитация

Работещите могат да се възползват от Програмата на НОИ за рехабилитация за здраво и социално осигурени лица.

Частните здравноосигурителни фондове в България също предоставят пакет за рехабилитация, който може да се използва за тази цел.

Заклучение

Алгоритъмът за профилактика и рехабилитация на болните с диабет и неговите усложнения обобщава съвременните достижения на физикалната медицина и личните научни проучвания на автора в тази област. Прилагането му в учебната програма спомага за формирането на професионални умения и поведение на студентите от специалност „Рехабилитатор” и „Медицинска рехабилитация и ерготерапия” към Университет “Проф. Асен Златаров” –Бургас.

Литература

1. Гачева, Й., 1989, *Ръководство по физикална терапия*, София
2. Грозева, А., Кръстева Д., *Действие на калолечението при захарен диабет*, сп. “Физикална медицина, рехабилитация, здраве” бр. 1/2004
3. Грозева, А., 2011, Канд. Дисертация, *Проучване физико-химичните свойства на поморийската лиманна кал и лечебния ѝ ефект върху качеството на живот при пациенти с анкилозиращ спондилит и остеоартроза*
4. Грозева А.М.Стойчева, *Възможности за профилактика и рехабилитация на диабетната полиневропатия в курорта Поморие*, Сп. Физикална медицина, рехабилитация, здраве, бр.4, 2013, 28-30стр.
5. Грозева А., М.Стойчева, 2012, *Приложение на Поморийската луга в лечебната практика*, сб. «Светът на солта».
6. Дафинова Я., 1997, *Лазертерапия и лазерпунктура*, София,
7. Едрева В., Д.Кръстева, 2000, *Балнеолечение, водолечение, калолечение*, София,

8. Колева И., 2004, *Физикалните фактори в профилактиката, лечението и рехабилитацията на болни със захарен диабет и диабетна невропатия*. Канд. Дисертация,.
9. Кръстева Д, Грозева, А., 2005, Кн. *Калолечение в Поморие*,
10. Николова Л., 1971, *Интерферентни токове*, София
11. Рязкова М., 1998, *Физиотерапия*, София,
12. Стойчева М., А. Грозева, 2013, *Балнеологични ресурси в Бургаски регион и техните възможности за профилактика и рехабилитация*. Сб. "Морето – граница или врата", Бургас ,
13. Grozeva A., M. Stojcheva, *Thalassotherapy in diabetic polyneuropathy: a study in Pomorie, Bulgaria*, 39 th Congress of the International society of Medikal Hydrology & Climatology, may 2014, Kyoto, Japan, 170
14. Ilieva E., A. Grozeva, M. Stojcheva, *Mud therapy resources in Bulgaria*. 38 th Congress of the International Society of Medikal Hydrology & Climatology, june 2012, Lanjaron, Spain
15. Ponikovska I., M. Tolodzieski, *Effect of balneotherapy on microcirculation in diabetic patients*, 39 th Congress of the International Society of Medikal Hydrology & Climatology, may 2014, Kyoto, Japan, 49

Д-р Антоанета Грозева, д.м.
 ФОЗЗГ, Университет, „Проф. Асен Златаров” – Бургас
 Катедра: Физиотерапия, рехабилитация и курортология
 Гр. Поморие 8200, ул. Солна 12
 E-mail: antoaneta.grozeva@gmail.com



**ПРОЕКТ „СТУДЕНТСКИ ПРАКТИКИ“ –
МОТИВАЦИЯ И ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА РАЗВИТИЕ
НА ПРОФЕСИОНАЛНИ УМЕНИЯ У СТУДЕНТИТЕ ПОМОЩНИК ФАРМАЦЕВТИ**

Бождарка Хаджиева, Анна Михайлова, Петя Колева, Нина Колева

**PROJECT "STUDENTS' PRACTICE" - MOTIVATION AND OPPORTUNITIES
FOR DEVELOPING PROFESSIONAL SKILLS
IN STUDENTS ASSISTANT - PHARMACISTS**

Bozhidarka Hadzhieva, Anna Mihaylova, Petya Koleva, Nina Koleva

ABSTRACT: *The aim is to study the opinion of the students on their participation in the project "Students' practices and the benefits of its passing". There are analyzed "Self-esteem and evaluation of the training" of 88 students from specialty "pharmacist assistant" at MU Plovdiv, Medical College. In this study are presented processed data from reports made by students participating, after completion of practice. The analysis shows high motivation among the students. Also acquired new knowledge and skills related to the specialty training as well as development of skills and abilities necessary for the realization of a specific work environment.*

Keywords: Student assistant pharmacist, motivation, professional skills, practice, project.

Въведение

Проект „Студентски практики“ е финансиран от ОП „Развитие на човешките ресурси“, съфинансиран от Европейския социален фонд. Изпълнява се с партньорство с всичките 51 Висши училища в България, създадени в съответствие със Закона за висшето образование. Практическо обучение трябва да проведат над 67 000 студенти. За участие в предвидената практика могат да кандидатстват всички редовни и задочни студенти, вписани в Регистъра на действащите и прекъснали студенти и докторанти, поддържан от МОН. За успешно приключило се счита практическото обучение, проведено в реална работна среда в рамките на 240 часа [1].

Целите на проекта са:

- да се подпомогне подобряването на качеството на образование чрез предоставяне на възможности за придобиване на практически опит и усъвършенстване на практическите умения на студентите от висшите училища в съответствие с потребностите на пазара на труда;
- да се улесни прехода от образователните институции към работното място и да се повиши успешната реализация на младите хора на трудовия пазар;

- да се подпомогне и насърчи изграждането на стабилни партньорства между образователните институции и бизнеса;
- да се увеличат стимулите на студентите за участие в допълнително практическо обучение в реална работна среда;
- да се стимулира нарастването на броя на студентите, които си намират работа непосредствено след дипломирането;
- да се осигурят предпоставки за осъвременяване както на учебните планове като цяло, така и на преподаваните дисциплини, курсове и теми според нуждите на пазара на труда;
- да се подпомогне създаването на устойчиви механизми и възможности на работодателите за подбор на студенти, доказали умения в реална работна среда, и за непосредственото им включване на пазара на труда.

Участници в проекта са:

- „Обучаваща организация“ – организация – работодател, в която се провежда студентската практика, и работодател на ментора (за настоящото проучване работодател се явява: аптека; аптекен склад; дрогерия; производител на лекарствени продукти или хранителни добавки и др. такива);

- „Практикант“ – студент, избран от организация – работодател и потвърдил участието си в практическо обучение в обучаваща организация (за изследването студент от специалност „Помощник фармацевт“ към Медицински университет Пловдив, Медицински колеж (МУ – МК, Пловдив);

- „Ментор“ – лице, което е на трудови или други допустими от законодателството правоотношения с организация работодател, в която се провеждат студентски практики (за изследването ментор се явява магистър фармацевт);

- „Академичен наставник“ – преподавател от висшето училище, в което се обучават студентите, които участват в практическото обучение (за проучването четири преподавателя от специалност „Помощник фармацевт“);

- „Функционален експерт“ – представител от висшето училище, който подпомага, организира и следи за реализацията на дейностите по проекта в съответното висше училище - партньор по проекта;

- „Водещ функционален експерт“ – представител от висшето училище, който носи отговорност пред ръководството на висшето училище за организацията и контрола на реализацията на дейности по проекта и е контактното лице с екипа за управление на проекта в Министерство на образованието и науката (МОН).

Цел: Целта е да се проучи мнението на студенти относно участието им в проект „Студентски практики“ и ползата от провеждането му.

Материал и метод: Разгледани са Единни държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите от професионално направление „Здравни грижи“ за образователно квалификационна степен „Професионален бакалавър, Учебен план на специалност „Помощник фармацевт“ - Медицински университет Пловдив, Медицински колеж и обхвата на действие на Проект „Студентски практики“ - финансиран от ОП „Развитие на човешките ресурси“, съфинансиран от Европейския социален фонд. Също така са анализирани анкетните карти - „Самооценка на представянето и оценка на проведената практика“ на 88 студента от специалност „Помощник фармацевт“. Изследването е проведено сред студенти от Медицински университет - Пловдив, Медицински колеж, специалност „Помощник фармацевт“ след прик-

лючване участието на практикантите в проект „Студентски практики“, за периода юни 2013 г. - декември 2014 г. При обработването на резултатите са взети под внимание теоретичната и практическа подготовка на студентите.

Резултати и обсъждане

Теоретичната и практическа подготовка на студентите от специалност „Помощник фармацевт“ се провежда в съответствие с Наредба за Единните държавни изисквания (ЕДИ) за специалностите в направление „Здравни грижи“ (ПМС № 238/26.09,2008 г). Учебното съдържание е в пълно съответствие с предназначението на образователно-квалификационната степен (ОКС) „Професионален бакалавър“ и осигурява на студентите:

- овладяване на общомедицински и специални теоретични знания и практически умения;

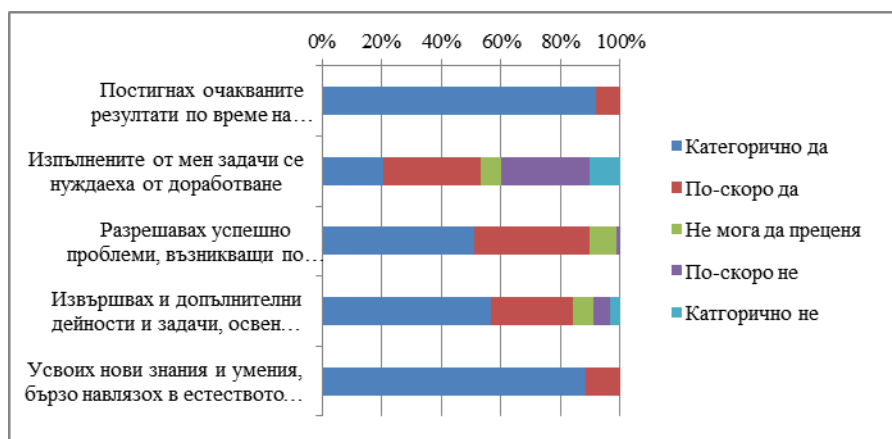
- формиране на умения за самостоятелна професионална работа и за работа в екип;

- способност за адаптиране към променящите се условия на професионалната реализация [2].

Характерна особеност в обучението на студентите помощник-фармацевти е подчертано практическата насоченост, която се изразява в преобладаващия дял на практическата подготовка. По Учебен план практическото обучение съставлява 51% от общото натоварване (Учебна практика – 1200 часа, Преддипломен стаж – 600 часа). Студентите помощник-фармацевти провеждат практическото обучение по учебно практически бази (УПБ) от I до V семестър и Преддипломен стаж в VI семестър. Проект „Студентски практики“ предоставя възможност на студентите за допълнително практическо обучение и последваща реализация.

В проект „Студентски практики“ за Медицински университет - Пловдив, Медицински колеж по направление здравни грижи са регистрирани 392 студента, брой на потвърдили практиката – 293, 250 е броя на студентите приключили практиката. Студентите помощник-фармацевти взели участие в проекта са на брой общо 88.

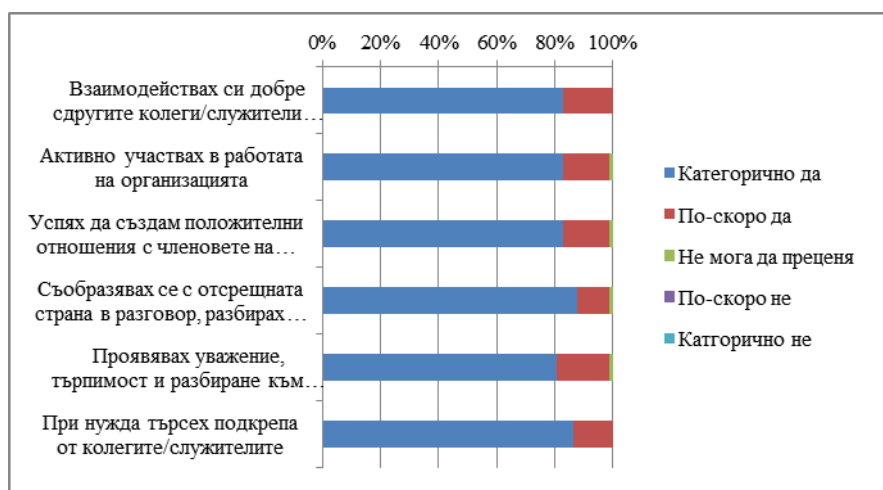
Анализът на анкетната карта „Самооценка на представянето и оценка на проведената практика“ дава следните резултати представени в графики както следва:



Фиг. 1 Изпълнение и резултати

На Фигура 1 е представена самооценката на практикантите относно качеството на изпълнение на възложените задачи от наставника. Над 80% от проучваните студенти помощник-фармацевти са постигнали очакваните резултати, разрешавали са успешно казуси възникнали в момента на работата. 44 студен-

та (50%) по преценка на наставника освен вписаните в предварителната програма задачи са извършили и допълнително други. 80 е броят на практикантите помощник-фармацевти, които са усвоили нови знания и умения.

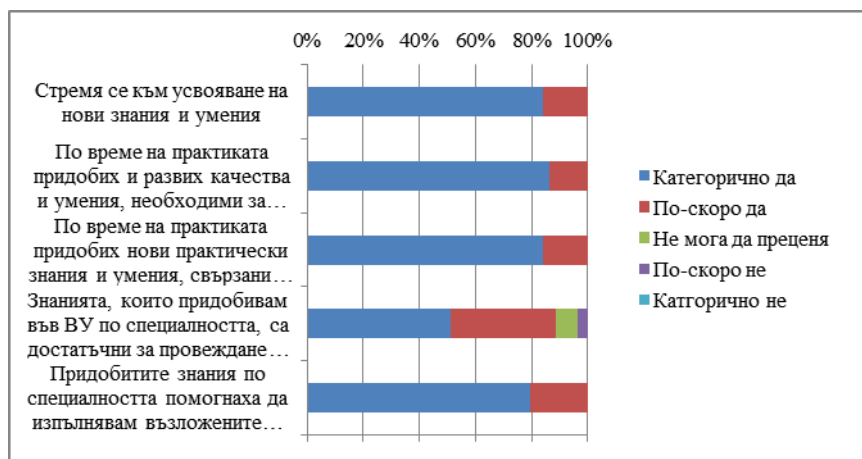


Фиг. 2 Умения за работа в екип

На Фигура 2 са представени комуникативните умения на студентите, като над 80% от тях са отговорили, че си взаимодействат добре с другите колеги, успели са да създадат положителни отношения с членовете на екипа, проявявали са уважение и са се съобразявали с отсрещната страна, като са показвали уважение и разбиране към различията на другите.

Студентите помощник-фармацевти при МУ – МК, Пловдив са високо мотивирани по време на цялото си обучение. Мотивацията за учене се дефинира в термините на цели, които насочват или подтиквават обучаваните към

постигането им чрез идентифицирането на мотивационната сила на предхождащите събития или чрез детерминирането на мотивационните значения на фактическите или когнитивно представените резултати. В нея са включени различни мотиви за учене. Те отразяват общото положително емоционално отношение към процеса на учене и обуславят стремежа към проникване в същността на изучаваните явления на фона на своевременното преодоляване на трудностите и напрежението чрез стремежа за непрекъсната личностна самоактуализация [3].



Фиг. 3. Професионални знания

Изследването показва, че по време на практиката студентите се стремят към усвояване на нови знания и умения, като 80% (70 практиканта) отговарят, че знанията (теоретични и практически) придобити по време на обучението са помогнали за провеждане на практиката в реална работна среда, което от своя страна е показател за подготовката на студентите помощник-фармацевти. (Фиг. 3)

Изводи

Резултатите от проведеното изследване дават основание да се твърди, че рационалното съотношение между теоретичната подготовка и практическото обучение са предпоставка за постигнатите резултати от участието на студентите помощник-фармацевти в проект „Студентски практики“. Участието на студентите в проекта им дава възможност за допълнително развитие на качества и умения в реална работна среда.

Литература

1. Проект „Студентски практики“, ОП „Развитие на човешките ресурси“, съфинансиран от Европейския социален фонд, <http://www.praktiki.mon.bg>
2. ПМС № 238 (2008 г.) Наредба за Единни държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите от професионално направление „Здравни грижи“ за образователно квалификационна степен „Професионален бакалавър по ...“ ДВ, бр. 87 от 7.10.2008 г.
3. Маслоу, Ейбрахам, Мотивация и личност, София, Кибеа, 2001

Ст. преподавател Божидарка Хаджиева
Медицински университет Пловдив,
Медицински колеж
Специалност „Помощник фармацевт“
гр. Пловдив, ул. „Братя Бъкстон“ № 120
e-mail: yara@abv.bg



ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА СЛАБИННИТЕ ХЕРНИИ ПО МЕТОДА НА McVay СЪЧЕТАН С ИМПЛАНТИРАНЕ НА ПРОЛЕНОВО ПЛАТНО

Валентин Василев

SURGICAL TREATMENT OF INGUINAL HERNIA BY METHOD McVay COMBINED WITH IMPLANTATION OF PROLENE MESH

Valentin Vasilev

ABSTRACT: Inguinal hernia is the most frequent defect of the front abdominal wall and it takes about 80% of these cases. It happens 10 times more common in males than females, because of the particularity of embrional development of urinary and reproductive systems, which leads to anatomic specification of inguinal canal of males. Contemporary treatment of inguinal hernias is linked with the methods of Shouldice and McVay, also the method of Lichtenstein. Another method is laparoscopic hernioplastica, which is not subject of our investigation. Its aim is to establish the union of first two groups of methods, especially the operation of McVay with implantation of prolene patch. The subject of investigation are 107 patients, all men, operated by this method. All of them were profilacted perioperative with cephalosporines (third generation or higher) to reduce the risk of patch infection. The results are encouraging – recidive was observed with only one patient in the first six postoperative months. Long-term recidives are not excluded, but we do not have enough information about them. It makes impression the high percentage of inflammatory processes observed after the intervention, which we attach to technical faults, not good enough perioperative sterility, or not good enough preoperative aseptic cleanup. Postoperative hematoma was established in 6,54% of the patients, but its treatment did not cause any complications. The restricted number of operated patients is not enough to make a whole conclusion about the population. Nevertheless, the good results gives us a reason to recommend it to experienced surgeons under certain conditions.

Keywords: Inguinal hernia, Hernioplasty, Prolene patch, Inguinal canal, McVay

Въведение

Най-масовия дефект на предната коремна стена се явяват слабинните хернии /около 80%/. Те се наблюдават по – често при мъжете - 25% - 45%, отколкото при жените - 5 – 8%. Това се дължи преди всичко на анатомични разлики в структурата на ингвиналния канал. При мъжете слабинната херния следва пътя, по който тестисите от коремната кухина слизат в скротума през периода на ембрионално развитие на пикочо-половата система при мъжа. По-големият размер на слабинния канал при мъжа е основната причина силният пол да бъде с повече от 10 пъти по-висок риск от развитие на ингвинална херния в сравнение с жената. Не трябва да се омаловажава начинът на живот, тежкия физически труд, наследствеността и др.

Съществуват десетки хирургични методи за възстановяване на ингвиналния канал, като

всеки един от тях има своите предимства и недостатъци. В зависимост от това, коя от стените на слабинния канал е разрушена, се отдава предпочитание на един или друг метод. С течение на времето и с придобиване на все по – голям опит всеки хирург усвоява един или няколко оперативни метода на херниопластика. С напредването и развитието на медицината на пазара се появиха изкуствени платна, съвместими с човешкия организъм, които започнаха да се имплантират при възстановяване на големи дефекти на предната коремна стена. Постепенно се наложиха платна с мрежовидна оплетка, изработени от пролен, при които реакцията на отхвърляне от организма е пренебрежимо малка, а имплантирането – лесно и достъпно, дори за хирург с по – малък опит. Повече от 15 години проленовите платна широко се използват при пластичното възстановяване на предната коремна стена. Изпълнението на дълбоки мно-

гослойни пластики със собствени тъкани, за което се изисква много опит и търпение, като че ли остана на по – заден план. Сравнителният анализ показва, че при по – простите и лесни за изпълнение пластики на ингвиналния канал, като тази по Мартинов, хернията може да рецидивира до 25% от случаите, докато поставянето на платно сваля процента на рецидивите 4 – 5 пъти. Все пак нека не забравяме, че правилно изпълнената многослойна пластика по Shouldice или по McVay рецидивира от 0,8% до 3%, което се потвърждава и от нашия опит.

Възможно ли е съчетаването на предимствата на дълбоките многослойни пластики и проленовото платно да доведат до още по-голямо снижаване на рецидивите след херниопластика, като заедно с това се постигне и значимо намаляване недостатъците на всяка една от тези техники?

Цел

Цел на нашето проучване е да извършим анализ на оперираните от нас пациенти със слабинна херния за периода 2005 – 2014 год. по метода на McVay в съчетание с имлантиране на хирургично платно.

Материали и методи

За периода 2005 – 2014 г. по метода на McVay в съчетание с имлантиране на хирургично платно са оперирани 107 пациенти, всичките мъже. На Таблица 1 е отразено разпределението по възраст.

Таблица 1

възраст	20- 40г.	40-50г.	50-60г.	60-70г.	Над 70г.
бр. болни	12	28	24	27	16

Прави впечатление сравнително равномерното разпределение на пациентите по възраст, което налага извода, че слабинната херния няма „предпочитана“ възраст.

Методът на McVay е предпочетен поради следните причини: при възстановяване задната стена на ингвиналния канал се използва една от най-здравите анатомични структури – lig.Cooperi, за намаляване напрежението при зашиване на тъканите се прави релакси-

ращ разрез, който после се покрива с платното, като се обръща се особено внимание на възстановяване на вътрешния отвор на ингвиналния канал. Върху така възстановената задна стена се монтира платното с проленов конец 3/0 с цел избягване изместването му. Не трябва да има напрежение на шевове. След това кордонът се поставя върху платното и над него се зашива апоневрозата на m. obliquus abdominis ext., като се оформя и външният отвор на ингвиналния канал. Не трябва да се забравя, че при почистване на оперативното поле, по време на самата операция и в ранния следоперативен период е необходимо спазване на фанатична стерилност, тъй като имплантирането на платно се явява по своята същност алопластика, чийто най-голям враг е инфекцията. Допускането на инфекция опорочава операцията и води до рецидиви.

Така изпълнената пластика възстановява нормалната анатомична структура на ингвиналния канал. Платното е поставено под фасцията на m. obliquus abdominis ext., което го протектира от евентуална инфекция през оперативния разрез. Заедно с това то се намира над възстановената задна стена на ингвиналния канал, с което се избягва възможността за пряко съприкосновение с вътрекоремните органи и произтичащите от това евентуални усложнения.

Резултати и обсъждане

След извършване на необходимата предоперативна подготовка – лабораторни изследвания, ЕКГ, консултации с кардиолог и анестезиолог болните бяха оперирани. Беше предпочетена общата или спинална анестезия с цел по-добра релаксация на тъканите и по-лесно възстановяване задната стена на ингвиналния канал. При всички пациенти беше извършена периперативна антибиотична профилактика с цефалоспорици поне трето поколение с цел намаляване риска от инфекция на платното. Следоперативно в първото деценонощие бяха назначени аналгетици и венозни инфузии по преценка на анестезиолога. Болните като правило бяха изписани на 2 – 3 ден след операцията с изключение на тези, при които се появиха следоперативни усложнения, а именно: следоперативен хематом – 7 /6,54%/, инфилтрация на оперативната рана – 12 /11,21%/, оток на скротума – 8 /7,47%/. При четирима поради значителния следоперативен хематом в подкожието се свалиха 1 –

2 шева и се поставиха дренажи. При пациентите с инфилтрация на раната се извърши лечение с антибиотици – цефалоспорици в терапевтични дози, като при един се наложи отваряне на раната, лаваж с браунол и дренаж. До ескалацията на платно не се стигна. Прави впечатление сравнително високият процент възпалителни процеси, което отдаваме на грешки в техниката, недостатъчно добра стерилност по време на операцията или недостатъчно добро почистване на оперативното поле.

Болните бяха проследени в шестмесечен период след операцията, а част от тях – 74 и в края на първата година. При трима персистирането на скроталния оток продължи до около 3 – 4 месеца. При един се установи хипотрофия на тестиса, но без нарушаване на сексуалните функции. Този пациент съвсем скоро беше дошъл на преглед в кабинета по друг повод и 6 години след операцията тестисът продължаваше да бъде с по-малък обем от другия, но без никакви други оплаквания. Рецидив на херния беше установен на 1 /0,93%/, който беше повторно опериран, но по метода на Lichtenstein поради оформилия се голям дефект и липсата на достатъчно пластичен материал.

Заклучение

Съчетаването на херниопластиката по McVay с имлантиране на проленово платно непосредствено след възстановяване на задната стена на ингвиналния канал е надежден метод за пластика на предната коремна стена по повод слабична херния. Рецидивизиране на заболяването до шестия месец е отбелязано само при един болен, което е по-малко от един процент от наблюдаваните болни. Все пак е необходимо да се отбележи, че след шестия месец са били възможни рецидиви и на други пациенти, потърсили медицинска помощ на друго място, за които обаче ние нямаме информация. Освен това броят на пациентите е твърде ограничен, за да се направи извод, валиден за цялата популация. Препоръчва се към този вид методика да пристъпват опитни хирурзи с отлични познания по анатомията на слабичния канал. Нашият горчив опит показва, че постигането на максимална стерилност по време на операци-

ята е ключът към успеха на този вид херниопластика. Необходимо е да се отбележи, че през последните 4 – 5 години в случаите, в които използвахме стерилно фолио за покриване на оперативното поле, усложнения от възпалителен характер не са установявани.

Литература

1. Баев, Ст., 1990. *Коремна хирургия*. София, Изд. Знание.
2. Ванев, Ю., 1998. *Дисертационен труд*
3. Дамянов, Д., 2007. *Клинична хирургия*. София, Изд. Знание.
4. Bolognini S, Orsini V, Grandinetti PP, Pata F, Sacco R.: 2006, Lichtenstein vs. Rutkow-Robbins technique in the treatment of primary inguinal hernia. Analysis of the long term results. *Ann Ital Chir* 77:51–56
5. Butters M, Redecke J, Koeninger J., 2007, Long-term results of a randomized clinical trial of Shouldice, Lichtenstein and trans-abdominal preperitoneal hernia repairs. *Br J Surg* 94:562–565
6. Edelman, D., Hodde J., 2006. Bioactive prosthetic material for treatment of hernias. *Surgical technology international* ; 15: 104–108
7. Gray, S. H., Hawn, M. T., Itani, K.M. et al., 2007. Surgical Progress in Inguinal and Ventral Incisional Hernia Repair. *Surgical Clinics of North America* ; 88 (1): 17-26
8. Inguinal Hernia: Anatomy and Management. in <http://www.medscape.org>
9. Lichtenstein, I.L., Shulman A.G., 1986. Ambulatory outpatient hernia surgery. Including a new concept, introducing tension-free repair. *International surgery* ; 71
10. Mesh & Hernia Repair. in <http://www.herniasolutions.com/mesh-hernia-repair>
11. Simons, M. P, Aufenacker, T., Bay-Nielsen et al., 2009. *European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients*. *Hernia*; 13 (4): 343–403

Гл.ас.д-р Валентин Василев д.м.
 Университет „Проф.д-р А.Златаров“ Бургас
 Катедра „Предклинични и клинични дисциплини“ във ФОЗЗГ
 e-mail: vailvasilev@mail.bg



ЛЕЧЕНИЕ НА КОЖНИТЕ УСЛОЖНЕНИЯ НА ХРОНИЧНАТА ВЕНОЗНА БОЛЕСТ ЧРЕЗ СИСТЕМАТА ЗА СВЕТЛИННА ТЕРАПИЯ BIOPTON

Валентин Василев

TREATMENT OF SKIN COMPLICATIONS OF CHRONIC VENOUS DISEASE BY LIGHT THERAPY BIOPTON

Valentin Vasilev

ABSTRACT: Chronic venous disease is one of the most common diseases worldwide. It is characterized with low rates of lethality, but high morbidity – it varies between 25% and 60% of the population, most common with females, which are more than half of the patients. Significant is the deterioration in quality of life, also the quality of work. In Bulgaria, there are between 200000 and 300000 patients in the latest (V and VI) stages of the disease, when occur a different rate of invalidity. Except classic and time-tested methods, there are some less popular ways, aiming to find more effective manners of treatment. One of them is the phototherapy of skin changes of the shank. For our investigation, we used light, generated from an apparatus- Bioptron Pro 1, which is polarized, incoherent, polychromatic with wavelength 400-2000nm. It does not contain U-V rays. Except the whole light spectrum, it contains only the lower parts of the infrared range and has low energy intensity. Its application happens to affect the organism in complex and multifaceted ways, especially the skin into 2,5cm depth. Subject of our investigation were 48 patients – 35 females and 13 males with different skin complications of the chronic venous disease. Phototherapy was applied, as we observed the following rules: the device was placed on 10cm and perpendicular to the light source ; the duration of exposition was 10 minutes. 10 courses of treatment were done in 10 consequent days. After the treatment, there was positively influence in all of the patients, but none of them was cured completely. In 33,34% of the patients with venous eczema we found permanent improvement, and these with varicose ulcers had significant progress.

Keywords: Chronic venous disease, Venous eczema, Varicose ulcer, Phototherapy

Въведение

Хроничната венозна болест (ХВБ) е сред най-често срещаните заболявания в света, особено в напредналите икономически страни. Това заболяване може да се причисли към т.нар. социално значими заболявания, защото има неизменно прогресиращ ход и води до временна или до трайна инвалидизация на пациента. Характеризира се с ниска смъртност и висока заболеваемост - засяга между 25% и 60% от хората в зряла възраст. Почесто боледуват жените, а при хората над 50-годишна възраст честотата на заболяването се увеличава до 70% [1,3,4]

Честотата на заболяването от ХВБ в България варира от 32 до 38% според различни литературни източници, като жените са водещи – достигат и надминават половината от популацията, а заболеваемостта при мъжете е около 1/3. От особено значение е постепенно-

то влошаване качеството на живота – пациентите чувстват първоначално периодично, а по-късно - непрекъснат дискомфорт в областта на долните крайници. В по-късните стадии на заболяването се намалява и трудоспособността. Между 200 000 и 300 000 пациенти се намират в последните V и VI стадий на болестта, когато е налице различна степен на инвалидност.

Лечението на ХВБ е трудно и продължително. Най – добрият резултат, който може да се очаква, е постигане на по – дълготрайна ремисия. В съображение влизат консервативни и оперативни методики, които могат да се прилагат поотделно или в комбинация, в зависимост от индивидуалното болестно състояние на пациента. Освен известните и утвърдени методи, като прилагане на венотропни медикаменти, промяна начина на живот, еластокомпресивна терапия, операция /класически стрипинг по Babcock, лазерна

или радиорефрактивна аблация/ и др., се търсят и по-малко известни прийоми с цел намиране на нови ефективни начини за лечение на това масово и трудно поддаващо се на терапия заболяване. Един от тях е лечението със светлина /фототерапия/ на кожните изменения на подбедриците при ХВБ.

За основоположник на съвременното лечение със светлина (фототерапия) се счита датския лекар Нилс Рибберг Финсен, който през 1893 год. разработва първият уред, способен да произвежда технически синтезирана „слънчева светлина“. Съществуват очевидни предимства при приложението на технически синтезирани слънчеви лъчи – параметрите на интензитет на излъчвания светлинен спектър могат да бъдат контролирани и това позволява да бъдат възпроизведени. Той постига забележителни резултати при лечението на кожна туберкулоза, с което бележи началото на съвременната светлинна терапия, като отделен сектор в класическата медицина. За това свое откритие през 1903 год. е удостоен с Нобелова награда за медицина. Така фототерапията се превръща в алтернатива на широко популярното през вековете дотогава лечение със слънце /хелиотерапия/.

През 1988год. компанията Bioptron AG разработва първия светлинен уред генериращ поляризирана полихроматична светлина базиран на лазерната технология, но работещ с почти целия спектър от видимата светлина и част от инфрачервената светлина. В днешно време Bioptron AG е един от водещите производители на медицински уреди за светлинна терапия в света.

Поляризираната светлина е некохерентна светлина с дължина на вълната 400-2000 nm. Тя не съдържа ултравиолетова светлина, затова кожата не се зачервява и не потъмнява след облъчване и не е вредна за очите. Обхваща само долната част от инфрачервения диапазон, благодарение на което се постига проникване в дълбочина до 2,5 см под кожата, като при терапия се достига до температура около 37°C, т.е. 1°C над нормалната телесна температура. За разлика от лазерната светлина, която има голяма енергия в малък диапазон /монохроматична/, Биоптрон – светлината обхваща голям диапазон /полихроматична/ и притежава малка енергия. Обратно на лазера, при нея вълните не се синхронизират във времето и пространството, светлината достига до проблемните зони с константен интензитет и може да се работи с

малка енергия. При поляризираната светлина магнитните вълни трептят изключително в успоредни равнини. Поляризацията се получава чрез рефлексия с помощта на специално патентовано многопластово огледало. Степента на поляризация е 95%.

Облъчването с поляризирана светлина оказва сложно и многостранно въздействие върху организма. Увеличава се енергийната активност на клетъчната мембрана. Активират се процесите на регенериране, покачва се абсорбцията на кислород в тъканите. С образуването на аденозинтрифосфат в митохондриите се повишава биоенергийния потенциал. Поляризираната светлина оказва непосредствено въздействие върху нервните окончания, проводимост и цялата нервна система, за това се получава намаляване на болкоусещането дори при дългогодишни хронични заболявания. Стимулира имунната защита – и клетъчната и хуморалната имунна система функционират чувствително по-добре. На клетъчно ниво се наблюдава повишаване на отрицателния заряд на магнитното поле в клетката, положителна промяна в активността на клетъчната мембрана, стимулиране на обмяната на веществата и процесите на регенерация.

Цел

Цел на нашето проучване е да установим наличието на ефективност при лечението на пациенти с кожни усложнения на хронична венозна болест със светлина генерирана от медицинския уред Bioptron Pro 1 в амбулаторни условия.

Материал и методи

Обект на нашето изследване бяха 48 пациенти – 35 жени и 13 мъже с установени различни по тежест кожни усложнения на ХВБ, на които за периода 2012 – 2014 год. беше проведена фототерапия в амбулаторни условия с Bioptron Pro 1.

Пациентите бяха произволно подбрани от различни възрасти, като водещ критерий за прилагане на този метод на лечение беше наличието на кожни усложнения предизвикани от ХВБ. След предварително почистване на вътрешната повърхност в дисталната трета на подбедрицата на болния крак се приложи лечение, като се спазваше следното правило: уреда беше поставен така, че болното място да се намира на 10см. и перпендикулярно на

светлинния източник, продължителността на експозицията беше 10 мин., бяха проведени 10 курса на лечение в десет последователни дни / правило 10-10-10/.

Резултати и обсъждане

На таблица 1 е показано разпределението на наблюдаваните от нас болни по пол и възраст.

Таблица 1

Възраст пол	20 – 40г.	40 – 60г.	Над 60г.
Мъже	2	7	4
Жени	9	16	10

На таблица 2 е показано разпределението на пациентите по тежест на кожните изменения на долните крайници съгласно международната класификация CEAP за ХВБ.

Таблица 2

стадий по CEAP	C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6
брой болни	0	0	0	7	32	4	5
%	0	0	0	14,58	66,67	8,33	10,42

Таблиците показват, че нашите болни се намират основно във възрастовия диапазон след 40год. и в по-напредналите стадии на заболяването, като 2/3 от тях са в четвърти клиничен стадий. Всички те се оплакват от болка, нощни крампи, тежест и сърбеж по кожата локализиран по вътрешната повърхност в дисталната трета на подбедрицата. Заедно с това съответно на клиничния стадий се установи наличие на липодерматосклероза, пигментация и венозна екзема / C4 и C5/ и екзематозна мацерация с оформяне на болезнена варикозна язва /C6/.

След предварително хигиенизиране на мястото преди всеки сеанс, беше извършено лечението по гореописания начин /правило 10-10-10/. Резултатите от лечението са отразени в таблица 3.

Таблица 3

Симптоми	сърбеж	болка	нощни крампи	Хемо сиде роза, липо дерма тоскле роза	Веноз на екзе ма	Ва ри ноз на язва
брой болни повлияли се от лечението	45	36	16	0	12	3

Необходимо е да се уточни, че при всички болни беше установено положително повлияване симптомите на заболяването, без нито един от тях да бъде излекуван напълно и трайно. В най-голяма степен се повлияха сърбежа, болката и нощните крампи, които по своята същност са субективни оплаквания. Не изключваме и наличие в известна степен на не съвсем точна преценка на пациента за собственото си състояние. Обективната симптоматика се повлия в много по-малка степен, като при симптомите хемосидероза и липодерматосклероза изобщо не се отчете промяна. Венозната екзема, особено тази с повърхностни ерозии на кожата показва тенденция към подобрене при 12 пациента, като при 7 от тях еразиите напълно заздравяха. Като се има предвид, че това са C4 и C5 групата /общо 36 болни/ подобрене в обективното състояние се установи при 33,34% от тях. Варикозната язва макар и незначително намали своя размер при трима от общо петима болни, но при всички от тази група се установи и подобрене в състоянието на гранулациите, дъното порозовя, а некротичните тъкани намаляха. Заено с това пациентите съобщиха за редуция в силата на болката съпътстваща язвата.

Заклучение

Лечението на кожните усложнения на ХВБ чрез системата за светлинна терапия Bioptron е нов метод с обнадеждаващи резултати, чието развитие тепърва предстои. Опити, който получихме при лечението на сравнително малко на брой болни и един курс на лечение от 10 апликации показва, че фототерапията е безвреден и достъпен метод оказващ положително въздействие на кожните усложнения на ХВБ. Вероятно при периодично повтарящи се курсове на лечение ще се получат още по-добри резултати. Ограничения брой пациенти

на които е приложен метода не ни позволява да направим статистически значими изводи за цялата популация. Фототерапията с Bioptron Pro 1 може да се прилага както самостоятелно, така и в съчетание с веноторпни медикаменти, еластокмпресивна терапия и различни хирургични прийоми за лечение на ХВБ.

Литература

1. Aronis, A.Braziotis, K.Kafouros, N.Pagratis, Th.Papakostas and P.Venetsanos: 1992 *The action of visible polarized light on skin diseases*. Poster presentation at the 18th International Congress of Dermatology, New York, USA.
2. Bartos, Z. 2004. *The use of the BIOPTRON Light Therapy System in the treatment of skin disorders*; Kiskunfélegyháza City Hospital and Polyclinic Department of Dermatological and Venerreal Diseases; Experience report; Hungary
3. Ballyzek, M.F., V.Vesovic-Potic, X.He, A.Johnston.2005. *Efficacy of polarized, polychromatic, non-coherent light in the treatment of chronic musculoskeletal neck and shoulder pain*. Unpublished material, BIOPTRON AG, Wollerau, Switzerland
4. P.Bolton, M.Dyson and S.Young,1992: The effect of polarized light on the release of growth factors from the U-937 macrophage-like cell line. *Laser Therapy*, 2(3); 33-37.
5. Colic MM, Vidojkovic N, Jovanovic M, Lazovic G. 2004 The use of polarized light in aesthetic surgery. *Aesthetic Plast.Surg.*;28(5):324-7.
6. T.Kubasova, M.Horvath, K. Kocsis and M.Fenyö: 1995, Effect of visible light on some cellular and immune parameters. *Immunology and Cell Biology*, 73; 239-244.
7. Medenica, L.,and M.Lens.2003. The use of polarised polychromatic non-coherent light alone as a therapy for venous leg ulceration. *Journal of Wound Care*, 12(1); 37-40.
8. J.E.Roberts: 1995, Visible light induces changes in the immune response through an eye-brain mechanism (photoneuroimmunology), *Journal of Photochemistry and Photobiology, B: Biology*, 29(1); 3-15.
9. Tomashuk IP, Tomashuk II. 2001, Clinical efficacy of alprostan in combination with "Bioptron-II" rays and iruxol-miramistin in the treatment of the diabetic foot complicated by atherosclerosis. *Klin.Khir.*;(8):49-51.
10. [Bioptron Light Therapy - Official Web Site/ bg.bioptron.com](http://bg.bioptron.com)

Гл.ас.д-р Валентин Василев д.м.
Университет „Проф.д-р А.Златаров“ Бургас
Катедра „Предклинични и клинични дисциплини“ във ФОЗЗГ
e-mail: vailvasilev@mail.bg



БЕЗОПАСНОСТТА НА ПАЦИЕНТИТЕ И НЯКОИ ДОКУМЕНТИ НА ЕС

Валентин Стоянов, Константин Стоянов

ON PATIENT SAFETY AND SOME EU DOCUMENTS

Valentin Stoyanov, Konstantin Stoyanov

ABSTRACT: *In recent years one of the main themes that are constantly present in the public agenda and, in particular, in the medical community in Bulgaria is patient safety. Unfortunately, in most of the cases the topic is discussed sporadically and unprofessionally, based on specific cases, many times incorrectly referred to as "medical errors", without any clarifications on what is meant by that. Therefore, the authors aim to examine certain documents of the European Union concerning the problem of "patient safety" in order to prevent the occurrence of adverse events and injuries in the diagnosis and treatment of citizens in all Member States of the Union. Finally it is concluded that the topic of patient safety is a priority in Europe and this imposes in Bulgaria to take practical actions designed to prevent harm and side effects and to improve measures for patient safety at all levels - from individual medical practice to medical institutions for hospital care.*

Keywords: patient safety, public health, European Union, HealthCare system

В края на миналото столетие за първи път се публикува обстойно проучване на екип изследователи от Харвард, които поставят проблема за безопасността на пациента, доказвайки, че той съществува в много страни, независимо от разликата в културите и системите на здравеопазване(1). По-късно следват и други изследвания в тази посока, вследствие на което специалистите все повече се убеждават, че лекарите, медицинските сестри, акушерките, зъболекарите и останалите медицински специалисти имат специални образователни нужди в тази област толкова много, колкото и самите пациенти(2-5).

В последно време една от основните теми, които неизменно присъстват в дневния ред на обществото и в частност на медицинската общност в България е безопасността на пациента. За жалост в повечето случаи за това се говори спорадично и непрофесионално, по повод на конкретни казуси, много пъти неправилно определяни като „лекарски грешки“, без да е ясно какво точно се крие зад това определение. Малко са форумите, на които професионално и коректно се коментира безопасността на пациента от съсловните и пациентски организации, болнични мениджъри, представители на държавата и неправителствените организации.

Въпреки третирането на този въпрос да е неразделна част от някои задължителни пока-

затели, разписани в Наредбата за акредитация на лечебните заведения в Република България(6), все пак остава впечатлението за несигурност на пациента, относно неговата безопасност, без да има яснота за смисъла на това понятие.

Целта на настоящата работа е да проучим някои документи на Европейския съюз, касаещи проблема „безопасност на пациента“, с оглед предотвратяване настъпването на нежелани събития и нанасяне на вреда при диагностиката и лечението на гражданите на страните-членки на Съюза.

Следвайки формулираната по-горе цел и за да разберем точното значение на понятието „безопасност на пациента“ би следвало предварително да се запознаем с определенията за „вред“ и „нежелано събитие“, публикувани в ПРЕПОРЪКА НА СЪВЕТА от 9 юни 2009 година, относно безопасността на пациентите, включително профилактиката и контрола на инфекциите, свързани със здравни грижи, публикувана на 03.07.2009 година в „Официален вестник на Европейския съюз“(7).

Според същият документ на страница 3 е дефинирано, че „нежелано събитие“ означава инцидент, който причинява вреда на пациента; а под „вред“ се разбира нарушение на структура или функция на тялото и/или неблагоприятна последица, произтичаща от това.

Оттук авторите на документа следват логиката и се обединяват около тезата, че „бе-

зопасност на пациента“ означава липса на ненужна или вероятна вреда за пациента, свързана със здравни грижи. В това на пръв поглед разширено тълкуване се включват няколко основни момента, свързани с безопасността на пациента, които препоръчват на страните-членки на Европейската общност да се обединят около няколко задачи в тази посока, а именно:

1. Да подкрепят създаването и разработването на национални политики и програми за безопасност на пациентите.(8)

2. Да предоставят права и информация на пациентите чрез включване на организации на пациентите и техни представители в разработването на политики и програми за безопасност на пациентите на всички подходящи равнища.

3. Да подпомогнат създаването или налагането на системи за сигнализиране и узнаване за нежелани събития, които нямат наказателен характер.

4. Да насърчават на подходящо равнище образоването и обучението на здравните работници по безопасност на пациентите.

5. Да класифицират и измерват безопасността на пациентите на общностно равнище, като сътрудничат помежду си и с Комисията.

6. Да обменят знания, опит и най-добри практики, като сътрудничат помежду си и с Комисията, както и с имащите отношение към темата европейски и международни структури по отношение на създаването на ефикасни и прозрачни програми, структури и политики за безопасност на пациентите, в това число на системи за сигнализиране и узнаване, с цел предотвратяването на нежелани събития.

7. Да развиват и насърчават научните изследвания в областта на безопасността на пациентите.(9)

Въпреки тези добри предложения в Препоръките на Съвета, почти всички страни-членки имат затруднения при реализиране на ефективни политики в областта на безопасността на пациента. Едно от доказателствата за това твърдение са резултатите от техническия доклад „Подобряване на безопасността на пациентите в ЕС“, изготвен за Европейската комисия и публикуван през 2008 г. от RAND Corporation. Според същият между 8 % и 12 % от приетите в болница пациенти в държавите-членки стават жертва на нежелани събития в процеса на получаване на здравни грижи. На практика това означава, че средно

един на всеки тринадесет хоспитализирани пациента страда от инфекции, свързани със здравни грижи, което пък възлиза на 4,1 милиона пациента годишно в ЕС. В същото време приблизително 37 000 смъртни случая в общността се причиняват ежегодно от подобни инфекции.

Незадоволителното ниво на безопасност на пациентите представлява сериозен проблем за общественото здраве и значителна икономическа тежест за ограничените ресурси в тази сфера. Голяма част от нежеланите събития могат да бъдат предотвратени, както в болничните заведения, така и при първичната медицинска помощ, тъй като по-голямата част от тях се дължат на системни фактори. Затова и комисията препоръчва да бъдат взети допълнителни мерки на няколко нива:

1. На национално равнище

- въвеждане и прилагане на стандарти за профилактика и контрол на инфекциите във всички здравни заведения.

- насърчаване последователност при съобщаване на мерките за профилактика и контрол на инфекциите между здравните заведения, които лекуват или се грижат за пациента.

- насърчаване на спазването на мерките за профилактика и контрол на инфекциите, като се използват структурни показатели и резултатите от съществуващите процедури за акредитация и сертификация.

2. На равнище здравни заведения чрез въвеждане на:

- програма за профилактика и контрол на инфекциите, включваща аспекти от структурен и организационен характер, както и обучение и информиране на пациентите.

- обучение и подготовка на подходящ квалифициран персонал, отговорен за изпълнението на програмата за профилактика и контрол на инфекциите.

3. Подобряване качеството на информация, предоставяна на пациентите от здравните заведения чрез:

- предоставяне на обективна, пълна и разбираема информация за риска от инфекции, свързан с предоставяне на здравни грижи.

- предоставяне на конкретна информация (например за мерките за профилактика и контрол) на пациенти, колонизирани или инфектирани с патогени, свързани със здравни грижи.

4. Подпомагане на научните изследвания в области като епидемиология, приложение на нанотехнологиите, нови технологии за профилактика, терапия и интервенция.

Наред с всички тези препоръки, комисията отново напомня в този документ(стр.6, т.9) за необходимостта и от стриктното спазване на Препоръка 2002/77/ЕО на Съвета от 15 ноември 2001, относно разумното използване на антимикробни препарати в хуманната медицина(10).

Разгледаната по-горе Препоръка на Комисията не е единственият документ, третиращ проблема с безопасността на пациента. Тя само допълва и обогатява работата в тази област, извършена от СЗО чрез нейния Световен съюз за безопасност на пациентите, от Съвета на Европа и от Организацията за икономическо сътрудничество и развитие. Общността подкрепя в рамките на тематична област „Здравеопазване“ научноизследователската дейност в здравните системи, по-конкретно по отношение на качеството на предоставяните здравни грижи, включително като се обръща специално внимание на безопасността на пациентите. На безопасността на пациентите се обръща специално внимание и в рамките на темата „Информационни и комуникационни технологии“. В контекста на казаното дотук е редно да отбележим, че в Бялата книга „Заедно за здраве: стратегически подход за ЕС 2008—2013 г.“ от 23 октомври 2007 г., Комисията изрично отбелязва безопасността на пациентите като област на действие.

В заключение сме длъжни да обобщим, че темата за безопасност на пациента е сред приоритетните в Европа. Това, както и растящото недоверие сред гражданите на България в сигурността на предоставяните им здравни грижи, налага да се предприемат практически действия, насочени към предотвратяване на вреди и нежелани ефекти и подобряване мерките за безопасност на пациента на всички нива – от индивидуалната практика, през лечебните заведения за болнична помощ – до национално ниво.

Литература

1. Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 18 от 2005 г. за критериите, показате-

лите и методиката за акредитация на лечебните заведения, обн. ДВ. бр.10 от 1 Февруари 2011г.

2. Препоръка 2002/77/ЕО на Съвета от 15 ноември 2001, относно разумното използване на антимикробни агенти в хуманната медицина - ОВ L 34, 05.02.2002 г., стр. 13.

3. Препоръка на Съвета от 9 юни 2009 година относно безопасността на пациентите, включително профилактиката и контрола на инфекциите, свързани със здравни грижи, Официален вестник на Европейския съюз, 03.07.2009, стр.151/1-6.

4. Проект „Подобряване на безопасността на пациентите в Европа“ (SIMPATIE), финансиран по програмата на Общността за общественото здравеопазване, 2003—2008 г., (<http://www.simpatie.org>).

5. Решение № 1982/2006/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 18 декември 2006 г., относно Седмата рамкова програма на Европейската общност за научни изследвания, технологично развитие и демонстрационни дейности (2007—2013 г.), ОВ L 412, 30.12.2006 г., стр. 1.

6. Brennan TA et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patient of the Harvard Medical Practice Study I. New England Journal of Medicine, 1991, 324:370–376.

7. Stevens D. Finding safety in medical education. Quality & Safety in Health Care, 2002, 11:109–110.

8. Johnstone MJ, Kanitsake O. Clinical risk management and patient safety education for nurses: a critique. Nurse Education Today, 2007, 27:185–191.

9. Patey R et al. Patient safety: helping medical students understand error in healthcare. Quality & Safety in Health Care, 2007, 16:256–259.

10. Singh R et al. A comprehensive collaborative patient safety residency curriculum to address the ACGME core competencies. Medical Education, 2005, 39:1195–1204.

Доц. д-р Валентин Стоянов, д.м.
Университет „Проф.д-р Асен Златаров“, Бургас,
ФОЗЗГ, Катедра „Клинични и предклинични дисциплини“
drvstoyanov@yahoo.com

Докторант Константин Стоянов
Тракийски университет, Стопански факултет
Катедра „Индустриален бизнес и предприемачество“
konstantin.stoyanov@trakia-uni.bg



МНЕНИЕТО НА СТУДЕНТИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ ЗА БЕЗОПАСНОСТТА НА ПАЦИЕНТА

Валентин Стоянов

MEDICINE AND SOCIAL HEALTHCARE STUDENTS' ATTITUDE TOWARDS PATIENTS' SAFETY

Valentin Stoyanov

ABSTRACT: Nurse and midwife education and training in Bulgaria were synchronized in compliance with the European standards 5 years ago. This was completed through 4-years of education in the Medical Schools. However, the "Patient's safety" subject is not included in the curriculum of any training program. Define the necessity of including a Patient's safety module in the medical and social healthcare educational and training programmes. Methods and approach: Literature review and research in medical and social healthcare students' attitudes and knowledge of patients' safety. Findings: Medical and social healthcare students have different level of knowledge of patients' safety procedures and practice. Meanwhile, 90% of them believe there should be included a special training in patients' safety in the curriculum. Conclusion: It is necessary to implement a patients' safety training module in medical and social healthcare educational programs in compliance with the requirements of EU standards.

Keywords: Patients' safety, Public Health, Nurse and midwife education

Въведение

Синхронизирането на университетското обучение по здравни грижи за медицинските сестри и акушерки в Република България с европейските стандарти формално завърши преди няколко години, с преминаване на 4-годишен курс на обучение на студентите по тези специалности в медицинските факултети. Извършените промени и допълнения в новата учебна програма обаче не включват задължително изучаване на проблема «безопасност на пациента».

Цел и задачи: Целта, която си поставихме в настоящата работа е да изясним необходимостта от изучаване безопасността на пациента в общия курс на обучение по здравни грижи за медицински сестри.

Материали и методи: За целта направихме кратък преглед на достъпната ни литература и извършихме анкетно проучване на мнението на студенти от 3.курс здравни грижи – специалност медицинска сестра, обучаващи се в Медицинския факултет на Тракийски Университет, Стара Загора.

През м. април 1982 година американското общество и медицинските специалисти са били шокирани от излъченото по телевизия

ABC предаване, озаглавено „Дълбокият сън“. В него авторите представят тъжната статистика, че всяка година в САЩ, вследствие на приложена анестезия 6000 души загиват или получават трайни мозъчни увреди [1]. Година по-късно Британското кралско общество по медицина (Royal Society of Medicine) и медицинското училище в Харвард (Harvard Medical School) обединяват усилията си, вследствие на което провеждат съвместен симпозиум по темата и реализират научни проучвания (The establishment of the APSF by Ellison C. Pierce, Jr., M.D.). Така в края на миналото столетие за първи път е публикувано авторитетно проучване, в което недвусмислено се доказва, че проблема за безопасността на пациента съществува в много страни, независимо от разликата в техните култури и системи на здравеопазване[2]. По-късно следват и други изследвания в тази посока, вследствие на което специалистите все повече се убеждават, че лекарите, медицинските сестри, акушерките, зъболекарите и останалите медицински специалисти имат специални образователни нужди в тази област толкова много, колкото и самите пациенти[3-6]. Нещо повече – някои автори подчертават, че познаването на този проблем от медицинските професио-

налисти води до подобряване качеството на здравните услуги[7].

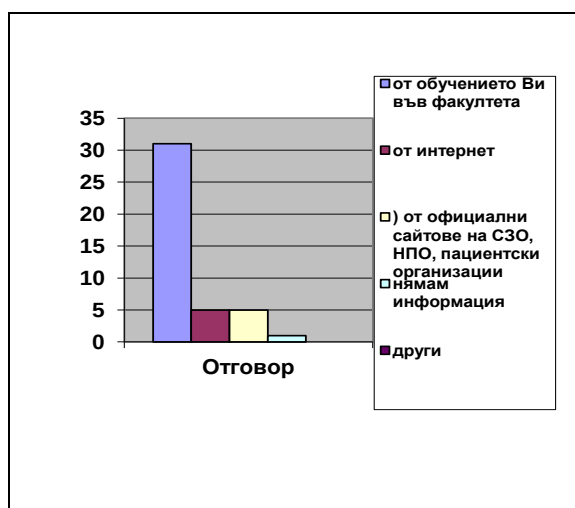
Проведохме анонимно анкетно проучване сред 42 студенти от трети курс на бакалавърската програма по здравни грижи – медицински сестри в Медицински факултет – Стара Загора.

Резултати

Студентите по медицина и здравни грижи показват различна степен на познаване на мерките за безопасност на пациента и свързаните с него дейности

На въпроса откъде имат информация за проблема „безопасност на пациента“, 31 от запитаните отговарят, че са я получили по време на обучението си по някоя от задължително изучаваните дисциплини (табл.1). Интересно е, че всеки четвърти студент за пръв път научава за това от глобалната мрежа.

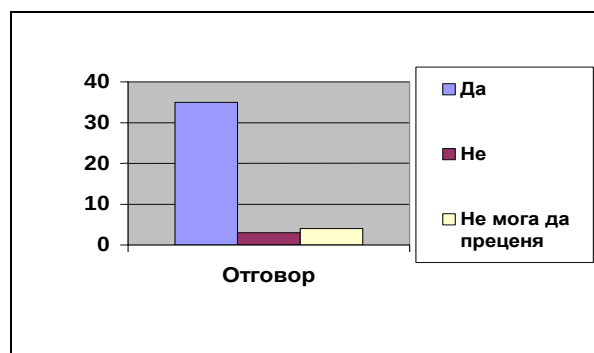
Табл.1. Източници за информираност на студентите



Запитани дали допълнителното специализирано обучение за осигуряване безопасността на пациента в контекста на подобряване качеството на здравните грижи, мнозинството от анкетиранияте отговарят положително, а отрицателен отговор са дали само трима – 7% (табл.2).

Това недвусмислено показва нагласата на бъдещите професионалисти по здравни грижи да поставят в центъра на своята работа сигурността на пациентите и качеството на предлаганите услуги.

Табл.2. Има ли нужда от специализирано обучение по безопасност на пациента



На тези, които отговориха утвърдително на този въпрос им бе потърсено мнението точно каква форма на обучение предпочитат. Получените отговори са твърде разнопосочни и студентите нямат единно мнение по този въпрос(табл.3). Броят на бъдещите медицински сестри, които предлагат проблема да се дискутира на студентски конференции, семинари или други извънаудиторни форми е съпоставим с броя на тези, които предлагат темата да е застъпена в някоя от задължително изучаваните дисциплини(социална медицина). Близо ¼ обаче желаят да бъдат запознати с проблема безопасност на пациента в специален курс на обучение, като свободно избираема дисциплина, което да им носи и допълнителни кредити.

Табл.3. Предпочитана форма на обучение

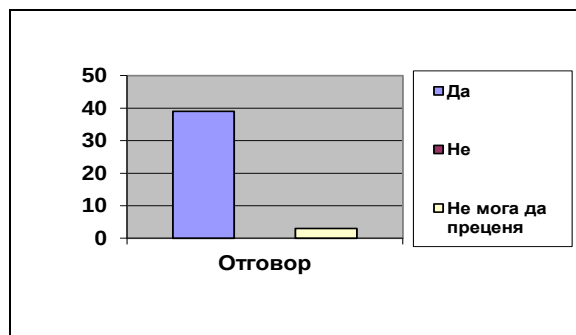


Въпреки разнопосочността на мненията, касаещи формите на обучение, почти всички запитани са дали отговор, че познанията, относно безопасността на пациента, които имат в момента, ще им донесат съществена полза в

бъдещата им практическа дейност. Само един студент е дал отрицателен отговор.

Изненадващо голямо е единомислието на студентите по още един съществен въпрос, а именно – дали пациентите и техните близки имат нужда да бъдат предварително запознати с мерките, касаещи безопасността на пациента и приложими в съответната медицинска практика (лечебно заведение, хоспис и др.) (Табл.4). Нито един от анкетираните не е дал отрицателен отговор, което категорично потвърждава убеждението на бъдещите медицински сестри, че информираността на пациентите е важен елемент от тяхното лечение.

Табл.4. Информираниост на пациентите за мерките за безопасност в ЛЗ



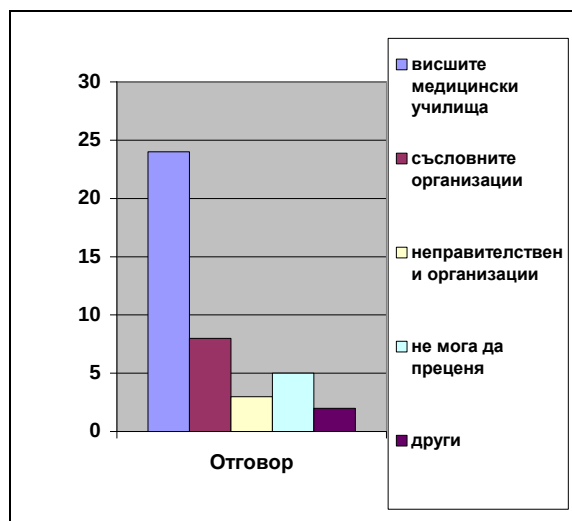
Изключително сериозно е отношението на днешните студенти, относно необходимостта от продължаващо обучение (обучение през целия живот) по проблема „безопасност на пациента“ за всички категории здравни професионалисти (Табл.5). Едва трима от анкетираните считат, че това не е нужно, докато останалите са на противоположното мнение.

Табл.5. Нужно ли е обучение през целия живот по безопасност на пациента?



Докато при този въпрос, участниците в анкетата са единодушни, то при определяне на институцията, която би трябвало да извършва това обучение, мненията са твърде разпосочни (Табл.6). Прави впечатление, че съсловната организация на професионалистите по здравни грижи е negliжирана в голяма степен – едва 8 от запитаните са дали предпочитания за нея, а най-голям е броят на тези, които считат, че Медицинските Университети са естественото място за продължаващото обучение на специалистите по здравни грижи.

Табл.6. Коя институция е отговорна за продължаващото обучение?



Заклучение

На базата на кратката литературна справка, както и резултатите от анкетното проучване сред студентите, бихме могли да направим следните изводи:

1. Въвеждането на обучение по безопасност на пациента в учебните програми на студентите по медицина и здравни грижи е наложително, както поради заявеното от студентите желание, така и в отговор на съвременните изисквания и стандарти на ЕС.
2. Формата на обучение – СИП, в рамките на някоя от досега преподаваните задължителни дисциплини или друга форма е решение на академичните ръководства, но би било те да са синхронизирани в определена степен.
3. Обучението през целия живот по проблемите, свързани със сигурността на пациентите и качеството на здравните грижи е нужно за всички категории здравни професионалисти.

Литература

1. Brennan TA et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patient of the Harvard Medical Practice Study I. *New England Journal of Medicine*, 1991, 324:370–376.
 2. Janice Tomlin (producer): *The Deep Sleep: 6,000 will die or suffer brain damage*, WLS-TV Chicago, 20/20. April 22, 1982)
 3. Johnstone MJ, Kanitsake O. Clinical risk management and patient safety education for nurses: a critique. *Nurse Education Today*, 2007, 27:185-191.
 4. Patey R et al. Patient safety:helping medical students understand error in healthcare. *Quality & Safety in Health Care*, 2007, 16:256-259.
 5. Singh R et al. A comprehensive collaborative patient safety residency curriculum to address the ACGME core competencies. *Medical Education*, 2005, 39:1195-1204.
 6. Stevens D. Finding safety in medical education. *Quality & Safety in Health Care*, 2002, 11:109-110.
-

Доц. д-р Валентин Стоянов, д.м.
Университет „Проф.д-р Асен Златаров”,
Бургас
ФОЗЗГ, Катедра „Клинични и предклинични
дисциплини”
Стара Загора, ул „М. Кавалджиев” 69, ап. 13

drvstoyanov@yahoo.com



РИСКОВИ ФАКТОРИ ЗА РАЗВИТИЕ НА СЪРДЕЧНОСЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ – РЕАЛНОСТИ, ТЕНДЕНЦИИ

Галина Терзиева, Катя Попова

RISK FACTORS FOR DEVELOPMENT OF CARDIOVASCULAR DISEASES: REALITIES, TRENDS

Galina Terzieva, Katya Popova

ABSTRACT. This article is dedicated to the cardiovascular diseases. They have been examined in the group of the “socially important diseases” as provoking a high mortality and disability rate, requiring expensive treatment and appearing more and more frequently in younger age.

The purpose of this study is to establish the risk indices for the development of the cardiovascular diseases.

The object of diagnostics and study includes prevention in real conditions; projection and management of the educational process in outer conditions as regards to the university educational system.

The subject of this study includes people`s sanitary culture; students` capacities to work in team.

The range of this study comprises 137 respondents selected on a random basis; 14 first-course students which specialty is “nursing” at Professor Doctor Asen Zlatarov University in Burgas. The number of the total examined individuals is 151.

The methods of this study are as following: analysis of literature on the above mentioned problem; anonymous inquiry-based research; measurement of arterial blood pressure, body mass index, abdominal circumference; observation (on the verbal and the nonverbal behavior of the examined individuals).

Results and discussion: the analysis of the results has outlined an evidently high risk for appearance and development of cardiovascular diseases.

Outcomes: when health prevention initiatives are carried out, it leads to the establishment of the evidence of risk factors for health and gives a possibility for planning of activities to improve the sanitary culture of the population.

Conclusion: it is necessary to work for the improvement of the health status and the achievement of a higher quality of life of the population. Students` participation in such a process of research held in a real practical ambient improves their capacities for teamwork.

Keywords: risk factors, students, sanitary culture

Въведение

Социалнозначимите заболявания предизвикват висока смъртност, инвалидност, скъпо струващо лечение и рехабилитация, и се проявяват все по-често в млада възраст. „Подмладяването” им ги прави обект на проучване, научен и статистически анализ [2], [3], [4]. В групата на социалнозначимите заболявания се разглеждат и сърдечносъдовите заболявания. Те са основна причина за смърт в Европейския съюз (ЕС) и цената на тези заболявания върху икономиката се изчислява на 192 милиарда евро годишно (2008г.). По данни на НЦОЗА (Национален център по обществено здраве и анализи) в структурата на смъртността по причини (2012г.) водещи са болестите на кръвообращението – 65,56%. В струк-

турата на умираанията от болести на органите на кръвообращението с висок дял са представени: сърдечна недостатъчност – 30,4%; мозъчно-съдова болест – 25,9%; исхемична болест на сърцето-19,3%.

Данните за смъртност от болести на органите на кръвообращението в България през 2011г. (на 100 000 население) са 592 срещу 216 за ЕС. При сравняване данните за смъртност от мозъчносъдови болести в България през 2011г. (на 100 000 население) впечатлява високата смъртност у нас – 160,3 срещу 50,7 за ЕС. По подобен начин изглежда разликата в смъртността от исхемична болест на сърцето в България през 2011г. (на 100 000 население) – 105,7 срещу 78,7 за ЕС.

Стандартизираният коефициент за смъртност от болести на органите на кръвообраще-

нието за нашата страна е 3,8 пъти по-висок в сравнение с този за Европейския съюз.

Необходимостта да се обсъжда този проблем се обуславя и от следните факти: болестите на органите на кръвообращението са водещи сред причините за хоспитализация по класове болести (14,4%), следвани от болестите на дихателната система (10,6%) и болестите на храносмилателна система (8,9%). Те са и най-честата причина за трайно намалената работоспособност на лицата над 16 години, които обхващат 36,5% от общия брой на случаите на инвалидизираните лица.

Тревожни остават фактите и при сравнителния анализ на показателите относно заболяванията на сърдечносъдовата система в България и други страни от Европейския съюз – съотношението е: 611 към 234 за ЕС (База данни „Здраве за всички”, август 2012г.) [5]. Тенденцията на развиващите се негативни процеси в посока към задържане на най-високо равнището на общата смъртност на населението в България в сравнение с европейските страни позволи да се формулира **целта на изследването**: установяване на рискови за здравето показатели сред хора, участвали в проучването на случаен принцип.

Предмет на диагностика и изследване е превантивната дейност в реални условия; проектиране и управление на обучителен процес при външни за университетската образователна система условия.

Обект на изследване е нивото на формираност на здравната култура на населението; субектната позиция на студенти от специалност „медицинска сестра” при провеждане на превантивни дейности.

Обхват на изследване: 137 участника; 14 студенти, I курс, специалност „медицинска сестра”, Университет „Проф. д-р Асен Златаров”- Бургас. Броят на общо изследваните лица е 151.

Материали и методи на изследване: Използвани са анализ на литература по проблема; анонимно анкетно проучване; измерване на показателите: артериално кръвно налягане, индекс на телесна маса, антропометрични измервания (обиколка на талията); наблюдение на вербално и невербално поведение на изследваните лица; сравнителен анализ.

Резултати и обсъждане

Практическото изследване се проведе през през месец май, 2014г. и е свързано със све-

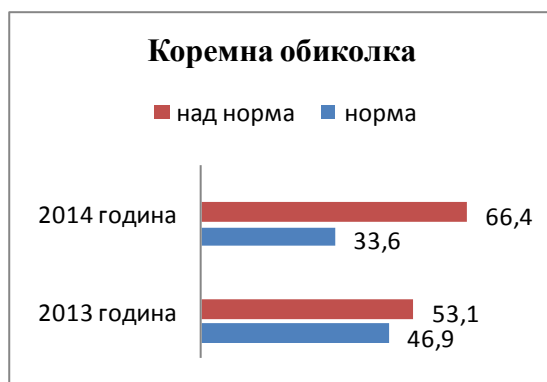
товния ден за борба с хипертонията. Проучването е иницирано от Българска лига по хипертония и е част от Националната програма за безплатно измерване на кръвното налягане. Това е второ поредно подготвено и организирано от авторите на статията проучване в гр. Бургас [4]. Общият брой на обследваните лица е 137 и е на случаен принцип. Измерени са следните показатели и параметри: артериално кръвно налягане; определяне на индекс телесна маса – ИТМ; коремна обиколка; наличие на хипертонична болест сред участниците. Повишените стойности на избраните показатели и параметри са рискови фактори за поява и развитие не само на сърдечно-съдовите заболявания, но и за тези, разглеждани в състава на метаболитния синдром. Измерванията се извършват от 14 студенти, специалност „медицинска сестра”, завършващи I курс, под ръководството на двама преподаватели по здравни грижи. Фармацевтична фирма осигурява апарати за измерване на артериално кръвно налягане – автоматично трикратно измерване като се отчитат средните стойности. Изследването се извършва на оживена централно разположена улица, по която се движат много хора. Транспаранти указват целта на мероприятиято, както и участниците, които го провеждат.

Проучването започва с измерване на обиколка на талията. Освен теглото през последните години се наблюдава увеличаване на кожната гънка и удължаване обиколката на талията. Това показват и резултатите при нашето измерване. Прави впечатление, че по-голямата част от участниците (80%) са в групата на „значително повишен риск” :

Таблица 1. Коремна обиколка по пол (2014)

пол	повишен риск	значително повишен риск
мъж	27,2%	33,9%
жена	24,4%	46,1%

Тенденцията за удължаване на коремната обиколка нараства и това се вижда при сравнителния анализ на резултатите при проучването през 2013 и 2014г. (виж фиг.1):



Фиг. 1. Коремна обиколка – 2013г., 2014г.

Изборът за измерване на индекс телесна маса (ИТМ) е обусловен от значението, което имат за здравословното състояние затлъстяването и наднорменото тегло. Затлъстяването е рисков фактор, увеличаващ общата, преждевременната и внезапна смърт. Повишената наднормена телесна маса увеличава релативния риск в зряла възраст за исхемична болест на сърцето, рак на дебелото черво, мозъчно-съдова болест. При нашето измерване се наблюдава тревожен факт от висок индекс на наднормено тегло и затлъстяване при представителите и на двата пола (виж таблица 2):

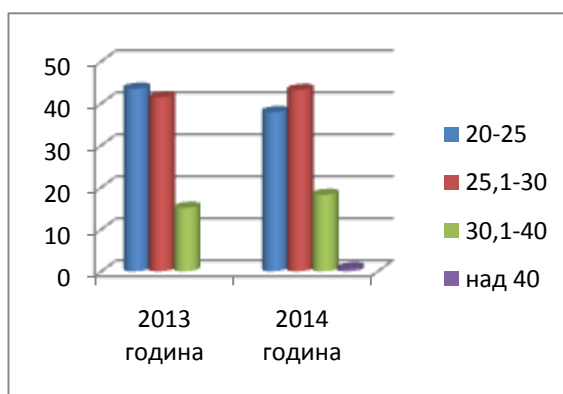
Таблица 2. Индекс на телесна маса по пол 2014г.

пол	под 20	в норма 20-25	над норма 25-30	затлъстяване 30-35	над 40 ИТМ
мъж	3,4%	27,1%	42,4%	25,4%	1,7%
жена	6,4%	37,2%	43,6%	12,8%	-

Измерването на коремната обиколка и ИТМ се посрещат с изключителен интерес и вълнение от участниците в обследването. Наблюдението над невербалното поведение може да се представи така: хората обсъждат помежду си значението, което тези параметри оказват върху сърдечната дейност и опорно-двигателния апарат. Те задават много въпроси и желаят да получат повече информация. Споделят, че до този момент не са им правени такива измервания.

По данните на следващата фигура може да се проследи тенденцията за нарастване на ИТМ. По-голям е броят на хората през 2014г.

с наднормено тегло, затлъстяване, както и на тези с индекс телесна маса над 40 :



Фиг. 2. Индекс телесна маса – 2013г., 2014г.

Следващият показател, който се измерва е артериалното кръвно налягане. При измерването се отчитат следните обстоятелства: хората сядат удобно на стол с подлакътници, държат се спокойно, изпълняват указанията за спазване на правилата за измерванията; изчакащите реда си също са седнали. Стойности на кръвното налягане в момента на изследването при 137-те участници е представено в следващата таблица 3:

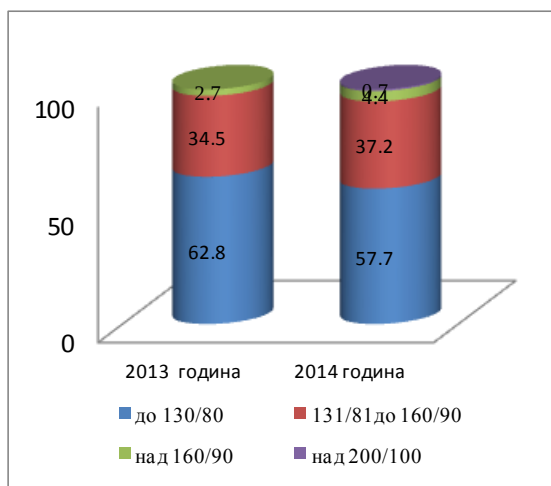
Таблица 3. Артериално кръвно налягане по пол, 2014г.

пол	в норма	над 135/80	над 170/90	над 200/90
мъж	47,5%	45,8%	5,1%	1,6%
жена	65,4%	30,8%	3,8%	-

Изчисленията на показателя «артериално кръвно налягане» са направени на база, предложена от СЗО за норма – 135/75 mm/Hg.

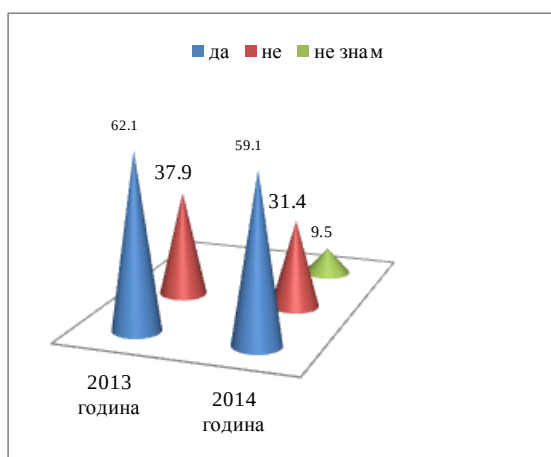
Високите стойности на артериалното кръвно налягане, заедно с тези на холестерола, наднорменото телесно тегло и свръхупотребата на тютюн се определят като най-съществените фактори, обуславящи сърдечно-съдовите заболявания. Затова е изключително важно хората да се научат да извършват самостоятелен контрол на кръвното налягане.

При сравняване на данните от проучванията през 2013 и 2014г. се забелязва увеличаване на хората с кръвно налягане над нормата и с особено високи стойности – над 200/100 (виж фигура 3):



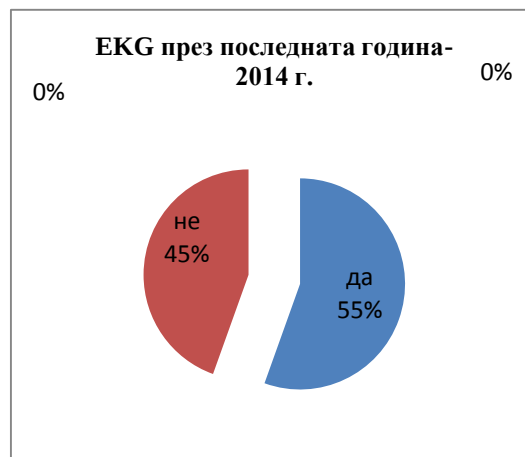
Фиг. 3. Стойности на артериално кръвно налягане - 2013г., 2014г.

Обобщените резултати от анонимното анкетно проучване през 2014г. очертават висок процент на диагностицирана хипертонична болест сред участниците в проучването – 59,1%. Такива са и резултатите от проучването през 2013г. (виж фигура 4):



Фиг. 4. Диагностицирана Хипертонична болест

Анонимното анкетно проучване дава възможност да се проследи и здравното поведение на участниците в обследването. На въпроса „Правена ли Ви е електрокардиограма в последната година” 55% от хората, участвали в проучването посочват „да” (виж фигура 5)



Фиг. 5. Направено ЕКГ през последната година (2014г.)

Не за първи път обект на изследване от страна на авторите е субектната позиция на студенти от специалност „медицинска сестра” при провеждане на превантивни дейности. Проучвани са нагласите на студентите за участие в научно-изследователска дейност в процеса на обучение [1], както и проектиране и управление на качествен обучителен процес, насочен към формиране на умения у студенти за провеждане на профилактични дейности при външни за университетската образователна система условия [2]. При направеното целенасочено наблюдение над вербалното и невербално поведение на студентите (общо 14) по време на практическото изследване през 2014г. и на тези през 2013г., може да се направи следното заключение: студентите са добре подготвени и извършват обследването по изучаваните правила, работят уверено и спокойно. Показват добри комуникативни умения, обясняват всяка предстояща манипулация. Проявяват търпение и са готови да помогнат.

Изводи

Провеждането на инициативи за превенция на здравето води до установяване наличието на рискови за здравето фактори и възможността да се планира дейност за повишаване здравната култура на населението.

Добре планираната, организирана и умело управлявана извънаудиторна дейност на студентите в реална практическа среда чрез координация между компоненти на образователната университетска система и организации извън нея обуславя навременното фор-

миране на нагласи и умения у студентите за участие в превантивни дейности.

Важно е да се търсят подходи за стимулиране на субектната позиция на личността към изпълнение на социалната роля и отговорност за опазване своето и здравето на другите.

Заклучение

Проведеното обследване може да се определи като значимо поради това, че разкрива моментното здравословно състояние на 137 човека, както и структурата на въздействие на рискови фактори по пол.

Обемът на изследването позволява да се направят още сравнения по показатели.

Необходимо е да се работи за подобряване на здравния статус и за по-добро качество на живот на населението. Опазването и утвърждаването на здравето изисква повишаване на здравната култура на населението.

Участието на студентите в изследователски процес в реална практическа среда повишава уменията им за работа в екип.

Прилагането на интегративен подход между различни институции повишава ефективността на превантивната дейност.

Литература

1. Попова, К. 2013. Изследователският подход в съвременното обучение на студенти от професионално направление „Здравни гри-

жи”. Академично списание „Управление и образование”, т. 9, кн. 5, с. 50-53.

2. Терзиева, Г. 2013. Изграждане и утвърждаване на умения у студенти за промоция на здравето и превенция на социално-значими заболявания. Академично списание „Управление и образование”, т. 9, кн. 5, с. 15-20.

3. Terzieva, G., K. Popova. 2014. *Practical training management in health care as a factor for quality in education*. In: Knowledge, International Journal Scientific and applicative papers V-1&2, pp.414-418, Skopje, Macedonia, ISSN 1857-923X

4. Терзиева, Г., Попова, К. 2014. *Социологични аспекти на здравната профилактика – състояние и перспективи*. Академично списание „Управление и образование”, т. 10, кн. 5, стр. 29-36, Бургас, ISSN1 13126121

5. Национална здравна стратегия 2014-2020. Приложение 1. Здраве и здравеопазване-актуално състояние.

доц. д-р Галина Терзиева

ас. Катя Попова

Катедра „Здравни грижи”

Факултет обществено здраве и здравни грижи
Университет „Проф. д-р Асен Златаров” - Бургас

Адрес: „Проф. Якимов” 1

e-mail: galina.terzieva@abv.bg

katja.popova62@gmail.com



КОМПЕТЕНЦИИ НА СТУДЕНТИТЕ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „МЕДИЦИНСКА СЕСТРА“ ПО ОТНОШЕНИЕ НА ЛЕКАРСТВЕНАТА ТЕРАПИЯ

Галина Чанева

NURSING STUDENTS' COMPETENCE REGARDING DRUG THERAPY

Galina Chaneva

ABSTRACT: Conducting prescribed by the doctor drug therapy requires nurses very good training and skills development to deal with situations that can lead to various complications to the patient. The aim of the study was to establish the competence of the students in "nurse" in terms of the main activities and concerns related to the conduct of drug therapy. An anonymous survey of 80 students from specialty "nurse" who are trained in the Faculty of Public Health of the Medical University - Sofia. The study was conducted during the academic 2014/2015 year. Students definitely have a need to develop guidelines and procedures to enhance their competence with respect to drug therapy

Keywords: drug therapy, competence, nurse

Въведение

Провеждането на назначената от лекуващия лекар лекарствена терапия изисква от медицинските сестри много добра подготовка и развиването на умения за справяне със ситуации, които могат да доведат до различни усложнения на пациента. Действието на лекарствените вещества в организма зависи не само от дозата, но и от възрастта на болния, от състоянието на неговия организъм, от свойствата на медикамента. [2]

Няма безобидни лекарства – болкоуспокояващите и слабителните средства също могат да бъдат опасни. При смесване на няколко медикамента може да се получи несъвместимост. При смесването на лекарствата могат да настъпят химични или физични процеси, които да доведат до образуване на нови вещества и до отслабване или унищожаване на лечебните свойства на препарата. [1]

При приемането на няколко вида лекарствени вещества от един пациент, някои от тях си взаимодействат, като се променя ефекта на тяхното лечебно действие. В повечето случаи комбинираното лекарствено лечение се назначава от лекаря при сериозни научни и медицински основания. Статистическите данни показват, че в много лечебни заведения един хоспитализиран болен получава средно между 6 и 10 различни лекарствени средства, но не са изключени случаите, при които броя на

едновременно прилаганите при един и същ болен лекарства достига и дори превишава 20 броя. [3] Именно тези факти, определят потребността от развиване на професионалните компетенции на студентите по отношение на правилата и процедурите за провеждане на лекарствената терапия.

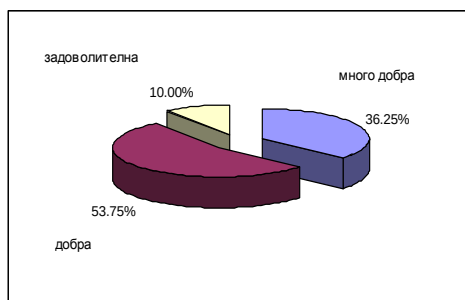
Целта на проучването е да се установи компетентността на студентите от специалност „медицинска сестра“ по отношение на основните дейности и грижи, свързани с провеждането на лекарствена терапия.

Материал и методи

Проведено е анонимно анкетно проучване на 80 студента от специалност „медицинска сестра“, които се обучават във Факултета по Обществено здраве на Медицински университет – София. Проучването е проведено след разработването на анкетна карта, а анкетирането е проведено през учебната 2014/ 2015 година.

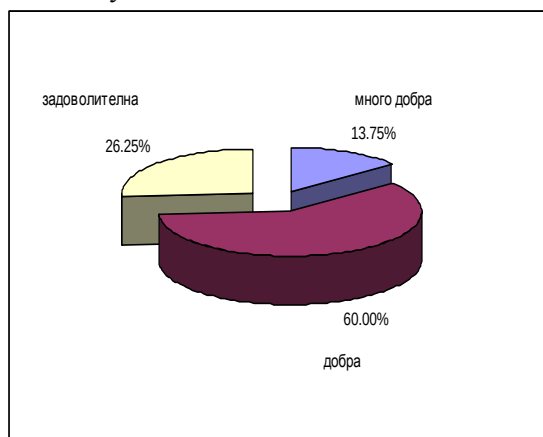
Резултати и обсъждане

По време на обучението студентите имат достатъчно лекции и учебни упражнения за усвояване на знания и умения по отношение на лекарствата и провеждането на лекарствената терапия.



фиг. 1. Информираност на студентите относно лекарствената терапия

Получените резултати показват, че повече от половината от анкетираните студенти определят своята информираност по темата за лекарствената терапия само като „добра“. Оценка „много добра“ са посочили значително по-малко от анкетираните – 36,25%. Студентите, които преценяват знанията си като „задоволителни“ са само 10,00%. Мнението на студентите обаче показва, че е необходимо да се търсят нови методи и средства за да постигнат по-добри резултати при подготовката на студентите.

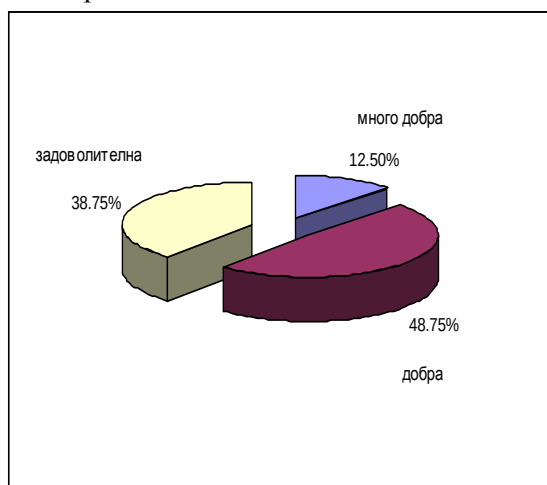


фиг. 2. Информираност на студентите относно професионалните отговорности при провеждане на лекарствена терапия

Резултатите от информираността на студентите по отношение на професионалните отговорности на медицинската сестра при провеждане на назначената от лекар терапия, показват определено негативна тенденция. Най-висок е относителният дял на анкетираните (60,00%), които оценяват своята информираност като „добра“, а на второ място са тези, които поставят оценка „задоволителна“ – 26,25%. Значително по-малко са студентите, които посочват оценка „много добра“ – 13,75%. Необходимо е в обучението на студентите да се включват казуси, чрез които да

се определят границите на професионалните отговорности на медицинските сестри, свързани лечението на пациентите.

Лекарствено лечение може да предизвика различни отклонения и дори усложнения при пациентите, поради което е необходимо медицинските сестри да са подготвени за различни ситуации. Медицинските сестри трябва да са запознати с възможните реакции на лекарствените медикаменти, както и страничните ефекти на лекарствата. По време на приема или приложението на лекарствата медицинската сестра има за задача да наблюдава общото състояние на пациента и да прецени всяка една промяна, която може да се дължи на лекарственото въздействие.

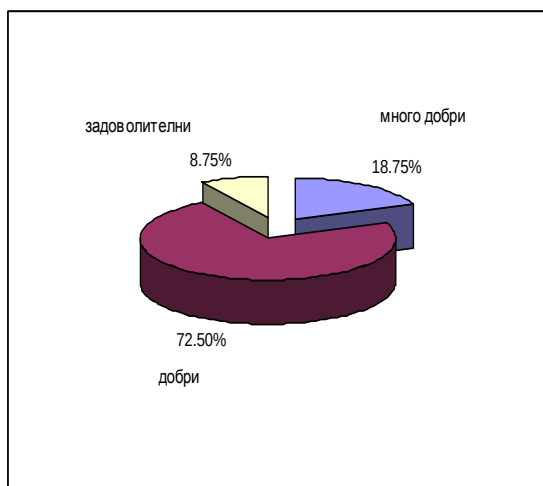


фиг. 3. Компетентност за справяне при сложни ситуации

Резултатите определено показват, че студентите не са достатъчно компетентни по отношение на възможните сложни ситуации при провеждане на назначеното лечение. Необходимо е да има разработени стандартни процедури, които да описват професионалното поведение на медицинската сестра при възникването на различни усложнения или ситуации, при които е необходима и лекарска намеса. 38,75% от анкетираните определят тези свои компетенции като „задоволителни“, а едва 12,50% - като „много добри“. Ето защо е важно да се насочи обучението към усвояване на знания и умения, спомагащи за вземането на адекватни решения. Използването на ситуационни задачи е един от начините за развиването на професионалните умения на студентите.

Лекарствената терапия се провежда при спазването на ясно определени правила, но само те не са достатъчни за да се чувстват

студентите сигурни и уверени в уменията си. Необходимо е също така, да се предоставят значително по-големи възможности за упражнения на студентите в учебните кабинети, преди да бъдат включени в лекарствената терапия на пациентите от болничните отделения. Развиването на компетенциите за справяне със сложните ситуации е възможно да се осъществява чрез използването на индивидуални задачи. Необходимо е също формиране на поведение, основащо се на нормативните документи и правилниците на болниците и болничните отделения.



фиг. 4. Самооценка на уменията за провеждане на лекарствената терапия

Самооценката на студентите показва, че те са значително самокритични. Най-висок е относителният дял от анкетираните, които оценяват своите умения по отношение на лекарствената терапия като „добри“ – 72,50%. Трябва да се отбележи също, че само 8,75% са тези, които определят уменията си като „задоволителни“. Тези данни показват, че студентите притежават уменията, които са им необходими за да осъществяват лекарствената терапия, но може да се обогати програмата, както и използваните методи на преподаване за да се постигнат по-добри резултати. Необходимо е да се създадат условия, при които всеки един студент да има възможност да развива своите умения, както и ясни критерии за оценяване. Самооценката е възможно да бъде включена като част от оценяването на знанията и уменията по отношение на лекарствената терапия.

Сигурността на пациента и недопускането на грешки и пропуски при провеждането на

лекарственото лечение са едни от основните задачи на медицинските сестри.

Изводи и заключение. Обучението на студентите от специалност „медицинска сестра“ по отношение на лекарствената терапия е необходимо да бъде насочено към усвояването както на определен обем от знания, така и от умения за да бъдат изпълнени назначенията на лекуващия лекар. От значение е да се включат в обучението ситуационни задачи, насочени към професионалните компетенции на медицинските сестри, както и към определяне на автономните дейности по отношение на лекарствата и лекарствената терапия. Подобри възможности за развиване на уменията на студентите може да се постигне чрез разработването на практически ръководства, които да включват описание на процедурите, правилата и поведението на медицинската сестра при всички възможни назначения и ситуации по отношение на лечението, което се осъществява в болничните структури.

Да се разработят ясни и точни критерии за оценка на знанията и уменията на студентите по отношение на лекарствата – изписване и съхраняване, начините за приложение на лекарствата, възможните усложнения и промени в състоянието на пациента.

Необходимо е също така да се развиват уменията на студентите по отношение на способностите им за вземане на самостоятелни решения в рамките на професионалните компетенции на медицинските сестри, регламентирани от нормативните документи.

Литература

1. Беловеждов, Н., П. Пешев, М. Янкулова, Актуални проблеми на терапията, ИК „Сенди“, 2000, с.120-128.
2. Белчева, А. Р. Марев, Р. Радев, Фармакология - учебник за Медицинските колежи, ИК „Стено“, Варна, 2005, с. 21-22.
3. Станева-Стойчева, Д., Ц. Стойчев, Лекарствени взаимодействия, механизми и клинично значение, Изд. „Крамекс“, София, стр. 5-21.

Galina Stamova Chaneva, Associate professor,
Faculty of Public Health , Sofia Medical
University Sofia Bulgaria
e-mail galchan@abv.bg



КОМПОНЕНТИ НА ЗДРАВНАТА ГРИЖА, ИМАЩИ ОТНОШЕНИЕ КЪМ ЕМОЦИОНАЛНОТО ИЗТОЩЕНИЕ

Галя Янкова, Магдалена Александрова, Любомир Маринов

COMPONENTS OF THE HEALTH CARE RELATED TO EMOTIONAL EXHAUSTION

Galya Yankova, Magdalena Alexandrova, Lubomir Marinov

ABSTRACT: *Burn out is the biggest occupational hazard of the twenty first century, widely studied and discussed in world literature. According to most authors, the development is typically the first place for "helping professions" in which dominates helping people. Health care is a "unique" because the concept includes all the attributes describing it as helping human discipline. The purpose of this study was to determine which components of the health care affect the manifestations of emotional distress among health professionals. This study confirms the hypothesis that high levels of burnout increasing the distance between healthcare professionals and patients.*

Keywords: burnout, healthcare

Burnout е най-големият професионален риск на двадесет и първи век, широко проучван и дискутиран в световната специализирана литература. Според повечето автори, развитието му е типично на първо място за "помагащите професии", където доминира подпомагане на хората. Здравната грижа е „уникална“, защото концепцията включва всички атрибути, описващи я като помагача на човека дисциплина.

Проучванията за стреса и професионалното прегаряне в здравните грижи традиционно се фокусират върху задачите, и са свързани с променливи като натовареност; грижите за критично и неизлечимо болни; недостатъчната подготовка; липсата на помощен персонал; противоречие с други медицински специалисти, ръководители и лекари [1,2,3,4,6,7,10]. Изследванията, разглеждащи пряката връзка между аспектите на грижата и бърнаут – синдрома са малко. Различни проучвания [5,9,11] установяват, че емоционалната зараза, емпатичната загриженост и комуникативната отзивчивост допринасят значително за стрес и професионално изпепеляване сред прилагащите здравни грижи.

В България липсват изследвания, разглеждащи пряката връзка между аспектите на грижата и бърнаут – синдрома сред медицинските професионалисти.

Проблемът е актуален и сериозен, особено в контекста на провежданите реформи в

Здравеопазването и запазващата се в последните години тенденция на намаляване броя на професионалистите по здравни грижи и недостига на кадри.

Целта на настоящото изследване е да се установи кои компоненти на здравната грижа оказват влияние на проявите на емоционално изтощение у здравните професионалисти.

Материал и методи:

Емпиричното изследване е насочено към анализиране влиянието на отделните компоненти на здравната грижа върху проявите на емоционално изтощение. Проведено бе анкетно проучване на базата на доброволно анкетиране сред 400 здравни професионалисти работещи в три многопрофилни болници за активно лечение (МБАЛ – Враца, МБАЛ-Монтана, МБАЛ-Мездра) и две специализирани болници по онкология (СБАЛО – София, КОЦ- Враца), за периода август 2013 г – септември 2014 г. За постигане на научно – изследователските цели и за решаване на предварително формулираните задачи е използвана комплексна методика включваща: въпросник за изследване на бърнаут, чрез Maslach Burnout Inventory[8] и въпросник за измерване на грижите, чрез Caring Behaviors Inventory (CBI), кратка форма [12]. Всички въпроси са измерени по 6 точкова скала от Ликертов тип от 1(никога) до 6 (винаги). За обработка на данните са използвани матема-

тико-статистически методи, включени в програмата SPSS 19.0.

Резултати и обсъждане:

В изследването са участвали 400 здравни професионалисти работещи в три многопро-

филни болници за активно лечение (МБАЛ – Враца, МБАЛ - Монтана, МБАЛ - Мездра) и две специализирани болници по онкология (СБАЛО – София, КОЦ - Враца), както следва:

Табл.1 *Разпределение на професионалистите по здравни грижи в наблюдаваните болници.*

Здравно заведение	Здравни професионалисти	
	брой	отн. дял
МБАЛ - Враца	127	31,8%
МБАЛ - Монтана	101	25,3%
МБАЛ - Мездра	46	11,5%
СБАЛО - София	75	18,8%
КОЦ- Враца	51	12,8%
общо	400	100,0%

За идентифициране на взаимовръзката между показателите на грижата и първото измерение на бърнаут синдрома – „емоционално изтощение“ в изследването е проведен корелационен анализ между скалите на тези феномени.

Сумарната оценка на факторите касаещи

аспектите на грижата и измерението „емоционално изтощение“ на Бърнаут синдрома показват статистическа взаимозависимост ($p < 0,05$). Изследването идентифицира компоненти на здравната грижа, имащи отношение към емоционалното изтощение. Табл.2

Табл.2 *Взаимозависимост между компонентите на здравната грижа и емоционалното изтощение*

Компоненти на здравната грижа	Коефициент на корелация	Равнище на значимост
Демонстрирам загриженост за пациента	R= -0,227	p<0,01
Умея да комуникирам с пациента	R= -0,179	p<0,01
Подкрепям пациента.	R= -0,167	p<0,01
Давам възможност на пациента да изрази чувствата си, за своето заболяване и лечение.	R= -0,166	p<0,01
Обсъждам с пациента неговите актуални и потенциални нужди.	R= -0,163	p<0,01
Реагирам бързо на нуждите на пациента.	R= -0,136	p<0,01
Давам информация на пациента, така че той/тя да може да вземе решение за грижите.	R= -0,117	p<0,05
Внимателно слушам пациента	R= -0,116	p<0,05
Давам указания /обучавам пациента.	R= -0,099	p<0,05

Здравната грижа е дейност, която отговаря на уникалността на индивида по един културно съпричастен и състрадателен начин, чрез използването на терапевтична комуникация.

В професионалната дейност, тя е едно от важните умения, необходими за прилагане на качествена грижа.

Възможността здравните професионалисти да владеят добрата комуникация и общуване гарантира разбиране проблемите на пациентите и ефективните комуникативни връзки с тях и с колегите. Наред с техническото изпълнение на лекарските назначения и проце-

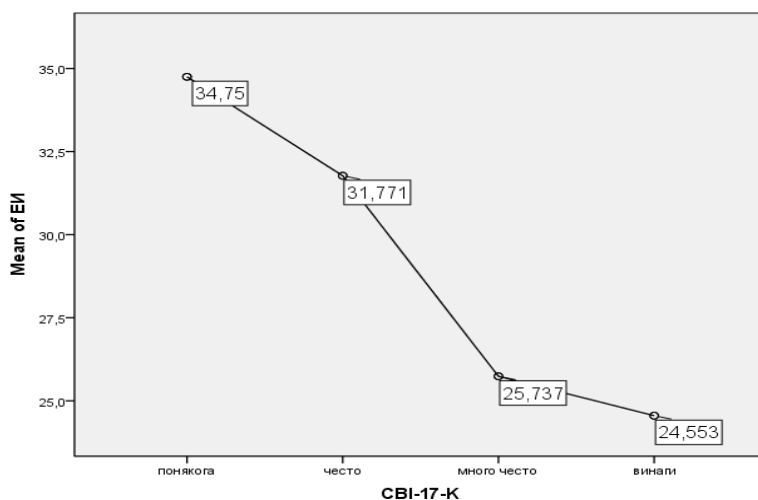
дури професионалиста по здравни грижи трябва да общува с пациента, изпитващ понякога физически и психологически трудности, страх, депресия или агресия. Това, в съчетание с огромното натоварване, води до емоционално изтощение.

Резултатите от корелационния анализ показват тенденция специфичните за здравната грижа комуникационни умения да имат отрицателна зависимост с измерението емоционално изтощение.

Лицата притежаващи по – добри комуникативни умения имат по- ниски нива на из-

черпване. При средна стойност на *емоционално изтощение* $\chi = 24,55$ за респондентите с висока самооценка за комуникативна компетентност достига нива от $\chi = 34,75$ за служителите с ниска самооценка. Много високото

ниво на *емоционално изтощение* у респондентите води до отказ за комуникация с пациентите, намалява удовлетвореността им от приложените интервенции и значително снижава качеството на грижата. Фиг.1



СБІ-17-К: Умея да комуникирам с пациента;

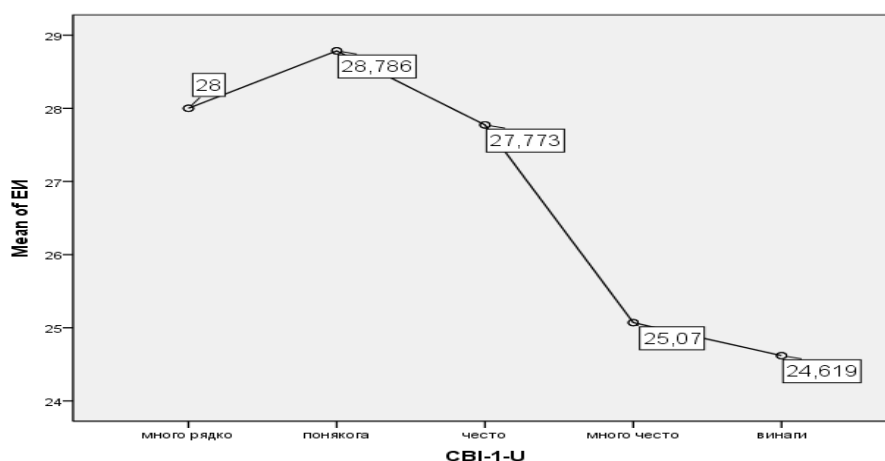
Фиг.1 Връзка между самооценката на респондентите за комуникативни умения и емоционалното изтощение.

Данните от анализа показват и тенденция за намаляване ефективността на комуникацията с повишаване степента на емоционалното изхабяване на професионалиста.

Споделянето на тревогите, притесненията и неудобствата на пациента често поражда отрицателни изживявания у здравния специалист, дължащи се на емоционалната

въвлеченост, на „непосредствения пренос“ на емоции от пациента към професионалиста.

Средната стойност на емоционално изчерпване у респондентите, които много рядко прилагат основните комуникативни умения, най-вече умението за слушане е $\chi = 28$ и намалява (въпреки, че е в рамките на високо ниво) до $\chi = 24,62$ при лицата, които винаги прилагат това комуникативно умение. Фиг.2



Внимателно слушам пациента

Фиг.2 Взаимозависимост между уменията за комуникация и емоционалното изтощение у респондентите

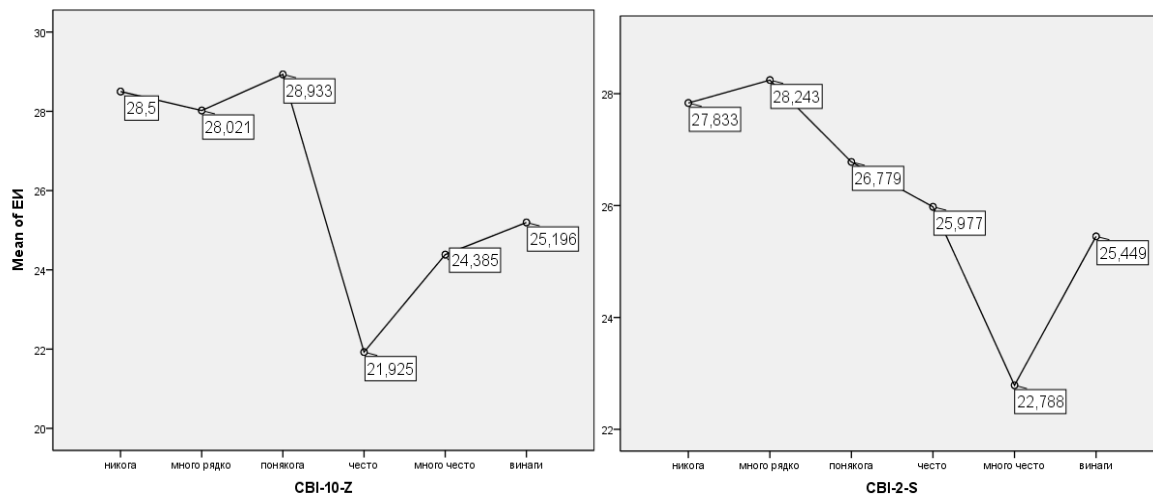
Професията на здравния професионалист съобразно неговите компетенции изисква информиране на пациента за нуждите от съответното изследване, манипулация или за

промяна в диетата, дискутиране на природата на заболяването и прилаганите грижи. Силната соматична болка, страхът и притеснението на пациента, генерират различен по интензи-

тет стрес, който води до изчерпване у здравния специалист.

Въпреки, че респондентите показват много високо ниво на професионални знания и умения едва $\frac{1}{4}$ от анкетираните винаги дават информация на пациента за прилаганата грижа, също толкова го обучават и дават указания за автогрижа, за да живее достойно с болестта си.

Изследването показва, че респондентите, които никога/или много рядко дават информация на пациента, за да може да вземе решение за грижите имат високо ниво на емоционално изчерпване ($\chi = 28,5$). Същата тенденция се наблюдава и при професионалистите, които отказват или много рядко дават указания и обучават пациента ($\chi = 28,24$). Фиг.3



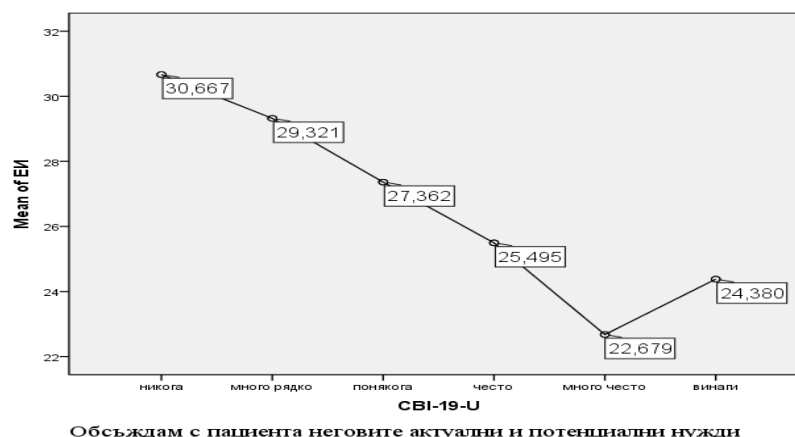
CBI-10-Z: Давам информация на пациента, така че той/тя да може да вземе решение за грижите. CBI-2-S: Давам указания /обучавам пациента.

Фиг.3 Връзка между желанието за информиране и обучение на пациента и емоционалното изтощение.

Поради спецификата на своята професия здравният професионалист има достъп до личното и интимно пространство на пациента. В хода на реализирането на здравната грижа професионалистът слуша и наблюдава, дава възможност на пациента да изрази чувствата и емоциите си, обсъжда неговите нужди, а това води до психическо, морално и етично напрежение, което в крайна сметка обуславя значително социално –

психологическо натоварване.

Анализът на резултатите показва високо ниво на емоционално изтощение при респонденти, неотдаващи внимание на потребностите на пациента ($\chi=30,67$). С повишаване самооценката за степента на внимание към нуждите на пациента, спада нивото на емоционално изтощение у професионалистите ($\chi=22,68$ до $\chi=24,38$). (фиг.4)

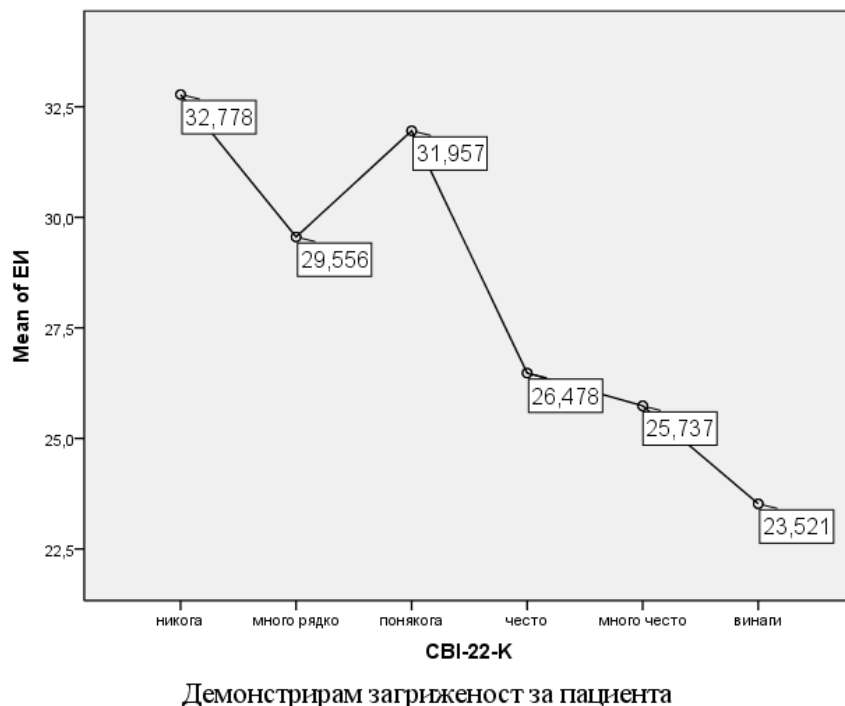


Фиг.4 Връзка между емоционалното изтощение на респондентите и степента на внимание към нуждите на пациента

Резултатите показват и обратно пропорционална връзка между професионалната загриженост на медицинския специалист към пациента и измерението „емоционално изтощение“ ($p=0,000$).

Силно впечатление прави значимото повишаване на нивото на емоционално изтощение ($\chi=32,78$) при респонденти не изразя-

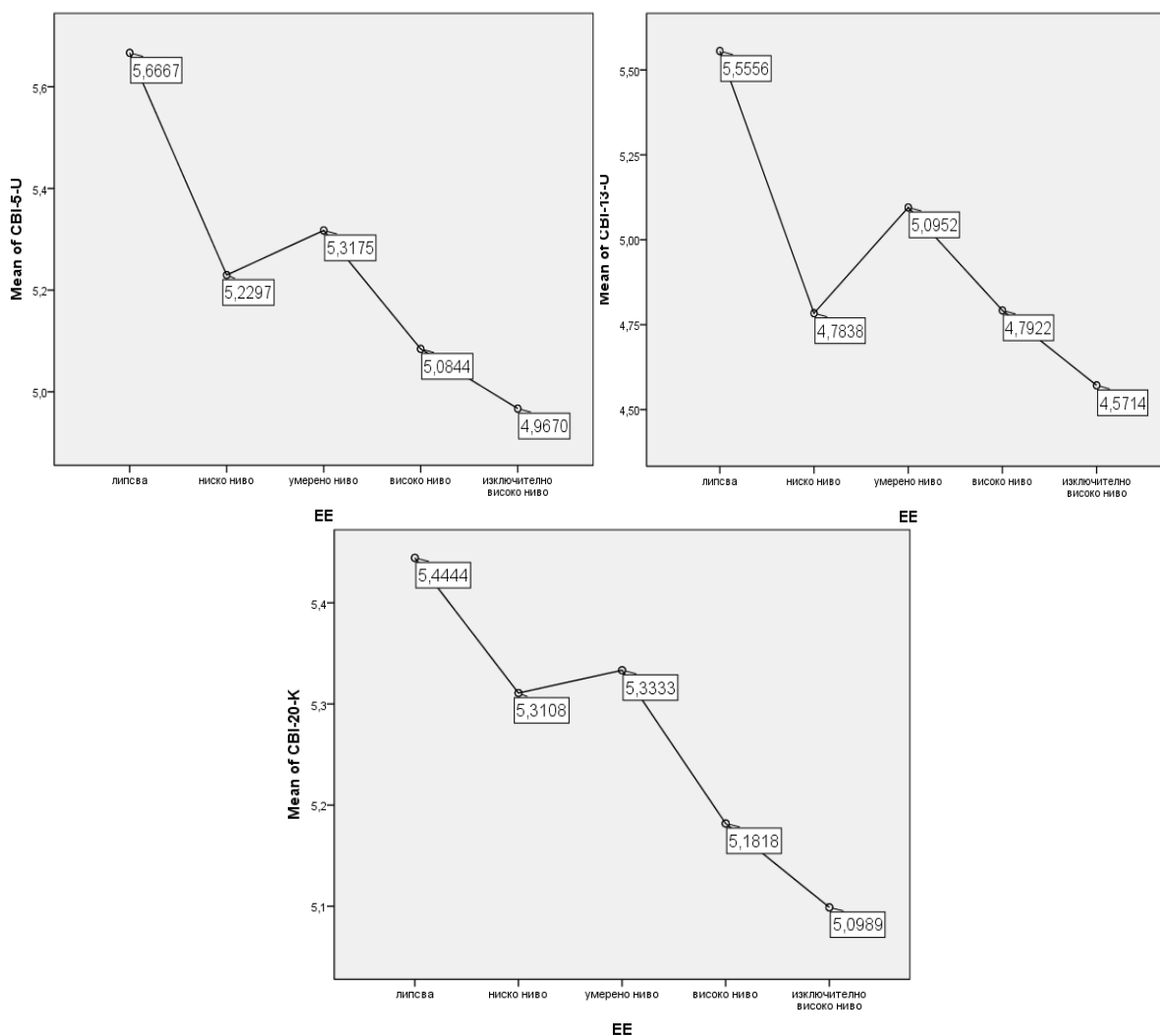
ващи загриженост към пациента. Високото ниво на прегаряне отдалечава медицинските специалисти от пациента и ги превръща в „машина за манипулации“, а докосването, простият физически контакт, могат понякога да бъдат единственото средство за съобщаване на задълбоченост и интензивност на загрижеността. (Фиг.5)



Фиг.5 Връзка между загрижеността за пациента и чувството за емоционално изтощение и разочарование от работата на медицинските специалисти.

Взаимоотношенията болен - медицински персонал поставят много значими проблеми в медицинската практика и медицинската етика и деонтология. Прегарянето променя ролята на здравните специалисти, които чрез ежедневното си общуване, наблюдение и взаимодействие се стремят да разберат поведението и преживяванията на човека при здраве и болест, да оказват емоционална подкрепа на пациента, който е уплашен, разтревожен, засрамен. Въпреки, че респондентите дават ви-

сока самооценка по отношение на оказваната подкрепа ($\chi=5,15$) и даването на възможност на пациента да изрази чувствата си ($\chi=4,82$) резултатите показват тенденция на плавно понижаване нивото на тези грижовни поведения с повишаване на емоционалното изтощение. А това влияе на бързата реакция на здравните специалисти на нуждите на пациента и снижава качеството на грижата. Фиг.6



CBI-5-U: Подкрепям пациента; CBI-13-U: Давам възможност на пациента да изрази чувствата си, за своето заболяване и лечение; CBI-20-K: Реагирам бързо на нуждите на пациента; EE: Емоционално изтощение

Фиг.6 Връзка между етичните аспекти на грижата и измерението емоционално изтощение

Изводи: Направеното проучване дава основание за следните изводи:

- Компонентите на здравната грижа имат отношение към емоционалното изчерпване. Резултатите от корелационния анализ показват тенденция специфичните за здравната грижа комуникационни умения да имат отрицателна зависимост с измерението емоционално изтощение. Лицата притежаващи по – добри комуникативни умения имат по- ниски нива на изчерпване.
- Налице е тенденция за снижаване ефективността на комуникацията с повишаване степента на емоционалното изхабяване на професионалиста.
- Респондентите, които никога/или много рядко дават информация на пациента, за да може да вземе решение за грижите

имат високо ниво на емоционално изчерпване ($\chi=28,5$).

- Анализът на резултатите показва високо ниво на емоционално изтощение при респонденти, неотдаващи внимание на потребностите на пациента ($\chi=30,67$).
- Налице е и обратно пропорционална връзка между професионалната загриженост на медицинския специалист към пациента и измерението „емоционално изтощение“ ($p=0,000$). Силно впечатление прави значимото повишаване на нивото на емоционално изпепеляване ($\chi=32,78$) при респондентите не изразяващи загриженост към пациента.

Заклучение: Представеното изследване потвърждава хипотезата, че високото ниво на прегаряне отдалечава медицинските специалисти от пациента и ги превръща в „машина за манипулации“, а докосването, простият

физически контакт, могат понякога да бъдат единственото средство за съобщаване на задълбоченост и интензивност на грижата.

Резултатите могат да бъдат използвани, за разработване и прилагане на интервенции, индивидуални и на работното място, които ще подпомогнат да се намали или предотврати професионално прегаряне.

Литература

1. Георгиева, И., Е. Караславова, Д. Тодоров (2008). Професионалното изчерпване при медицински сестри, работещи в клиника по детски и генетични заболявания при УМБАЛ "Св. Георги" – Пловдив; Сестринско дело, 40, № 3, с. 3-7

2. Ненова А., А. Рашева, Б. Ценова, К. Даскалов, И. Маринов (2005). Емоционално изтощение (бърнаут) и общи характеристики на работата на медицински персонал в клиника за консервативно лечение. Сб. III Нац. Конгрес по психология, София, 28-23 окт., 2005, София, 316-322. ISBN 954-638-137-3

3. Маринова П., П. Добрилова, К. Стефанова (2010). Синдром на изпепеляване и неговите фактори в интензивните отделения; сп. Медицински меридиани, 2, с. 22-27

4. Цонева Д., В. Матанова В., Ст. Хинев. (2011). Рискови фактори за развитие на Burnout синдром при медицинския персонал работещ в Клиника/Отделение по анестезиология и интензивно лечение; Анестезиология и интензивно лечение, 2011; 4: 47-52

5. Alderson M. (2008). Work Structure in the Chronic Care Setting: Possible Consequences for Nurses' Mental Health. Canadian Journal of Nursing Research 2008;40(3):160-78

6. Gray-Toft, P. & Anderson, J. G. (1981). Stress among hospital nursing staff: Its causes and effects. Social Science & Medicine, 15, 639-647.

7. Hyman, S. et al. (2011). Risk of Burnout in Perioperative Clinicians. A Survey Study and Literature Review, Anesthesiology, 114, № 1, 194-204.

8. Maslach, C. (1993). Burnout: a multidimensional perspective in Professional burnout: Recent developments in theory and research edited by Schaufeli, W, Maslach, C and Marek, T. Washington, DC: Taylor & Francis.

9. Miller, K. I., Stiff, J. B. & Ellis, B. H. (1988). Communication and empathy as precursors to burnout among human service workers. Communication Monographs, 55, 250-265.

10. Oginska-Bulit, N. (2006). Occupational stress and its consequences in healthcare professionals: the role of type D personality. – Int. J. Occup. Med. Environ. Health, 19, № 2, 113-122.

11. Peery, A.I. (2006). Caring and Burnout in Registered Nurses: What's the Connection? <http://repository.lib.ncsu.edu/ir/bitstream/1840.1/6/3606/1/etd.pdf>

12. Wu, Y., Larrabee, JH, Putman, HP. (2006). 'Caring behaviours inventory: a reduction of the 42-item instrument.' Nursing Research, 55: pp.18-25

Галя Янкова,
асистент, Катедра „Здравни грижи“
МУ – София; филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца
гр. Враца п.к. 3000
Университетски комплекс; корпус 1, ет.2
e-mail:gyankova1968@abv.bg



ВРЪЗКА МЕЖДУ АСПЕКТИТЕ НА ГРИЖАТА И ИЗМЕРЕНИЕТО ЕМОЦИОНАЛНО ИЗТОЩЕНИЕ

Галия Янкова, Пенка Маринова, Петя Аспарухова

RELATIONSHIP BETWEEN ASPECTS OF CARE AND DIMENSIONS OF EMOTIONAL EXHAUSTION

Galya Yankova, Penka Marinova, Petya Asparuhova

ABSTRACT: *The XXI century e century of health care. The nature of health care implies emotional intensity and a high percentage factors causing stress and professional burn out. The purpose of this study is to analyze the relationship between aspects of care and emotional exhaustion dimension of burn out at health professionals. The present study confirms the hypothesis that correlations exist between the four aspects of care and burnout syndrome.*

Keywords: emotional exhaustion

Двадесет и първи век е векът на здравните грижи. Здравната професия е възникнала и съществува, за да служи на обществото. Дейностите по здравни грижи са изключително важна част от лечението, рехабилитацията, профилактиката и промоцията на здраве [1,3,5,7,8].

Традиционно „грижата“ е проектирана по-скоро като отношение отколкото действие, въпреки че както казва Barker „без действие отношението е само риторика“ [9].

Още през XIX век Флоранс Найтингейл в книгата си „Бележки за сестринството“ [12] полага основите на професионалната здравна грижа. Въпреки, че се основава на прагматизма тя отразява философия на грижите, в която грижовността е морален императив за здравния професионалист [10]. Според Уотсън „грижата ...представлява защита, укрепване и запазване на човешкото достойнство. Не е грижа присъствието до пациента, само и единствено, за да се свърши работа“ [13].

Предразположени към професионално прегаряне в голяма степен са представителите на професии от типа „човек – човек“, каквато е здравната професия. Естеството на здравната грижа предполага емоционална наситеност и висок процент фактори предизвикващи стрес и професионално прегаряне. Стресорните фактори могат да са най-различни: дългосрочната грижа, хронично болните пациенти, възрастта на пациента, умирация пациент,

пациент, който не е в състояние да общува и т.н. [4,6]

При осъществяването на грижи, освен професионалните знания, умения и навици в професионалната си дейност здравните специалисти използват в значителна степен своята личност като „емоционален донор“. Като резултат от въздействието на тези и други аспекти на работата, при здравните професионалисти се проявяват различностепенни показатели на изтощение [2].

Целта на настоящето изследване е да се анализира връзката между аспектите на грижата и измерението емоционално изтощение на burn out у здравните професионалисти.

Материал и методи: Емпиричното изследване е насочено към определяне нивото на емоционалното изтощение и връзката му с аспектите на здравната грижа. Проведено бе анкетно проучване на базата на доброволно анкетиране сред 400 здравни професионалисти работещи в три многопрофилни болници за активно лечение (МБАЛ – Враца, МБАЛ-Монтана, МБАЛ-Мездра) и две специализирани болници по онкология (СБАЛО – София, КОЦ-Враца), за периода август 2013 г – септември 2014 г. За целите на изследването е използвана ревизирана концептуална рамка на **Wu, Larrabee and Putman** [15], формулираща структура на „грижата“ състояща се от четири аспекта: професионални знания и умения; осигуряване на качество на грижата;

почтителност и позитивна свързаност. Тези фактори ще се използват като независими променливи, които действат върху синдрома Burn out. Показателите за оценка на аспектите на грижата и ниво на реализация са измерени, чрез Caring Behaviors Inventory [14,15], преведен на български език и адаптиран за целите на изследването. За изследване на Burn out е използвана техниката на Маслач и Джаксън (Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey)[11]. Всички въпроси са измерени по 6 точкова скала от Ликертов тип от 1(никога) до 6 (винаги).

За обработка на данните са използвани математико-статистически методи, включени в програмата SPSS 19.0.

Резултати и обсъждане:

В изследването на доброволен принцип са взели участие 400 здравни професионалисти осъществяващи грижи в пет болници с различна степен на натоварване: хирургични отделения, терапевтични отделения, педиатрия, ОАИЛ, психиатрия, онкология, палиативни грижи.

Разпределението на професионалистите по здравни грижи по болници и специалност е показано на табл.1

Табл.1 Разпределение на здравните професионалисти в наблюдаваните болници по специалност

Здравно заведение	Медицински сестри		Други здравни професионалисти	
	брой	отн. дял	брой	отн. дял
МБАЛ - Враца	120	34,3%	7	14,0%
МБАЛ - Монтана	84	24,0%	17	34,0%
МБАЛ - Мездра	35	10,0%	11	22,0%
СБАЛО - София	64	18,3%	11	22,0%
КОЦ- Враца	47	13,4%	4	8,0%

Средната възраст на респондентите е в диапазона 47г. ($\chi=46,58$; min.23, max.74). Повече от половината от изследваните здравни професионалисти са с дълъг трудов стаж (58,8% - повече от 20 години), а 14,8% попадат в границите между 16 и 20 години. Трудов стаж между 11 и 15 години отбелязват 11% от респондентите, 10,5% са в началото на своята трудова кариера и 5 % попадат в диапазона от 6 до 10 години. От всички анкетирани здравни професионалисти 45% имат полувисше медицинско образование, 28% притежават бакалавърска образователна степен, 14,8% са с ОКС „специалист“ и 12,2% са завършили магистърска програма по здравни грижи.

За идентифициране на взаимовръзката между показателите на грижата и първото измерение на бърнаут синдрома – „емоционално изтощение“ в изследването е проведен корелационен анализ (Pearson) между скалите на тези феномени.

Сумарната оценка на факторите касаещи аспектите на грижата (осигуряване на качество, професионални знания и умения и взаимно уважение) и измерението „емоционално изтощение“ на Бърнаут синдрома показват статистическа взаимозависимост ($p<0,05$). Анализът не установи статистически значима връзка между емоционалното изтощение и скалата позитивна свързаност. Табл.2

Табл. 2 Корелационна зависимост между емоционалното изтощение и аспектите на здравната грижа

		Осигуряване на качество	Проф. знания и умения	Взаимно уважение	Позитивна свързаност
Емоционално изтощение	Pearson Correl.	-,149**	-,100*	-,169**	-,071
	Sig. (2-tailed)	,003	,046	,001	,155
	N	400	400	400	400

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). *. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Налице е тенденция за намаляване на емоционалното изтощение с повишаване нивото

на приложимост на показателите на здравната грижа. Табл.3

Табл.3 Средна стойност на измерението емоционално изтощение в зависимост от нивото на аспектите на здравната грижа

Средна стойност на измерението емоционално изтощение				
Показатели ниво	Осигуряване на качество	Проф.знания и умения	Взаимно уважение	Позитивна свързаност
ниско ниво	34,00	30,00	29,33	26,88
посредствено ниво	31,15	28,57	27,19	25,43
умерено ниво	25,41	27,61	27,31	22,21
високо ниво	25,49	26,71	24,32	25,13
много високо ниво	24,40	24,35	23,90	27,15

Приложеният дисперсионен анализ показва тенденция за изразени статистически значими различия по отношение на

„специалността“ на здравните професионалисти и връзката и с наблюдаваните характеристики. Табл.4

Табл.4 Връзка между ЕИ и аспектите на здравната грижа в зависимост от специалността на професионалистите

Средна стойност на емоционално изтощение					
ПЗГ	показатели ниво	Осигуряване на качество	Проф. знания и умения	Взаимно уважение	Позитивна свързаност
медицинска сестра	ниско ниво	32,00	-	32,00	27,62
	посредствено ниво	31,95	27,80	27,60	25,61
	умерено ниво	26,63	27,82	27,64	22,13
	високо ниво	25,95	27,34	24,74	25,73
	много високо ниво	24,84	24,88	24,51	28,26
рехабилитатор, клиничен лаборант, рентгенов лаборант, кинезитерапевт, акушерка, медицински фелдшер	ниско ниво	35,50	30,00	26,18	23,76
	посредствено ниво	27,80	30,50	23,00	23,89
	умерено ниво	21,76	27,00	25,17	23,20
	високо ниво	20,77	22,86	21,29	15,25
	много високо ниво	18,82	18,35	15,63	15,67

Резултатите показват, че грижовното поведение е по - стресогенно при медицинските сестри от колкото при другите здравни професионалисти. Това би могло да се обясни с близката дистанция на медицинските сестри с пациента. Те в по-висока степен не успяват да отреагират адекватно на напрежението, и емоциите се отразяват на техния начин на общуване с другите.

Прави впечатление неоспоримият факт на засилване нивата на емоционално изчерпване с нарастване на възрастта в изследваната извадка, водещо до снижаване нивата на приложимост на здравната грижа. Средното ниво на ЕИ при респондентите до 30 години е $\chi = 15,75$ до $\chi = 29,34$ при лицата около пенсионна възраст. Обратна тенденция се наблюдава в нивото на приложимост на отделните аспекти на здравната грижа. Табл.5

Табл.5 Връзка между аспектите на здравната грижа и усещането за емоционално изтощение в различните възрастови групи.

възраст	Средна стойност на наблюдаваните характеристики				
	Емоционално изтощение	Осигуряване на качество	Проф.знания и умения	Взаимно уважение	Позитивна свързаност
до 30 г.	15,75	41,53	26,53	30,44	21,58
31-40 г.	25,59	40,96	27,19	28,12	20,03
41-50 г.	25,12	40,65	26,82	28,35	19,62
51-60 г.	27,98	40,03	26,54	27,75	18,73
над 60 г.	29,34	38,72	26,07	26,34	17,14

Налице са големи различия между нивото на приложимост на аспектите на грижата и емоционалното изтощение в отделните възрастови групи. Табл.6

Табл.6 Връзка между нивото на здравната грижа и усещането за емоционално изтощение в различните възрастови групи.

Средна стойност на емоционално изтощение					
възраст	показатели	Осигуряване на качество	Проф.знания и умения	Взаимно уважение	Позитивна свързаност
	ниво				
до 30 год.	ниско ниво	30,00	24,00	-	26,25
	посредствено ниво	31,00	30,00	26,00	14,86
	умерено ниво	16,80	20,67	16,33	14,79
	високо ниво	15,44	15,50	17,00	12,56
	много високо ниво	14,15	13,76	12,88	19,00
31 - 40 год.	ниско ниво	29,00	29,00	28,14	26,53
	посредствено ниво	31,80	38,00	30,11	30,44
	умерено ниво	31,22	33,00	28,00	20,64
	високо ниво	23,32	29,92	25,40	23,25
	много високо ниво	24,97	22,76	22,22	29,44
41 - 50 год.	ниско ниво	31,50	-	33,00	25,81
	посредствено ниво	26,86	21,00	24,00	22,34
	умерено ниво	24,50	26,33	26,08	25,89
	високо ниво	26,29	26,61	24,25	26,91
	много високо ниво	23,76	24,17	25,00	24,42
51 -60 год.	ниско ниво	35,00	37,00	26,10	26,63
	посредствено ниво	33,11	34,50	27,85	28,97
	умерено ниво	25,29	28,75	32,26	26,45
	високо ниво	26,85	27,46	24,65	28,60
	много високо ниво	29,62	27,97	28,85	32,11
над 60 год.	ниско ниво	46,00	-	36,75	31,17
	посредствено ниво	33,50	-	30,29	22,33
	умерено ниво	28,00	29,75	27,00	25,50
	високо ниво	30,00	29,47	27,33	41,50
	много високо ниво	25,89	29,00	27,50	19,00

От таблицата е видно, че за респондентите до 30 годишна възраст средната стойност на ЕИ при много високо ниво на качество на здравната грижа е $\chi = 14,15$ до $\chi = 30,00$ при ниско ниво на показателя.

При професионалистите над 60 години средната стойност на ЕИ при същия показател се движи от $\chi = 25,89$ при много високо ниво до $\chi = 46,00$ за ниско ниво на качество на

грижата. Същата тенденция е характерна и за другите аспекти на здравната грижа.

Логичното обяснение на този резултат е, че младите здравни специалисти получават университетско образование, даващо възможност за по-добра професионална подготовка и разширяващо компетенциите, съобразени с новата философия на професията. От друга страна се вижда негативния ефект, който спецификата на здравната грижа оказва с течение на времето върху емоционалното състояние на респондентите.

Професионалният опит на работното място, като фактор характеризиращ експертното ниво на здравната грижа също влияе на измерението „емоционално изтощение“. Устано-

вена е статистически значима връзка ($p < 0,01$) между нивото на здравната грижа, емоционалното изтощение и професионалния стаж на последното работно място. Общото ниво на емоционално изтощение при респондентите сочи тенденция към павно, но последователно покачване с нарастването на трудовия стаж, респ. нивото на грижа намалява.

При средна стойност на емоционално изтощение $\chi = 22,86$ за респондентите с трудов стаж до 5 години – нивото на качество на грижата е $\chi = 41,48$ и достига нива от $\chi = 28,2$ за служителите с над 20 години професионален опит, при средно ниво на качество $\chi = 39,66$. Същата тенденция е характерна и за другите аспекти на здравната грижа. табл.7

Табл.7 Връзка между аспектите на здравната грижа, емоционалното изтощение и професионалния опит на респондентите

Проф. стаж на наблюдаваното раб. място	Средна стойност на наблюдаваните характеристики				
	Емоционално изтощение	Осигуряване на качество	Проф.знания и умения	Взаимно уважение	Позитивна свързаност
1-5 г.	22,86	41,48	26,73	29,29	20,74
6-10 г.	26,6	40,36	26,95	28,25	19,64
11-15 г.	23,55	40,75	27,15	28,42	19,47
16- 20 г.	26,8	40,07	26,83	27,83	19,31
> 20 г.	28,2	39,66	26,32	27,12	18,12

Този резултат може да се обясни с факта, че с увеличаване на трудовия стаж нараства умората, емоционалното изтощение, разочарованието от работата, а това води до пониска самооценка за здравната грижа от респондентите, респ. намалява нивото на реализуемост на грижата.

Анализите сочат, че лицата проявяващи най-ниска склонност към емоционално прегаряне, са с ОКС „магистър“, а най – висока:

Табл.8 Връзка между аспектите на здравната грижа, емоционалното изтощение и образователното ниво на респондентите

Образование	Средна стойност на наблюдаваните характеристики				
	Емоционално изтощение	Осигуряване на качество	Проф. знания и умения	Взаимно уважение	Позитивна свързаност
полувисше	27,89	39,79	26,29	27,16	18,38
ОКС „специалист“	24,25	39,73	26,61	28,02	19,25
ОКС „бакалавър“	24,47	42,47	27,22	29,28	20,81
ОКС „магистър“	21,22	41,45	27,29	29,43	20,18

Анализът на тези резултати показва, че лицата с по-висока образователно - квалификационна степен са по - ориентирани към разпознаване, анализ и споделяне на своите емоции, влагат повече емоционалност в поддържането на междуличностните взаимоотношения, осъществяват по – професионални грижи.

Изводи: Направеното проучване дава основание за следните изводи:

- Факторите касаещи аспектите на грижата и измерението „емоционално изтощение“ на Бърн аут синдрома показват статистическа взаимозависимост ($p < 0,05$). Налице е тенденция за намаляване на емоционалното изтощение с повишаване нивото на реализуемост на здравната грижа;
- налице са изразени статистически значими различия по отношение на „специалността“ на здравните професионалисти и връзката и с наблюдаваните характеристики. Резултатите показват, че грижовното поведение е по- стресогенно при медицинските сестри от колкото при другите здравни професионалисти.
- Прави впечатление неоспоримия факт на засилване нивата на емоционално изчерпване с нарастване на възрастта в изследваната извадка, водещо до снижаване нивата на приложимост на здравната грижа.
- Установена е статистически значима връзка ($p < 0,01$) между нивото на здравната грижа, емоционалното изтощение и професионалния стаж на последното работно място. Общото ниво на емоционално изтощение при респондентите сочи тенденция към плавно, но последователно покачване с нарастването на трудовия стаж, респ. нивото на грижа намалява;
- лицата проявяващи най-ниска склонност към емоционално прегаряне, са с ОКС „магистър“, а най – висока: специалистите с по-високо образование. Здравните професионалисти с по-висока образователно - квалификационна степен са по - ориентирани към разпознаване, анализ и споделяне на своите емоции, влагат повече емоционалност в поддържането на междуличностните взаимоотношения, осъществяват по – професионални грижи.

Заклучение

Представеното изследване потвърждава хипотезата, че съществуват взаимозависимости

между четирите аспекта на грижата (осигуряване на качество, почтителност, професионални знания и умения и позитивна свързаност) и измерението емоционално изтощение на burn out. Резултатите могат да бъдат използвани за разработване на профилактични и корекционни програми.

Литература

1. Александрова, М. (2007). Съвременната медицинска сестра, София, 2007
2. Александрова, М. (2011). Бърнаут – актуален проблем за управлението на човешките ресурси в здравеопазването. В: Иновации в общественото здравеопазване., 45-55.
3. Гавраилова, Д. и др. Сила и авторитет на сестринската професия. // Здравен мениджмънт, III, 2003, № 6, с. 17-19.
4. Ненова, А., А. Рашева, Б. Ценова, К. Даскалов, И. Маринов (2005). Емоционално изтощение (бърнаут) и общи характеристики на работата на медицински персонал в клиници за консервативно лечение. Сб. III Нац. Конгрес по психология, София, 28-23 окт., 2005, София, 316-322. ISBN 954-638-137-3
5. Маринова, П. (2012). Съвременната медицинска сестра. Социологически, образователни и управленски аспекти. С., Нов ден, 2012, 7-17
6. Маринова, П., П. Добрилова, К. Стефанова (2010). Синдром на изпепеляване и неговите фактори в интензивните отделения; сп. Медицински меридиани, 2, с.22-27
7. Стамболова, И. (2010). Самочувствието на медицинските сестри като израз на тяхната професионална отговорност и удовлетвореност// Здравни грижи, бр.,1,2010
8. Чанева, Г., (2008). Удовлетвореност на пациентите от качеството на сестринските грижи в болницата. Български медицински журнал, 2, 2008, 1, с. 61-64
9. Barker, P. (2000). Reflections on caring as a virtue ethic within an evidence-based culture. International Journal of Nursing Studies, 37 (4), 329-336.
10. Boykin, A., & Schoenhofer, SO (1993). Nursing as caring: A model for transforming practice. New York: National League of Nursing Publications.
11. Maslach, C. (1993). Burnout: a multidimensional perspective in Professional burnout: Recent developments in theory and

research edited by Schaufeli, W, Maslach, C and Marek, T. Washington, DC: Taylor & Francis.

12. Nightingale, F. (1859) Notes on Nursing: What it is and what it is not. London: Harrison.

13. Watson, J. (1988). Nursing. Human science and human care: a Theory of nursing. New York: National League for Nursing Press.

14. Wolf, Z. R. (1986). The caring concept and nurse identified caring behaviors. Topics in Clinical Nursing, 8 (2), 84-93.

15. Wu, Y., Larrabee, JH, Putman, HP. (2006). 'Caring behaviours inventory: a reduction

of the 42-item instrument.' Nursing Research, 55: pp.18-25

Галя Янкова,
асистент, Катедра „Здравни грижи“
МУ – София; филиал „Проф. д-р Иван Ми-
тев“ – Враца
гр. Враца п.к. 3000
Университетски комплекс; корпус 1, ет.2
e-mail: gyankova1968@abv.bg



ХРАНИТЕЛНИ НАВИЦИ ПРИ СТУДЕНТИ МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ

Гергана Петрова, Виктория Атанасова, Пенка Гацева

NURSING STUDENTS' DIETARY HABITS

Gergana Petrova, Victoria Atanasova, Penka Gatseva

ABSTRACT: A cross-sectional study investigating dietary habits and behavior of 75 first year nursing students (74 /98.7%/ females and 1 /1.3 %/ male) at average age 22.63 ± 6.0 years from Medical University of Plovdiv was performed. The students anonymously filled in a survey questionnaire adapted to the aim of the study. Eating frequency throughout the day, regular breakfast in the morning, frequency of food and beverages consumption and changes in dietary habits were investigated. The Food Frequency Questionnaire method was used. Data were analyzed statistically using statistical program SPSS version 19.

The results of the study indicated that three times eating frequency throughout the day predominated – 44% ($n=33$) of students have eaten three meals a day. However 26.7% ($n=20$) of them had twice eating frequency throughout the day. The last didn't correspond with the recommended regimen of diet of the students. Regular breakfast in the morning (an important meal of the day) had only 25.3% of respondents. 28% ($n=21$) of nurses didn't have breakfast at all. The survey data indicated that some eating and food product intake habits did not correspond to the healthy diet recommendations. The intake of milk (fresh/yogurt), dairy products was insufficient; fish and legumes intake was low. The intake of fresh fruits and vegetables rich in bioactive substances was low too. Only 34.7% of the inquired students had recommended 6-7 intakes of fruits and vegetables per day. Average 60% of nurses have changed their dietary habits towards healthier.

The recommendations were given about improvement of the dietary habits and behavior of the investigated students keeping the requirements of health nutrition, with a view to prevention of chronic diseases. The changes in this trend as future medical specialists counseling patients toward healthy lifestyle are necessary.

Key words: Dietary habits, Breakfast, Food frequency consumption, Students, Nurses

Introduction

The role of nutrition in health promotion, disease prevention and treatment of chronic non-communicable diseases (NCD) is well recognized. Nutrition is cited as the most controllable risk factor affecting long-term health. Diet is now considered to play a substantial role in the etiology of many chronic degenerative diseases such as coronary heart disease, atherosclerosis, non-insulin dependent diabetes mellitus, osteoporosis and some type of cancer [2, 7].

The dietary habits and the rate frequency of consumption of the essential food products and their content are of primary importance for the individual and public health. Unhealthy diet is one of the four major risk factors for the occurrence of a number of NCD globally; it is associated also with diseases of the gastrointestinal system, as well as with malnutrition conditions. Two main characteristics are considered as defining diet as

unhealthy: high fat, salt, and sugar intake on the one hand, and low fruit and vegetables intake. In the European region, unhealthy diet contributes 4.4% to the total disease burden (from 2.3% to 15.5% in individual countries), and it is cause of 1.2% to 7.9% of all deaths. For Bulgaria these rates are 7.4% and 4.3%, respectively [18].

A number of studies in Bulgaria in the recent decades have defined the diet of the population as unhealthy. There is high animal and vegetable fat intake; fresh fruit and vegetable intake is insufficient; milk and dairy product intake is low; fish intake is three times lower than the recommended one; salt intake is three times higher than the recommended one; mean daily dietary vitamin and mineral intake is below the reference values. Unhealthy diet leads to occurrence of both nutrient deficiencies among certain population groups, and to higher count of overweight and obese subjects, factors carried by over half of the Bulgarians, moreover as early as from young age. This reflects in the time of

course of morbidity and mortality from NCD in Bulgaria [18].

University and colleges are potentially important targets for the promotion of healthy lifestyles of the adult population [16, 20]. University students, especially medical students, have carried out more healthy behavior and have and have been better informed about risks than young adults who had not entered tertiary education [17].

Key of lifestyle modification is to managing established NCD risk factors including physical inactivity, unhealthy diets, smoking, obesity, and alcohol use. The data suggest that encouraging healthy lifestyles among medical students could facilitate the formation of healthy physicians who would be more likely to provide preventive counseling to their patients [7].

Most of people and especially young generation have adopted the modern trends, not only in terms of living but in eating too. Eating habits of young adults are influenced by easy availability of fast food. As a consequence, overweight and obesity are increasingly observed among the young. Obesity in combination with unhealthy life style, such as smoking and physical inactivity, may increase the risk of chronic diseases [15, 20].

Regardless of predisposing factors, diet and lifestyle have a great influence on morbidity and mortality in life. Due to the cumulative effect of adverse factors throughout life of an individual, it is particularly important to adopt a healthy diet and lifestyle practice [13]. According to WHO 60% of the quality of individual's health is dependent on his/her life style and behavior, if healthy habits are adopted earlier, this can prevent from problems of future years [15].

Medical students represent a significant community of future health practitioners. Improvement in life style if made in early years and during medical schooling would produce physicians practicing and promoting healthy diet and active life style. A need for improvement is required in health seeking behavior of medical students [4, 10, 13, 14].

The **aim** of the present study is to investigate dietary habits and behavior of nursing university students.

Material and methods

A cross-sectional study investigating dietary habits and behavior of 75 first year nurses students (74 /98.7%/ females and 1 /1.3 %/ male

at average age 22.63 ± 6.0 years (min -18, max -47 years) from Medical University of Plovdiv was performed. The students anonymously filled in a survey questionnaire adapted to the aim of the study [18]. Eating frequency throughout the day, regular breakfast in the morning, frequency of food and beverages consumption and changes in dietary habits were evaluated. The Food Frequency Questionnaire method was used. Data were analyzed statistically using statistical program SPSS version 19. All subjects with missing information were excluded from data analyses.

Results and discussion

The results from this study, related to the rate of frequency of eating throughout the day, indicated that three times eating frequency throughout the day predominated. 44% (n=33) of students have eaten three meals a day (Table 1).

Table 1. Eating frequency throughout the day among the inquired students (%)

Eating Frequency	Students	
	n	%
<i>Once</i>	2	2.7
<i>Twice</i>	20	26.7
<i>Three times</i>	33	44.0
<i>Three-Four times</i>	1	1.3
<i>Four times</i>	13	17.3
<i>Five times and over</i>	6	8.0
Total	75	100

However 26.7% (n=20) of them had twice eating frequency throughout the day. The last didn't correspond to the recommended regimen of diet of the students. It could result in overweight or underweight of the corresponding students. Eating four times a day demonstrated 17.3% (n=13) of respondents. The rate of nurses eating meals five a day was low – 8.0% of persons.

Regular breakfast in the morning is important for health. It is known to contribute significantly to the total daily energy and nutrient intake [1, 6, 11]. In this study, only 25.3% (n=19) of the students ate breakfast every day. 24.0% (n=18) of respondents ate breakfast 1-2 times per week. 28% (n=21) of nurses didn't have a breakfast at all. Skipping breakfast is related to prevalence of overweight and obesity [1, 11, 19, 20]. Regular breakfast in the morning provides with energy

necessary for mental work of students. The regimen of diet of the students has to be 3-5 times per day with regular breakfast [12]. Some authors observed the meal regularity in male as compared to female students, were established a significant gender difference in skipping of breakfast especially in girls as compared to their male counter parts [15].

Çitozi R. and D. Bozo, 2014 reported that the majority of the investigated students from the Sport University of Tirana eat meals irregularly and eat breakfast daily (42.5%), or rarely (30 %). 15% of the students eat meals three times per day [5].

In the present study, the majority of the inquired students ate food prepared at home on a daily basis – 78.7% (n=59). 20% (n=15) of respondents ate homemade food 2-3 times per week.

Vegetable (cooking) oil was used for cooking food in 76% (n=57) of the cases; animal oil, lard or other animal fats was used in 5.3% (n=4) of students; margarine - in at the rate of 4% (n=3) of them. 14.7% (n=11) of nurses used animal fats and vegetable oils as the rate of those using lard was insignificant.

Milk and dairy products – rich sources of high quality proteins, vitamins and calcium, are recommended for consumption on a daily basis [10, 12, 18]. The survey data indicated that 54.1% (n=40) of students consumed *fresh milk* once to twice per week, never – 18.9% (n=14) of them (Table 2). Only 12.2% (n=9) of the inquired persons consumed fresh milk on a daily basis. *Yogurt* was on the daily menu of 13.5% (n=10) of students; 3-5 times per week in 24.3% (n=18) of respondents, and once to twice per week - 50% (n=37) of them. 44% (n=33) of students included *cheese, yellow cheese, or other dairy products* in their week menu 3 times and over.

Meat, fish, eggs, leguminous plants and kernels are rich sources of protein, essential fats, iron, etc. [12, 18]. The results of the study indicated that nearly 50% of nurses consumed *meat and meat products* mostly once to twice per week (Table 2). The same frequency of consumption predominated regarding chicken consumption – in at the rate of 55.4% (n=41) of the inquired persons. 31.1% (n=23) of students never consumed *fish*, 58.1% (n=43) of them - once to twice per week. *Eggs* occurred in the dietary ration of 56.8% (n=42) of respondents once-twice per week. No eggs consumed 18.9% (n=14) of nurses.

Legumes (beans, peas, lentils, etc.) were available once-twice per week in the menu of 63.5% (n=47) of medical students. 58.1% (n=43) of them consumed *rice and pasta* once to twice per week; 23% (n=17) of students – 3-5 times per week; never – 12.2% (n=9).

Cereals are an important calorie source, rich in starch and considerable quantities of vegetable protein [10, 12, 18]. The results of the study indicated that nurses consumed predominantly *white bread*. The consumption of *wholegrain, whole meal, dietetic, etc. bread*, which is important for the intake of vitamins, minerals and vegetable fibers, was low yet. Use of *oat flakes, muesli and other cereals* was rare – 21.6% (n=16) of the inquired students never have included them in their menu at all; 36.5% (n=27) of them - only once to twice per week; 31.1% (n=23) – 3-5 times weekly.

Potatoes were present also rarely in the menu of the investigated students. Almost half of nurses consumed boiled and fried potatoes 1-2 times per week. The frequent consumption of *bakery products and fried foods* is not beneficial to health [12, 18, 20]. 52.7% (n=39) of respondents never consumed chips. This is beneficial to their health. 51.4% of the students consumed *cheese patties, sandwiches, hamburgers* once-twice per week; 27% of them never consumed these products.

High intake of *sugar and sugar-containing products and beverages* is hazardous to health [12, 18]. The data of the study indicated that almost 50% of the students consumed *sweets, candy, chocolate, biscuits, cake, etc.* once-twice per week. *Non-alcoholic beverages* were available 1-2 times per week in the menu of 39.2% (n=29) of the respondents. The high consumption of fast foods, snacks and drinks high in sugar are equally bad for health. These foods contain high-fat ingredients and give abundance of energy density [12, 13, 18, 20]. The results of study of nutrition habits and food consumption frequencies of medical faculty students from Istanbul University showed that the most preferred snacks were chocolate, wafers, cream-cakes, sweet foods, tea, coffee, cake, biscuits, fruit juice, fruit, cola, soda and nuts respectively [14].

Fruit and vegetables intake is of considerable importance for good health and it is an important attribute of a healthy diet. The fruits and vegetables are rich in bioactive substances as vitamins, minerals, vegetable fibers [10, 12, 18]. According to the survey results, 38.7% (n=29) of

the inquired persons consumed *fresh fruits* on a daily basis; 40% of them - 3-5 times per week; 20% of students - once to twice per week. Almost the same rates were established regarding fresh vegetable consumption. The consumption of fresh juices, canned vegetables was low. 48.6% (n=36) of respondents never consumed canned vegetables, 32.4% - 1-2 times weekly. Only one third of nurses had recommended 6-7 intakes of fruits and vegetables per day. Habits involving regular eating patterns and vegetable intake were found and represent practices that ought to be encouraged [8, 9, 16].

By equal relative part of students – 40.5%, never consumed or consumed once to twice per week supplements, vitamins and minerals.

The intake of salt is related to risk of arterial hypertension and other NCD. Recommended steps for decreasing of intaking salt are to prepare the food with a little salt, to avoid putting salt on the food; to replace salt with lemon juice, vegetables spices [12, 18]. In the present study 62.7% (n=47) of students didn't add salt to food prior to tasting it. However, 74.7% (n=56) of them added salt if necessary that could exceed the recommended intake of salt. Only 25.3% (n=19) of nurses never added salt to food.

The recommendations of Ministry of Health, 2006 about making daily menu are for including every day of wholegrain foods or potatoes; every day at every meal - fruits and vegetables; every day - milk and dairy products with low fat content, protein foods – low fat meat, substitution of meat dishes with bean foods, fish – at least once to twice per week. It must to abstain from French fried, chips; restrict paste products; to replace at least half of white bread with wholegrain one; to consume poultry and fast red meats up to 3 times per week; beans, lentils or soy-bean - twice per week; one or half an egg per day depending cholesterol concentration; to reduce at least in half the sugar quality; to avoid frequent use of soft drinks, contenting sugar [12].

Authors were established that up to a third of investigated female medical students were malnourished and at least one in nine had a severe iron deficiency, prompting fears of high levels of eating disorders among educated women [3]. Other, studied the eating habits and blood test results of more than 300 female students and found that most were either vegetarian or not eating enough red meat to maintain good health. One-third of the students had low iron stores and one in 12 had a vitamin

B₁₂ deficiency. When it was assessed eating behavior and dietary intake it was found a strong correlation between avoidance of red meat and a deficit of iron and vitamin B₁₂. Up to 77 per cent of investigated students with low iron stores reported eating red meat less often than the recommended three to four times per week. This is of particular importance to women of childbearing age. More needs must be done to educate women, especially those of childbearing age, on the importance of eating a balanced diet that includes sufficient amounts of nutrient-rich foods like lean red meat. It is important for students who planned to work in the health profession and would be counseling others on eating habits. Most young people who leave home and start fending for themselves have no idea how to shop and cook for themselves, and many are trying to work part-time jobs as well, so sitting down to dinner is last on their list.

In the present study the majority of students didn't keep to a diet – 66.7% (n=50) of respondents. 92.3% of persons on diet observed dietetic regimen by their own wish.

Advices on changing the dietary pattern are necessary with a view to prevention of NCD. 55.4% (n=41) of students have received advices from a family member. That proves the role of family for education of health individual habits. Only 10.8% (n=8) of nurses have received advices for healthy lifestyle from the physicians. Other health care professionals were advised 25.7% (n=19) of the inquired students.

The changes of the personal behavior toward keeping principles of health nutrition are very essential. 78.4% (n=58) of students have increased fruit and vegetables consumption during the last month/year. 60.8% (n=45) and 70.3% (n=52) of nurses have decreased the intake of alcohol and fats, respectively. However, salt and sugar consumption was reduced by average 45% of medical students.

Conclusion

The results of the study indicated that some eating and food product intake habits of medical students were not healthy and didn't correspond to the healthy diet recommendations. The intake of milk (fresh/yogurt), dairy products was insufficient; fish and legumes intake was low. The intake of fresh fruits and vegetables, rich in bioactive substances, was low too. Only 34.7% of the inquired students had recommended 6-7 intakes of fruit and vegetables per day. Average

60% of nurses have changed their dietary habits towards healthier.

The data from the present study indicate that nursing university students would possibly benefit from a nutrition and health promotion program to improve students' eating habits. Dietary and exercise counseling is required as a preventive strategy for this group. The changes in this trend as future medical specialists counseling patients toward healthy lifestyle are necessary.

References

1. Ackuaku-Dogbe, E.M., B. Abaidoo. 2014. Breakfast eating habits among medical students. *Ghana Medical Journal*, 48, 2: 66-70.
2. Ahmadi, A., M. Ershad, H. Givzadeh, A. Mohammad-Beigi. 2009. General physicians' knowledge about nutrition in Shiraz, Iran. *Pakistan Journal of Biological Sciences*, 12, 13: 981-985.
3. Benson, K. 2008, march 25. Medical students eating badly. <http://www.brisbanetimes.com.au/news/diet/medical-students-eating-badly/2008/03/24/1206207070339.html>.
4. Chourdakis, M., T. Tzellos, G. Papazisis, et al. 2010. Eating habits, health attitudes and obesity indices among medical students in northern Greece. *Appetite*, 55, 3: 722-725. doi: 10.1016/j.appet.2010.08.013.
5. Çitozi, R., D. Bozo. 2014. Habits in healthy nutrition, obesity, alcohol, smoking, among students of the faculty of physical activity and recreation. *Journal of Human Sport & Exercise*, 9, Proc1: S291-S299. doi:10.14198/jhse.2014.9.Proc1.12.
6. Deshmukh-Taskar, P.R., T.A. Nicklas, C.E. O'Neil, et al. 2010. The relationship of breakfast skipping and type of breakfast consumption with nutrient intake and weight status in children and adolescents: the National Health and Nutrition Examination Survey 1999-2006. *Journal of the American Dietetic Association*, 110, 6: 869-878.
7. Duperly, J., F. Lobelo, C. Segura, et al. 2009. The association between Colombian medical students' healthy personal habits and a positive attitude toward preventive counselling: cross-sectional analyses. *BMC Public Health*, 9, 218, doi:10.1186/1471-2458-9-218.
8. Ganasegeran K., S.A. Al-Dubai, A.M. Qureshi, et al. 2012. Social and psychological factors affecting eating habits among university students in a Malaysian medical school: a cross-sectional study. *Nutrition Journal*, 11, 48, doi: 10.1186/1475-2891-11-48.
9. Gazibara, T., D.B. Kisic Tepavcevic, A. Popovic, T. Pekmezovic. 2013. Eating habits and body-weights of students of the University of Belgrade, Serbia: a cross-sectional study. *Journal of Health Population and Nutrition*, 31, 3: 330-333.
10. Likus, W., D. Milka, G. Bajor, et al. 2013. Dietary habits and physical activity in students from the Medical University of Silesia in Poland. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*, 64, 4: 317-324.
11. Ma, Y., E.R. Bertone, E.J. Stanek, et al. 2003. Association between eating patterns and obesity in a free-living US adult population. *American Journal of Epidemiology*, 158, 1: 85-92.
12. Ministry of Health, National Center of Public Health Protection. 2006. [Preporaki za zdravoslovno hranene na nasselenieto v Balgaria], Sofia.
13. Nisar, N., M. Qadri, K. Fatima, Sh. Perveen. 2008. Dietary habits and life style among the students of a private Medical University Karachi. *Journal of Pakistan Medical Association*, 58, 12: 687-690.
14. Önal, A.E., B. Gürtekin, S. Özel, et al. 2013. Nutrition habits and food consumption frequencies of medical faculty students. *J Ist Faculty Med*, 76, 2: 25-30.
15. Qazi, N., M. Shah, M.A. Wagan, et al. 2010. Relationship of eating habits and obesity among male and female students of Liaquat University of Medical and Health Sciences. *Medical Channel*, 16, 2: 202-205.
16. Sakamaki, R., K. Toyama, R. Amamoto, et al. 2005. Nutritional knowledge, food habits and health attitude of Chinese university students – a cross sectional study. *Nutrition Journal*, 4, 4, doi:10.1186/1475-2891-4-4.
17. Steptoe, A., J. Wardle. 2001. Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from Eastern Europe and Western Europe. *Social Science & Medicine*, 53, 12: 1621-1630.
18. Vassilevsky, N. 2009. National behavioral risk factor survey among population aged 25-64, 2007. *Bulgarian Journal of Public Health*, Suppl., 1, 3 (1).
19. Wengreen, H., C. Moncur. 2009. Change in diet, physical activity, and body weight among young-adults during the transition from high school to college. *Nutrition Journal*, 8, 32, doi:10.1186/1475-2891-8-32.
20. Yahia, N., A. Achkar, A. Abdallah, S. Rizk. 2008. Eating habits and obesity among Lebanese university students. *Nutrition Journal*, 7, 32, doi:10.1186/1475-2891-7-32.

Assoc. Prof. Gergana Petrova, PhD

Department of Obstetric Care, Faculty of Public Health, Medical University – Plovdiv
gkpg21@yahoo.com

Head Assist. Prof. Victoria Atanasova, MD, PhD
victoria321@abv.bg¹

Assoc. Prof. Penka Gatseva, MD, PhD
gatseva_p@mail.bg

Department of Hygiene and Ecological medicine, Faculty of Public Health, Medical University – Plovdiv, 15-A Vasil Aprilov blv.
4002 Plovdiv, Bulgaria

Table 2. Rates of consumption of foods and beverages by nursing students in the last week (%)

Consumption of foods and beverages	Food Frequency							
	Never		1-2 times		3-5 times		6-7 times	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Milk</i>	14	18.9	40	54.1	11	14.9	9	12.2
<i>Yogurt</i>	9	12.2	37.0	50.0	18	24.3	10	13.5
<i>Dairy products</i>	2	2.7	30.0	40.0	33	44	10	13.3
<i>Chicken</i>	7	9.5	41	55.4	23	31.1	3	4.1
<i>Red meats</i>	30	40.0	37	49.3	5	6.7	3	4.0
<i>Meat products</i>	11	14.9	35	47.3	23	31.1	5	6.8
<i>Fish</i>	23	31.1	43	58.1	7	9.5	1	1.4
<i>Eggs</i>	14	18.9	42	56.8	17	23	1	1.4
<i>Legumes (beans, peas)</i>	10	13.5	47	63.5	13	17.6	4	5.4
<i>Rice/pasta</i>	9	12.2	43	58.1	17	23.0	5	6.8
<i>Cereals, muesli, oats</i>	16	21.6	27	36.5	23	31.1	8	10.8
<i>Boiled potatoes</i>	14	18.9	35	47.3	20	27.0	5	6.8
<i>French fries (with the exception of chips)</i>	23	31.1	37	50.0	11	14.9	3	4.1
<i>Chips</i>	39	52.7	26	35.1	7	9.5	2	2.7
<i>Fresh fruits</i>	1	1.3	15	20.0	30	40.0	29	38.7
<i>Fresh vegetables</i>	2	2.7	24	32.0	26	34.7	23	30.7
<i>Canned vegetables</i>	36	48.6	24	32.4	10	13.5	4	5.4
<i>Biscuits, chocolate, etc.</i>	10	13.3	37	49.3	20	26.7	8	10.7
<i>Cheese patties, sandwiches</i>	20	27.0	38	51.4	12	16.2	4	5.4
<i>Non-alcoholic beverages, fresh juices</i>	16	21.6	29	39.2	23	31.1	6	8.1
<i>Food supplements (vitamins, minerals)</i>	30	40.5	30	40.5	8	10.8	6	8.1



ЕФЕКТИВНОСТ НА ПОМОРИЙСКАТА ЛЕЧЕБНА КАЛ И ЛУГА ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА КЛИНИЧНИТЕ ПАРАМЕТРИ И ЗДРАВΟΣЛОВНОТО СЪСТОЯНИЕ НА ПАЦИЕНТИТЕ

Гергана Ангелова-Попова, Златина Стоянова-Борисова

EFFECTIVENESS OF MUD AND LYE FROM POMORIE FOR IMPROVING PATIENTS' CLINICAL PARAMETERS AND HEALTH STATUS

Gergana Angelova-Popova, Zlatina Stoyanova-Borisova

ABSTRACT: *Balneotherapy, peloidotherapy and treatment with lye become more current, applicable and popular methods.*

The purpose of the study is to investigate and analyze the attitude and evaluation of patients visiting Hospital for post treatment and rehabilitation (BDPLR) "St. George" - Pomorie for the choice of treatment with Pomorie mud and lye and their effectiveness on clinical parameters and health.

Materials and methods: For the period of one month in BDPLR "St. George" - Pomorie were interviewed 45 patients conducting lye and peloidoterapiya for 7-10 days in combination with other physical treatments.

Results: The highest percentage of respondents - 42.22% reported that they choose this method of treatment because of therapeutic effect of the mud and lye, which favorably influence their symptoms (pain, stiffness). 24.44% of respondents indicated that this type of treatment is natural, non-injurious and eliminates the use of medications.

Conclusion: Based on the results of our study, treatment with Pomorie mud and lye in combination with other physical and rehabilitation methods provides significantly better results in terms of pain, function and performance of daily activities and is the preferred therapy for many patients to maintain and increase their health status.

Key words: Peloidotherapy, mud, lye, balneotherapy, Pomorie, physiotherapy

Въведение

През последните години природосъобразният начин на живот и търсенето на естествени и по – щадящи методи за лечение придобива все по – голяма популярност в световен мащаб. Балнеолечението, пелоидотерапията, лечението с луга стават все по – актуални, приложими и търсени методи.

Това са традиционни емпирични терапии, използвани в продължение на векове от различни култури и цивилизации. Тогава те не са изисквали доказателства, преди настъпването на ерата на медицината, основана на доказателства [12]. Още папируси от Древен Египет ни разказват за лечението с кал, която по това време е била използвана и от благородници.

Според предложеното в световен мащаб определение за балнеолечение, то се определя като използване на натурални минерални води, натурални пелоиди, природни източници на различни газове (въглероден диоксид, се-

роводород и радон) с медицински цели за превенция, лечение и рехабилитация [12].

Калта е природен продукт и според общоприета дефиниция, е смес от неорганични, органични съединения и вода, преминал през многогодишни процеси под влияние на геоложки, климатични, хидрогеоложки (геохимични), биологични, химични и други природни фактори.

България е изключително богата на балнеологични ресурси – минерални води и лечебна кал, които са се използвали още в древността. Поморие е един от лечебните центрове с най - голямо значение благодарение на находището си на лиманна кал, в съчетание с лечебните таласотерапевтични фактори - морската вода, луга и морски климат.

Лечебната кал от Поморийското лиманно езеро е наситена с микроелементи, ензими, хормони и други биологично активни вещества. В нея се открива значително количество сероводород, хлориди, калций, сулфат. Освен

това се откриват следи от желязо, силициев диоксид, аминокиселини, ферменти, естрогени, витамини. Същността на калолечението се свежда до комплексното въздействие на всички фактори на лечебната кал, между които основна роля играят термичния, химичния и механичния фактор.

Лугата представлява краен продукт при солодобива. Получава се от рапата на Поморийското езеро, след изпаряването на водата в солниците и кристализацията на солта. В нея се съдържат всички съставки на морската вода и рапата, но в по - голяма концентрация. Има калций, натрий, магнезий, хлор, бром, сулфати, хидрокарбонати, много микроелементи, органични вещества и др. Действието на лугата е задълбочено проучено от С. Консулов и С. Бачев. Въздействието ѝ е многостранно - противовъзпалително, повишава регенерационните процеси, стимулира имунобиологичните реакции на организма и др.

Целта на настоящата разработка е да се проучи и анализира отношението и оценката на пациентите посещаващи Болница за долекуване, продължително лечение и рехабилитация БДПЛР "Св. Георги Победоносец" – Поморие за избора на лечение с Поморийската лечебна кал и луга и ефективността им върху клиничните параметри и здравословното им състояние.

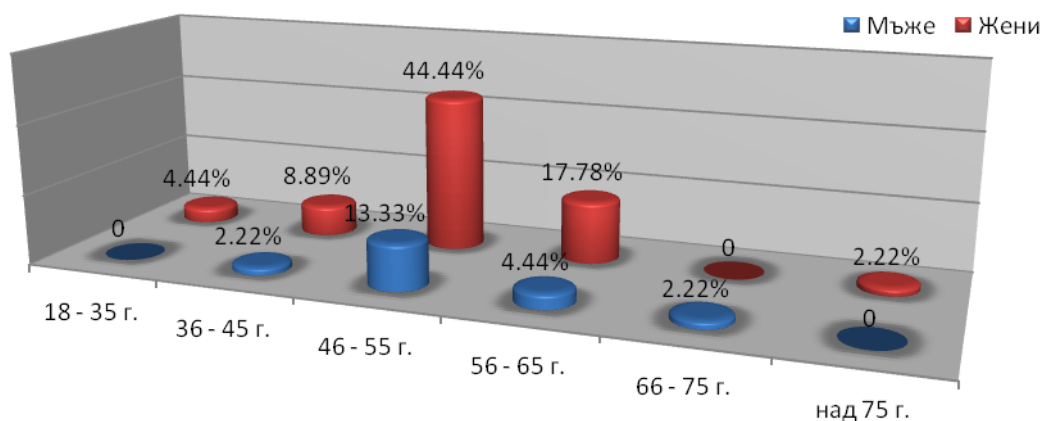
Материал и методика

За периода 25.07. – 25.08. са анкетирани 45 пациента в БДПЛР "Св. Георги Победоносец" – Поморие и е изследвано тяхното отношение и оценка за влиянието на кало- и луголечението за подобряване на здравословното им състояние. Изследваните пациенти провеждат луго и пелоидотерапия за период от 7 – 10 дни, в комбинация с други физикални процедури – апаратна физиотерапия, кинезитерапия, масаж или подводно струев масаж за увеличаване и дълготрайност на терапевтичният им ефект.

Резултати и обсъждане

В първата част на анкетата се съдържа паспортна част и се снима анамнеза на пациентите относно тяхното заболяване, симптоми, придружаващи заболявания и давност на оплакванията им.

В проведеното проучване преобладават пациентите от женски пол – 77.78%, пред тези от мъжки – 22.22%. Най – голям е дялът на пациентите в средна активна възраст във възрастовия диапазон 46–55 г. – 57.78% (Фиг. 1). Според образователната степен преобладават респондентите с висше образование – 80%, а тези със средно образование са 20%. Повечето от анкетираните живеят в голям град – 73.3%, следвани от тези в малък град – 24.5% и село 2.2%.



Фиг.1. Разпределение на пациентите по пол и възрастови групи

Прави впечатление, че хората от големите градове по-често прибегват до лечение с природни методи, може би защото

динамичния живот в големите градове води до повече стрес и здравословни проблеми и това налага търсенето и на алтернативни ме-

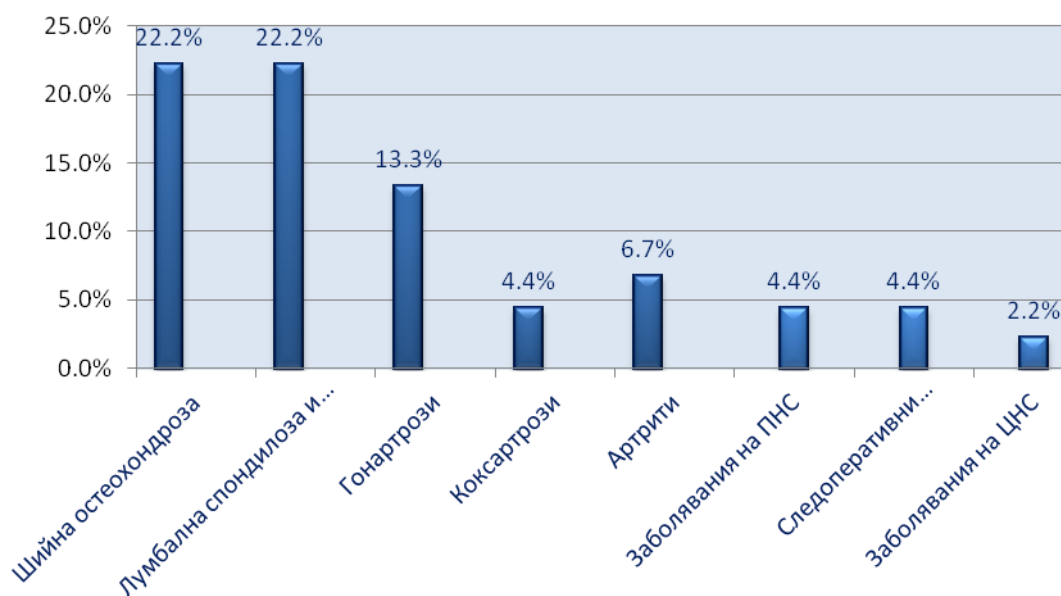
тоди за постигане на по-добър терапевтичен ефект.

Терапията с лечебна кал и луга е широко използвана като част от комбинираната физикална терапия в ежедневната практика на БДАЛР "Св. Георги Победоносец" – Поморие. Комбинираната физикална терапия е терапевтичен метод с кумулативен ефект, като физиотерапевтичния план се извършва вземайки се предвид състоянието на пациента, активността на заболяването както и целите за постигане [12].

Като сложен природен продукт, въздействащ на организма, чрез своите химически, физически, топлинни, електрически и други фактори, лечебната кал се прилага с различна концентрация, температура, локализация, продължителност и брой на калните процедури. 93.33% от изследваните от нас пациенти имат назначено калолечение. От тях 66.67% правят кална кушетка на цяло тяло, 21.43% - частична кална апликация и 11.90% - кална вана. Изборът на метод на калолечение се определя освен от основното заболяване, още от възрастта и състоянието на болния – фаза на болестния процес /остър, подостър, хроничен/, съпътстващите заболявания и състоянието на нервна, сърдечно - съдова система /кръвно налягане, съсерваемост на кръвта/ и др.

Същевременно калната процедура може да се прилага самостоятелно или в комбинация с други курортни, естествени фактори – морска или минерална вода, луга, рапа, слънце, псамотерапия, както и съвременните преформирани физикални фактории, като физиотерапия, кинезитерапия, масажи, което повишава изключително терапевтичната им ефективност. Всички пациенти провеждат едновременно и апаратна физиотерапия, 80% имат назначени компреси с луга, локално на проблемните места, а 15.55% от респондентите правят и подводно струев масаж.

С най – голяма ефективност от пелоидотерапията са заболявания на опорно – двигателния апарат. За това и тези болни са най – често обект на проследяване за разкриване механизма на действие на калта [1]. От анкетиранияте пациенти 88.89% са със заболявания на опорно – двигателния апарат, предимно дегенеративни заболявания на гръбначен стълб и периферните стави, 2.22% са със заболявания на централна нервна система (ЦНС) (1 пациентка с ДЦП) и 4.44% със засягане на периферна нервна система (ПНС). Следоперативни състояния са по 2.22% за пациент след ендопротезиране на тазобедрена става (ТБС) и 2.22% за операция след дискова херния (Фиг. 2).



Фиг.2. Разпределение на пациентите по диагнози

Забелязва се, че най – голям е процентът на заболяванията на гръбначен стълб – шийни и лумбални остеохондрози и спондилози, лум-

бални дискови протрузии и дискови хернии – общо 44.44%, следван от остеоартроза на коленните стави – 13.33%.

Многобройни проучвания потвърждават значителния ефект, който се наблюдава при пациентите след приложение на пелоидотерапията. Според контролирани клинични проучвания, проведени до момента, калолечението има аналгетичен ефект и води до дългосрочно подобрение на ставната функция при пациенти с остеоартрит на коляното [2,7,10,12]. В комбинация с термални минерални бани пелоидотерапия има благоприятен ефект и при остеоартрит на ръката [9], ревматоиден полиартрит [3], фибромиалгия [8], псориатичен артрит [6], анкилозиращ спондилартрит [4]. Прилагана в комплексната терапия, калта има терапевтичен ефект и при хронична лумбална болка [5].

При запитване „Колко време след кало и луголечението получавате лечебен ефект (ако сте правили преди)?” - 37.78% от анкетираните отговарят, че получават ефект веднага, 51.11% - 1 месец след процедурите, само 1 пациент (2.22%) след 2 месеца. 1 пациент не може да прецени, защото провежда процедурите с профилактичен ефект, а 6.67% не са отговорили, поради факта, че за първи път посещават болница за рехабилитация. От тези резултати може да се съди, че пациентите получават сравнително бързо повлияване, като се има предвид хроничния дегенеративен характер на техните заболявания.

Редица клинични проучвания доказват, че терапията с лечебна кал е по-ефективна от терапията на контролната група [11,12]. А основавайки се на проучване на Bostan et al., включващо 23 пациенти с 2-3 степен остеоартрит на колянна става (гонартроза), билатералното втреставно лечение с хиалуронова киселина и 45° С кални апликации, прилагани седмично за период от 3 седмици имат равностоен ефект върху болката и ставната функция [2].

Най – бързо се повлияват гонартрозите и лумбалните спондилози и дискови хернии. Веднага получават ефект 66.67% от гонартрозите, 50% от лумбалните спондилози и дискови хернии. Докато 70% от шийните остеохондрози и 75% от комбинираните патологии получават най-голям ефект 1 месец след провеждане на курса на лечение. Времето за получаване на терапевтичен ефект зависи до голяма степен и от възрастта, давността на заболяването, фазата на болестния процес и общото състояние на организма.

Ефекта на калолечението по литературни източници се дължи на намаляване на болката

и сковаността, понижаване на възпалението в околоставните тъкани и подобряване на подвижността. Естествено стимулира имунната система, възвръща силата и общо оздравява организма и като следствие възстановява здравето и психическото равновесие при липса на странични ефекти върху тялото.

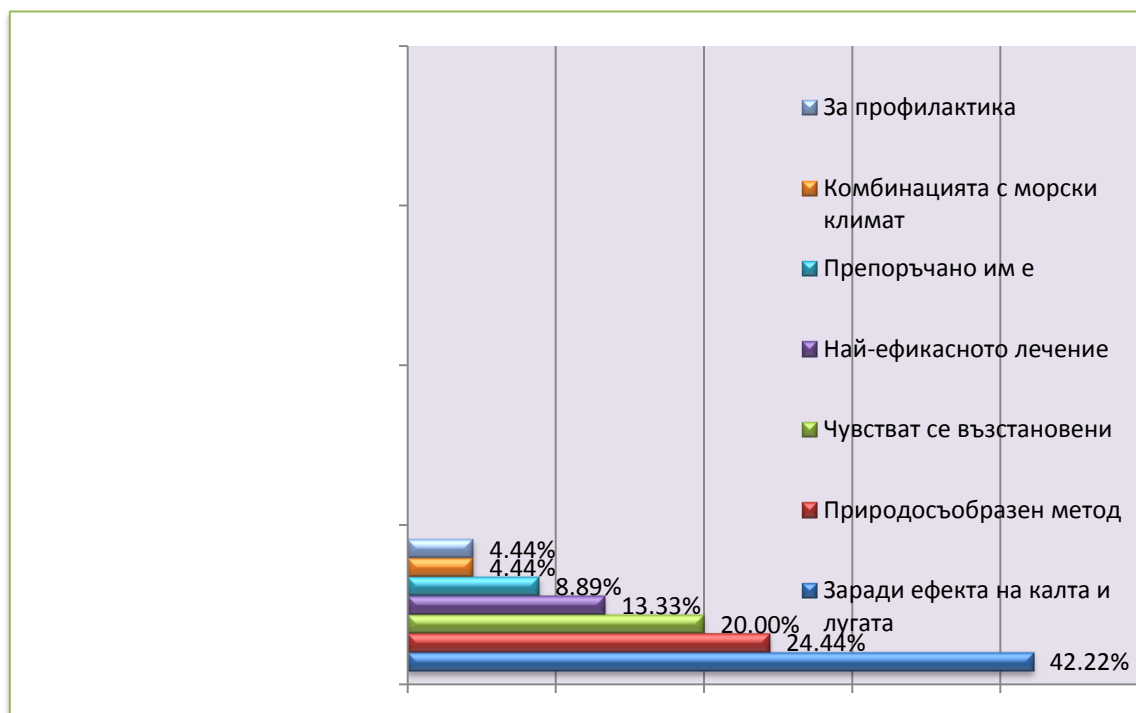
Предвид високия дял на дегенеративните ставни заболявания при изследваните пациенти най – честите симптоми, които описват респондентите са болки, скованост, ограничени движения, тези с шийна остеохондроза – епизодично главоболие, а при дисковите хернии – изтръпване.

На въпроса „В какво се изразява лечебния ефект при Вас?” от общия брой на пациентите 77.78% отговарят, че болката им намалява, при 46.67% се подобрява общия жизнен тонус, при 51.11% обема на движение се увеличава, 37.78% имат добър ефект върху мускулатурата, а при 37.78% се подобряват ежедневните им дейности.

Все повече в търсене на по-щадящи методи, без отрицателно въздействие върху здравето съвременния човек се обръща към лечението с естествени природни фактори. За това и на въпроса „Защо избрахте този тип лечение пред други?” 24.44% от анкетираните отговарят, че този вид лечение е природосъобразно, не вреди и елиминира употребата на медикаменти с цел купиране на болката. Най – голям процент от пациентите 42.22% споделят, че това е заради лечебното въздействие на калта и лугата, които повлияват благоприятно техните оплаквания (болка, скованост), като двама от тях – 4.44% отбелязват, че болките им изчезват за период от 1 година. 20% се чувстват добре и възстановени след тези процедури, а 13.33% са установили, че този тип лечение е най – ефикасно и само то им помага и възстановява.

Тези резултати потвърждават вече съществуващите в чуждата и българска литература данни за високата ефективност на пелоидотерапията и лугата, които понякога са единственото ефективно лечение и единствената алтернатива за голяма част от пациентите.

За избора на този вид терапия въздействие оказва и морския климат, факторите на морската вода и любовта към морето при 4.44% от пациентите, при които комбинацията между различните фактори, кало и луголечението има много добър ефект. 4.44% считат, че профилактиката е най – доброто лечение, а на 8.89% това им е било препоръчано.



Фиг.3. Мотиви за избор на пелоидотерапия и луголечение

Заклучение

След анализа на получените от анкетното проучване данни можем да се направим следното заключение:

Терапията с Поморийска лечебна кал и луга в съчетание с останалите климатични фактори и физикални и рехабилитационни процедури повлиява благоприятно и предоставя значително добри резултати по отношение на болка, функция и изпълнение на ежедневни дейности и е предпочитана терапия от много пациенти за поддържане и повишаване на здравното им състояние.

Литература

1. Грозева А. Възможности на таласотерапията за развитието на медицинския туризъм в България. Управление и образование, том X (5), 2014 г.
2. Bostan B, Sen U, Güneş T, Sahin SA, Sen C, Erdem M, Erkorkmaz U. Comparison of intraarticular hyaluronic acid injections and mud-pack therapy in the treatment of knee osteoarthritis. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2010; 44:42–7.
3. Codish S, Abu-Shakra M, Flusser D, Friger M, Sukenik S. Mud compress therapy for the

hands of patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int* 2005; 25:49-54.

4. Codish S, Dobrovinsky S, Abu Shakra M, Flusser D, Sukenik S. Spa therapy Spa therapy for ankylosing spondylitis at the Dead Sea. *Isr Med Assoc J* 2005; 7:443-6.

5. Constant F, Collin JF, Guillemin F, Boulangé M. Effectiveness of spa therapy in chronic low back pain: a randomized clinical trial. *J Rheumatol* 1995; 22:1315-20.

6. Elkayam O, Ophir J, Brener S, Paran D, Wigler I, Efron D, Even-Paz Z, Politi Y, Yaron M. Immediate and delayed effects of treatment at the Dead Sea in patients with psoriatic arthritis. *Rheumatol Int* 2000; 19:77-82.

7. Evcik D, Kavuncu V, Yeter A, Yigit I. The efficacy of balneotherapy and mud-pack therapy in patients with knee osteoarthritis. *Joint Bone Spine* 2007; 74:60-5.

8. Fioravanti A, Perpignano G, Tirri G, Cardinale G, Gianniti C, Lanza CE, Loi A, Tirri E, Sfriso P, Cozzi F. Effects of mud-bath treatment on fibromyalgia patients: a randomized clinical trial. *Rheumatol Int* 2007; 27:1157-61.

9. Fioravanti A, Tenti S, Gianniti C, Fortunati NA, Galeazzi M. Short- and long-term effects of mud-bath treatment on hand osteoarthritis: a randomized clinical trial. *Int J Biometeorol* 2014; 58:79-8

10. Flusser D, Abu-Shakra M, Friger M, Codish S, Sukenik S. Therapy with mud compresses for knee osteoarthritis: comparison of natural mud preparations with mineral-depleted mud. *J Clin Rheumatol* 2002; 8:197-203

11. Odabasi E, Turan M, Erdem H, Tekbas F. Does mud pack treatment have any chemical effect? A randomized controlled clinical study. *J Altern Complement Med* 2008; 14:559–565.

12. Sarsan A, Akkaya N, Ozgen M, Yildiz N, Atalay NS, Ardic F. Comparing the efficacy of mature mud pack and hot pack treatments for knee osteoarthritis. *J Back Musculoskeletal Rehabil* 2012; 25:193-9.

13. Tefner I.K. Effects of balneotherapy on musculoskeletal disorders with chronic pain. PhD Thesis MD Szeged, Department of

Orthopedics, Faculty of Medicine, University of Szeged, Hungary Clinical Medicine Doctoral School, 2014

Ас. Гергана Ангелова-Попова

Ас. Златина Стоянова-Борисова

Университет „Проф. д-р Асен Златаров”-
Бургас

Медицински колеж

Катедра „Здравни и социални грижи”

Адрес: „Проф. Якимов” 1

e-mail: giggi_popa@abv.bg

zlatina.s.borisova@gmail.com



УДОВЛЕТВОРЕНОСТ НА ПАЦИЕНТИТЕ ОТ ОРГАНИЗАЦИЯТА И ПРОВЕЖДАНЕТО НА РЕХАБИЛИТАЦИЯ В СПЕЦИАЛИЗИРАНИ БОЛНИЦИ ЗА РЕХАБИЛИТАЦИЯ – НАЦИОНАЛЕН КОМПЛЕКС ЕАД

Десислава Бакова, Нонка Матева, Теодора Димчева

PATIENTS SATISFACTION WITH ORGANISATION AND CONDUCT OF THE REHABILITATION IN SPECIALIZED HOSPITALS FOR REHABILITATION – NATIONAL COMPLEX EAD

Desislava Bakova, Nonka Mateva, Teodora Dimcheva

ABSTRACT: In conditions of health insurance in Bulgaria after 2000 year the conduct of rehabilitation in Specialized Hospitals for Rehabilitation - National Complex (SHR - NC) PLC is done through the program for prevention, treatment and rehabilitation of the National Social Security Institute, clinical pathways and free admission. Every year the numbers of people willing to benefit from rehabilitation in SHR - NC is increasing. All hospitals are occupied almost all year round. In this context is differentiated the need to study patients satisfaction at conducting rehabilitation in SHR - NC PLC in conditions of market relations. The study included 124 patients - 34 men (27.42 %) and 90 women (72.58%), aged from 35 to 85 (mean age 57.98 ± 0.87 years). It was conducted own interview to survey patients satisfaction from SHR-NC, as well as problems related to the organization and financing of the rehabilitation process. Specialized Hospitals for Rehabilitation - National Complex PLC have a long tradition and professional experience with proven effectiveness as regards the impact of medical and rehabilitation procedures. All this explains the high percentage (86.3%) on patients satisfied with the service. Systematic studies for patients satisfaction are an important instrument to evaluate the results of the rehabilitation process. They represent models for patients involvement in decision making and provide objective information for public health.

Keywords: rehabilitation, patients satisfaction, outcome quality

Въведение

Във връзка с програмата на СЗО „Здраве за всички през 21 век“ се създават редица програми, свързани с увеличаване достъпа на пациентите и осигуряване на качествена рехабилитация. Рехабилитационните програми включват широко диференциран спектър от диагностични и терапевтични стратегии и подходи, при което се взема под внимание разнообразието от заболяванията, психологическите аспекти и индивидуалността на пациентите, както и техния личен и професионален живот [1].

В условията на здравно осигуряване в България след 2000 година провеждането на рехабилитацията в Специализирани болници за рехабилитация – Национален комплекс (СБР – НК) ЕАД се извършва чрез Програма за профилактика, лечение и рехабилитация на НОИ (от 2001 г.), клинични пътеки (9 на брой КП за СБР-НК) и свободен прием [2,3]. Ос-

новните предимства на тези възможности за прием са свързани с предоставяне на комплекс оздравителни процедури, осъществяван от специалисти физиотерапевти, както и възможност за ползване на допълнителни процедури. Като недостатъци се отчитат ограничения прием по Програмата на НОИ и КП №244, неравнопоставеността по отношение на битовите условия и строго фиксирани те процедури. От направените наблюдения през последните години се забелязва непрекъснато увеличаване на желаещите да почиват в СБР – НК. Базите на всички болници са заети почти целогодишно.

Цел на изследването

Проучване удовлетвореността на пациентите от провеждането на рехабилитация в „СБР – НК“ ЕАД в условията на пазарните отношения.

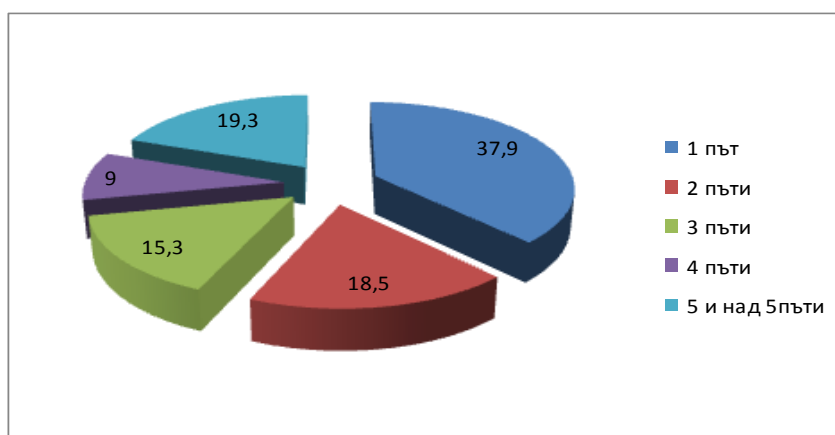
Материал и методи

Проучването е проведено в Специализирани болници за рехабилитация – Национален комплекс ЕАД, клон Баните и клон Хисар в периода юни – август 2014 г. То включва 124 пациенти, от които 34 (27,42%) мъже и 90 жени (72,58%), на възраст от 35 г. до 85 г. (средна възраст 57.98 ± 0.87 г.). Проведено е собствено интервю за изследване удовлетвореността на пациентите от престоя в СБР, както и на проблеми, свързани с организацията и финансирането на рехабилитационния процес.

Резултати и обсъждане

В края на престоя в специализираната болница за рехабилитация проведохме интервю с пациентите. Въпросите са свързани основно с организацията и удовлетвореността от престоя относно храна, процедури, отношение на персонала и цялостното обслужване.

На въпроса „За кой път посещавате „Специализирана болница за рехабилитация – Национален комплекс“ ЕАД?“ 37.9% от участниците са отговорили, че посещават санаториум за първи път, 18.5% за втори и 15.3% за трети път. Над пет пъти са посещавали 19.3% от пациентите (Фиг.1).



Фиг.1 Честота на посещения на специализирани болници за рехабилитация

Посещението на болница за рехабилитация е свързано с организация, от която са удовлетворени 86,3% от пациентите. 13.7% са отговорили, че не са удовлетворени от сегашната организация, свързана с посещението на болница за рехабилитация.

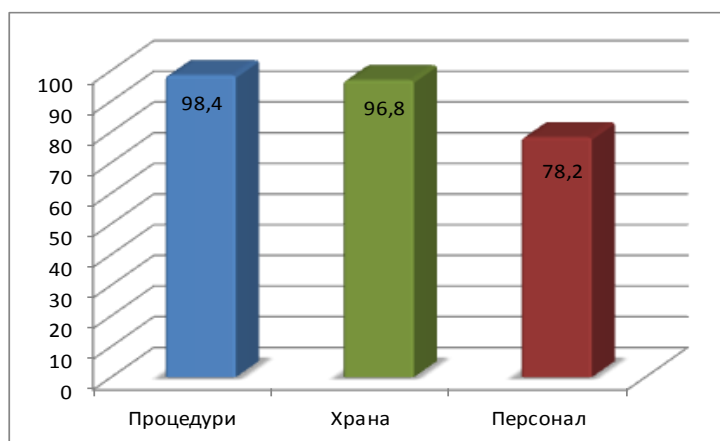
Преди приема пациентите трябва да подготвят документация, в зависимост от заболяването, включваща направление №7, медицински епикризи от специалист, рентгенови снимки, ЕМГ и др. На въпроса „Срещнахте ли затруднения при подготовката на необходимите документи за престоя Ви в специализираната болница за рехабилитация?“ 77.4% не са се затруднили, но за 22.6% подготовката е създала затруднения.

Престоят по клинична пътека №244 е 7 дни и по Програма на НОИ за профилактика и рехабилитация е 10 дни. Ако пациентите желаят, биха могли да удължат престоя си срещу съответното заплащане. На въпроса:

„Колко дни сте в специализираната болница за рехабилитация?“ 73.4% участници отговорят, че са провели рехабилитационен курс в рамките на определените дни според програмата (КП№244 или Програма на НОИ). За допълнителен престой са заплатили 26.5%.

Според мнението на физиотерапевтите оптималният престой е в рамките на 3 седмици [4,5]. В тази връзка попитахме участниците: „Смятате ли, че броят на дните е достатъчен, имайки предвид здравословното си състояние?“ За 50.8% от анкетиранияте пациенти броят на дните за престой не е достатъчен, докато 49.2% са отговорили, че е напълно достатъчен.

Въпросът „Доволни ли сте от посещението си в „Специализирани болници за рехабилитация – Национален комплекс“ ЕАД?“ касае храната, процедурите, персонала и обслужването като цяло (Фиг.2).



Фиг.2 Относителен дял на пациентите (в %) удовлетворени от проведените процедури, храна и обслужване на персонала.

Храна

Храненето в болницата за рехабилитация е част от целия лечебно-оздравителен и рехабилитационен комплекс. То е разнообразно и включва достатъчно количество плодове, зеленчуци и белтъчини. Освен това е съобразено с някои придружаващи заболявания на пациентите (язва, гастрит, колит, диабет, бъбречно-каменна болест и т.н.). По отношение на храненето 96.8% от участниците в интервюто бяха доволни от предлаганата храна. Като основна причина за недоволство останалите 3.2% са посочили недостатъчното количество.

Процедури

От съществено значение за ефекта от лечебно-оздравителния комплекс са рехабилитационните процедури. По-голямата част от интервюираните пациенти (98.4%) са доволни от процедурите. Недоволството при останалите 1.6% е по отношение организацията на провеждане на процедурите (не се спазват часовете).

Персонал

„Специализирани болници за рехабилитация – Национален комплекс” ЕАД разполагат с добре обучен медицински персонал. Всички лекари притежават специалност в зависимост от основните заболявания, заради които пациентите провеждат лечение и рехабилитация в съответната болница (физикална и рехабилитационна медицина, вътрешни болести, нефрология, неврология, ревматология, кардиология и т.н.). Процедурите се извършват от рехабилитатори, по-голяма част, от които имат над 20 години трудов стаж. 78.2 % от участниците в интервюто отговориха, че са доволни от грижите на персонала. Като при-

чини за недоволството 21.8% са посочили недостатъчно внимание отстрана на персонала, което основно обясняваме с недостига на медицински специалисти в периодите на пълна заетост на болниците (от месец май до месец октомври). Въпреки това 98.4% от интервюираните пациенти са доволни като цяло от обслужването.

Основните препоръки на пациентите са свързани с подобряване на материално – техническата база и премахване на „дискриминацията”, тъй като рехабилитационният комплекс за пациентите, които посещават СБР по Програма на НОИ включва 4 процедури (с една повече от КП №244) и по-добри битови условия. Повечето пациенти по КП №244 бяха съгласни да доплатят по-висока потребителска такса, но да не бъдат ощетявани по отношение на рехабилитационните процедури.

Престоят в специализираната болница за рехабилитация изисква заплащане отстрана на пациента, което за пациентите по КП №244 е 40,60 лв, а за пациентите по Програмата на НОИ е 210 лв за целия период. В тази връзка попитахме участниците в интервюто: „С какви средства заплатихте престоя си в специализираната болница за рехабилитация?” Собствени средства са използвали 90.3%, финансова помощ от близки са ползвали 8.9% и само 0.8% са взели заем.

Организацията, свързана с посещението на болница за рехабилитация удовлетворява 86.3% от пациентите, като 77.4% не са имали затруднения с подготовката на документите. „Специализирани болници за рехабилитация Национален комплекс” ЕАД имат дългогодишни традиции и професионален опит с

доказана ефективност по отношение на въздействието от лечебните и рехабилитационни процедури. С тези факти обясняваме високия процент на удовлетвореност от обслужването.

Системните проучвания за удовлетвореността на пациентите са важен инструмент за оценка на резултатите от рехабилитационния процес [6,7]. Те представляват модели за участие на пациентите при вземане на решения и дават обективна информация за общественото здравеопазване [8,9]. Участието на пациентите се улеснява чрез възможността да дадат своята оценка за рехабилитационните процедури и престоя в болницата. Обратната връзка информира медицинските специалисти за проблемите и очакванията на техните пациенти. Освен това може да се прецени до каква степен пациентите са ориентирани и готови да участват в процеса на лечение и рехабилитация [10].

Заклучение

Рехабилитацията трябва да бъде съобразена с нуждите и опита на пациентите като активни партньори в лечебния процес. Това означава смяна на ориентацията от патерналистичния модел към участието на пациентите за съвместното намиране на решение. В резултат на това ориентираната към пациентите рехабилитация дава множество положителни ефекти. По този начин се увеличават знанията на пациентите за болестта и лечението, повишава се тяхната удовлетвореност и техните очаквания от рехабилитационния процес. Благодарение на активното участие пациентите и лекарите се разбират по-добре помежду си и са от „един отбор“ [11]. Всичко това допринася за осигуряване на качеството и на по-нататъшното развитие на рехабилитацията.

Литература

1. World Health Organization (WHO), 2006. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf; 14.03.2015.
2. Наредба № 1 на НОИ от 13 февруари 2007 г. за ползване и изплащане на паричните помощи за профилактика и рехабилитация обн., ДВ, бр. 17 от 23.02.2007 г., изм., ДВ, бр. 6 от 2009 г. и бр. 2 от 2010 г. http://www.nssi.bg/images/bg/legislation/ordinances/Naredba_1_2007_pppr.pdf; 16.03.2015.

3. Наредба № 40 от 24 ноември 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. <http://www.nhif.bg/web/guest/67>; 16.03.2015.

4. Караколев, Д. 1976. *Лечебно-профилактични показания и по-главни методи на използване на видовете минерални води в НРБ*. Български курорти. Медицина и физкултура, София.

5. Founau, H., R. Jean. 1990. La station thermale lieu de reeducation et de readaptation fonctionnelle. *Presse Rherm.Clim.*, 127, 2: 90-91.

6. Delbrück, H., E. Haupt. 1996. Diagnostische Verfahren in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitationsmedizin. Therapie und Behandlungskonzepte bei chronischer Krankheit*. Urban & Schwarzenberg, München, pp. 109-114.

7. Schliehe, F., H.G. Haaf. 1996. *Zur Effektivität und Effizienz der medizinischen Rehabilitation*. Deutsche Rentenversicherung, 10-11: 666-689.

8. Schmidt, J., R. Nübling, F. Lamprecht, W.W. Wittmann. 1994. Patientenzufriedenheit am Ende psychosomatischer Reha-Behandlungen. Zusammenhänge mit Behandlungs-und Ergebnisvariablen und prognostische Bedeutung. *Salutogenese - Ein Konzept in der Psychosomatik*. VAS, Frankfurt/Main, pp. 271-283.

9. Raspe, H., S. Voigt, K. Herlyn, U. Feldmeier, K. Meier-Rebentisch. 1996. Patientenzufriedenheit in der Rehabilitation - ein sinnvoller Outcome-Indikator?. *Gesundheitswesen*, 58: 372-378.

10. Biefang, S., P. Potthoff. 1996. Assessmentverfahren für Kuren unter besonderer Berücksichtigung von Verfahren für Kinder, Jugendliche und alte Menschen. *Heilbad und Kurort* 48: 114-118.

11. Meyer T., N. Pohontsch, C. Maurischat, H. Raspe. 2008. *Patientenzufriedenheit und Zielorientierung in der Rehabilitation*. Lage: Jacobs-Verlag. ISBN 978-3-89918-166-1, pp. 137.

гл.ас. Десислава Бакова, дм катедра „Управление на здравните грижи“, Факултет по Обществено здраве, Медицински университет – Пловдив, e-mail: desislavabakova@abv.bg

доц. Нонка Матева, дм катедра „Медицинска информатика, биостатистика и електронно обучение“, Факултет по Обществено здраве, Медицински университет – Пловдив, e-mail: nonka.mateva@abv.bg

ас. Теодора Димчева, катедра „Медицинска информатика, биостатистика и електронно обучение“, Факултет по Обществено здраве, Медицински университет – Пловдив, бул. Васил Априлов 15 А, Пловдив, 4002, e-mail: teodora.dimcheva@abv.bg



БОЛКАТА ПРИ ПАЦИЕНТИ С ОСТЪР МИОКАРДЕН ИНФАРКТ

Диана Иванова

PAIN IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Diana Ivanova

ABSTRACT: Cardiovascular diseases have a certain medical and social importance in our modern society. Myocardial infarction is the main cause of death and disability worldwide. The purpose of this study was to establish the time, location, and intensity and duration of pain in patients with acute myocardial infarction. The survey results suggest that pain occurs most often suddenly, at rest, more often at night. It is the type of angina pain but is even stronger - one of the most violent pains. Sick it looks like a strong tightening and squeezing, making them people of crushing chest and rarely thrust or combustion. Due to its intensity and duration sick characterize it as intolerable.

Keywords: Pain, myocardial infarction, patient, social value, attention

Въведение

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

Миокардният инфаркт е главната причина за смърт и инвалидизация по целия свят. Инфаркта на миокарда представлява исхемична некроза, т.е. - загиване на част от тъканта на сърдечния мускул поради недостатъчното му снабдяване с кръв и кислород [1]. Миокардният инфаркт е една от най-тежките форми на исхемичната болест на сърцето /ИБС/. Той има голямо социално значение поради високата инвалидност и смъртност, които причинява.

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

Миокардният инфаркт може да е малко събитие от продължаващо цял живот хронично заболяване, може да протече дори и неза-

белязано, но също така може да е катастрофално събитие, водещо до внезапна смърт или тежък хемодинамичен срив. [3]. Терминът миокарден инфаркт има голямо психологично и юридическо значение за индивида и обществото. То е индикатор на един от водещите здравни проблеми в света и оценяващ изхода от клинични проучвания и наблюдения.

Прогнозата на миокардния инфаркт е сериозна. Въпреки подобрената лекарствена помощ и интензивното ранно лечение смъртността през последните години у нас и в света показва тенденция към нарастване. Това се дължи на по-голямата честота на настъпилите тежки усложнения и по-голямото съчетано действие на рискови фактори [2].

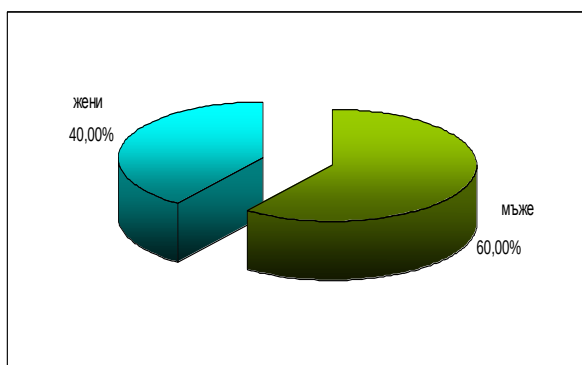
Закононото регламентиране на норми и стандарти в сестринската практика допринася за определяне на общите постановки на сестринските грижи, които от своя страна са основа за развитие на политика за качество на грижите във всяко лечебно заведение [6].

Целта на настоящото проучване е да се установи наличието на закономерност между пола и възрастта на пациентите с Остър миокарден инфаркт. Наличието на артериална хипертония, времето, локализацията, интензитета и продължителността на болката при тези пациенти.

Материал и методи: Проучването е осъществено чрез анонимно анкетно проучване на 100 пациента постъпили за лечение в ин-

тензивен сектор на Клиника по Кардиология в УБ „Лозенец“ – гр. София през 2014 година.

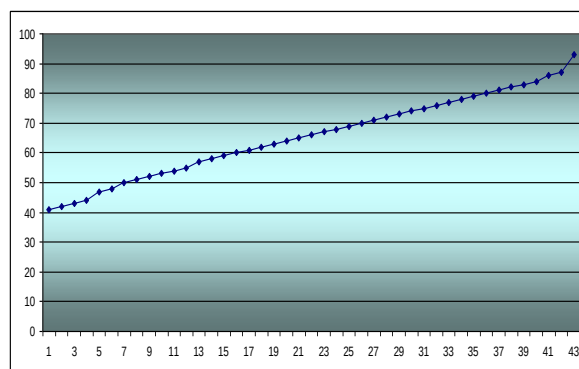
Резултати и обсъждане. Данните от проучването показват, че всички пациенти – 100 на брой, постъпили за лечение в интензивен сектор на Клиника по Кардиология в УБ „Лозенец“ през 2014 година са приети по Клинична пътека – Остър коронарен синдром с персистираща елевация на ST сегмент с интервенционално лечение. Продължителността на лечението по клиничната пътека е 3 дни, след което пациентите се изписват от интензивен сектор, и се приемат за болнично лечение в Клиника по Кардиология.



фиг. 1. Разпределение на пациентите по пол

От проведеното анонимно анкетно проучване става ясно, че 60,00% от постъпилите за лечение в интензивен сектор са мъже, а 40,00% са жени. Тези статистически данни показват, че по-голямата част от пациентите са мъже. Повечето литературни източници изтъкват като закономерност преобладаването на мъжете с диагноза ОМИ. Необходимо е да се провеждат редица по-задълбочени проучвания както на рисковите фактори, така и на други фактори, оказващи влияние за развитие на заболяването.

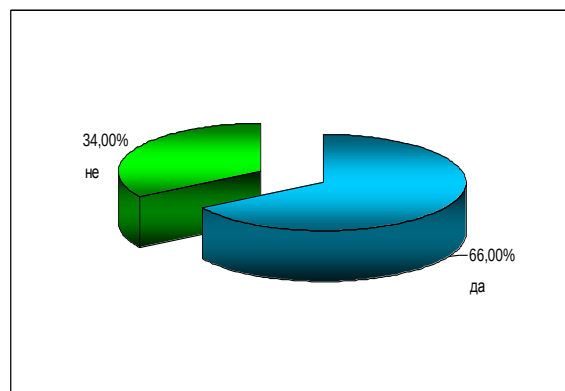
Организацията на работа в интензивен сектор е приоритетно насочена към непрекъснатото наблюдение на пациентите и настаняването им в едно общо помещение. Различният пол на пациентите съответно изисква и спазването на правата на пациента, както и запазване на неговата автономност, което предполага съобразителност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



фиг. 2. Разпределение на пациентите по възраст

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

Възрастовите промени са важен и съществен фактор при редица заболявания и преди всичко при сърдечно-съдовите [4]. Увреждането на сърцето и кръвоносната система водят до редица патологични промени, за които решаващо значение има и начина на живот.



фиг. 3. Проследяване на артериалното кръвно налягане

Според получените резултати, артериалното кръвно налягане редовно измерват 34,00% от пациентите, а 66,00% от тях прибягват до неговото измерване само когато

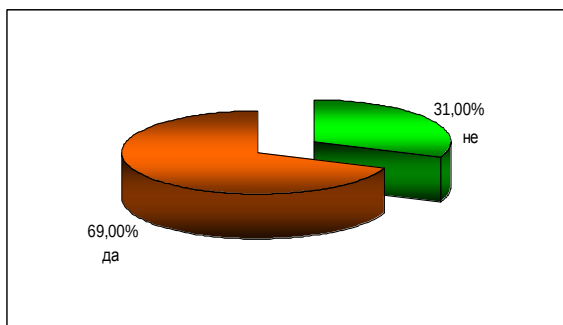
получат някакви оплаквания - силно главоболие, сърцебиене или задух.

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

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

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

При липса на адекватни грижи и лечение, високото кръвно налягане може да доведе до сериозни усложнения - болест на сърцето, инфаркт, застойна сърдечна недостатъчност, инсулт, бъбречна недостатъчност и заболяване на периферните артерии, особено аневризми и торбовидни разширения на аортата.



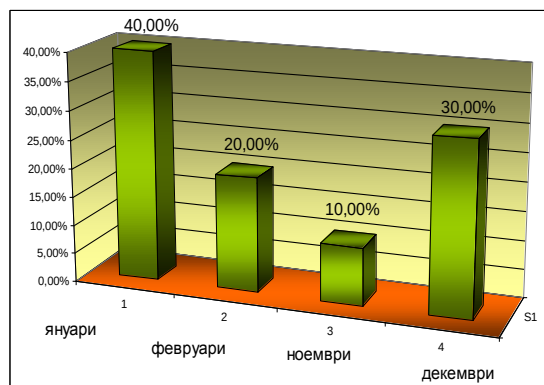
фиг. № 4. Разпределение на пациентите преживели хипертонична криза

По-голямата част от анкетираните пациенти (69,00%) от анкетираните пациенти посочват, че са преживели хипертонична криза, а 1/3 от анкетираните отговарят отрицателно на този въпрос. Малка част от анкетираните лица съобщават за поява на определени клинични прояви, като сърцебиене, бледост, умерено главоболие, световъртеж, чувство на неспокойство и напрегнатост, преди получаване на хипертоничната криза.

Нерядко хипертонията е наричана "тихият убиец", тъй като може да съществува години

наред без видими симптоми и без страдащият да знае за нея.

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

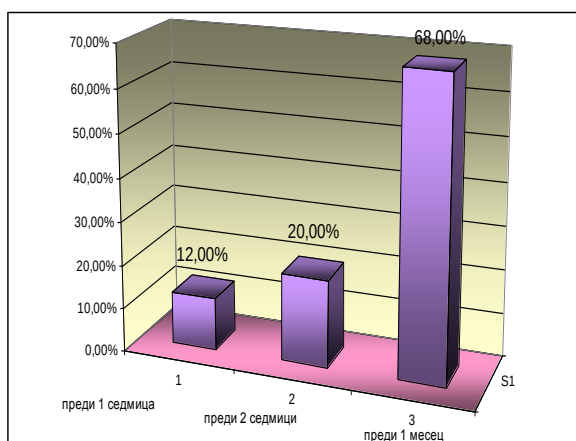


фиг. 5. Разпределение на пациентите според месеца, през който е получен сърдечния пристъп

Пациентите посочват, че пристъпите на остър инфаркт на миокарда са получили само през четири месеца в годината – януари, февруари, ноември и декември. Прави впечатление, че това са месеците през зимния сезон, когато температурите са ниски, а атмосферното налягане е високо.

С най-голям относителен дял са пациентите, които са получили пристъп през месец януари – 40,00%, следвани от тези – през декември – 30,00% , на трето място се нарежда месец февруари – 20,00% и на четвърто място е месец ноември -10,00%.

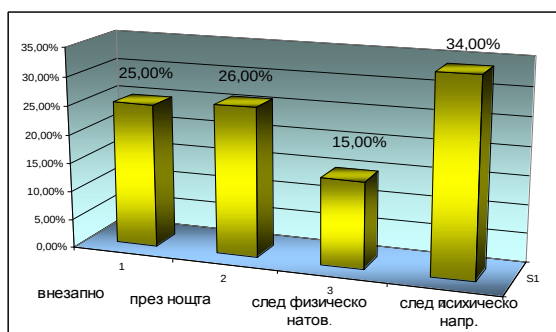
Влиянието на сезоните при пациентите със сърдечно-съдови заболявания има изключително голямо значение, което налага пациентите да спазват определен режим и да се съобразяват със сезоните и температурните различия.



фиг. 6. Разпределение на пациентите според времето на поява на сърдечната болка

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

Острият инфаркт на миокарда е спешно състояние, което е рисково за човешкия живот, ако не се предприемат съответните мерки [5]. За да се намали смъртността и усложненията от тези заболявания е необходимо пациентите да бъдат добре запознати с организацията на грижите и организацията по клиничната пътека, които са въведени и регламентирани.

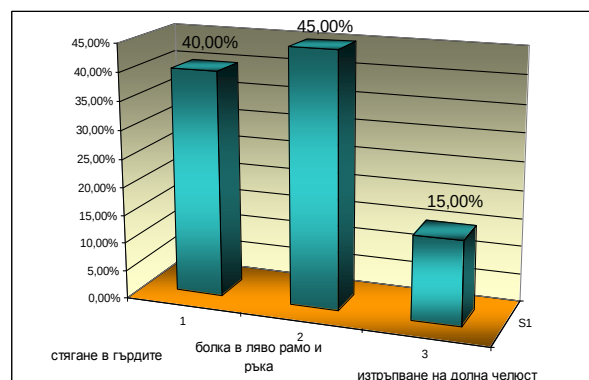


фиг. 7. Условия за настъпване на болката при ОМИ

Според условията, при които настъпва сърдечната болка при ОМИ, резултатите от отговорите на пациентите, показват че най-голям е относителният дял на пациентите, които са имали психическо напрежение –

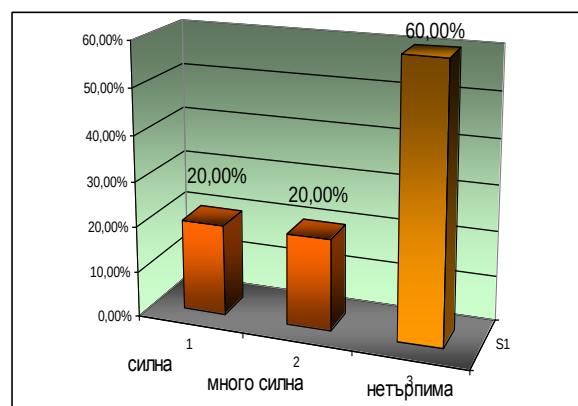
34,00%. Пациентите, които са почувствали остра болка през нощта са 26,00%, а внезапна силна болка са имали 25,00%. След физическо натоварване болката се появява при 15,00% от анкетирания пациенти.

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



фиг. 8. Разпределение на пациентите според мястото на възникване на болката при ОМИ

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



фиг. 9. Разпределение на пациентите според силата на болката

Според най-голямата част от пациентите – 60,00% споделят, че болката е „нетърпима”. „Силна” и „много силна” болка са посочили по 20,00% от пациентите. В литературата

този вид болка е описана в редица проучвания. Ето защо получените резултати от нашето изследване доказват утвърдени тенденции.

Изводи и заключение. Пациентите приети за болнично лечение с диагноза остър миокарден инфаркт не водят здравословен начин на живот и при значителна част от тях са налице основни рискови фактори, които са установени при сърдечно-съдовите заболявания - пол, семейно положение, телесно тегло, стресови ситуации, фамилна обремененост, тютюнопушене, захарен диабет, преживени хипертонични кризи.

Трябва да се подчертае също, че пациентите са много слабо информирани относно признаците, характерни за настъпването на остър миокарден инфаркт. Повечето от тях съобщават за определен дискомфорт и оплаквания близо един месец преди настъпването на сърдечната криза. Ето защо, е необходимо значително повишаване информираността на обществото като цяло, но преди всичко рисковите групи от населението по отношение както на здравословния начин на живот, така и по отношение на клиничната изява на заболяването.

Съвременната сестринска практика се основава на теоретични концептуални модели, които имат за цел да очертаят границите на автономната сестринска професия при осъществяването на специфичните сестрински грижи, каквито са и грижите за пациенти с остър миокарден инфаркт. Професионалната отговорност на медицинските сестри трябва да бъде обвързана с конкретна организация и механизми за да се гарантира определено качество на грижите в болничните структури или в различните направления, като интензивните грижи. Те се отличават със спешност, натовареност и вземане на професионални решения, което изисква ефективна организация и адекватен мениджмънт. Интензивните грижи за пациентите с ОМИ трябва да се осъществяват на базата на индивидуален под-

ход за грижи и индивидуален клиничен протокол за да се осигури професионалното изпълнение на лекарските назначения и терапевтично лечение. Съвременното лечение на ОМИ определено изисква въвеждането на организационен модел за грижи, отговарящ на индивидуалните потребности на пациента, в съответствие с въвеждането на научните подходи и методи за реализация на сестринските грижи.

Литература

1. Белов Ю., *Клинична кардиология*. С., 1984, 490.
2. Георгиева Д. *Здравословен начин на живот при пациенти със сърдечно - съдови заболявания, Сърдечно-съдови заболявания*, 44, 2013, № 2, 25-31.
3. Иванова Д. Проблеми по отношение на спешността и интензивността на сестринските грижи за пациенти с Остър миокарден инфаркт, *Сестринско дело*, 2014, 27-30.
4. Иванова Д. Основни рискови фактори при пациенти с Остър миокарден инфаркт, *Сестринско дело*, 3, 2014, 31-35
5. Georghieva D, L. Ivanova. Modification of Diet and Lifestyle in the Key of Nursing in Acute Myocardial Infarction, 9, 2013, № 1, 45-57.
6. Ivanova D, G. Tchaneva. Organizational approach in caring for patients with acute myocardial infarction, *Journal of International Scientific Publications: Materials, Methods and Technologies*, 8, 2014, 287-290

Diana Krasteva Ivanova, Associate professor, Faculty of Medicine, Sofia University „St. Kliment Ohridski“, 1 Kozyak, 1407 Sofia Bulgaria
e-mail dkg@mail.bg



ОЦЕНКА НА БОЛКАТА В СЛЕДОПЕРАТИВНИЯ ПЕРИОД ПРИ ПАЦИЕНТИ СЪС СЪРДЕЧНИ ОПЕРАЦИИ

Диана Иванова, Галина Чанева

ASSESSMENT OF PAIN IN THE POSTOPERATIVE PERIOD IN PATIENTS WITH CARDIAC SURGERY

Diana Ivanova, Galina Tchaneva

ABSTRACT: Cardiovascular diseases represent a major proportion of the diseases of the elderly population in all countries in the world and are a major cause of mortality in recent decades. The most common forms of heart disease are ischemic heart disease, cerebrovascular disease and hypertension. The main objective of the postoperative period is prevention and treatment of pain, holding infusion therapy and adequate nutrition, care of the surgical wound and treatment of all complications occurred, if necessary - combat infection. The purpose of this study was to determine the intensity, location and duration of pain in the postoperative period in patients with cardiac surgery. The survey results show that not dependent on the type of heart surgery, pain is localized in the chest area and the surgical wound. Intensity, duration and course of pain medication practices in different patients.

Keywords: Pain assessment, patient postoperative period

Въведение

Съречно-съдовите заболявания представят основен дял от заболяванията на възрастното население във всички страни в света и са основна причина за смъртността през последните десетилетия. Най-честите форми на съречно-съдовите заболявания са исхемична болест на сърцето, мозъчно-съдова болест и високо кръвно налягане. [1]. В основата на съречно-съдовите болести е развитието на атеросклеротични плаки, които запушват в различна степен една или повече артерии. Това затруднява притока на кръв и кислород до органите. Сърцето трябва да работи усилено срещу по-голямо съпротивление, за да изпомпва кръвта. За нарастване на атеросклеротичните плаки допринася високото ниво на холестерола в кръвта, възпалителния отговор на организма, окислителните процеси в липидите и други фактори. Над увреденото място в артерията може да се образува тромб, който допълнително я запушва. При пълно запушване на артериите на сърцето се получава сърдечен инфаркт. Няма единствена причина за съречно-съдовите заболявания. Факторите, увеличаващи риска или „рисковите фактори“ на съречно-съдовите заболявания могат да не се повлияват или да се пов-

лияват трудно, но може да се повлияват ефективно и да са обратими. [2].

Болката е неприятно чувство и емоционален опит, свързани с налична или потенциална опасност от нараняване на тъкани. [4]. Тя винаги е субективно чувство и е това, което пациентът описва, а не това, което другите мислят, че трябва да бъде.

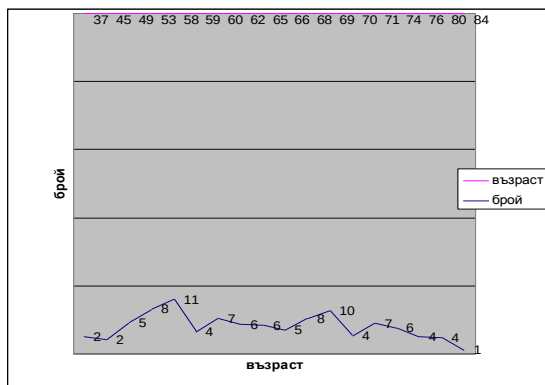
Основна цел на следоперативния период е профилактика и лечение на болковия синдром, провеждане на инфузионна терапия и адекватно хранене, грижи за оперативната рана и лечение на всички настъпили усложнения, при необходимост – борба с инфекцията. [5].

Целта на настоящото проучване е да се установи интензитета, локализацията и продължителността на болката в следоперативния период при пациенти със сърдечни операции, и да се анализира вида на болката в следоперативния период при пациенти със сърдечни операции.

Материал и методи: Проведено е анонимно анкетно проучване на 100 пациента в КАРИЛ и Клиника по сърдечна хирургия в УБ „Лозенец“ – гр. София през 2014 г. в техния следоперативен период.

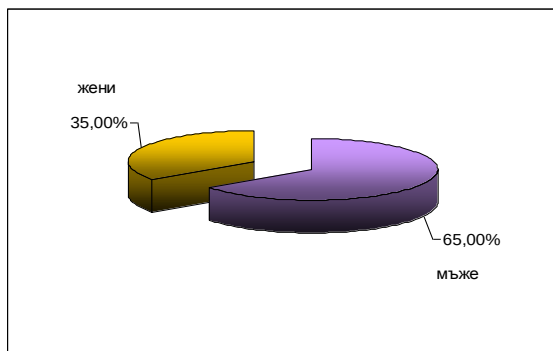
Резултати и обсъждане. Данните от проучването показват, че анкетата са попълнили

коректно всички 100 пациента. Не зависимо от вида на сърдечната операция, болката е локализирана в областта на гръдния кош и оперативната рана. Интензитета, продължителността и повлияването на болката от приложеното медикаментозно лечение при пациентите е различно. [3].



фиг. 1. Разпределение на пациентите по възраст

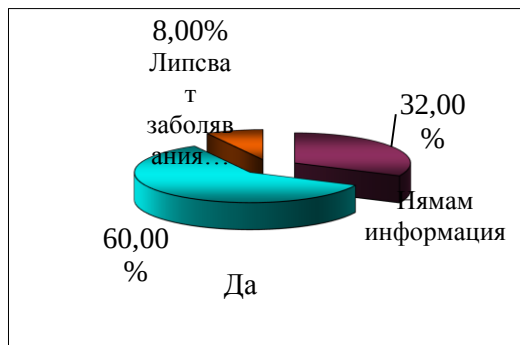
От анализа на данните става ясно, че пациенти до 36 годишна възраст няма. Най-възрастния пациент е 84 годишен. Средната възраст на пациентите оперирани от сърдечна операция е $65,66 \pm 12,84$ години. Това са хора в пенсионна възраст, които все още са пълноценни и способни за активна професионална дейност и сърдечната операция съществено ще подобри техния начин на живот.



фиг. 2. Разпределение на пациентите по пол

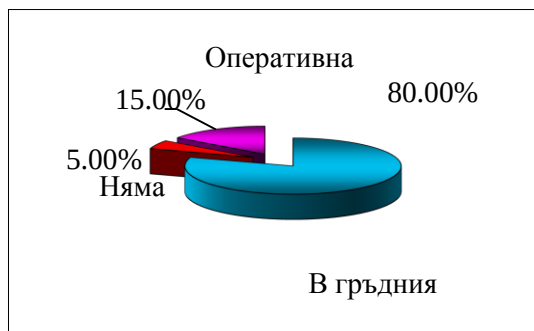
Резултатите показват, че мъжете са почти два пъти повече от жените, които са се оперирали от сърдечна операция. Това недвусмислено доказва, необходимостта от превенция на сърдечно-съдовите заболявания особено при мъжете. Повечето литературни източници изтъкват като закономерност преобладаването на мъжете със заболявания на сърдечно-съдовата система [6]. Необходимо е да

се провеждат редица по-задълбочени проучвания както на рисковите фактори, така и на други фактори, оказващи влияние за развитие на заболяването.



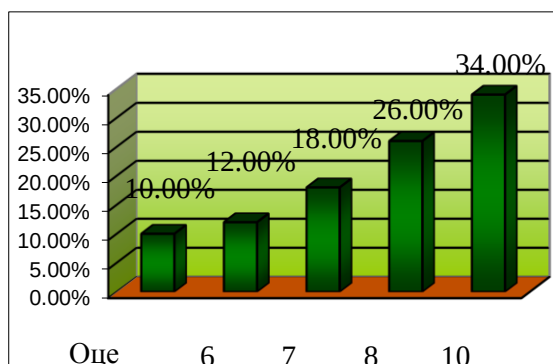
фиг. 3. Информаност на анкетираните лица относно наследствени сърдечно – съдови заболявания

Много сърдечно-съдови заболявания могат да бъдат унаследени. Голяма част от предразполагащите гени са предразполагащи за развитието на рисковите фактори на сърдечно-съдовите заболявания. 60% от анкетираните лица съобщават, че имат информация за сърдечно-съдови заболявания на своите родители. 32% - нямат информация за сърдечно-съдови заболявания в семейството си, или не знаят за съществуващо такова. При 8% от анкетираните лица липсват сърдечно-съдови заболявания в семейството.



фиг. 4. Локализация на болката

Данните от проведеното анкетно проучване показват, че 80,00 % от пациентите посочват гръдния кош като основна локализация на наличие на болка след проведената сърдечна операция. 15,00 % от пациентите съобщават за болка в областта на оперативната рана. 5,00 % не усещат никаква болка. Тези данни дават основание категорично да се потвърди, че пациентите след сърдечна операция усещат болка в областта на гръдния кош.



фиг. 5. Оценка на силата на болката от пациента от 0 до 10

Получените данни показват, че 34,00 % от оперираните болни сами оценяват силата на болката с 10. Най малко болни 10,00 % я оценяват с 4, при използваната оценъчна скала от 0 до 10. Болката винаги е субективно чувство и е това, което пациентът описва, а не това, което другите мислят, че трябва да бъде.

Болката при определено заболяване при едни хора е по-силна, при други по-слаба. Специалисти дадоха ориентировъчни примери за скалата на болката, чиято най-висока степен е 10 точки:

- 10 точки- смята се, че исхемичната болка е най-мощна. Такава човек изпитва при остър инфаркт или при силна стомашна колика.

- 9 точки - с толкова може да се оцени панкреатит, при който хората така се свиват от болка, че заемат позата, известна като “молец се мохамеданин”.

- 8 точки - бъбречна колика (при някои обаче тя се оценява с 10 точки, при други - с 5) или примерно болка в рамото при острата фаза на заболяването.

- 7 точки - счупване (при някои то се равнява и на 10 точки).

- 6 точки - изкълчване на става (при някои се дават и 8 точки).

- 5 точки - изгаряне на кожата, пронишна болка, която мъчи хората нощно време.

- 4 точки - зъбобол или главоболие (при някои последното може да се оцени с 2, а при други с 8 точки).

- 3 точки - менструални болки (при някои се дават 5 или дори 6 точки).

- 2 точки - контузия, натъртване.

- 1 точка - дискомфорт.

Номерирана скала:

Няма болка	възможно най-силна болка									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Изводи и заключение. Болката е неприятно чувство и емоционален опит, свързани с налична или потенциална опасност от нараняване на тъкани. Тя винаги е субективно чувство и е това, което пациентът описва, а не това, което другите мислят, че трябва да бъде. Причините за болката са много и различни. Болка, причинена от първичното заболяване – инфилтрация на тумор, компресия на нерв и други. Болка, свързана с провеждано лечение – диагностични и други инвазивни процедури, хирургични намеси. Болка, свързана с общото изтощаващо заболяване – притискане на възпалени участъци, констипация. Болка, несвързана с първичното заболяване или лечение – артрит, ИБС и други. Лечението трябва да бъде индивидуално за удовлетворяване на нуждите на пациента и осигуряване на максимален възможен ефект. Нуждите на пациент със силна хронична болка са различни от тези на пациент с остра болка. Необходимо е да се знае силата, продължителността на действието и страничните ефекти на наличните аналгетици, за да може да се избере подходящият медикамент, както и дозата, начина и схемата на приложение, осигуряващи оптимално облекчение на болката.

Комбинацията на опоидни и неопоидни аналгетици може да осигури по-голямо облекчение на болката при пациенти, при които единствено неопоидните аналгетици вече не са достатъчни. Това може да бъде постигнато без предизвикване на съпътстваща по-голяма опасност от нежелани странични ефекти.

Литература

1. Иванова Д. Специални сестрински грижи за болни със Сърдечно-съдови заболявания, Изд. Централна медицинска библиотека, МУ – София, 2014, 64-66
2. Иванова Д. Технически фишове за сестрински грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания, Изд. Централна медицинска библиотека, МУ – София, 2014, 97-100
3. Чанева, Г., Сестрински грижи в дома на пациента при хирургични заболявания, В: Семейна медицинска сестра, учебно помагало, Български Червен Кръст, С., 2009
4. Чанева, Г., Предоперативен период – задачи на медицинската сестра и акушерката, В: Основи на сестринските и акушерските грижи, Изд. КОТА, Стара Загора, 2009

5. Чанева, Г., Следоперативен период – задачи на медицинската сестра и акушерката, В: Основи на сестринските и акушерските грижи, Изд. КОТА, Стара Загора, 2009

6. Georghieva D. Care plans for patients with surgical diseases, Trakia Journal of Sciences, 10, 2012, № 3, 172-174

Diana Krasteva Ivanova, Associate professor,
Faculty of Medicine, Sofia University „St.
Kliment Ohridski“, 1 Kozyak, 1407 Sofia Bulgaria
e-mail dkg@mail.bg



РАЗРАБОТВАНЕ НА МОДУЛ ЗА ЕКСПЕРТНА СИСТЕМА В ХОМЕОПАТИЯТА ПРИ ОСТЪР ТРАВМАТИЗЪМ С РАЗЛИЧНА ЕТИОЛОГИЯ

Живко Пейчев, Мирослав Начев

DEVELOPING AN EXPERT SYSTEM MODULE IN HOMEOPATHY IN ACUTE INJURIES OF DIFFERENT ETIOLOGIES

Zhivko Peychev, Miroslav Nachev

ABSTRACT: Homeopathy enters more widely in the everyday life of people. It is used to treat any kind of trauma: household, sports, surgery, transport, mental trauma, etc. The aim of this work is to develop an expert system module which provides the physician homeopathic rational choice of medicine according to the type of trauma. **Material and Methods.** Analysis of drugs of a specialized homeopathic reference book in traumatic conditions was carried out. Database was created with the programming language SQL and Java language was applied to write an algorithm to search for medications. **Results.** According to the location of trauma the following groups were differentiated: medications for the soft tissue injuries (*Arnica montana*, *Ledum palustre*, for the trauma of bones, teeth and locomotor system (*Ruta Graviolens*, *Rhus toxicodendron*, *Symphytum*), CNS and psyche trauma (*Aconitum napelus*, *Natrum sulfuricum*). A programming module was developed to enable the selection of a P-drug according to the presence of external bleeding, bruises, broken bones, hyperextension of tendons and ligaments or damage to the psyche. **Conclusions.** The module developed by us helps to find quickly symptomatic homeopathic medication in traumatic conditions and would improve the work of the homeopathic doctor in outpatient care.

Keywords: trauma, homeopathy, expert systems

Въведение

Разработките на експертни системи в областта на здравеопазването намират все по-голямо приложение в медицината. Те се използват както в големи, така и в малки здравни заведения. През 60-те години на миналия век, учени и лекари са заинтригувани от потенциала, който притежават компютърните технологии в медицината [1]. „Интелигентните“ компютри могат да съхраняват и обработват огромни количества знания с идеята да станат “перфектни” лекари, подпомагащи или превъзхождащи клиничните специалисти в диагностиката и лечението [2]. Използването на експертни системи от лекари-специалисти по хомеопатия е бърз начин за подбор на медикаменти при пациенти с различни патологии.

Инициативата за създаване на усъвършенстван алгоритъм за намиране на най-ефективно средство при остър травматизъм с различна етиология се налага от спешността на клиничните ситуации, в които попада лекаря от спешна медицинска помощ.

Цел

Цел на настоящия труд е разработване на прототип на експертна система, в която да бъде имплементиран алгоритъм за рационален избор на хомеопатичен медикамент за нуждите на спешната медицинска помощ при остри травматични състояния.

Материал и методи

За създаването на софтуерния прототип е използван опита и информацията от хомеопатичен справочник, изготвен от двама лекари-хомеопати – преподаватели в Медицински университет Пловдив в областта на хомеопатията – проф. д-р Людмил Пейчев, клиничен фармаколог и проф. д-р Хюсник Бояджиян, инфекционист [3]. Разработката се осъществява на три етапа: анализиране на данните от хомеопатичен справочник, създаване на алгоритъм за намиране на медикамент в съответствие с тези данни и разработване на система за събиране на знания и опит с възможност за самообучение.

Създаден е софтуерен прототип, в който са реализирани първия и втория етап от проекта.

За съхраняване на необходимата информация се използва система за управление на базата от данни (СУБД) – MySQL Server. За създаване на таблиците, връзките между тях и различните видове заявки е използван декларативния език SQL. Архитектурата на таблиците и връзките между тях в базата от данни, използвани от прототипа, са разработени така, че да подпомагат алгоритъма за търсене имплементиран в прототипа на системата.

В процес на разработка са таблици и техните релации в базата от данни, които ще се използват в третия етап на разработка на системата – процеса на събиране на знания и опит.

За разработване на прототипа е използван програмния език JAVA и развойната среда Eclipse [4]. Това дава възможност за постигане на многоплатформеност на приложението.

Резултати и обсъждане

Работата с прототипа протича при изпълнение на следните сценарии представени на Схема 1:

- Лекарят-хомеопат сменя анамнеза, чрез разговор с пациента;
- На базата на снетата анамнеза от пациента, лекарят въвежда аргументи, чрез графичния интерфейс на прототипа в системата. Този сценарий приключва в момента, в който той подаде заявка за представяне на решения от прототипа на експертната система. Възможно е, в процеса на вземане на решение, експертната система да поиска от лекаря въвеждане на допълнителни аргументи, което ще го накара да проведе допълнителен разговор с пациента, за да може да се въведе в системата исканата информация;
- В следващия сценарий, на базата на данните от анамнезата се извършва заявка за предоставяне на информация за налични медикаменти по симптоматиката описана за дадения пациент. Аргументи, отправени към системата могат да бъдат тропизъм на медикаментите, усещания, модалности и съпътстващи признаци съгласно алгоритъма на Константин Херинг [5,6];
- На базата на подадените аргументи, включващи симптомите на пациента, от

базата данни се получава набор от имена на медикаменти, с различен приоритет. Най-висок приоритет имат медикаментите с най-много съвпадащи аргументи;

- Следва извършване на анализ на получените медикаменти. Анализът на медикаментите от справочника, използвани при състояния на травматизъм включва място на действие на медикамента, усещания, съпътстващи признаци и модалности от страна на пациента. В процеса на избор на подходящи медикаменти, експертната система може, чрез графичния си интерфейс да поиска от лекаря да и подаде нови аргументи, които той трябва да осигури, чрез допълнителен разговор с пациента;
- Накрая системата извежда пред лекаря няколко медикамента, приоритетно подбрани за оказване на първа помощ с хомеопатия;
- Лекаря извършва индивидуална преценка за избора на подходящия медикамент от предложените от експертната система и въвежда избора си в системата;
- Експертната система на базата на направения избор на хомеопатично лекарство за пациента влиза в диалог с лекаря и създава правила и допълнителни връзки в базата от данни на системата, с цел извличане на опита на лекаря, създаване на нови правила за избор на базата на опита на експерта хомеопат;
- Извлечените от по-горния сценарий правила и опит са с временен характер. Те сменят характера си на постоянен, ако при следващ преглед се установи ефективността на избора. Ако се окаже, че очаквания ефекта не е постигнат с избрания медикамент, създаденото правило и опит се премахват от базата данни, където е съхранено.

В базата от данни на прототипа е въведена информация за хомеопатични лекарства, които се използват само за лекуване на травматизъм. В тях за всяко вещество е включена информация за това, какви симптоми би предизвикало то у пациентите, ако се вземе без разреждане. По този начин може да се използва основния принцип на хомеопатията – подобното се лекува с подобно.



Схема 1. Сценарии на работа с прототипа на експертна система за избор на хомеопатичен медикамент при състояние на остър травматизъм.

Информацията за медикаменти, използвани при травматизъм с различна етиология и локализация е въведена в базата от данни на експертната система и е представена на таблици от 1 до 4. Въз основа на резултатите от

клиничните случаи, алгоритмите за рационален избор на хомеопатичен медикамент се изменят с времето, а предложенията за избор на медикамент от системата стават още по-надеждни.

Табл. 1. Травма на меки тъкани.

Медикамент	Приложение
Arnica montana	Всякакъв вид травматизъм – физически и психически, резултат от удар, падане, рана и други.
Ledum palustre	Контузия на меките тъкани от удар с тъп предмет, последвана от изтръпване. Усещане за контузия на меките тъкани около окото с травматични очила, последвано от изтръпване.
Natrum sulfuricum	Общо натъртване, разпъване или локална скованост на ставите с оточност на тъканите.
Hypericum perforatum	Болки от нараняване с остър предмет – ухапване от животни, прободни наранявания или размачкване на тъканите.
Manganum metallicum	Генерализирано усещане за натъртване, подобряващо се в легнало положение, свръх чувствителност при докосване или сътресение.
Radium bromatum	Болезнено натъртване и тежест по цялото тяло.
Baptisia tinctoria	Болезнено натъртване на мускулите с усещане за прекалено твърдо легло.
Hamamelis virginiana	Болезнено натъртване на крака и таз.
Drosera rotundifolia	Контузия на ставите с пробождаване в мускулите.
Nux vomica	Натъртване в гърба и кръста.
Medorrhinum	Натъртване на ставите и поясно седалищната област.
Bellis perennis	Натъртване на коремните и тазови мускули.
Ruta graveolens	Натъртване на мускулите, ставите на китките, глезените и гръбначния стълб.
Rhus Toxicodendron	Натъртване и скованост на мускулите.
Phytolacca decandra	Общо натъртване на мускулите на цялото тяло.

Табл. 2. Травма на кости и сухожилия.

Медикамент	Приложение
Symphytum officinale	Травми на костите с фрактури. Болки в костите като последица от пресни и стари травми, засягащи периоста, независимо от локализацията. Болки, персистиращи и след зарастването.
Rhus toxicodendron	Травми, контузии и натъртвания на ставите и опорно-двигателния апарат.
Calcarea phosphorica	Болки в костите по епифизи, диафизи, симфизи, дълги кости и гръбначен стълб.
Osteocynesine	Фрактура на костите, остеопороза.

Табл. 3. Травми в областта на главата.

Медикамент	Приложение
Aconitum napelus	Психическа травма, следствие на преживян стрес.
Natrum sulfuricum	Черепно-мозъчна травма с раздразнителност, депресия.
Hypericum perforatum	Черепно-мозъчна травма с главоболие, световъртеж и безсъние.
Arnica montana	Всички видове травми на главата. Хеморагични и нехеморагични, посттравматичен шок
Symphytum officinale	Травми на костите и периоста, фрактури на черепа.

Табл. 4. Травми в областта на лицето.

Медикамент	Приложение
Ledum Palustre	Фрактура на базата на черепа с травматични очила.
Aurum Metallicum	Болки след травма в областта на лицето.
Mezereum	Разкъсващи, пробощащи като със свредел болки в областта на лицето.
Ferrum phosphoricum	Болки пробощащи в горната челюст.
Gelsemium semper-virens	Хиперестезия на цялото лице след травма.

Изводи

Разработеният модул за бързо намиране на хомеопатичен медикамент при състояния на травматизъм би подобрил работата на лекар-хомеопат в доболничната помощ. Той може да бъде внедрен във всяка експертна система в областта на хомеопатията.

Литература

1. Ledley R. S., Lusted L. B.. Probability, logic and medical diagnosis, PubMed, 1959, p. 892-930
2. Trevor Winstanley, Patrice Courvalin, Expert Systems in Clinical Microbiology, Clinical Microbiology Reviews, Vol 24, 2011, p. 515-556
3. Пейчев Л, Бояджиян Х. Хомеопатичен справочник. От симптома към медикамента и от медикамента към симптома. 1st ed. София: Изток-Запад; 2011.

4. Eckel, Bruce. Thinking in Java, 3rd ed., New Jersey: Prentice Hall; 2003

5. Jouanny J, Crapone J, Dance A, Massone J. Therapeutique Homeopathique (Possibilities in Acute Pathology) France: Boiron; 2000.

6. Jouanny J, Crapone J, Dance A, Massone J. Therapeutique Homeopathique (Possibilities in Chronic Pathology) France: Boiron; 2000.

Assistant Prof. eng. Zhivko Peychev
Department of Medical informatics, Biostatistics and e-learning“ – Faculty of Public Health, MU Plovdiv
Medical University of Plovdiv, Bul. Vassil Aprilov 15-A, Plovdiv 4002, Bulgaria
e-mail: jivko_p@yahoo.com

Miroslav Nachev
Institute of Information and Communication Technologies – Bulgarian Academy of Sciences
e-mail: mathura5@hotmail.com



ФОРМИРАНЕ И ОЦЕНКА КОМПЕТЕНТНОСТТА НА СТУДЕНТИТЕ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „АКУШЕРКА“ ДА СЪБИРАТ ЗДРАВНА ИНФОРМАЦИЯ

Здравка Атанасова, Кремена Митева

FORMATION AND EVALUATION OF "MIDWIFE" STUDENTS' COMPETENCE TO COLLECT HEALTH INFORMATION

Zdravka Atanasova, Kremena Miteva

ABSTRACT: In our legislation "health information" is defined as personal data concerning health, physical and mental development of individuals.

Provision and collection of health information is one of the professional activities which the midwife may perform pursuant to the laws in Bulgaria. In medical practice, patient health information that we learn from his words and / or the story of the people who knew him from earlier defined as "history". As a rule it precedes any objective examination and therapy. Remove the writing, because in this way the questioning becomes ever more fundamental and mainly more systematic. Full and credible histories (general, obstetric, gynecological) largely serve to determine the conduct of the case.

The purpose of this scientific communication is to analyze the professional competence of students of "midwife" to collect health information to pregnant women.

Obstetric histories are actually downloaded by students from first to fourth year in "midwife" in the Medical Faculty of Trakia University - Stara Zagora, in the course of the clinical practice. The results recorded from collected health information students presented in writing.

Student attendance is assessed on three criteria: compliance of collected health information using an technology to collect a full general and obstetric history; completeness of the collected health information and skills for written presentation of the collected health information.

Analysis of the results of the study revealed a very good level of knowledge that professional competence.

Keywords: health information, obstetric history, professional competence, students, assessment.

Въведение

Легална дефиниция на понятието „здравна информация“ дава чл. 27, ал. 1 от Закона за здравето (ЗЗ), според който тя представлява: лични данни, свързани със здравословното състояние, физическото и психическото развитие на лицата; всяка друга информация, съдържаща се в медицинските рецепти, предписания, протоколи, удостоверения и в друга медицинска документация. (Закон за здравето, декември 2014)

Здравната информация е обект на законова защита по ЗЗ, но тъй като съставлява „чувствителни“ лични данни (лични данни, които се отнасят до здравето, сексуалния живот или до човешкия геном) е обект на специална защита по чл. 5, ал.1.от Закона за защита на личните данни. (Закон за защита на личните данни, февруари 2013)

По чл. 27, ал 2 от ЗЗ здравна информация се събира, обработва, използва и съхранява от лекарите, лекарите по дентална медицина, фармацевтите и другите медицински специалисти, както и немедицинските специалисти с висше немедицинско образование, работещи в националната система за здравеопазване. (Закон за здравето, 2014)

В медицинската практика здравната информация за пациента, която научаваме от неговите думи и/или от разказа на хората, които го познават от по-рано, се дефинира като „анамнеза“. По правило тя предшества всяко едно обективно изследване и терапия.

На по-задълбочен анализ подлагаме акушерската анамнеза, като професионална дейност, която акушерките могат да извършват самостоятелно. Това е необходимо, защото в българските нормативни документи посоченото не е изрично регламентирано.

Наредба № 12 от 21 юли 2014 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Акушерст-

во и гинекология“ в дял III, глава IX, точка 1.1. посочва, че правоспособност да практикуват медицински дейности по специалността на ниво долекарска помощ имат: акушерки; медицински сестри – само за оказване на долекарски грижи за гинекологично болни; лекари. Обхватът на медицинската дейност на посоченото ниво включва: установяване на бременност; проследяване на нормалната бременност; назначаване или препоръчване на необходимите прегледи за възможно най-ранна диагноза на рискова бременност и т.н. (Наредба № 12 за утвърждаване на медицински стандарт „Акушерство и гинекология“, 2014)

Последните посочени компетенции са регламентирани и в чл. 5, Раздел III на Наредба № 1 от 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

Наредба № 39 за профилактичните прегледи и диспансеризацията регламентира, че всеки профилактичен преглед включва анамнеза и пълен обективен статус. Съгласно чл. 5, ал.1 на последната „бременните и родилките до 42 дена след раждането подлежат на профилактични прегледи и изследвания, осъществявани на диспансерен принцип, определени по вид и честота в приложение № 2“. В последното е посочено, че при първо

посещение на бременната се сваля анамнеза за рискови фактори (възраст, придружаващи заболявания, усложнения на предишни бременности, вредни навици, професионални, други) и се определя и вероятния термин на раждане. (Наредба № 39 за профилактичните прегледи и диспансеризацията, 2004)

Направеният анализ на нормативната уредба разкрива, че събирането на здравна информация е професионална компетенция, която всяка акушерка трябва да притежава.

Данните от профилактичните прегледи и диспансеризацията на бременните жени, включващи и тези от изчерпателно свалената анамнеза, се отразяват в утвърдената медицинска документация - „Карта за профилактика на бременността“ и „Карта за диспансерно наблюдение на бременна и родилка“, а тези при хоспитализация в лечебно заведение в лист „История на бременността и раждането“.

При обучението на студентите от специалност „акушерка“ в Медицински факултет на Тракийски университет – Стара Загора *анамнезата* (акушерска и гинекологична) се изучава като тематика по шест задължителни учебни дисциплини, които са посочени в таблица 1, заедно с часовете по хорариум, формата на аудиторна заетост и времето на придобиване на професионалната компетенция.

Таблица 1. Анамнезата като изучавана тематика по задължителните учебни дисциплини.

Учебна дисциплина	курс / семестър	Форма на аудиторна заетост	Хорариум/часове
Философия и въведение в сестринските и акушерски грижи.	I курс / I сем.	лекция	2
Специални грижи при бременни с нормална и патологична бременност	I курс / I сем.	упражнение	3
	I курс / II сем.	упражнение	2
Специални грижи при гинекологични заболявания	II курс /III сем.	упражнение	2
Акушерство	I курс / I сем.	лекция	1
		упражнение	2
Гинекология	II курс /III сем.	лекция	1
		упражнение	1
Клинична практика	II курс /III сем.	клинична база:родилна зала	6
		клинична база:сектор патологична бременност	6
	II курс /IV сем.	клинична база: гинекологично отделение	6
		клинична база: ПЗГ-ЖК	6

Цел

Целта на настоящото изследване е да се извърши оценка на формираната в процеса на обучение компетентност на студентите от специалност „акушерка“ в Медицински факултет на Тракийски университет - Стара Загора да събират здравна информация от бременни жени.

Методика на проучването

На студентите от първи до четвърти курс специалност „акушерка“ в Медицински факултет на Тракийски университет - Стара Загора се постави задача да съберат здравна информация от бременни, по време на обучението по клинична практика. Определи се срок от 4 седмици (месец февруари 2015г.) за да се осигури възможност за реално, а не за симулантно изпълнение на самостоятелната работа. От обучаваните се изиска да се придържат към изучения в първи курс алгоритъм за събиране на пълна обща и акушерска

анамнеза (по учебната дисциплина „Специални грижи при бременни с нормална и патологична бременност“). Регистрираните резултати от събраната здравна информация студентите представиха в писмен вид.

Определихме критериите за оценка компетентността на студентите от специалност „акушерка“ да събират здравна информация от бременни жени:

➤ Съответствие на събраната здравна информация с алгоритъма за пълна обща и акушерска анамнеза;

➤ Пълнота на събраната здравна информация;

➤ Умения за писмено представяне на събраната здравна информация.

Количествените оценки за изпълнение на поставената задача са словесно – цифрови по шестобалната система. Минималната оценка за успешно събрана и регистрирана здравна информация е „Среден (3)“. Съпоставимостта на трите компонента и оформянето на крайната оценка е представено в таблица 2.

Таблица 2. Критерии за оценка компетентността на студентите да събират здравна информация.

Съответствие на събраната здравна информация с алгоритъма за акушерска анамнеза		Пълнота на събраната здравна информация		Умения за писмено представяне на събраната здравна информация		Крайна оценка	
Оценка	%	Оценка	%	Оценка	%	Оценка	%
2	<18	2	<36	2	< 6	2	< 60
3	18-20	3	37-41	3	6	3	60-70
4	21-23	4	42-47	4	7	4	71-80
5	24-26	5	48- 53	5	8	5	81-90
6	27-30	6	54-60	6	9-10	6	91-100

Резултати

Поставената задача в срок изпълниха 100% от обучаващите се в първи и трети курс, 85% от студентите втори курс и 47,36% от стажантите, повеждащи преддипломния си стаж в град Стара Загора.

Проверени и оценени са общо 66 акушерски анамнези, събрани от студенти специалност „акушерка“ от Медицински факултет, Тракийски университет – Стара Загора (съставляващи 80,48% от всички обучаващи към момента на изследването), от които:

- ☐ първи курс – 23 броя;
- ☐ втори курс – 17 броя;

- ☐ трети курс – 18 броя
- ☐ четвърти курс – 8 броя.

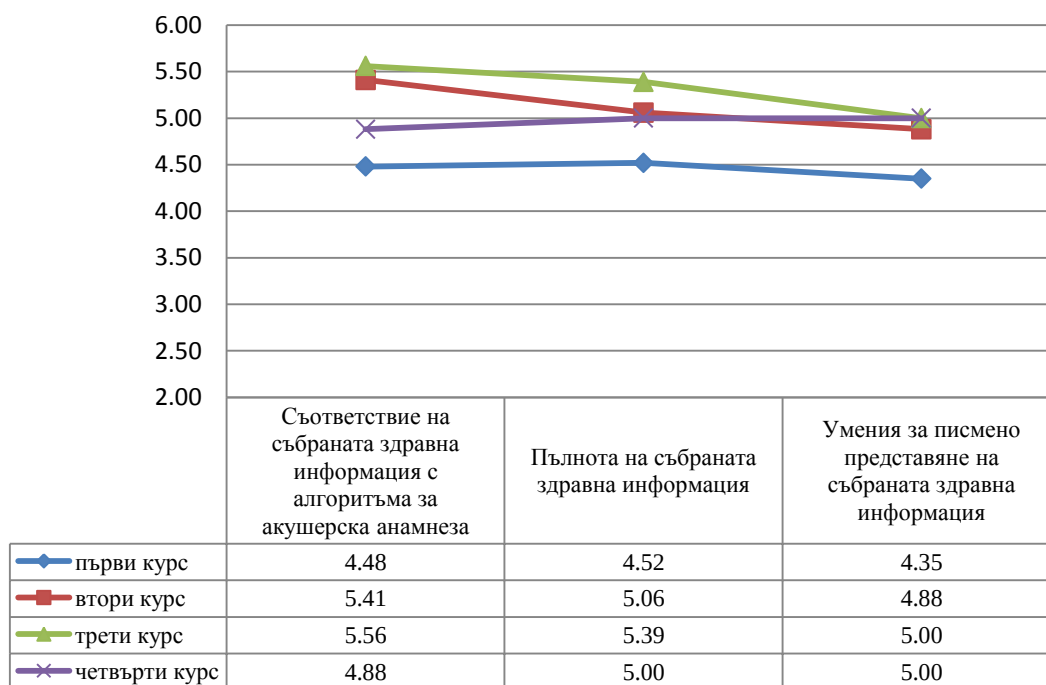
Крайната средна оценка е „Много добър (4,99)“. Разпределението на оценките по критерии и курс на обучение са представена на фиг.1

Резултатите по критерия „съответствие на събраната здравна информация с алгоритъма за пълна обща и акушерска анамнеза“ разкриват нивото на теоретичните знания на студентите от специалността по темата. Крайната средна оценка по него е „Много добър (5.08)“.

Отлично ниво на теоретичните знания за същността и структурата на акушерската

анамнеза се установи при студентите от трети курс на обучение. Тяхната средна оценка по критерия е „Отличен (5,56)”. Резултатите са най-ниски при студентите от първи курс на обучение, което не е изненадващо от гледна точка на часовете по учебен план, които те са

изучавали тематиката. Не прави добро впечатление, че непосредствено след първокурсниците по успех се подреждат стажантите. Тяхната средна оценка по критерия е с повече от половин единица по-ниска от студентите от втори и трети курс.



Фиг. 1. Разпределението на оценките по критерии и курс на обучение.

Ал. Хаджиев посочва, че „данните от анамнезата, ако са пълни и достоверни, могат в значителна степен да послужат за определяне на поведението в конкретния случай”. (Хаджиев, Ал. и съавт., 1994, с. 96). За нас „пълнота на събраната здравна информация” също е водещ критерий, поради което той формира до 60% от крайната оценка.

Върху пълнотата на свалената акушерска анамнеза влияние оказват фактори като:

- общите теоретични знания на студентите, приоритетно по дисциплините „Акушерство” и „Специални грижи при бременни с нормална и патологична бременност”, като минимум за практическа реализация на изследваната компетентност;

- теоретичните знания на студентите за същността и структурата на акушерската анамнеза;

- възможностите за упражняване в посочената компетенция по време на обучението по специалността (*симулантно* – при провеждането на учебно-практическите занятия

/УПЗ/ в учебен кабинет по „Специални грижи при бременни с нормална и патологична бременност” и *реално* – по време на УПЗ по „Акушерство” и часовете за практическо обучение по „Клинична практика” в: приемна кабинет, родилна зала, сектор патологична бременност, женска консултация);

- комуникативните умения на студентите: да организират свалянето на акушерската анамнеза (представяне на бременната, предразполагане към разговор, осигуряване на подходяща атмосфера и др.); да осъществяват комуникация с пациентката, базирана на емпатия, безусловно позитивно приемане и конгруентност, при спазване на основните комуникативни изисквания за ефективно управление на вербалното и невербалното общуване (стиливе, техники, модалности); да оценяват и психо-соматичното състояние на пациентката и възможните социални и психологически противоречия и бариери по време на комуникацията, произтичащи от фактори като: възраст, възпитание и култура, вероизповеда-

ние, ценностна система, навици, образователен ценз, убеждения, мироглед, и т.н.

Средната оценка по критерия „пълнота на събраната здравна информация” е „Много добър (4,99)”.

Най-пълни и достоверни акушерски анамнези са свалили студентите от трети курс. Техният среден успех по критерия е „Много добър (5,39)”.

Резултатите отново са най-ниски при студентите от първи курс на обучение. Коректно е да се уточни, че по учебен план, първокурсниците ще се усъвършенстват в посочената професионална компетенция по дисциплината ”Клинична практика” - през трети семестър в базите: родилна зала и сектор патологична бременност, през четвърти семестър при провеждането на женска консултация в лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ, както и по време на преддипломния стаж. Посоченото се очаква да се отрази в положителна посока на резултатите им в последващ етап от обучението.

Задълбоченият анализ на акушерските анамнези разкри по-съществени пропуски в два основни момента:

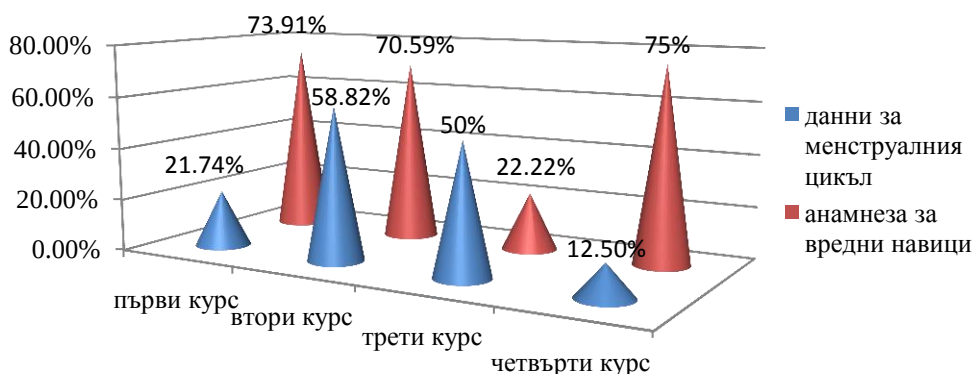
- данни за менструалния цикъл;
- анамнеза за рискови фактори.

Резултатите представени на фиг.2 показват:

✓ повече от една трета от студентите (37,88%) са допуснали неточности в събраната информация за менструалния цикъл на жените (менархе, начин на установяване, период между две менструални кръвотечения, продължителност на кръвотечението, регулярност, особености на менструацията и т.н.);

✓ 59,09% от студентите не са свалили анамнеза за вредни навици.

Посочените резултати са тревожни и налагат вземането на педагогически мерки за оптимизация на процеса на усвояване на знания, умения и компетенции за събиране на здравна информация от студентите специалност „акушерка”.



Фиг. 2. Пропуски в пълнотата на анамнезите - „менструалния цикъл” и „вредни навици”.

По правило анамнезата се снима писмено. С вписването на данните от здравната информация, разпитът става по-основен и главно по-систематичен.

В процеса на обучение на бъдещите акушерки се акцентира, че при записването на настоящето състояние или страдание: събитията се описват хронологично; с думите на пациента, които в случай на нужда се ограждат с кавички; без предварителни предположения и изводи; с приложение на проблемно ориентираният подход, който позволява бърза ориентация в текущия проблем.

Резултатите по критерия „умения за писмено представяне на събраната здравна информация” разкриват нивото на теоретичните

знания и практическите умения на студентите от специалност „акушерка” да регистрират събраната здравна информация в медицинската документация.

Критерият е обвързан с теоретичните знания на студентите за същността и структурата на акушерската анамнеза, с цялостите им познания по „Акушерство”, с нивото на компетенциите им за стандартите и правилата за съставяне и водене на специфична медицинска документация, но в значителна степен и с уменията им да разпитват и интерпретират получената здравна информация. Всичко посочено рефлектира върху средна крайна оценка по критерия - „Много добър (4,81)” и я оформя като най-ниската сред останалите.

Резултатът би следвало да се тълкува като реален. Той е израз на писменото представяне на събраната здравна информация, а е невъзможно да регистрира в анамнезата нещо, за което пациента не е попитан, не е проучено, установено и уточнено.

В корелация с по-горе представените резултати, за нас не е изненадващо, че и по този критерий най-нисък успех имат първокурсниците - „Добър (4,35)”. При студенти от останалите курсове резултатите са „много добри”, без статистически значими различия.

Изводи

Данните от проведеното изследване разкриват задоволителни резултати относно професионалната компетентност на бъдещите акушерки да събират здравна информация.

За постигането на още по-висок успех е необходимо студентите да вземат под внимание, следните препоръки:

- да актуализират познанията си за същността и структурата на акушерската анамнеза;

- да усъвършенстват уменията си за анализ и интерпретация на информацията (измерения на симптомите по: време, място, интензитет, характер, провокиращи и облекчаващи фактори, придружаващи симптоми, специфични измерения; симулация, дизсимулация);

- да усъвършенстват техниката си на разпитване: умения за предразполагане на пациентката; активно емпатично слушане; разбиране емоционалното състояние на бременната; задаване на разбираеми обширни въпроси и последвана конкретизация на информацията със затворени въпроси, които не сугестират пациентката и прочие;

- да усъвършенстват практическите си умения за съставяне и водене на специфична медицинска документация.

Оптимизацията на процеса на усвояване на знания, умения и компетенции за събиране на здравна информация от бъдещите акушерки е възможна чрез:

- ✓ засилване контрола на преподавателите върху степента на придобиване на изследваната професионална компетентност;

- ✓ осигуряване възможности за упражняване на студентите - в реални условия по време на практическото обучение по специалността.

Литература

1. *Закон за защита на личните данни*. В сила от 01.01.2002 г. Изм. и доп. ДВ. бр.15 от 15 Февруари 2013г.

2. *Закон за здравето*. Обн. ДВ. бр.70 от 10 Август 2004г, доп. ДВ. бр.107 от 24 Декември 2014г.

3. *Наредба № 1 от 8.02.2011г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно*. Обн. ДВ. бр. 15 от 18 февруари 2011г.

4. *Наредба № 19 от 22 Декември 2014 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Акушерство и гинекология“*. Обн. ДВ. бр.106 от 23 Декември 2014г.

5. *Наредба № 39 от 2004г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията*. В сила от 01.01.2005 г., Обн. ДВ. бр.106 от 3 Декември 2004г., доп. ДВ. бр.95 от 18 Ноември 2014г.

6. Хаджиев, Ал. и съавт. 1994. *Акушерство*. София, изд. Медицина и физкултура, 432с.

асистент Здравка Атанасова
Доцент Кремена Митева, д.п.
Тракийски университет
Медицински факултет
Катедра ”Здравни грижи”

България
6000 Стара Загора,
ул. „Армейска” № 11

E mail: zdravka.atanasova75@abv.bg

E mail: kremena.miteva@abv.bg



ПРЕДОСТАВЯНЕТО НА ЗДРАВНА ИНФОРМАЦИЯ КАТО ПРОФЕСИОНАЛНА КОМПЕТЕНТНОСТ НА АКУШЕРКАТА

Здравка Атанасова, Кремена Митева

PROVISION OF HEALTH INFORMATION AS A PROFESSIONAL COMPETENCE OF MIDWIVES

Zdravka Atanasova, Kremena Miteva

ABSTRACT: *One of the fundamental rights of the patient to receive information. In keeping with the ethical code of practice, every midwife should recognize and protect the rights of their patients as indicated in the Declaration of the World Medical Association (Lisbon, 1981) and regulated by the laws in Bulgaria, be respectful dignity the human person, in any case to keep the spirit, faith and support to care for their mental tranquility, provide women and their families information on their competence.*

The purpose of this scientific communication is to analyze the professional competence of midwives to provide information to pregnant, mothers and women gynecological patients. Studied is the opinion of 151 patients and 73 midwives. The purpose of this scientific communication is to analyze the professional competence of midwives to provide information to pregnant, mothers and patients. Surveillance was implemented over 151 patients and 73 midwives. Respondents midwives have different educational - qualifications and professional experience.

The analysis of the survey results does not reveal satisfactory results on the professional competence of midwives to provide information to pregnant women, mothers and women gynecological patients. It is imperative that midwives working in the hospital structures of obstetric care, to update their knowledge on statutory rights of patients to obtain health information. That is necessary for the realization of their professional duties. Needed is ongoing monitoring by supervisors in obstetrics-gynecology bases on the implementation of the professional competence of midwives to provide statutory health information of patients. Periodic collection of sociological information on patient satisfaction, including not only therapeutic approach, but the overall attitude would be extremely useful for assessing the validity of the management of obstetric and gynecological hospitals.

Keywords: patients, midwives, rights, information, professional competence.

Въведение

Едно от основните права на пациента е да получава информация.

В European Charter of Patients' Rights (2002г.) е вписано, че пациентът има право: „на достъп до каквато и да е информация във връзка с неговото здравословно състояние, медицинските услуги и начина на тяхното прилагане, както и относно постиженията на научно-изследователския прогрес. Всяко лице има право на достъп до всяка информация, която може да му позволи да участва активно във вземането на решения за неговото здраве” (European Charter of Patients' Rights, 2002).

Специалистите доставящи здравни услуги трябва да предоставят на пациента информация, която е специално адаптирана, съобразена с неговите религиозни, етнически или езикови особености. Осъществявайки посочено-

то са длъжни да направят всичко необходимо информацията да е лесно достъпна. Трябва да използват език, познат на пациента и да общуват по начин, който е разбираем за лицата без медицински познания. Информацията трябва да се предоставя с достатъчно предварително време, за да се даде възможност на пациента да участва активно в терапевтичните решения по отношение на неговото здравословно състояние. Пациентът има право да откаже лечение или лекарска намеса и да промени мнението си по време на терапията, като се откаже от продължаването ѝ, както и да откаже информация за здравния си статус. (European Charter of Patients' Rights, 2002).

У нас Законът за здравето, Глава III, Раздел II, от чл.87 до чл.92 вкл., визира правата на пациентите да получават информация.

Бременните, родилките и гинекологично болните жени, като обект на медицинско обс-

лужване в областта на акушерството и гинекологията имат право да получат ясна, точна и достъпно предложена информация относно:

- заболяването – диагноза и характер на заболяването;
- методите за диагностика;
- методите за лечение - цели и естество;
- разумни алтернативи за диагностика и лечение;
- риска за здравето при прилагане на други методи на лечение или при отказ от лечение;
- очакваните резултати от проведеното лечение и прогноза;
- потенциални рискове при провеждането на диагностично - лечебните методи, включително страничните ефекти и нежеланите лекарствени реакции, болка и други неудобства;
- имената, специалността и длъжността на лицата, участващи в лечебния процес;
- живота в болницата. (Закон за здравето, декември 2014)

Спазвайки етичния професионален кодекс, всеки медицински специалист би следвало да признава и защитава правата на своите пациенти така, както са посочени в Декларацията на Световната медицинска асоциация (Лисабон, 1981), да се отнася с уважение към достойнството на човешката личност, при всички случаи да поддържа духа, подкрепя вярата на пациента и да се грижи за душевното му спокойствие.

Според чл.14. от Етичния кодекс на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти по здравни грижи в Р. България „професионалистът по здравни грижи осигурява на пациента и неговите близки, информация от своята компетентност, касаеща прогнозата, диагнозата, лечението и евентуалните рискове и предимства преди предприемането на каквито и да е медицински действия”. (Етичен кодекс на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти по здравни грижи в Р. България, чл.14)

Информацията трябва да бъде предоставяна на пациента така, че той да стане „компетентен” за наличното си заболяване или състояние.

Ц. Воденичаров и С.Попова подчертават, че „компетентността е винаги компетентност за определена задача – компетентност да се

направи нещо”. (Воденичаров, Попова, 2006, с. 121) Категорично приемаме тезата им, че е необходимо да се прави разлика между компетентен пациент и компетентно решение. „Компетентността е капацитет на човека, а решението е резултат от този капацитет. Върху резултата оказват влияние и други фактори.” (Воденичаров и съавт., 2006, с. 122)

На базата на дългогодишни проучвания в областта на информираното съгласие, С. Димитрова подчертава че „съвременният пациент е все по-малко склонен да се подчинява на патерналистичната клинична преценка на лекаря, който не обсъжда рисковете за намесата и не го привлича в решението. Той изисква все повече информация, необходима му за активно участие при вземане на решения за намеса в собственото си лечение или при лечението на своите деца” (Маринова, Димитрова, 2006, с.28)

Цел на изследването

Да се анализира професионалната компетентност на акушерките да предоставят информация на бременните, родилките и гинекологично болните жени.

Методи

- ✓ документален,
- ✓ анкетен,
- ✓ математико - статистически.

Резултати

Проучено е мнението на общо 224 респонденти, от които:

- ☐ 151 пациентки;
- ☐ 73 акушерки.

Анкетираните акушерки работят в лечебни заведения за болнична акушеро-гинекологична помощ в градовете Стара Загора (83,56%) и Габрово (16,44%).

Пациентките са бременни, родилки и гинекологично болни жени.

В таблица 1 са представени лечебните заведения и броя респонденти – пациенти и акушерки.

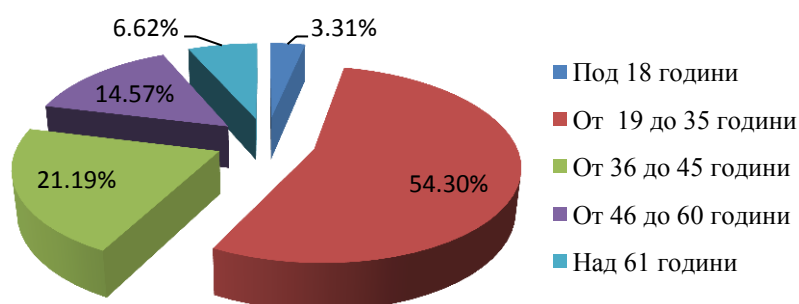
Таблица 1. Лечебни заведения и брой респонденти /пациенти и акушерки/

Лечебно заведение Респонденти	МБАЛ „Проф. д-р Ст.Киркович” гр. Ст. Загора	МБАЛ „Ниа-Мед” гр.Ст.Загора	МБАЛ „Св.Иван Рилски” гр.Ст.Загора	МБАЛ „Д-р Тота Венкова” гр. Габрово	Общо:
Акушерки	32	14	15	12	73
Пациентки	48	44	21	38	151
Общо:	80	58	36	50	224

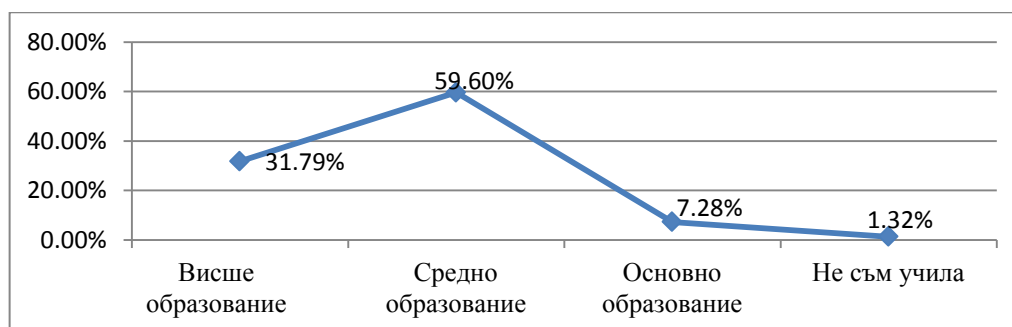
Анкетираните акушерки са с различни образователно - квалификационни степени (ОКС) и професионален опит. Разпределението им по ОКС е както следва: полувисше медицинско образование – 50,68%; специалност „Акушерка” ОКС „Бакалавър” – 28,77%; с допълнителна бакалавърска степен „Управление на здравните грижи” (УЗГ) -16,44%;

магистърска степен УЗГ - 4,11%. С професионален трудов стаж до 5 години са 12,33% от изследваните; от 6 до 10 г. - 13,70%; от 11 до 20 г. - 20,55% и над 21 години - 53,42%.

Резултатите от разпределението на анкетиранияте пациентки по възраст е представено на фиг. 1, а това по образование на фиг.2.



Фиг. 1. Разпределение на анкетиранияте пациентки по възраст



Фиг. 2. Разпределение на анкетиранияте пациентки по образование

Наредба № 1 от 8.02.2011г. регламентира професионалните дейности, които акушерките могат да извършват. Възможността за самостоятелно вземане на професионални решения е определяща за дефиниране на служебните права и задължения на акушерките,

както и на въпросите за поемането на юридическа отговорност.

Конкретните видове професионални дейности, които акушерките могат да извършват самостоятелно са обособени в седем отделни категории, включващи общи и специфични професионални задачи. На по-задълбочен

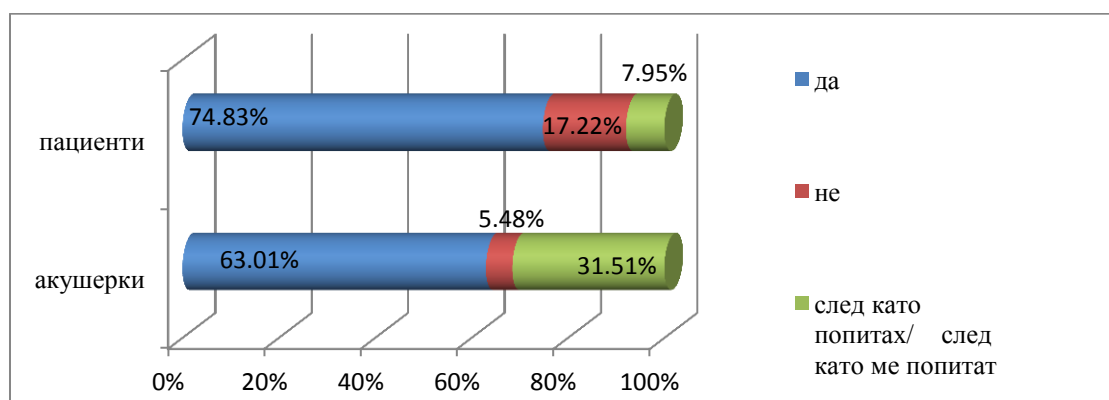
анализ е целесъобразно да се подложи задължението за информиране на пациента с цел получаване на съгласие за извършване на изследвания и манипулации. Нормативните изисквания относно информираното съгласие, уредени в чл. 87– 89 от Закона за здравето, са насочени предимно към правоотношението лекар – пациент. Това налага съблюдаването на разпоредбите на Закона за здравето при участието на акушерките в този процес.

При хоспитализация всяка бременна, раждаща и гинекологично болна жена има право да бъде запозната с правата и задълженията си като пациент, както и да получи информация за структурата, организацията и работния график на лечебното заведение, правилата и вътрешния ред за съответното отделение. Как изпълняват това свое задължение акушерките?

Според самооценката си - 28,77% от акушерките обясняват „подробно, в детайли“ правата и задълженията на пациентите при постъпване в лечебното заведение, „кратко, но ясно“ - 63,01%, „набързо, без детайли“ - 6,85%, а 4,11% споделят, че не правят това. Посочените резултати се разминават с мнението на пациентите по въпроса. Бременните,

родилките или гинекологично болните жени споделят, че общо в 71,53% от случаите са запознати с правата и задълженията си подробно или кратко, но ясно, а 17,88% не са получили подобна информация при постъпването си в лечебното заведение. Същият процент пациенти посочват и , че не са запознати с правилата и вътрешния ред в отделениято, в което са приети, докато нито една акушерка не си признава това. Фактът е тревожен сигнал не само от гледна точка на комуникацията, но и като незачитане правата на част от пациентите в лечебните заведения за акушеро-гинекологична помощ.

Според Законът за здравето на Република България, бременните, родилките и гинекологично болните жени имат право да получат информация относно имената, специалността и длъжността на лицата, участващи в лечебния процес. Резултатите сочат, че на 3/4 (74,83%) от пациентите в болничната акушеро-гинекологична помощ е предоставена посочената информация. Самооценката на акушерките е дори по-ниска - 63,01%. Съпоставка на резултатите на акушерките и пациентите е представена на фиг.3.

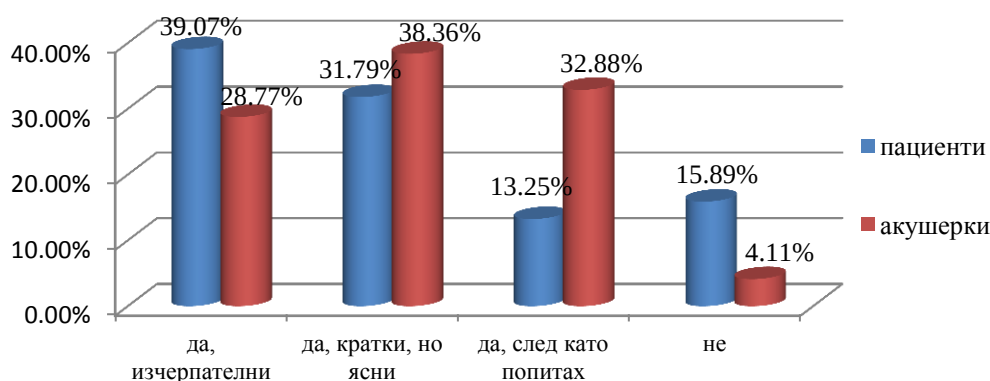


Фиг. 3. Съпоставка мненията на пациенти и акушерки по въпроса за представянето на здравния специалист

Професионалната комуникативна компетентност на акушерките включва консултирането и даването на съвети на пациентка и близките ѝ по въпросите на: семейното планиране, сексуалното и репродуктивното здраве; превенцията и профилактиката на токсикоманиите, алкохолизма, тютюнопушенето, насилието, трудовите и битовите злополуки; социално значимите заболявания; хигиената и

диететиката; отглеждане на новороденото и т.н.

Пациентите споделят, че в 84,11% от случаите са получили съвети от обслужващите ги акушерки. Според самооценката на здравните специалисти този процент е по- висок - 95.89%. На фиг. 4 е представена съпоставка на мнението на двете групи респонденти по въпроса.



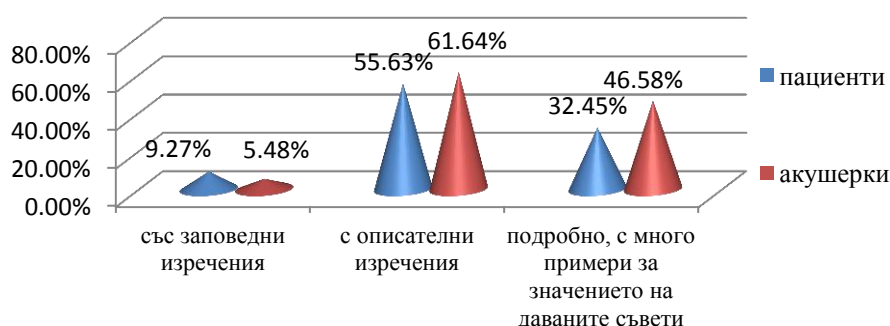
Фиг. 4. Самооценка на акушерките и оценка на пациентите по въпроса за предоставянето на съвети

Не прави добро впечатление високият процент (32,88%) акушерки, които изпълняват това свое задължение едва при „настояване“ от страна на пациентите. Тревожен е и фактът, че близо една шеста от обслужваните в лечебните заведения бременни, родилки и гинекологично болни жени не получават консултиране и информация за здравното поведение, което би следвало да имат след изписването им от стационара.

Информацията, която получават пациентите трябва да бъде предоставена своевременно, в зависимост от неотложността на акушеро-гинекологичната намеса. Тя трябва да бъде предоставена на използван от жената език (включително когато тя е чужд гражданин, неграмотна или глухоняма), в разбираема форма (без използваните в учебниците по медицина латински термини) и в подходящ

обем (достатъчен да отговори на поставените от пациентката въпроси, без да я засипва с излишни данни). (Закон за здравето, декември 2014)

Резултатите от проведеното изследване разкриват, че начинът, по който акушерките предоставят информация на пациентите при консултиране и съветване е различен (виж фиг.5). От гледна точка на спазването на принципа за автономност и проявяването на емпатия в акушерската дейност, като необходимо професионално умение при комуникацията с пациентите считаме за недопустим заповедния стил за консултиране и съветване. Затова определяме като тревожни резултатите, сочещи, че посочения стил на изразяване се използва акушерките.



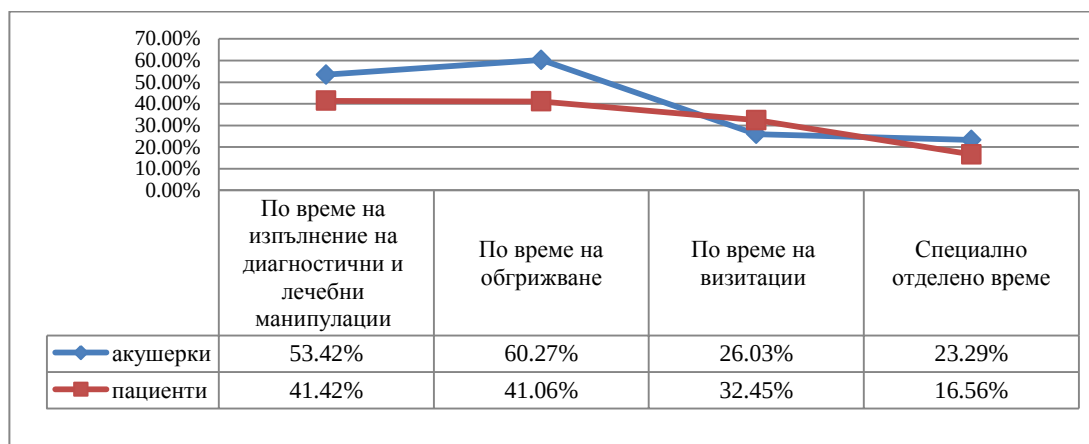
Фиг. 5. Самооценка на акушерките и оценка на пациентите за начините на консултиране и съветване.

На въпроса „Кое време считате, че е най-подходящо за разговор с пациента за проблемите му, породени от болестта?“ респондентите посочват различен брой отговори. Спо-

ред акушерките най-подходящото време за разговор с бременната, родилката или гинекологично болната жена е при обгрижването им. Съпоставка на мнението на акушерките за

най-подходящото време за разговор с потребителите на здравни грижи и оценката на

пациентите за реално използваното такова, е представена на фиг. 6.



Фиг. 6. Най-подходящото (според акушерките) и най-често използваното (според пациентите) време за разговор.

Според чл.5, раздел III на Наредба №1от 8.02.2011г., основна професионална компетенция на акушерките е оказването на психологична помощ на пациента и семейството му. Анализът на резултатите от последния въпрос показва, че акушерките не приемат твърде отговорно тава свое задължение. Психоемоционална помощ и подкрепа чрез ефективни разговори с пациента по принцип може да се окаже във всеки един момент от здравното обслужване. Въпреки това, считаме за тревожно ниски резултатите, според които едва в 16,56% от случаите акушерките разговарят в специално отделено време с бременните, родилките и гинекологично болните жени. Визитацията е основна дейност в общия комплекс на лечебно диагностичната работа в стационара, изразяваща се в посещение и преглед на пациентите от лекар с активната помощ и съдействие на здравния специалист. Участието на акушерката във визитацията е подпомагащо, което само по себе си определя това време като неподходящо за пълноценно общуване с пациента. Преди и по време на изпълнение на назначените диагностични и лечебни манипулации е задължително да се поддържа вербален и невербален контакт с пациентите. Посочените дейности по правило са предшествани от предварителен разговор с пациентката, получаването на информираното ѝ съгласие за извършване на назначените изследвания и манипулации, както и даването на указания за очакваното поведение по време на изпълнението им. В

упоменатите моменти обаче, целта на разговора са предстоящите диагностични и лечебни дейности, както и съпътстващите ги обстоятелства, а не темите, които вълнуват пациентката, породени от заболяването или състоянието ѝ. В този аспект на разсъждения, като приемливо време за психоемоционална помощ и подкрепа на пациентката може да се приеме това по време на полагане на здравните грижи (например при проследяване на общото състояние, наблюдение на раждаща и родилка, хигиенни грижи, провеждане на женска консултация и т.н.) и специално отделеното такова.

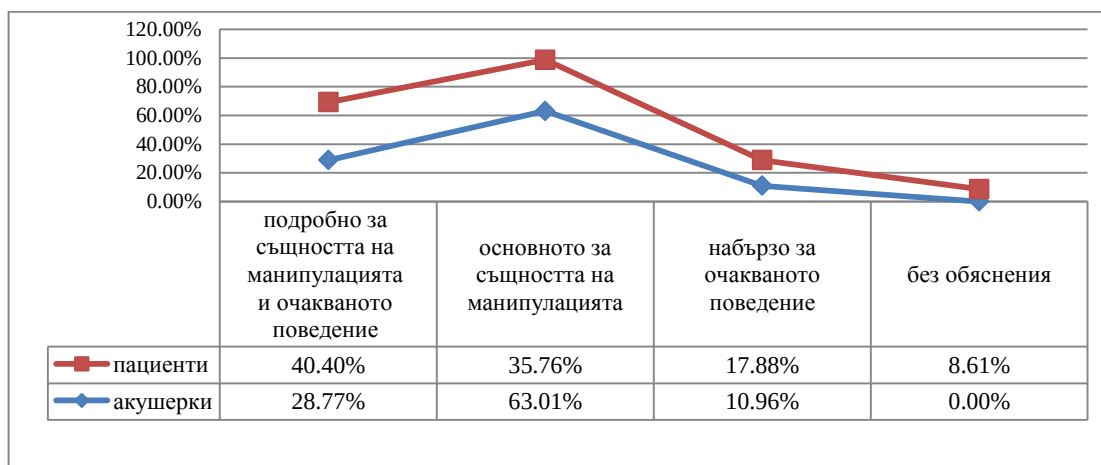
При предоставянето и събирането на здравна информация, както и оказването на психоемоционална помощ и подкрепа на пациентите, акушерките трябва да осигуряват подходяща атмосфера за протичането на комуникацията. За съжаление неподходяща обстановка (присъствие на външни лица, телефонни разговори, шум, музика и др.), допускат да смущава комуникацията 15,23% от предоставящите акушерски грижи (според оценката на пациентите). Не така критични към собственото си поведение са самите акушерки. Според резултатите от самооценката им това допускат 6,85% от тях.

Всяка бременна, родилка и гинекологично болна жена има право да получи информация за същността, целта и значението на предстоящите ѝ манипулации, изследвания или грижи, възможния дискомфорт или болка, които

могат да ѝ причинят, както и за очакваното от нея поведение при предоставянето им.

Професионализмът задължава акушерката да предостави тази информация пълно, точно и ясно, отчитайки и съобразявайки се с психо-

соматичното състояние на всяка конкретна пациентка. Резултатите от въпроса как се случва това в действителност са представени на фиг.7.



Фиг. 7. Самооценка на акушерките и оценка на пациентите по въпроса за предоставянето на информация при извършването на изследвания и манипулации.

Данните показват изключително разнообразие по отношение начина и пълнотата при предоставянето на информация на пациентките за предстоящи изследвания и манипулации. Налице е разминаване в резултатите за това дали има акушерки, които полагат здравни грижи без предоставяне на информация за тях. Има какво да се усъвършенства относно пълнотата и техниката на информиране на пациентките с цел получаване на тяхното съгласие при извършване на медицинските дейности от здравните специалисти.

Изводи

Данните от проведеното проучване не разкриват задоволителни резултати относно професионалната компетентност на акушерките да предоставят информация на бременните, родилките и гинекологично болните жени.

На база направения анализ си позволяваме да отправим следните препоръки:

1. Акушерките, работещи в болничните структури на акушеро-гинекологичната помощ, да актуализират познанията си относно регламентираните права на пациентите за получаване на здравна информация. Посоченото е необходимо за реализиране на професионалните им задължения.

2. Необходим е текущ контрол от страна на преките ръководители в акушеро-гинекологичните бази (старша акушерка и началник отделение) относно реализирането на професионалната компетентност на акушерките да предоставят законово регламентираната здравна информация на пациентите.

3. Събирането на периодична социологическа информация за удовлетвореността на пациентите, включваща не само терапевтичното поведение, но и цялостното отношение (комуникация с медицинските специалисти, психо-емоционална помощ и подкрепа, предоставяне и достъп до всяка интересуваша ги информация и т.н.) би била изключително полезна за оценка на действителността от ръководствата на акушеро-гинекологичните лечебни заведения.

4. Включването на комуникативната компетентност на акушерките като част от тяхната периодична атестация би повишило отговорността им към изпълнение на професионалните задължения, което от своя страна би позволило пациентите да участват активно във вземането на решения за собственото си здраве.

Литература

1. Воденичаров, Ц., С. Попова. 2006. *Медицинска етика*, София, изд. Отворено общество, 230 с.
 2. *Етичен кодекс на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти по здравни грижи в Р. България.*
 3. *Закон за здравето.* Обн. ДВ. бр.70 от 10 Август 2004г, доп. ДВ. бр.107 от 24 Декември 2014г.
 4. Маринова, Ю., С. Димитрова. *Проблеми на медицинската етика*. Стара Загора, изд. ВМИ- Стара Загора, 28с.
 5. *Наредба № 1 от 8.02.2011г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.* Обн. ДВ. бр. 15 от 18 февруари 2011г.
 6. European Charter of Patients' Rights, Basis document, Rome, November 2002. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf
-

асистент Здравка Атанасова
Доцент Кремена Митева, д.п.
Тракийски университет
Медицински факултет
Катедра "Здравни грижи"
Адрес:
България
6000 Стара Загора,
ул. „Армейска” № 11

E mail: zdravka.atanasova75@abv.bg
E mail: kremena.miteva@abv.bg



САМООЦЕНКА НА ГОТОВНОСТТА НА СТУДЕНТИТЕ ЗА УЧАСТИЕ ПРИ ПРОСЛЕДЯВАНЕ НА БРЕМЕННОСТ

Кремена Митева, Здравка Атанасова

SELF-ASSESSMENT OF STUDENTS' READINESS TO PARTICIPATE IN THE MONITORING OF PREGNANCY

Kremena Miteva, Zdravka Atanasova

ABSTRACT: The statutory autonomous functions of modern midwifery in the system of primary maternal health confirmed that her role is becoming increasingly important and responsible. On the other hand, raise questions about the quality of training of midwives and their readiness for self-monitoring of a normal pregnancy occurs.

Self-assessment of students on their willingness to monitor the pregnancy is an indicator of the degree of utilization of theoretical knowledge and manipulative skills gaps and errors in their preparation. Student self-assessment is an important indicator of the quality of education through various educational forms and disciplines.

The purpose of the scientific report is to analyze the students' opinion about their readiness for implementing special obstetric care in the conduct of antenatal care. For its implementation has been studied self-assessment of students in "midwife" studying in Trakya University, Medical Faculty, Stara Zagora.

Method of anonymous survey. The results of the study were analyzed according to the following key issues: significance of disciplines that contribute to the absorption of professional competence for pregnancy care; self-assessment of readiness of students to work with pregnant women in conducting the consultation; effectiveness of theoretical and practical training.

The survey allows outlining some guidelines for optimization methodologies and organization of training related problem subjects.

The data reveal the need to update the educational content, as the current trend of increase of autonomous functions of the midwife in the conduct of antenatal care, and parallel and rising patient expectations for quality of care.

Keywords: self-assessment, students, competencies, pregnancy training

Въведение

Проблемът за професионалната подготовка на съвременната акушерка за участие при проследяване на нормална и патологично протичаща бременност е особено актуален и се обуславя от тенденцията за завишаване на нейните автономни функции в системата на извънболничното майчино здравеопазване. Успоредно с това, нарастват и очакванията на пациентите към качеството на акушерските грижи.

Регламентираните автономни функции на съвременната акушерка в системата на извънболничното майчино здравеопазване пот-

- предоставяне на подходяща информация и съвети (консултиране) по въпросите на семейното планиране;

върждават, че нейната роля става все по-значима и отговорна. От друга страна, поставят въпроса за качеството на професионалната подготовка на акушерките и готовността им за участие при провеждане на женска консултация. Някои сравнително нови документи на Министерство на здравеопазването /Наредба № 12 за утвърждаване на медицински стандарт "акушерство и гинекология" и Наредба № 1 за професионални дейности, които медицинските сестри и акушерките могат да извършват по назначение или самостоятелно/ визират основните компетенции на акушерката при проследяване на нормално протичаща бременност, а именно:

- установяване на бременност и проследяване на нормалната бременност;

- извършване на необходимите прегледи за проследяване протичането на нормална бременност: антропометрия; аускултация на детски сърдечни тонове с акушерска слушалка или ултразвуков апарат; акушерска мензурация, включително външна пелвиметрия; външно акушерско изследване; кардиотокографски запис; вземане на кръв за изследване; вземане на натривка или материал за микробиологично изследване от влагалище или ранев секрет; назначаване или препоръчване на необходимите прегледи за възможно най-ранна диагноза на рискова бременност (Наредба № 12 за утвърждаване на медицински стандарт "акушерство и гинекология", 2014).

Поемането на професионална отговорност за проследяване на бременни пациентки поставя нови предизвикателства както пред акушерското съсловие у нас, така и пред институциите, обучаващи тези кадри. За това самооценката на студентите относно готовността им да проследяват нормална и патологична бременност е значим показател за степента на усвояване на теоретични знания и манипулативни умения, за пропуските и грешките в тяхната подготовка. Студентската самооценка е и важен индикатор за качеството на обучение чрез различните учебни форми и дисциплини. Тя позволява да се очертаят някои насоки за оптимизация на методиките и организацията на обучението по свързаните с проблема учебни дисциплини. Разкрива и необходимостта от актуализация на учебното съдържание.

Цел

Настоящото научно съобщение има за цел да анализира мнението на студентите относно готовността им за осъществяване на специални акушерски грижи при провеждане на женска консултация. За нейното реализиране е проучена самооценката на 63 студенти от специалност „акушерка”, обучаващи се в Тракийски университет, Медицински факултет, град Стара Загора.

Методи

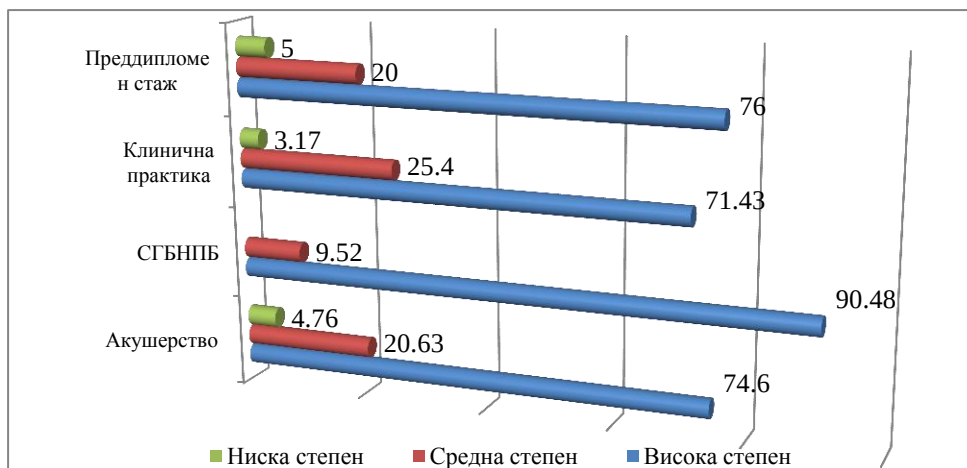
Използвани са методите на анонимното анкетиране и сравнителният анализ. Данните са обработени с компютърна програма SPSS. Резултатите от проведеното изследване са

анализирани според следните основни проблеми: степен на значимост на учебните дисциплини, които съдействат за усвояване на професионални компетенции за проследяване на бременност; самооценка на готовността на студентите за работа с бременни при провеждане на женска консултация; ефективност на теоретичното и практическо обучение.

Резултати и обсъждане

За професионалната подготовка на бъдещата акушерка, респективно за усвояването на компетенции за провеждане на женска консултация, значима роля имат някои задължителни учебни дисциплини като „Специални грижи за бременни с нормална и патологична бременност”, „Акушерство”, „Клинична практика” и преддипломния стаж. Те поставят основите на теоретичните знания и съдействат за усвояването на манипулативни умения за акушерски грижи при наблюдение на бременната жена. Анкетираните студентите оценяват посочените учебни дисциплини по степен на значимост за формиране на професионални компетенции за работа с бременни пациентки по следния начин:

В най-голяма степен за усвояване на знания, умения и компетенции за провеждане на женска консултация, според над 90% от студентите /фиг. 1/ съдейства учебната дисциплина „Специални грижи за бременни с нормална и патологична бременност” /СГБНПБ/. Посочената предвижда 90 часа за обучение в симулираните условия на кабинета за учебно-практически занятия, разпределени през първи и втори семестър. В учебната програма са предвидени теми, осигуряващи усвояването и упражняването на регламентираните професионални компетенции, необходими при проследяване на нормално и патологично протичаща бременност (Учебна програма „Специални грижи за бременни с нормална и патологична бременност”, 2011).



Фиг. 1. Значимост на учебните дисциплини за усвояване на професионални компетенции за участие при провеждане на женска консултация

Резултатът кореспондира пряко с мнението на респондентите относно това достатъчни ли са часовете по дисциплината „Специални грижи при бременни с нормална и патологична бременност“, предвидени за усвояване на знания и умения за работа на акушерката в женската консултация. Според 68,25% от тях, те са напълно достатъчни. Относителният дял на обучаваните, според които часовете трябва да бъдат повече от предвидените в учебната програма е 20,69%. Не могат да преценят 11,11% от анкетираните студенти. Следователно, може да се твърди, че обучението чрез дисциплината СГБНПБ осигурява в качествен аспект усвояването на необходимия обем от професионални компетенции за осъществяване на наблюдение на бременна при провеждане на женска консултация.

Преддипломният стаж е оценен като значим във висока степен за процеса на усвояване на знания, умения и компетенции за проследяване на бременност според 76% от студентите. Тази организационна форма на обучение предполага висока степен на самостоятелност и оптимална възможност за трениране и усъвършенстване на компетенциите за осъществяване на наблюдение на бременността.

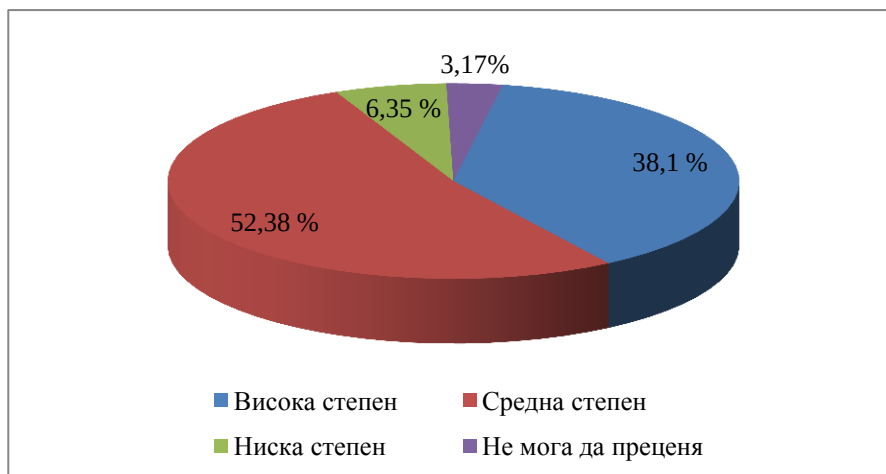
Учебният план на специалност „акушерка“ в Медицински факултет – гр. Стара Загора не предвижда като задължителна база за провеждане на стажа женска консултация, но студентите имат право да избират 200 часа за провеждане на преддипломен стаж,

включително и в системата на извънболничното майчино здравеопазване.

Освен това, голяма част от дейностите по наблюдение и провеждане на женска консултация, могат да бъдат реализирани в отделението за патологична бременност.

Клиничната практика е посочена от 71,43% от респондентите като учебна дисциплина и организационна форма на обучение, която съдейства във висока степен за усвояване и усъвършенстване на професионални компетенции за работа в женска консултация. Не е за пренебрегване фактът, че 25,4% от студентите определят клиничната практика като значима в средна степен /фиг. 1/. Причината за този резултат може да се търси в организационни затрудненията в осигуряването на база за провеждане на клиничната практика в съвременните условия на системата за извънболнично здравеопазване в кабинети на специалисти акушеро-гинеколози или общопрактикуващи лекари. Коректно е да посочим, че учебната програма по клинична практика предвижда общо 54 часа за обучение в женска консултация през четвърти /18 часа/ и пети семестър /36 семестър/ (Учебна програма „Клинична практика, 2011).

Данните, подадени от студентите, корелират с тези на тяхната оценка за ефективността на практическото обучение за усвояване на знания и умения за работа на акушерката в женска консултация /фиг. 2/:



Фиг. 2. Ефективност на практическото обучение за усвояване на компетенции за работа на акушерката в женска консултация

Повече от половината студенти оценят клиничната практика като средно ефективна за формиране и усъвършенстване на знанията и уменията за провеждане на женска консултация /фиг. 2/. Данните показват, че е целесъобразно завишаване на хорариума от часове за учебна практика в системата на извънболничното майчино здравеопазване, както и оптимизиране на организацията ѝ на провеждане.

Получените резултати потвърждават, че определящо за усвояване на професионални компетенции за проследяване на бременност се очертава обучението по предклиничните учебни дисциплини – „Специални грижи за бременни с нормална и патологична бременност” и „Акушерство”, а също и преддипломният стаж.

Дипломиращата се акушерка трябва да притежава знания относно профилактиката, промоцията, диагностиката, лечението и рехабилитацията при нормална и патологична бременност. Необходимо условие за практикуване на професията е и усвояването и успешното приложение на манипулативни умения за осъществяване на здравни грижи при провеждането на женска консултация. Готовността за упражняване на професията на специалиста по „Здравни грижи” се определя от степента на усвояване и притежание на основните компоненти на професионалните компетенции като комплекс от знания, умения, отношения и личностни качества.

В тази връзка, интерес за изследването представлява мнението на студентите от специалност „акушерка” относно това как оценяват готовността си за работа в женската консултация по изброените компетенции. Данните от табл. 1 показват, че подготовката на студентите от специалност „акушерка” за проследяване на бременност е сравнително добра по отношение на следните компетенции: проследяване на общото състояние на бременна жена; аускултация на детски сърдечни тонове с акушерска слушалка или ултразвуков апарат; кардиотокографски запис; водене на документация на бременната; акушерска мензурация, включително външна пелвиметрия; антропометрия; външно акушерско изследване. Относително висок е дялът на студентите, според които обучението не осигурява усвояване на достатъчен обем за следните професионални компетенции: предоставяне на подходяща информация и съвети (консултиране) по въпросите на семейното планиране, диагностициране на бременност, проследяване на нормална бременност, вземане на кръв за изследване, вземане на натривка или материал за микробиологично изследване от влагалище, назначаване или препоръчване на необходимите прегледи за възможно най-ранна диагноза на рискова бременност /табл. 1/. Резултатът може да тълкува като дължащ се на пропуски в педагогически и/или организационен аспект.

Таблица 1. Самооценка на студентите за готовността им за работа в женска консултация по изброени професионални компетенции /в %/

Професионални компетенции	Степен		
	Висока	Средна	Ниска
Предоставяне на подходяща информация и съвети (консултиране) по въпросите на семейното планиране	41,27	53,97	4,76
Диагностициране на бременност	47,62	46,03	6,35
Проследяване на нормална бременност	46,03	50,79	3,18
Проследяване на общото състояние на бременна жена, включително регистриране на пулс, дишане и артериално кръвно налягане, както и интерпретация на резултатите	80,95	17,46	1,58
Антропометрия	53,97	33,33	12,7
Аускултация на детски сърдечни тонове с акушерска слушалка или ултразвуков апарат	76,19	15,87	7,94
Акушерска мензурация, включително външна пелвиметрия	53,99	36,51	7,94
Външно акушерско изследване	50,79	49,21	-
Кардиотокографски запис	60,32	34,92	4,76
Вземане на кръв за изследване	41,27	39,68	19,05
Вземане на натривка или материал за микробиологично изследване от влагалище	26,98	36,51	36,51
Назначаване или препоръчване на необходимите прегледи за възможно най-ранна диагноза на рискова бременност	25,4	49,21	25,4
Водене на документация на бременната	60,32	33,33	6,35

Обективното интерпретиране на резултатите от проведеното изследване, налага да отбележим, че обучението е двустранен процес. В процеса на професионално формиране активен участник е и студентът. Професионалното формиране на здравния специалист изисква висока степен на самосъзнание, контрол и самоконтрол, самоуправление и саморегулиране на студентите в процеса на обучение.

Анализът на данните подчертава необходимостта от организационни и педагогически мероприятия, насочени към оптимизиране на процеса на професионална подготовка на студентите от специалност „акушерка”. Проведеното изследване на самооценката на студентите относно готовността им да участват при провеждане на женска консултация позволи да формулираме следните изводи:

- Учебната дисциплина „Специални грижи за бременни с нормална и патологична бременност” съдейства в най-голяма степен за усвояване на знания, умения и компетенции за провеждане на женска консултация;
- Практическото обучение не осигурява оптимални условия за формиране на про-

фесионални компетенции за работа с бременни жени в системата на извънболничното майчино здравеопазване;

- Определящо за усвояване на професионални компетенции за проследяване на бременност се очертава обучението по предклиничните учебни дисциплини;

- Относително висок е дялът на студентите, според които обучението не осигурява усвояване на достатъчен обем от ключови професионални компетенции на съвременната акушерка, участваща при провеждането на женска консултация;

- Целесъобразно е завишаване на хорариума от часове за учебна практика в системата на извънболничното майчино здравеопазване, както и оптимизиране на организацията ѝ на провеждане;

- Необходимо е завишаване на хорариума от часове по дисциплината СГБНПБ, с тематика свързани с акушерските грижи при проследяване на бременност.

Литература

1. *Наредба № 1 за професионални дейности, които медицинските сестри и акушерките могат да извършват по назначение или самостоятелно*, изд. от МЗ, 2011 г.
2. *Наредба № 12 за утвърждаване на медицински стандарт "акушерство и гинекология"* - Дял III, Глава IX, изд. от МЗ, 2009, посл. изм. и доп. от 2014.
3. *Учебна програма по клинична практика*, Тракийски университет, Медицински факултет, 2011.
4. *Учебна програма по „Специални грижи за бременни с нормална и патологична*

бременност”, Тракийски университет, Медицински факултет, 2011.

Доц. д-р Кремена Митева
Ас. Здравка Атанасова
Тракийски университет,
Медицински факултет
Катедра „Здравни грижи”
Адрес: 6000 град Стара Загора
ул. „Армейска” № 11
e-mail: kremena.miteva@abv.bg



ПРЕДИДИПЛОМНИЯТ СТАЖ В ОБУЧЕНИЕТО НА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „АКУШЕРКА”

Кремена Митева, Здравка Атанасова

PRE-GRADUATION PRACTICE IN THE TRAINING OF "MIDWIFE" STUDENTS

Kremena Miteva, Zdravka Atanasova

ABSTRACT: *The pre-graduation practice is the last and crucial stage in the practical training of students of "midwife". Its main objective is to contribute to the formation, training and improvement of professional skills of the future midwife and to prepare for its implementation of adequate health care for pregnant women, mothers, newborn and gynecological sick patient. Held during the seventh and eighth semester, in the real environment of medical institutions, with a high level of autonomy of learners. Optimal organization and running of the pre-graduation practice largely determines the complete preparation of students as professionals able to meet the patient's needs and expectations of staff.*

The purpose of this study is to show the effectiveness, organizational and pedagogical reserves optimization pre-graduation practice in the training of students in "midwife". For its implementation was conducted anonymous survey with fourth year students enrolled in the Faculty of Medicine at the Thracian University, Stara Zagora. The study was conducted during the school year 2013/14 and 2014/15

The results were analyzed according to the following key issues: student satisfaction from the distribution of hours of pre-graduation practice by divisions and sectors; satisfaction with the organization of conduct; conditions for working professional competence; factors affecting negatively the effective conduct of pre-graduation practice.

The study allowed to identify some organizational and pedagogical reserves for optimization of the process of acquiring the professional competence of students of "midwife" by pre-graduation practice.

Keywords: pre-graduation practice, midwife, organization, satisfaction, efficiency

Въведение

Преддипломният стаж е заключителният и изключително важен етап в практическото обучение на студентите от специалност „акушерка”. Неговата основна цел е да съдейства за формиране, трениране и усъвършенстване на професионалните компетенции на бъдещата акушерка и да осигури готовността ѝ за осъществяване на адекватни здравни грижи за бременната, родилката, новороденото дете и гинекологично болната пациентка. Оптималната организация и целесъобразно протичане на преддипломния стаж в значителна степен определя пълноценната подготовка на студентите като специалисти, способни да отговорят на потребностите на пациента и очакванията на потребителите на кадри.

Съгласно Единните държавни изисквания за обучение на акушерки, продължителността

на преддипломния стаж е 1600 астрономически часа (Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите медицинска сестра и акушерка за образователно-квалификационна степен „бакалавър”, 2010). Провежда се през седми и осми семестър, в реалната среда на лечебните заведения за болнична и извънболнична здравна помощ. Учебната програма за студентите, обучаващи се в Медицински факултет – град Стара Загора предвижда отработване на 1400 часа в задължителни бази за провеждане и 200 часа в сектори по избор. Секторите по избор дават право на студента да отработи допълнителни часове в задължителна база за провеждане на стажа или в друга структура на лечебното заведение /например Гинекологично отделение при Консултативен онкологичен център, Женска консултация и други/ /табл. 1/.

Таблица 1. Разпределение на часовете за преддипломен стаж по отделения/сектори

СЕКТОР	Всичко часове
Родилна зала	400
Родилно отделение	200
Отделение за патологична бременност	200
Гинекологично отделение	200
Отделение за новородени деца	200
Интензивен сектор при ОНД	200
Сектори по избор	200

Контролът на извършените дейности на стажант-акушерката се осъществява от наставник/ментор - правоспособна акушерка. Наставникът има изключително важна роля в професионалната подготовка на бъдещата акушерка, придобита чрез преддипломния стаж. В тази връзка, А. Андонова отбелязва, че „за да бъде ефективен менторингът, трябва да се базира на градивно партньорство, за да може всеки обучаван да се поощрява и да му се помага да използва целия си потенциал (Андонова, 2013, с. 22).

Ефективността на преддипломния стаж и неговата релевантност на целите на практическото обучение зависят от редица фактори:

- разпределение на часовете по отделения и сектори;
- организация на провеждане;
- условия за отработване на професионални компетенции;
- степен на отработване на професионални компетенции;
- съдействие от страна на ментора /наставника/;
- съдействие от страна на персонала на лечебното заведение;
- степен на самостоятелност на студентите;
- активност, съзнателност и самоконтрол на обучаваните.

Цел

Целта на настоящото научно съобщение е да разкрие ефективността, организационните и педагогическите резерви за оптимизация на

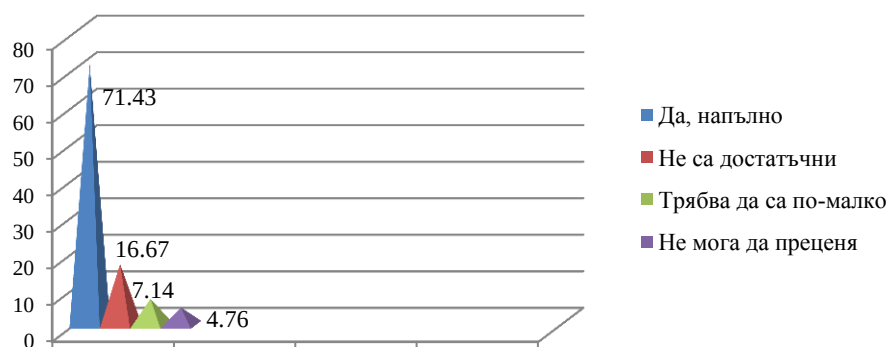
преддипломния стаж в обучението на студенти от специалност „акушерка”.

Методи

За реализиране на поставената цел е проведена анонимна анкета с 42 студенти от четвърти курс, обучаващи се в Медицински факултет при Тракийски университет, град Стара Загора. Изследването е проведено през учебните 2013/14 и 2014/15 година. Резултатите са анализирани според следните основни проблеми: удовлетвореност на студентите от разпределението на часовете за преддипломен стаж по отделения и сектори; удовлетвореност от организацията на провеждане; условия за отработване на професионални компетенции; фактори, влияещи негативно върху ефективното провеждане на преддипломния стаж.

Резултати и обсъждане

Продължителността на преддипломния стаж определя в значителна степен условията, които предоставя практическото обучение за процеса на формиране и усъвършенстване на знания, умения и компетенции за осъществяване на акушерски грижи за бременни, родилки, новородени и гинекологично болни жени. В тази връзка, близо 72% от анкетиранияте студенти посочват, че са напълно удовлетворени от общата продължителност на стажа. Относителният дял на респондентите, които считат, че определеният хорариум от часове за преддипломен стаж е недостатъчен е 16,67% /фиг. 1/.



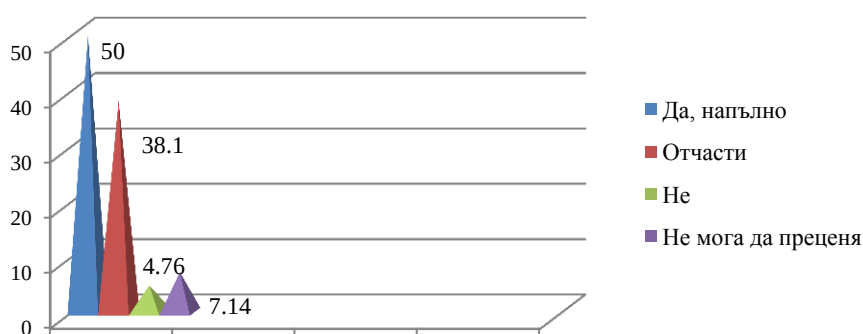
Фиг. 1. Оценка на продължителността на преддипломния стаж според студентите /в %/

Съвременните Единни държавни изисквания за обучение на акушерки осигуряват превес на практическото обучение в реалната среда на лечебните заведения за акушеро-гинекологична здравна помощ. Този факт неминуемо влияе върху успешната реализация на крайната цел на практическото обучение – формиране на специалисти, притежаващи базови професионални компетенции. От друга страна е предпоставка и оптимална възможност за „въвличане” на студентите в активна практическа дейност и индивидуален подход към всеки обучаван.

Един от аспектите, от който зависи рационалната организация на протичане на преддипломния стаж, е разпределението по отделения/сектори. Разпределението на часовете трябва да осигурява възможност на обучава-

ните за отработване на необходимите професионални компетенции. Това се съобразява с изискванията на Наредба № 1 за професионални дейности, които медицинските сестри и акушерките могат да извършват по назначение или самостоятелно, с тези на Наредба № 12 за утвърждаване на медицински стандарт "акушерство и гинекология", както и с квалификационната характеристика на акушерката.

За да се очертаят основните насоки за подобряване на организацията на практическото обучение, на студентите бе предоставена възможност да посочат степента си на удовлетвореност от разпределението на стажа по бази и хорариум от часове /фиг. 2/:



Фиг. 2. Удовлетвореност на студентите от разпределението на часовете за преддипломен стаж /в %/

Половината от студентите са напълно удовлетворени от разпределението на часовете за преддипломен стаж. Над 1/3 обаче от тях са частично удовлетворени по този пока-

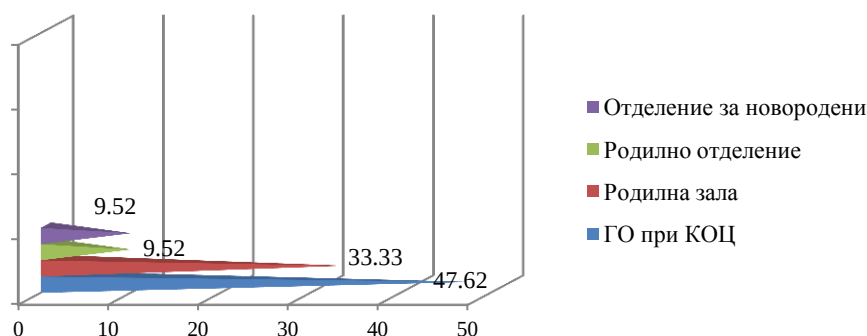
зател /фиг. 2/. Стажантите, предпочели този отговор посочват, че часовете трябва да са повече в следните клинични бази:

- Родилна зала – 35,71%;

- Родилно отделение – 11,9%;
- Отделение за патологична бременност – 4,76%;
- Гинекологично отделение – 4,76%;
- Отделение за новородени деца с интензивен сектор – 14,29%;

Този резултат има отношение спрямо подадените от студентите данни за избора на

предпочитана база за провеждане на стаж. Най-висок е относителният дял на стажантите, избрали допълнителни часове за практическо обучение в Гинекологично отделение към Консултативен онкологичен център – 47,62% и Родилна зала – около 1/3 /фиг. 3/:



Фиг. 3. Предпочитания на студентите за стаж по избор /в %/

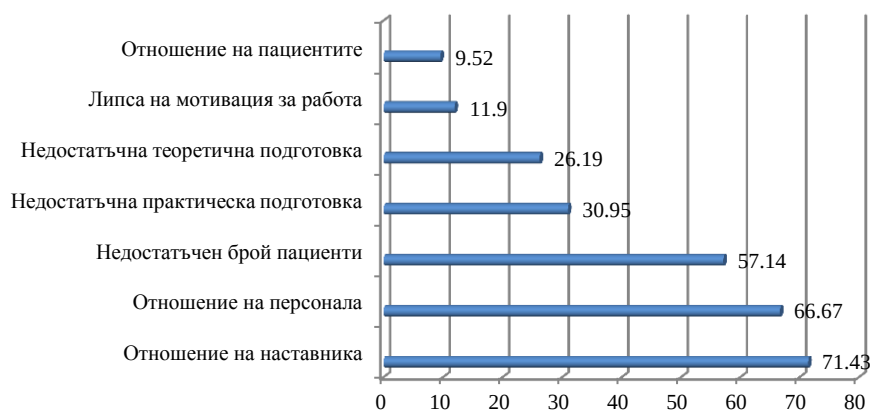
Данните потвърждават важността на практическата подготовка в посочените клинични бази. Именно обучението в родилната зала предоставя оптималните условия за формиране на специфичните за акушерката професионалните знания и умения за осъществяване на грижи за раждащите жени. От друга страна спецификата на работата в родилната зала и контингентът от пациентки неизменно се свързват със същината на акушерската професия. Предпочитанията на студентите за удължена продължителност на стажа в тези клинични бази може да се свърже с бъдещи намерения на студентите за постъпване на работа в тях, както и със занижена самооценка на степента на усвояване на необходимите професионални компетенции за работа с раждащи и онкологично болни пациентки. Отчитаме, че възможността за свободен избор на 200 часа база за провеждане на преддипломен стаж, създава добри условия за компенсиране на недостига от часове за практическа подготовка в предпочитаните от студентите бази – Гинекологично отделение при Консултативен онкологичен център и Родилна зала.

Преддипломният стаж в обучението на студенти от специалност „акушерка” цели да осигурява качествено формиране на професионални знания, умения и компетенции. Това налага непрекъснат стремеж на наставниците и преподавателите да осигуряват оптимална

организация и методика на неговото провеждане, системен контрол на степента на усвоените знания и практически умения, както и стремеж за осигуряване на благоприятни условия за тяхното трениране и усъвършенстване. Според 61,9% от студентите преддипломният стаж не осигурява достатъчно добри условия за практическа подготовка. Причините за това, респондентите ранжират по следния начин /фиг. 4/:

Според студентите определящ фактор за ефективността на протичане на преддипломния стаж се явява наставникът, който непосредствено ръководи, контролира и своевременно коригира процеса на усвояване на професионални компетенции от студентите. Ключовата му роля се свързва с неговата ангажираност да осигурява оптималните условия за усвояване на умения и навици от обучаваните за решаване на конкретни професионални проблеми, за ефективна комуникация с пациента и неговите близки, за овладяването на манипулативни техники. В проучване сред студенти от специалност „медицинска сестра”, С. Кючукова установява някои от негативните страни в педагогическата дейност на наставниците като липсата на време или желание за обясняване и неосигуряване на възможност за самостоятелна работа на обучаваните (Кючукова, 2014).

Подобни са факторите, влияящи и върху ефективността на преддипломния стаж в обучението на акушерки.



Фиг. 4. Фактори, влияещи негативно върху провеждането на преддипломния стаж според студентите /в %/

Отношението и съпричастността на персонала на лечебното заведение към практическата подготовка на студентите-акушерки се отразява върху нейната ефективност, според 66,67% от стажантите. Влияние тук оказват стилът на комуникация по линията студент-лекар-акушерка-пациент и мотивацията за оказване на съдействие в обучението на студентите.

Недостатъчният брой или „неподходящи“ пациенти са други причини, които повече от половината стажанти считат за значими за тяхната практическа подготовка. Съвременните условия, обаче които предоставят държавните лечебни заведения като основна база за практическо обучение на студенти по здравни грижи, често водят до занижена възможност за самостоятелна работа на студентите, която всъщност е основата на ефективното учене и пълноценното усвояване на знания, умения и професионални компетенции.

Почти 1/3 от респондентите определят недостатъчната практическа подготовка като пречка за оптималното протичане на стажа. Теоретичната подготовка като причина посочват 26,19% от анкетираните /фиг. 4/. Резултатът се свързва със съвременните условия на висшето образование на здравни кадри, където не са чужди проблеми като липсата на позитивна мотивация за учене, неоправдани отсъствия от учебни занятия, недостатъчна познавателна и творческа активност на студентите. Ето защо актуална е тезата за моти-

виращата и подпомагащата образователна среда в университета, за която водеща роля имат преподавателите/наставниците. За да реализират пълноценно целите и задачите на практическото обучение, те трябва да осигурят такава образователна среда, която да мотивира, подпомага и активизира студентите.

Като условия за ефективност на преддипломния стаж, които влияят в относително ниска степен, студентите-акушерки определят липсата на мотивация за практическа дейност /11,9%/ и отношението на пациентите /9,52%/. Безспорно, причините за ниска мотивация за учене и практическа дейност са комплексни, но най-значима за пълноценно реализиране на целите на обучението чрез преддипломния стаж се очертава ролята на наставника като предпоставка за подобряване на нагласата и мотивацията за учене, както и за поддържане и повишаване на интереса на обучаваните към избраната професия.

Изводи

Проведеното изследване установи ефективността, организационните и педагогическите резерви за оптимизация на преддипломния стаж в професионалната подготовка на бъдещата акушерка. Анализът на данните потвърди значимостта на преддипломния стаж като организационна форма на обучение с основна цел да формира, тренира и усъвършенства професионалните компетенции на

акушерката и да осигури готовността ѝ за осъществяване на адекватни здравни грижи за бременната, родилката, новороденото дете и гинекологично болната пациентка. Проучването позволи да формулираме някои позначими изводи:

- Регламентираната продължителност на преддипломния стаж определя в значителна степен успешната реализация на крайната цел на практическото обучение – формиране на специалисти, притежаващи базови професионални компетенции;
- Съществен компонент, от който зависи рационалната организация на протичане на преддипломния стаж, е разпределението по отделения/сектори, което осигурява възможност на обучаваните за отработване на необходимите професионални компетенции;
- Възможността за свободен избор на 200 часа база за провеждане на преддипломен стаж, създава добри условия за компенсиране на недостига от часове за практическа подготовка в гинекологично отделение при Консултативен онкологичен център и родилна зала;
- Ключова фигура за оптималното протичане и реализиране на целите на практическото обучение е наставникът;
- Факторите, осигуряващи оптимална организация и методика на провеждане на провеждане на преддипломния стаж са свързани основно с ролята на наставника/ментора,

а именно: упражняване на системен контрол на степента на усвоените знания и практически умения; стремеж за осигуряване на благоприятни условия за тяхното трениране и усъвършенстване.

Литература

1. Андонова, А. 2013. *Обучението на медицинските сестри. Роля на мотивацията*. Стара Загора.
2. Кючукова, С. 2014. *Медико-педагогически аспекти на клиничната практика*. Сб. Научни доклади *34-та научно-технологична сесия КОНТАКТ 2014*. София. Изд. Темпо, с. 266-270.
3. *Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите медицинска сестра и акушерка за образователно-квалификационна степен „бакалавър”*, 2010.

Доц. д-р Кремена Митева
Ас. Здравка Атанасова
Тракийски университет,
Медицински факултет
Катедра „Здравни грижи”
Адрес: 6000 град Стара Загора
ул. „Армейска” № 11
e-mail: kremena.miteva@abv.bg



КОМУНИКАЦИОННИ МОДЕЛИ ПО ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТТА

Лилия Перусанова – Павлова

COMMUNICATION MODELS DURING PREGNANCY

Lilia Perusanova – Pavlova

ABSTRACT: *The period of gestation is associated not only with a change in woman's physical condition, but with a change of her social relationships and traditional models for social and interpersonal communications. The specifics of expectations and attitudes on both the pregnant woman and the social communities in which she participates, impact on the pattern of her communications.*

The main objective of the study is to establish the impact of the particular type of a communication model and its effect on the course of pregnancy.

The survey is conducted at three prenatal consultation centers, located in Sofia. The sample size is of 90 women interviewed on three sets of issues.

Conclusions: The choice of the communication model is essential for the health of the pregnant woman. The state of pregnancy cannot affect the already established patterns of communication in both the micro group and other social groups the pregnant woman participates in. However, changes in communication model can be adjusted, if a pregnant woman is sufficiently informed about the specifics of the communication during pregnancy. The midwife, having direct contact with the pregnant woman, may take the function to provide her such information.

Exactly the contact between the midwife and the pregnant woman is the point which fixes relationship of trust, working on the information about the communication model.

Keywords: communication, pregnant, model, family, social environment

Увод

Периода на бременността е свързан не само с промяна във физическото състояние на жената, но и с промяна на нейните социални контакти и традиционните модели на социални и междуличностни комуникации. Особеностите на очакванията и нагласите както на самата бременна, така и на социалните общности, в които тя участва, оказват въздействие върху модела на комуникациите, които тя осъществява. На свой ред, комуникациите са определящи за емоционалното състояние на бременната, отразяващо се непосредствено и върху нейното физическо здраве и нормално протичане на бременността[8].

Промените в комуникационния модел на бременната имат изключително разнообразен характер, произтичащ от разнородния характер на комуникационните модели на жената, в периода преди бременността. Въпреки това разнообразие могат да бъдат очертани някои основни елементи на тези промени[1].

На първо място, промените в комуникационния модел са свързани с концентрацията върху физическото здраве, ограниченията, които се налагат от бременността и необходимостта от поддържането на по-строг режим. Така се ограничават (в някои случаи по обективни, а в други по субективни причини) значителна част от социалните комуникации (свързани със спорт, допълнителна работа и др.). Нарушаването на обикновения характер на комуникациите в този случай, може да има два аспекта на психологическо проявление: в едни случаи (когато социалната група, с която комуникацията се ограничава, се отнася с разбиране и осъществява подкрепа на бременната), това ограничение на комуникациите може да има положителен характер, защото жената по време на бременността и веднага след раждането преоценява значението на тези форми на комуникацията и след раждането, комуникационният процес става по-ефективен и в по-голяма степен положително „емоционално” оцветен[6]. В други случаи, нарушаването на комуникациите може да

повлече след себе си, прекъсване на социални връзки, нарушаване на социални взаимоотношения (теорията на комуникацията, разглежда социалните комуникации като един от елементи на социалните връзки, които са значително по-широко понятие), риск от излизането на бременната от определени социални слоеве[2].

На следващо, но не по важност място, трябва да се посочи промяната на когнитивно-логическия и емоционалният аспект на комуникациите. В повечето случаи, бременната се концентрира върху проблемите, свързани с протичането на бременността, раждането на детето, както и грижите, които трябва да бъдат положени за него. Това често води до нарушаване на обичайния ритъм на комуникациите, темите на междуличностната комуникация, концентриране на интересите на бременната върху определени теми и др.[3] В този случай, както и в описания по-горе, може да се говори за два аспекта на подобна промяна: единият от които е свързан с откриването от бременната на нови смисли (нови информационни единици в комуникацията), а другият – може да бъде изразен в тенденция към нарушаване на когнитивните процеси, емоционална неудовлетвореност и като резултат от това, повишаване на степента на тревожност на бременната[4].

На основата на двата посочени по-горе елемента на промените в комуникационния модел, могат да бъдат очертани три типа комуникационни модели на бременните[5]:

- оптимален тип на комуникациите. При този тип модел, промяната в комуникациите не само не е „в тежест“ за бременната, но и помага да набави информация за предстоящото събитие (раждането). Това на свой ред, е основа за по-спокойно понасяне на периода на бременността, както и предпоставка за намаляване вероятността на негативни психосоматични проявления;

- неутрален тип комуникации. При този тип комуникации, бременната прави опит да поддържа предишния интензитет и характер на комуникациите, т.е. предхождащият бременността комуникационен модел. Независимо от „успеха“ на тези опити, промените във физиологичното и ендокринното състояние на жената, могат да доведат до възникване на сериозно психическо напрежение, както и до емоционални „сривове“. Именно поради това, ако бременната е избрала този тип комуникации по време на бременността, тя трябва да

отчита особеностите на своето състояние, а също така да разчита на подкрепа от страна на семейството си;

- защитно-тревожен тип комуникации. При този тип комуникации, бременната драстично променя своя социално-комуникационен модел, което на свой ред води до висока степен на тревожност, опасения от негативни въздействия върху нея или плода, както и до нарастване на степента на конфликтност на жената. При осъществяване на комуникациите, рационално-логическият елемент е намален значително, като правило водещо в комуникацията е собственото мнение на жената, като тя рядко се вслушва в съвети и препоръки, отправени към нея дори от най-близки хора. Този модел на комуникациите може да доведе до най-сериозни негативни последици за бременната жената. Основните сред тях са: необективност при оценката на състоянието, риск от развитите на психосоматични негативни последици, висока степен на емоционална неустойчивост и на тази основа допълнителни затруднения през бременността и по време на раждането[7].

Цел и задачи на изследването

Основната цел на изследването е установяването на въздействието на определения тип комуникационен модел и неговото въздействие върху протичането на бременността. В съответствие с посочената цел се определят и основните задачи на изследването:

- установяване съотношението между различните модели на комуникацията при бременните жени;
- установяване на причините за един или друг комуникационен модел;
- установяване на въздействието на определен комуникационен модел, доминиращ през бременността.

Методика на изследването

Изследването се провежда в три пренатални консултанционни центъра, намиращи се в град София – Медицински център "Св.София", МЦ „Майчин дом“ и Женска консултация, УБ „Лозенец“. Съвкупността на изследваните лица е във възрастовата група от 25 до 40 години. Размера на извадката е 90 жени, като в рамките на извадката са включени представителки на различни образователни и етнически категории, а също така е про-

ведено разделение на жените по възрастови групи. Анкетната карта е стандартизирана на основата на признаците на трите категории комуникационни модели и съдържа три групи въпроси: засягащи личността на бременната, засягащи комуникационния модел в различни социални групи и общи данни, които в редица случаи играят ролята и на контролни въпроси за извадката.

Анализ на резултатите от изследването

Разпределение на различните комуникационни модели

Данните от изследването показват, че в рамките на извадката, се оформят следните количествени съответствия, в рамките на трите описани комуникационни модела:

39% от анкетираните – демонстрират оптимален тип комуникация. В рамките на тази категория се включват жени над 30 години, намиращи се в брак от поне 7 години, които като правило вече имат поне едно дете. По-голямата част от бременните в тази група са български, със средни или по-високи от средните доходи, с добри перспективи в професионалната област¹;

40% от анкетираните жени могат да бъдат отнесени към втората категория, като в нея се включват жени от 25 до 29 години, както и жени в категорията 37-40 години. Много от тях имат „формализирани“ семейни отношения, като заедно с това, съществен процент – 44% от тази група живеят „на семейни начала“ с бащата на бъдещето си дете. Професионално-образователното ниво в рамките на групата е нееднородно и очевидно не може да бъде възприето като критерий за присъствието в тази група. В рамките на групата има относително равно разпределение на представителите на различни етнически общности;

21% от анкетираните жени могат да бъдат отнесени към третата група, в зависимост от модела на социална комуникация. В групата са включени жени във възрастовата категория 25-31 години, като 58% са в категорията 28-

31 години. По-голямата част от тях не състоят във „формализиран“ брак – 57%, а много от жените, които са сключили такъв не го разглеждат като стабилен. Професионално-образователните нива и в този случай, както и при предходната група не са от съществено значение, поради относително равното разпределение, като заедно с това може да бъде установена тенденция към икономическа нестабилност на семействата на тези бременни.

Основни фактори за определен комуникационен модел

От гледна точка на причисляването към един или друг комуникационен модел, съществено значение имат следните фактори:

-модела на семейството или друга микро социална среда, към която се причислява бременната. Това отбелязват 67% от анкетираните. От характеристиките на миксоциалната среда основно значение има стабилността и, при това не толкова в икономически аспект, колкото в аспекта на социалните трансакции;

-на следващо място върху комуникационния модел влияние оказва успешността на миналия опит на жената 60 % (в някои изследвания под това разбират способността и да преодолява жизнените трудности). При това слаба е зависимостта на типа предходен опит (професионален, образователен или семеен), а значително по-съществено е значението на неговата успешност;

-емоционална устойчивост и „гъвкавост“ – 59%. В рамките на даденото изследване се установява стабилна корелация между степента на емоционална устойчивост и комуникационния тип. Такава корелация (и в двата случая тя е 0,97-0,99) се установява и между комуникационния модел и степента на емоционалната „гъвкавост“.

Въздействие на комуникационния модел

Сред основните форми на въздействие на комуникационния модел могат да бъдат описани следните такива:

-комуникационния модел оказва сериозно въздействие върху постоянното диагностициране на бременността, както и върху превантивните мерки, свързани с последния триместър и раждането. Най-положително е въздействието в това отношение за неутралния комуникационен модел (положителни резултати при 63% от положителните проявления),

¹ Фактора професионална реализация обаче, не е доминиращ, защото значителна част от респондентите, които могат да бъдат отнесени към тази категория, не показват сериозна професионална реализация. За сметка на това, те са част от семейства, които могат да бъдат отнесени към категорията „традиционни“, а около 15% дори към категорията „патриархални“.

а най-неблагоприятен е защитно-тревожния тип комуникация (58% от проявленията);

-комуникационния модел оказва съществено въздействие върху негативните въздействия върху физическото състояние на бременната, породени от психосоматични елементи. Такива прояви са свързани както със субективно усещане за влошено здравословно състояние, така и с реални негативни физиологични изменения;

-при оптималния тип комуникационен модел при бременните се наблюдава значително по-ниска степен на тревожност, както и полесен процес на раждане. В някои случаи, се проявява ефекта „плацебо“, при реални физиологични проблеми.

Основни изводи и препоръки

На основата данните от изследването става очевидно, че избора на комуникационния модел е от съществено значение за здравословното състояние на бременната.

Състоянието на бременност не може да повлияе върху вече изградения модел на комуникации както в микро групата, в която участва бременната, така и в другите социални групи, от които тя е част.

Въпреки това, промените в комуникационния модел могат да бъдат регулирани, ако бременната жена е достатъчно информирана, за особеностите на комуникацията по време на бременността, както и ако и бъдат подсказани такива комуникационни модели, които биха били ефективни не само от гледна точка на нейното състояние, но и от гледна точка на запазването и дори подобряването на комуникационните модели, които тя е имала преди настъпването на бременността.

Функцията да предостави на бременната подобна информация може да има акушерката, която имат непосредствен контакт с нея. Именно между акушерката и бременната жена се установяват отношения на доверие, които са важен фактор за информирането относно комуникационния модел.

Литература

- 1.Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: СПб.: Речь,2006 стр.34-35
- 2.Ashby J. Rice K. Martin J. Perfectionism, shame, and depressive symptoms // J. Counsell. and Devel. 2006 V.84. P. 99-102.
- 3.Birndorf C. A., Madden A., Portera L. et al. Psychiatric symptoms, functional impairment, and receptivity toward mental health treatment among obstetrical patients. Int. J. Psychiatry Med. 2006. P.34-37
- 4.Chambers H. M., Chan F. Y. Support for women/families after perinatal death (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, issue 1. – Oxford: Update Software, 2004. P.110-112.
- 5.Chou C. et al. Effects of longitudinal small-group learning on delivery and receipt of communication skills feedback // Medical Education 2013 V.47, Iss 11. P.889-910.
- 6.Combs D. Exploring the consequences of humiliating a moral transgressor/Combs D. Campbell G. Jackson M. Smith R. // Basic and Appl. Soc. Psychol. 2010. №32 P.133-138. depression during pregnancy: are there gender differences? // J. Epidemiol Community Health. 2008 May; 62 (5)
- 7.Edge D. Ethnicity, psychosocial risk, and perinatal depression – a comparative study among inner-city women in the United Kingdom. / J Psychosom Res. – 2007. – Vol. 63. № 3.
- 8.Escribe-Aguir V., Gonzalez-Galarzo M. C., Barona-Vilar C. et al. Factors related to Watling C. Understanding responses to feedback: The positional and limitations of regulatory focus theory//Medical Education. 2012. V.46 (6). P. 440-443.

асистент Лилия Перусанова
Медицински факултет
СУ „Св. Кл. Охридски“
1407, София, ул. Козяк № 1
liliperusanova@abv.bg



СТРЕСОГЕННИ ФАКТОРИ В ПРОФЕСИОНАЛНАТА ДЕЙНОСТ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ И АКУШЕРКИТЕ ОТ МАЛКИТЕ ГРАДОВЕ В ЮГОЗАПАДНА БЪЛГАРИЯ

Лилия Перусанова – Павлова

FACTORS CAUSING STRESS IN PROFESSIONAL ACTIVITIES OF NURSES AND MIDWIVES IN SMALL CITIES IN SOUTHWEST BULGARIA

Lilia Perusanova – Pavlova

ABSTRACT: Stress at work is any condition perceived as negative by a group of workers and accompanied by dysfunction of physical, mental or social nature due to the fact that workers are not able to meet the requirements and expectations related to their employment situation.

The survey was conducted over 140 nurses and midwives working in two municipal hospitals in Southwestern Bulgaria, aiming to explore the factors of stress, as well as opportunities for counseling and coping.

Leading stressors are low pay, lack of staff and conflicts in the workplace, the feeling of insecurity. Residents of the small towns rarely seek professional help to deal with chronic manifested symptoms of stress, compared with those of the large ones, because anonymity is not guaranteed and the community quickly applies labels and inserts them in the "mentally ill". Due to the stigmatization and discrimination people do not seek specialized help.

Keywords: work stress, conflict, consultation, hospital, anxiety

Въведение

Стресът се определя като психично състояние на личността, формирано вследствие на различните видове натиск, на който животът я подлага. Трябва да се знае, че стресът е неизбежен и той съпътства всяка работна среда. В рамките на организацията, като най-типични причинители са: претоварването и свързания с него хроничен дефицит на време; несигурният организационно-политически климат; недостатъчната власт в съпоставка с отговорностите; ролевата нееднозначност; конфликтът между индивидуални и организационни ценности; промяната; фрустрацията [1].

Трудов стрес може да се дефинира, когато настъпват вредни физически и емоционални реакции, когато трудовите изисквания не съответстват на способностите, възможностите или потребностите на работника. Трудовият стрес може да доведе до влошаване на здравето и дори до злополука. [4]

Трудовият стрес настъпва при състояние на емоционална, познавателна, поведенческа и физиологична реакция на неблагоприятни и вредни условия на труд, работна среда и организация. Това състояние се характеризира с

високи нива на възбуда и дистрес, а често и с чувство за несправяне. [5]

Световната здравна организация определя стреса на работното място като всяко "състояние, възприемано като отрицателно от група работници и съпроводено с дисфункции от физическо, психическо и социално естество, вследствие на това, че работниците не са в състояние да отговорят на изискванията и очакванията, свързани с трудовото им положение" [2]

Според Световната здравна организация през 2020 г. произтичащите от стреса психични заболявания ще бъдат втората причина за нетрудоспособност в световен мащаб, непосредствено след сърдечносъдовите заболявания [2].

Психичните разстройства имат втория по големина принос (19%) към тежестта на заболяванията (измерена в DALY) в Европейския регион и представляват най-значимата причина за загуба на трудоспособност. Най-често срещаните психични разстройства (депресия и безпокойство) засягат 1 от 4 души годишно. Независимо от този факт, около 50% от случаите на психични разстройства не получават никаква форма на лечение. Стигматизацията

и дискриминацията са основни причини хората да не търсят медицинска помощ [6].

При определена стресова ситуация в българските семейства, битува мнението, че търсенето на специализирана помощ или проявата на слабост ги вкарва в графата „психично болни“. От друга страна стои и т.нар. психична стигма - понеже проблемът е зареден с негативен заряд, човек го потиска. Жителите на малките градове по-рядко търсят помощ в сравнение с тези на големите, защото анонимността им не е гарантирана и общността бързо лепи етикети. [3]

Целта на настоящето проучване е да се изследват факторите на стреса при медицинските сестри и акушерките, работещи в малките населени места в Югозападна България, както и възможностите за консултиране и справяне със стреса.

Материал и методи

Проведено е анонимно анкетно проучване на 140 медицински сестри и акушерки от МБАЛ „Свети Врач“ ЕООД в гр. Сандански и МБАЛ „Рокфелер“ ЕООД в гр. Петрич. Проучването е проведено в периода от 01.06.2014г до 01.02.2015г. след съгласие от изпълнителните директори и главните медицински сестри на лечебните заведения.

Резултати и обсъждане

На въпроса кое предизвиква най-голям стрес при извършването на ежедневната дейност на сестрите и акушерките са изброени на първо място нощния труд, последван от допълнителното натоварване в празничните дни, бързото вземане на решения и бързата обработка на голям обем от болнична документация.

Интерес представлява факта, че всички респонденти са установили междуличностни конфликти на работното си място, породени от проблеми в организацията на труда и поемането на допълнителни отговорности.

По отношение на чувството за несигурност в лечебното заведение, резултатите показват, че само 12% от анкетиранияте чувстват сигурност. 88% посочват, че се чувстват несигурни и това е обяснимо, защото през последните години рязко намаля персонала в малките общински болници. Предстои реструктуриране и закриване на малките болници, а все повече медицински специалисти търсят професионалната си реализация в големите градове и в чужбина.

фесионалната си реализация в големите градове и в чужбина.

На въпроса: "Бихте ли предпочели по-малко стрес на работното място, но при по-ниска заплата?" са отговорили 140 сестри и акушерки, като са се получили следните отговори: Не, предпочитам да съм стресиран, но по-добре заплатен - 66%; Да, дори и да намалят с повече от 15% настоящата ми заплата - 7%; На другия полюс са 7% от служителите, които са готови веднага да сменят работното си място, дори това да означава заплата по-ниска с 15% от настоящата им, стига работата им да не е толкова натоварваща. По средата се намира група от 20%, която би се отказала от стресиращия начин на работа стига обаче намалението на заплатата им да не е повече от 15%. Значителна част от анкетиранияте поддържат становището, че по-доброто заплащане би могло да бъде адекватна компенсация на големия стрес и натоварване на работното място.

Всички анкетирани посочват наличието на следните негативни прояви на стреса: тревожност, раздразнителност, апатия, загуба на интерес към работата, лесна уморемост, затруднение в концентрацията, главоболие, стомашни проблеми, безсъние, намален или засилен апетит, сърцебиене и избягване на социалните контакти.

Няма положителен отговор на въпроса „Има ли специалист във Вашата болница (или в населеното Ви място), с когото бихте могли да спделите проблемите си на работното място и да Ви бъде предоставена помощ за справяне с негативните последици от стреса?“

На въпроса „Бихте ли посещавали специалист трудов психолог, ако има такъв в родния Ви град“ само 21 от анкетиранияте (15%) са дали положителен отговор.

Изводи

Резултатите от проучването показват, че преобладаващата част от стресогенните фактори в професията на медицинските сестри и акушерките са: конфликтите, чувството за несигурност на работното място, липсата на персонал и недобрата организация на труда.

Значителна част от анкетиранияте поддържат становището, че по-доброто заплащане би могло да бъде адекватна компенсация на големия стрес и натоварване на работното място.

Медицинските сестри и акушерките не са достатъчно информирани относно стратегии-те и начините за управление на стреса. На работното място и в града, в който живеят няма специалист с когото те да споделят проблемите си.

При определена стресова ситуация в българските семейства, битова мнението, че търсенето на специализирана помощ или проявата на слабост ги вкарва в графата „психично болни“. От друга страна стои и т.нар. психична стигма - понеже проблемът е зареден с негативен заряд, човек го потиска.

Жителите на малките градове по-рядко търсят помощ в сравнение с тези на големите, защото анонимността им не е гарантирана и общността бързо лепи етикети.

Стигматизацията и дискриминацията в малките населени места са основни причини хората да не търсят специализирана помощ.

Литература

1. Паунов, М., Организационно поведение, Сиела, София, 1998, 256-257.
2. http://www.who.int/topics/mental_health/ru/ // 07.12.2014г.
3. <http://www.monitor.bg/article?id=342950> // 07.12.2014г.
4. Stress at work, United States National Institute of Occupational Safety and Health, Cincinnati, 1999
5. Guidance on work-related stress: Spice of life - or kiss of death, European Commission, Directorate-General for Employment and Social Affairs, 1999
6. Здраве 2020, Европейска политическа рамка в помощ на действията на институциите и обществото за здраве и благосъстояние <http://ncphp.government.bg/files/nczi/BG.pdf> // 23.01.2015
7. Ценова, Б., Специфични подходи за справяне с бърнаут-синдром и стрес при медицински сестри, Социална медицина, 2, 2003.
8. Никифоров Г.С., Ценова Б., Седова Е. Анкета для выявления особенностей самоконтроля в трудовой деятельности сборщиц часов. В: Г.С.Никифоров, Самоконтроль человека. Ленинград: Изд-во ЛГУ, 1989, 191-192.
9. Ценова Б., Велкова Д., Маринов И., Въгленова Е., Димитрова М., Даскалов К., Вуков М. Професионални стресори и психично здраве при хирургични сестри (възрастова динамика). Проблеми на хигиената, XXIII, 2002, 3, 3-8 (рез. на англ.).
10. Ненова А., Рашева А., Ценова Б., Даскалов К., Маринов И. Емоционално изтощение (бърнаут) и общи характеристики на работата на медицински персонал в клиники за консервативно лечение. Сб. III Нац. Конгрес по психология, София, 28-23 окт., 2005, Софи-Р, 316-322. ISBN 954-638-137-3

асистент Лилия Перусанова
Медицински факултет
СУ „Св. Кл. Охридски“
1407, София, ул. Козяк № 1
Email: liliperusanova@abv.bg



ДИНАМИКА НА НИВОТО НА ЕМПАТИЯ В ПРОЦЕСА НА ОБУЧЕНИЕ ПРИ СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ МЕДИЦИНСКА СЕСТРА

Любомир Маринов, Петя Аспарухова, Галя Янкова

DYNAMICS OF LEVEL OF EMPATHY IN THE PROCESS OF EDUCATION OF NURSING STUDENTS

Lyubomir Marinov, Petya Asparuhova, Galya Yankova

ABSTRACT: The article traces the dynamics of the level of empathy of nursing students during the four-year period of their studies. The purpose of nursing education is to build a combination of knowledge, skills and attitudes that students must acquire during the learning process. In this process, particular attention must be focused on the importance of empathy. This determines the need for nurses to master skills in expressing empathy. This process should begin during the teaching and learning of the profession.

Objective: the study aims to investigate through a survey the dynamics of level of empathy of nursing students in Medical University of Sofia, "Prof. Dr. Ivan Mitev" - Vratsa Subsidiary

Material and methods: The survey was conducted between 2012 – 2015 academic years. For four consecutive years and 166 nursing students were interviewed: 2012 - 44 first-year students, 2013 - 41 second-year students, 2014 - 41 third-year students, 2015 - 40 fourth-year students. The research used documentary and sociological methods. A questionnaire of mixed type was developed to study the respondents' opinion. It contains 27 questions based on the method "Scale of emotional reaction" (Balanced Emotional Empathy Scale - BEES), developed by Albert Mehrabian and modified by Norman Epstein. The survey data were processed by the statistical program and the graphics were made using Microsoft Excel.

Conclusion: Empathy occupies an important place in the life of every person. It plays an essential role in the effectiveness of communication in every social interaction and in every sphere of life. At the same time, empathy as a social skill and personal quality is necessary to fulfill the human mission of the nursing profession. This determines the necessity of mastering skills in expressing empathy even during the training of nurses, which can be further developed. The results obtained from this study, although not representative due to the small number of students covered, show us that we are going in the right direction.

Keywords: empathy, nurses, training, education

Въведение

Професията на медицинска сестра е една от най-благородните професии. Дори и днес на фона на общото неодобрение към здравеопазването у нас, в представите на голяма част от българите медицинската сестра е синоним на милосърдие, всеотдайност и съпричастност. Това признание налага и по-високи предизвикателства при обучението и придобиването на професионални компетенции. Целта е да се изгради съчетание от знания, умения и отношения, които студентът трябва да придобие в хода на учебния процес. В този процес с особено внимание трябва да се акцентира и върху значението на емпатията. Проявата на емпатия като социално умение и лично качество е необходимо условие за изпълнение на човешката мисия на сестринската професия.

Терминът „емпатия“ за пръв път се появява в английски речник през 1912 г. и е бил близък по значение на термини „симпатия“. Произлиза от немската дума *einfühlung* с дословен превод проникновение. (3) В психологията е въведен от Е. Титченер, който обобщава философските идеи за симпатията и теориите за проникновението на Е. Клифорд и Т. Липс. Най-ранното определение на емпатията принадлежи на З. Фройд в работата му „Остроумието и неговото отношение към безсъзнателното“ (1905): „Ние отчитаме психичното състояние на пациента, поставяме себе си в това състояние и се стараем да го разберем, сравнявайки го със своето собствено“ (1) (2) .

Понятието „емпатия“ може да се дефинира най-общо като „съпреживяване от страна на един човек на чувствата, възприятията и мислите на другия“ (5).

Едно от най-популярните определения на емпатията е на видния представител на хуманистичната психология Карл Роджърс : „Да бъдеш в състояние на емпатия, означава да възприемаш вътрешния свят на другия точно, съхранявайки емоционалните и смисловите му нюанси. Като че ли ти се превръщаш в този друг човек, но без да губиш усещането „като че ли“ (11) .

Емпатията е едно от качествата на емоционалната интелигентност. Тя е когнитивна способност, която почти всички притежаваме и се състои в това да умеем да се поставяме на мястото на другия, без да губим собствената си реалистична рамка. Емпатията е основен елемент в човешкото общуване. Позволява ни да отговаряме за нуждите на другия и да споделяме неговите чувства.

Според Румен Стаматов „емпатията е форма, с която Азът се въвлича в живота на другия“ „Емпатията се ражда когато Азът излезе от „самозатвореността“, когато се докосне до света на другия. Емпатията създава сигурност, усещане за взаимна принадлежност, за заедност, защото това е опит:

- да се преживее и разбере това което се случва с другия;

- да се навлезе във вътрешния свят на другия - чрез тези доближавания другият получава възможност да трансцендентира, да премине зад своята граница, да схване себе си като нещо различно от себе си (7) .

Емпатията е способността на човек да съпребивява емоциите, чувствата, мислите и тревогите на другите. Тя е индивидуално качество на личността, което спомага за установяване на ефективни човешки взаимоотношения и за адаптация на личността в определена социална общност. Дава възможност за силно доближаване и влизане в личния свят на другия, но без пълна идентификация. Степента на емпатия е строго индивидуална, като съществуват и различни видове емпатия според начина, по който другият индивид е разбран — когнитивна, емоционална, интелектуална. Емпатията стои в основата на градивното социално общуване. В по-високите степени на емпатия човек се ангажира с чувствата, емоциите, дори тревогите на друг човек, дори и да нямат близък контакт, например чрез телефона, снимка или интернет.

Според начина, по който другия индивид е разбран, съществуват различни видове емпатия — когнитивна, емоционална, предикативна (2).

1. Емоционална емпатия - възниква при непосредственото възприемане на преживяванията на другия човек и в ситуация на неблагополучие на другия се проявява под формата на съжаление и състрадание.

2. Когнитивна емпатия - основава се на интелектуални процеси - сравнение, аналогия и други.

3. Предикативна емпатия - проявява се като способност да се предсказват афективните реакции на другия човек в конкретни ситуации.

Различните разбирания за същността на термина емпатия се базират се базират на различни теории и хипотези, за изследването и доказването на които се използва широк набор от методи. Според един от тези подходи емпатията се разглежда като преживяване на дадена емоция от един човек при наблюдаване на същата емоция у друг човек

Някои автори разглеждат емпатията и алтруизма като съставна част на човешката природа и са опосредствани от емоционални преживявания, които не се променят през целия човешки живот и не са претърпели съществени промени във филогенетичен план.(6,8)

Друг подход разглежда когнитивните аспекти на емпатията, т. нар. „когнитивна емпатия“. Тук акцента се поставя върху способността на човек да разбира интелектуално вътрешния опит на другия. Един от най-ярките представители на този подход е Розалин Деймънд. (5) Третият подход може да се разглежда като комбинация от предишните два. Това съчетание дава възможност за всеобхватно разбиране същността на емпатията. Такова разбиране на емпатията като емоционално-когнитивна система , включваща емоционален когнитивен и поведенчески компонент, намира широко приложение при оказване на психологическа помощ. То е необходима предпоставка за скъсяване на социалната дистанция между нуждаещият се човек и този който оказва помощ.

Карл Роджърс отрежда специално, дори основно място на емпатията като задължително условие не само за успеха на терапевтичната работа, но и в по широк план. Според него клиент центрирания подход, сред който основно място заема емпатичното отношение към другите, могат да се използват и в много други сфери на обществения живот.(11)

Проявата на емпатия като социално умение и лично качество е необходимо условие за

реализирането на хуманната професия на медицинската сестра, включващо интелектуално разбиране на пациента, споделяне на неговите чувства, ефективност на комуникацията и положителна нагласа към болния.(9,10) Сестрата трябва да проявява професионално отношение към конкретния болен, приспособено към индивидуалните потребности и състоянието му. Всяка среща с болния, всяка разменена дума, всеки разговор с него би трябвало да вдъхва увереност, да успокоява , да ободрява.

Цел: Чрез социологическо проучване да се изследва динамиката в нивото на емпатия при студенти от специалност медицинска сестра във Филиал Враца на МУ София.

Материал и методи: Проучването е проведено в периода 2012 г. - 2015 г. В продължение на четири последователни години са анкетирани 166 студенти от специалност медицинска сестра: 2012 г. 44 студенти от I курс, 2013 г. 41 студенти от II курс, 2014 г. 41 студенти от III курс, 2015 г. 40 студенти от IV курс. Всички изследвани лица са подбрани случайно и на доброволен принцип.

В процеса на изследването са използвани документален и социологически методи. За проучване мнението на респондентите е разработена анкетна карта от смесен тип съдържаща 27 въпроса, базирана на метода "Скала

на емоционална реакция" (Balanced Emotional Empathy Scale — BEES), разработен от Алберт Мехрабян (Albert Mehrabian) и модифициран от Норман Епщайн. (6) Въпросникът се състои от 25 съждения от затворен тип - както утвърдителни, така и отрицателни. Анкетирания трябва да оценят своето съгласие/несъгласие със всяко от тях. Скалата на отговорите дава възможност да се изразят оттенъците на отношение към всяко едно от съжденията. Събрания брой точки определя пет степени на емпатия:

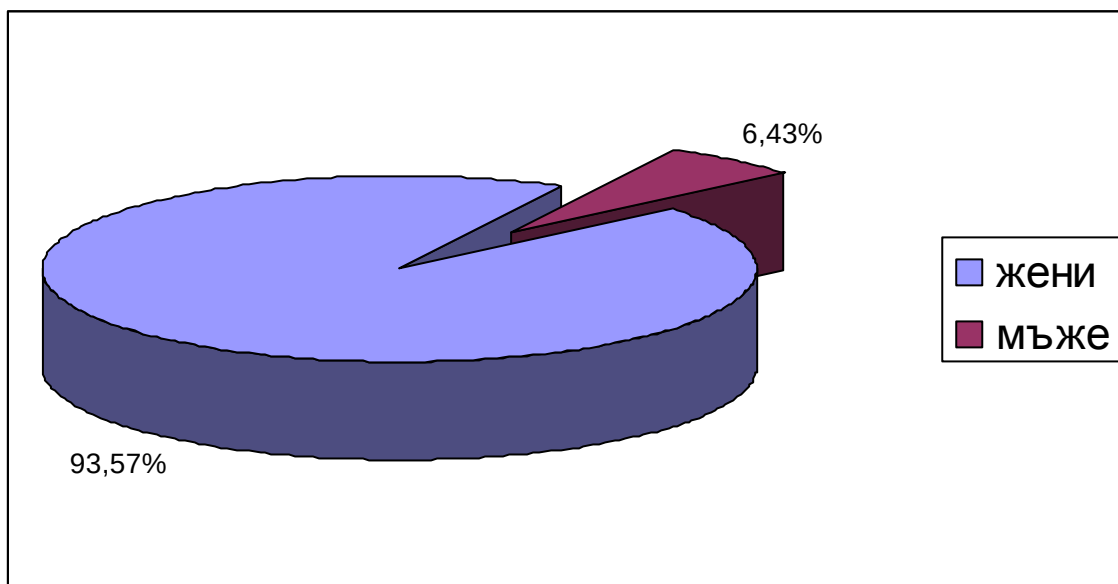
- 82–90 т. — много висока степен;
- 63–81 т. — висока степен;
- 37–62 т. — нормална степен;
- 36–12 т. — ниска степен;
- 11 т. и по-малко — много ниска степен.

Възрастта на анкетираните варира в границите от 19 до над 47 години. Разпределението е както следва: 8,43% от анкетираните са на възраст до 20 години, 79,52% са от 20 до 29 години, 9,65% са между 30-39 години и 2,4% са над 40 години.

Разпределението на изследваните студенти по възраст , курс на обучение и годината на провеждане на изследването могат да се видят в табл. 1 , а съотношението мъже жени на цялата група на фиг. 1.

Таблица 1. Разпределението на изследваните студенти по възраст , курс на обучение.

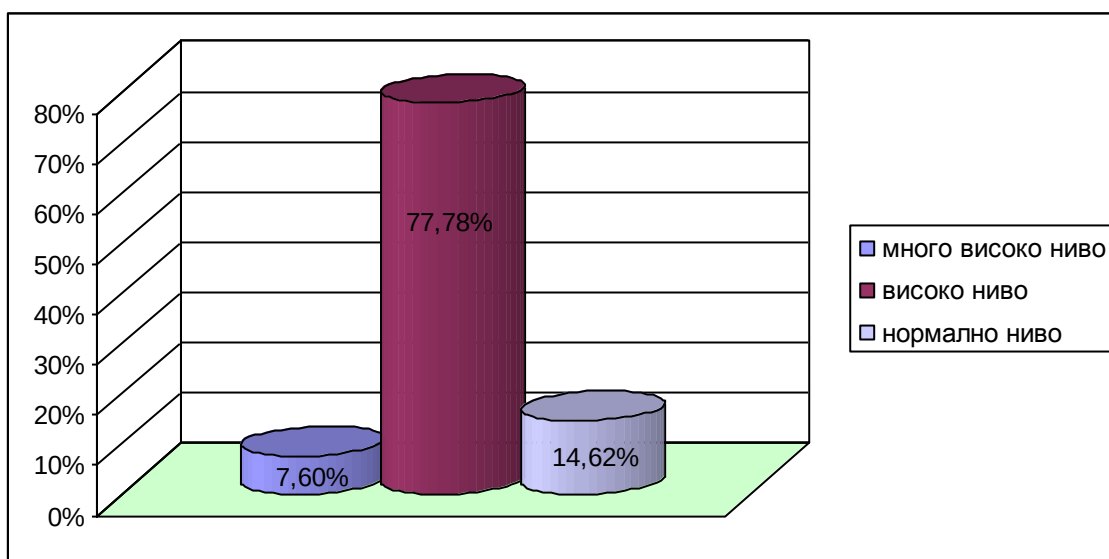
I курс - 2012г.		II курс - 2013г.		III курс - 2014г.		IV курс - 2015г.	
възр.	брой	възр.	брой	възр.	брой	възр.	брой
19	14	20	12	21	12	22	12
20	5	21	4	22	4	23	4
21	6	22	6	23	6	24	6
22	5	23	5	24	5	25	4
24	4	25	4	26	4	27	4
26	4	27	4	28	4	29	4
28	2	29	2	30	2	31	2
31	1	32	1	33	1	34	1
32	1	33	1	34	1	35	1
35	1	36	1	37	1	38	1
44	1	45	1	46	1	47	1



Фиг.1. Разпределение по пол

От разпределението по пол се вижда , че изследваните лица от мъжки пол са нощожно малък процент, което недвусмислено илюстрира ниската популярност на професията

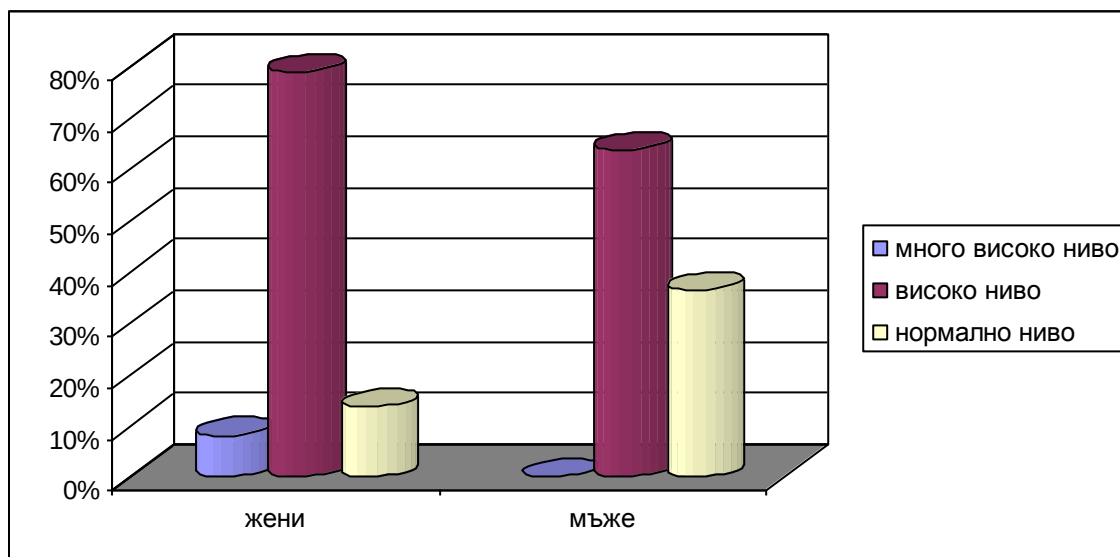
сред мъжете в България, въпреки че в Европа една трета от упражняващите тази професия са мъже.



Фиг.2 Ниво на емпатия

Обобщените резултати за нивото на емпатия получени в настоящото проучване са илюстрирани чрез фиг. 2. Вижда се, че 77,78% от всички изследвани са показали висока степен на емпатия, 14,62% нормална степен. При изследваните лица не е установен

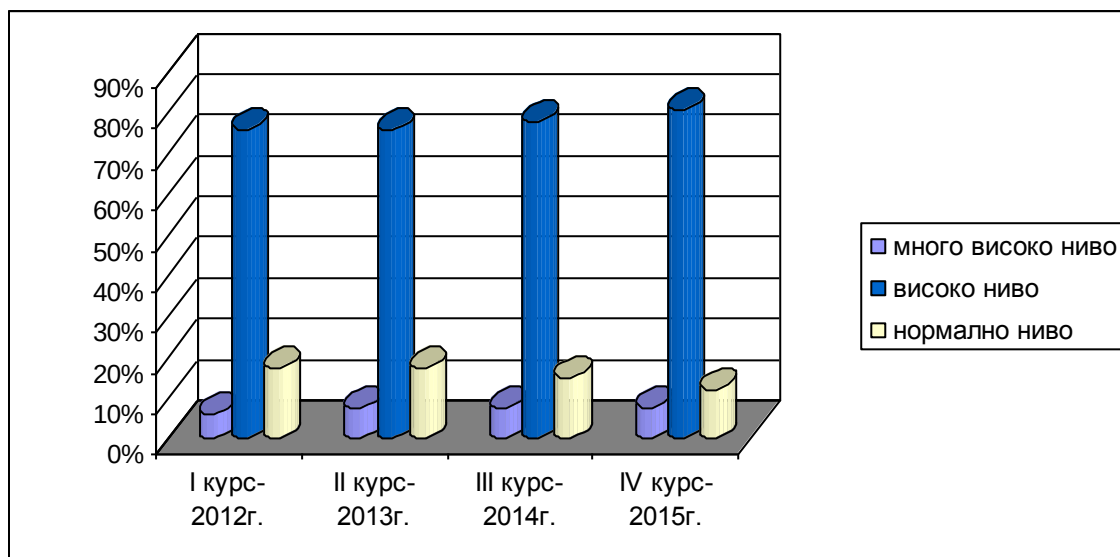
резултат по нисък от 37 т. ,т.е. няма лица с ниска или много ниска степен. 7,6% от респондентите са показали много висока степен на емпатийност. Тези резултати показват едно високо ниво на емпатия за цялата изследвана група.



Фиг.3 Ниво на емпатия мъже-жени

Емпатията е част от емоционалната култура, която отговаря за социалните навици, осигуряващи успешното взаимодействие между хората. Установено е, че жените и мъжете не се различават по нивото на емоционална интелигентност, но при мъжете по-силно развито е чувството на себеуважение, а при жените – емпатията и социалната отговорност [4]. Нашето изследване потвърждава тезата, че

лицата от женски пол показват относително по високо ниво на емпатия, което се обяснява от психолозите с влиянието на социални фактори, като усвояването на полово-ролевите стереотипи. Женският стереотип предполага в по-голяма степен съпричастност, разбиране и съпреживяване на емоциите на другите. (Фиг.3)



Фиг.4 Динамика на нивото на емпатия по години.

Емпатията е свързана с личния опит и себебепознанието. Много автори считат, че тя е генетически детерминирано свойство, което може да бъде усилено или снижавано в зависимост от жизнения опит на индивида. Съществуват данни, че подходящите условия

на обучение и възпитание благоприятстват развитието на емпатичната способност. На фиг. 4 са показани резултатите съобразно курса на обучение, респективно натрупването на опит при овладяване на професията. Резултатите за всяка година показват високо ниво на

емпатия: I курс-75,68%, II курс 75,60%, III курс 77,60%, IV курс 80,40%, като динамиката се изразява с леко повишаване нивото на емпатия със всяка следваща година на обучение-то.

Анализът на получените резултати води до следните изводи:

1. Степента на емпатия при над 85% от изследваните лица висока т.е. над средното ниво. Няма резултати с ниска и много ниска степен.

2. Потвърждава се мнението, че лицата от женски пол проявяват по-голяма емпатичност.

3. С натрупването на опит в процеса на обучение нивото на емпатия показва тенденция на покачване.

Емпатията заема важно място в живота на всеки човек. Тя играе съществена роля за

ефективността на комуникацията при всяко социално взаимодействие и във всяка сфера на живота. Същевременно емпатия като социално умение и лично качество е необходимо условие за изпълнение на хуманната мисия на професията „медицинска сестра“. Емпатичното поведение улеснява работата на медицинската сестра, повишава ефективността при събирането на информация, съдейства за създаването на доверие у пациента към нея и целия медицинския екип.

Това обуславя необходимостта от овладяване на умения за изразяване на емпатия още по време на обучението на медицинските сестри, които впоследствие да бъдат доразвити. Получените резултати от това изследване, което е продължение на друго наше от 2012г., ни показват, че вървим в правилната посока.

Литература

1. А. Ребера, Оксфордский толковый словарь по психологии, Т.1. Изд. М. Вече АСТ, 2003.

2. Балканска, П., За емпатията в медицинската практика, 21.01.2012, <http://hdl.handle.net/10861/58>

3. Б. Д. Карвасарский. Психотерапевтическая энциклопедия. Изд. Питер-Юг, 2006.

4. Голдман Д., Емоционална интелигентност, София, изд. «Кибеа», 2000г.

5. Живкова Хр. Емпатията в социалните взаимоотношения. Изд. „Филвест“, 1998.

6. Крылова А.А., Маничева С.А. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии. Изд. СПб. 2003.

7. Стаменов Р, Минчев Б, Психология на човека, „Хермес“ 2008.

8. Цанев О, Изследване на някои аспекти на емпатията при ученици - Педагогика 11/2003, 62-70.

9. Elam CL. Use of "emotional intelligence" as one measure of medical school applicants' noncognitive characteristics. Acad Med. 2000;75(5):445-446.

10. Elam C, Stratton TD, Andrykowski MA. Measuring the emotional intelligence of medical school matriculants. Acad Med. 2001;76(5):507-508.

11. Rogers, Carl R. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change.

Любомир Христов Маринов

Катедра „Здравни грижи“

МУ – София, Филиал „Проф. д-р. И. Митев“ – гр. Враца

Враца, Университетски комплекс, Корпус 1, ет. 1-2

тел: 0887298308

lyubo60@abv.bg



ЕТИЧЕСКИ ЦЕННОСТИ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО И ПЕРСОНАЛИЗИРАНАТА МЕДИЦИНА

Людмила Чакърова, Силвия Младенова, Радка Горанова

ETHICAL VALUES OF HEALTHCARE AND PERSONALIZED MEDICINE

Lyudmila Chakarova, Sylvia Mladenova, Radka Goranova

ABSTRACT: Over the past two decades in the field of medicine appeared a new concept, which became public known with the term "personalized medicine". Its creators and defenders argue that with its help medical activities can be directed to the specific characteristics of each individual using his genetic profile and so treatment can be adapted to the patient. But at the same time personalized medicine as every innovation in healthcare practice raises many ethical problems, some of which touch the core ethical values of medicine.

Aim of the study is to highlight some of the value challenges of personalized medicine.

Method of study is anonymous sociological survey with 380 students from the Faculty of Public Health at the Medical University - Sofia majoring in "Health Care Management" and "Public Health and Health Management". Analyzed are results from a study of issues relating to values conflicts such as privacy, protection of the autonomy of the patient, availability of personalized medicine, because of its high cost etc.

The results show that the introduction of personalized medicine has serious moral aspect associated with keeping the ethical values and traditions of healthcare. These issues must continue to be subjected to serious public and professional debate and analysis in order to prepare the public for shifting the emphasis of medical care to a personalized and individualized model.

Keywords: personalized medicine, right to privacy, autonomy, access to healthcare

Въведение

Системите на здравеопазване в държавите се различават, тъй като отразяват съответните обществени условия. Въпреки различията по отношение на организацията и финансирането, обаче всички те са изградени на основата на общи етически ценности като справедливост, достъпност до качествени здравни услуги, равнопоставеност, солидарност, своевременност, достатъчност и др. Освен тези ценности в медицинската сфера съществуват и ценности с индивидуална насоченост като автономност, конфиденциалност, права на пациента, включващи право на защита на личния живот, опазване и непредоставяне на лични данни, достъп до иновационни медицински технологии като персонализираната медицина и др.

На всички е известно, че здравето е също ценност. То е и предпоставка за личностно развитие, щастие, просперитет и т.н.. Здравето на хората оказва влияние върху благосъстоянието на една държава, икономическите резултати по отношение на производител-

ността, предлагането на работна сила и публичните разходи.

Като има предвид събрания вече опит и работата през последните години в посока на развитие на персонализираната медицина ще е интересно да се потърсят отговори на следните въпроси:

- Може ли персонализираната медицина да повлияе върху етическите ценности на здравеопазването?

- Може ли персонализираната медицина да повлияе върху индивидуалните етични норми, установени в медицинската практика?

Тъй като етическите въпроси свързани с персонализираната медицина са много трудни за анализ, ще се спрем само на три основни въпроса:

- Как да се защити неприкосновеността на личния живот на пациентите;

- Как да се защити автономността на пациента;

- Осигуряване на достъп до персонализирана медицина.

Анализът на етически проблеми е принципно много деликатно нещо. Тук рядко има една крайно решение, тъй като най-често се

търси баланс между различни възможности и успешното решение се подчинява по-малко на обективните критерии, а е по-скоро най-приемливото за най-много хора.

Защитата на неприкосновеността на личния живот на пациентите е едно от най-важните неща, което трябва да се направи преди гражданите да бъдат готови да се възползват от индивидуализирана медицинска помощ. Почти всички са съгласни, че пациентите имат право, техните лични данни за здравето им състояние да се съхраняват и да не се предоставят на трета страна, напр. застрахователната им компания или държавната или местната власт.

Но до къде се простира това право? То обхваща ли генетичната структура на лицето? Тя безспорно оказва влияние върху здравето. Дали е справедливо информация за това, от какво ще се разболее човек или има само риск и предразположение за дадено заболяване, да бъде извлечена от генотипа му и да се съхранява някъде в институция, оказваща персонализирани медицински услуги. Как тази информация да се съхранява като лична и с каква цел? Например, ако човек има тази информация, събрана с цел профилиране на някакъв риск или диагноза само лично за лицето, следва ли, че след това човек автоматично се съгласява тези данни да се използват за диагностициране и профилиране на други хора? Въпреки, че това може да бъде направено без идентификатори, тази информация е достатъчна за личностното идентифициране и в този смисъл никога не може да бъде наистина анонимна.

Освен това, какво да кажем за личния живот на другите членове на семейството? Семействата споделят генетична информация и като стане известен някой риск за един член на семейството, това е също риск и за роднините. Но това трябва ли да им се съобщава?

Въпросът за неприкосновеността на личния живот е също така пряко свързан с автономността на пациента - правото на пациента да избере това, какво да се случва с данните. Как да се използва информацията на пациента и кое е допустимо, не е само въпрос на защита на личния живот, но и на автономност. Допустимо ли е да се изисква от лицето, да се съгласи неговите данни да бъдат използвани за профилиране на риска или диагностика, като условие за извършване на услугата?

Причините за това могат да са много убедителни. Наистина са необходими големи из-

вадки, за да се изготвят прогнози с високо качество на вероятност, но това е незаконен натиск върху лицето, от този който го изисква, ако той наистина настоява да изследва? Така да се каже, ако човек се съгласи на това, то е нещо като споразумение и в такъв случай изборът може да се смята за не истински свободен и консенсусен? Какво става, ако условието е, данните да се използват не за диагностика, а за научно изследване? Дали на една институция може да бъде разрешено да събира тази информация безплатно в замяна на което да ѝ се позволи за използване данните за фармацевтични проучвания или изпитвания? Това е концепция, разисквана от дълго време в областта на изследванията и тя е, че предложените стимули за участие в проучвания и изследвания не трябва да бъде толкова атрактивни, че да карат хората да се съгласяват. Това почти сигурно става при лица с ниски доходи или без здравни осигуровки.

Друг въпрос свързан с неприкосновеността на личния живот е също и проблем на автономността. Ако роднина научи нещо за риск от заболяване за себе си, трябва ли да съобщи за този риск на близките? Трябва ли да се иска съгласие от другите роднини преди даден пациент да си направи генетичните тестове? Как да се справим с информация, която принудително ни се предоставя?

Разходите, точно както при политически въпроси, представляват също важен етичен проблем. В САЩ 46 милиона души понастоящем са без здравни осигуровки, а много други имат осигурителни планове, които покриват само най-основните услуги. Как може да се осигури достъп до персонализирана медицина за всички? Дали това е разумна цел? Дали това е възможно? Това са някои от най-трудните въпроси, на които трябва да се отговори. За щастие те са много сходни с въпроси, които вече са били зададени и в рамките на традиционното здравеопазването.

Има вероятност персонализираните грижи да бъдат на няколко нива и ако универсалният достъп е цел, на какво ниво това е приемливо? Има стъпаловидна система, която звучи етически разумно. Тези, които не могат да си плащат сами, да получат някакво разумно ниво на обслужване, докато тези, които могат да поемат разходите си да получат грижата в по-цялостен размер? Това е нещо, което много прилича на сегашната здравна система, но много хора не са доволни от този модел.

Етичните въпроси пред които е изправена персонализирана медицина са трудни за преодоляване, но те всъщност не са много по-различни, отколкото тези, пред които са изправени традиционната медицински системи. Това означава, че вече съществува определен модел и диалогът може отчасти да се трансформира, така че разговорът да не започва от нулата.

Цел на настоящето изследване е да се посочат някои от ценностните предизвикателства на персонализираната медицина.

Метод на изследването е анонимна социологическа анкета с 380 студенти от Факултета по общественото здраве при Медицински университет – София от специалностите „Управление на здравните грижи” и „Обществено здраве и здравен мениджмънт”.

Резултати и дискусия

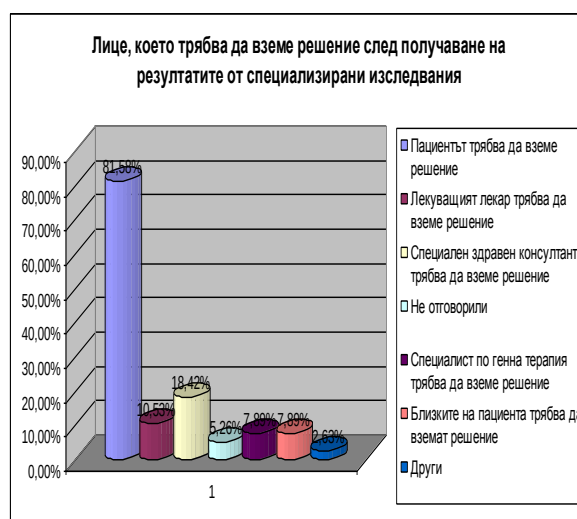
Първият въпрос от анкетното проучване, засягащ въпроса за защита на личния живот на пациентите, на който се спираме е: „Възможни ли са отрицателни последици върху личния живот вследствие на генни изследвания?” Получените отговори са следните: Според 26,32% от участниците е възможно човек да откаже да сключи брак, ако разбере, че неговият партньор или той самият е носител на генетично заболяване. Още по-голям брой от анкетираните 65,79 % посочват, че има възможност човек, да не иска да създаде поколение, вследствие на резултат от генетично изследване. Според 10,53 % неблагоприятните данни от изследване може да повлияят върху професионалното развитие, напр. отказ от дадена кариера, ако тя изисква качества, несъвместими с установеното от изследването заболяване, 21,05% са дали друг отговор, а 13,16 % не са отговорили. /Фиг. 1./

От дадените отговори се установява, че резултатите от генетичните тестове може съществено да повлияят върху личния живот на изследваните, дори да променят неговия ход. Има хора, които биха желали да знаят какво е здравното им състояние, но има и други, които не биха желали да бъдат предварително тревожени, тъй като в момента се чувстват добре. Това е едно от предизвикателствата на персонализираната медицина.



фиг.1.

Следващият въпрос, на който се спираме, се отнася до автономността на пациента в условията на персонализираната медицина. Въпросът е: „Кой може, от етична гледна точка да вземе решение, засягащо здравето на пациента след получаване на резултатите от специализираните изследвания?” Получените резултати са както следва: Пациентът сам трябва да вземе решение е отговорът даден от 81,58% от анкетираните. Лекуващият лекар да трябва да вземе решение е посочено като опция от 10,53 % от респондентите. Специален здравен консултант да е отговорен за вземането на решение е изборът на 18,42 % от участниците в изследването. Според 7,89 % от анкетираните специалист по генна терапия трябва да вземе решението и също толкова 7,89 % посочват, че това трябва да са близките на пациента. Не са дали отговор 5,26 % от участниците в проучването, а 2,63 % са дали друг отговор. /Фиг. 2./



Фиг. 2.

Тук ясно се вижда, че най-голям дял от участниците защитават правото на автономност и всеки сам да може да определи кое е най-доброто за себе си.

Въпросът „Бихте ли направили всичко възможно, за да финансирате скъпо изследване, поради опасения за наследствено или генетично заболяване?“ засяга както автономността на избора, така и достъпа до генетичните изследвания. Получените отговори са: Да - 76,32 %, Не - 10,53 %, Не знам – 7,89 %, Друг отговор - 2,63 % и не отговорили – 2,63 %. Тази конфигурация от избраните опции ясно посочва отговорността на мнозинството от анкетираните за здравето си и превеса на избора към възползване от възможностите на индивидуализираната медицина. /Фиг. 3./



Фиг. 3.

Последният въпрос, на който се спираме е „Персонализираната медицина трябва ли да бъде масово достъпна?“ Отговорите са: Да – 86,85 %, Не – 2,63 %, Не знам – 5,26 %, и не отговорили – 5,26 %. /Фиг. 4./



Фиг. 4.

Отговорите показват, че анкетираните са убедени, че постиженията на персонализираната медицина трябва да бъдат достъпни за всички и че те знаят за предимствата на тази иновация и са убедени в нейната полезност и ефективност.

Изводи: От направеното проучване могат да бъдат направени следните изводи:

- последствията от въвеждането на персонализираната медицина имат сериозна морално етична страна;
- анкетираните бъдещи здравни професионалисти имат съзнание за ценностните аспекти на персонализираната медицина;
- практическите въпроси от прилагането на персонализираната медицина е необходимо да се подложат на сериозен етичен и обществен дебат с цел подготовка на обществото за ценностите предизвикателства, които медицината и здравеопазването ще трябва да преодолеят;
- масовият достъп до тази иновационна технология има тясна връзка с повишаването на знанието на цялото общество за начините за опазване и укрепване на собственото и общественото здраве.

Литература

1. Иванчева, Л., Етичните проблеми на геномиката и общественото здраве в дискурса на политиките на европейските институции на неправителствения сектор в ЕС, В: сб. Европейски етични стандарти и българската медицина, София, 2014, изд. БЛС., стр. 100 -103
2. Камушева, М., Г. Петрова, Св. Георгиева, Възможности на пресонализираната медицина при лечение на редки болести – литературен преглед, сп. „Български медицински журнал“, vol. VIII, 2014, № 3, стр. 48 – 60.
3. Кънева, Р., Етични и правни аспекти на генетичните изследвания, В: сб. Европейски етични стандарти и българската медицина, София, 2014, изд. БЛС., стр. 564 – 568.
4. Масларов, Д., Л. Тодорова, С. Сурчева, М. Власковска, Генетични подходи за индивидуализиране на лечението като етичен проблем, В: сб. Европейски етични стандарти и българската медицина, София, 2014, изд. БЛС, стр. 42 – 47.
5. Младенова, С., Здравно образование, София, изд. “Артик 2001”, 2009.
6. Христов, Г., Оценка на здравните технологии като средство за решаване на морално-етичните проблеми, В: сб. Европейски

етични стандарти и българската медицина, София, 2014, изд. БЛС, стр. 53 – 58.

7. Gene Therapy for Rare diseases: Summary of a National Institutes of Health Workshop, 2012, Human Gene Therapy 24:355-362.

8. Edward D Blair, Molecular diagnostics and personalized medicine: value-assessed opportunities for multiple stakeholders, Personalized Medicine (2010) 7(2), 143–161

9. Ikpa, P., et al, Cystic fibrosis: Towards personalized therapies, The international Journal of Biochemistr and cell biology, 52 (2014) 192-200.

10. Palau, F., Personalized Medicine in Rare Diseases, Instituto de Biomedicina de Valencia, CSIC, and CIBER de Enfermedades Raras Valencia, Spain, Available at http://digital.csic.es/bitstream/10261/47807/1/Palau_Personalized%20Medicine%20in%20Rare%20Diseases%202012.pdf, (Accessed 17.07.2013).

11. Shiekh, F., Personalized nanomedicine: future medicine for cancer treatment, International Journal of Nanomedicine, 2013:8 201–202.

12. Theek , B., et al, The theranostic path to personalized nanomedicine, Clin Transl Imaging (2014) 2:67–76

13. What are the Ethical Issues in Personalized Medicine? [www. areagank.com /2007/03/](http://www.areagank.com/2007/03/)

Lyudmila Chakarova
Professor, PhD
Faculty of Public Health
Medical University – Sofia
8 Bialo More
1527 Sofia, Bulgaria
e-mail luchak@abv.bg

проф. Людмила Чакърова, дп
Катедра „Медицинска етика и право“
Факултет по обществено здраве
Медицински университет – София
Ул. „Бяло море“ № 8
1527 София, България
e-mail: luchak@abv.bg



ЗА НЯКОИ ЕРГОНОМИЧНИ ИЗИСКВАНИЯ КЪМ МЕДИЦИНСКИЯ ТРУД - ПРЕДПОСТАВКА ЗА ЕФЕКТИВНОСТ И КАЧЕСТВО

Магдалена Платиканова

ABOUT SOME ERGONOMIC REQUIREMENTS FOR MEDICAL WORK – PREREQUISITE FOR QUALITY AND EFFICIENCY

Magdalena Platikanova

ABSTRACT: *The ergonomics of medical work appears in the process of forming and improving the organisation of the working process in healthcare. Important part of the ergonomic system in healthcare is the medical worker himself.*

The aim is to observe some of the ergonomic requirements for medical work as a prerequisite for efficiency and quality.

The ergonomic problems regarding medical workers include these following aspects: ergonomic requirements for working place and furniture; working pose, body movements during work; requirements for proper ergonomic solution regarding all the medical devices and instruments in order to adjust the modern medical equipment to the anatomical and physiological needs of the medical staff; ergonomics requirements for the medical equipment (screens, displays), which can damage the optical analyzer.

Not meeting the ergonomic requirements can lead to errors, incidents, additional efforts, unjustified fatigue or health problems. This can lower the efficiency and quality of healthcare. The medical efficiency, compared to the economical or social one, is the most important, because it has greater relation to the quality of healthcare.

Today the resources of the medical facilities, most of which are private, give us the opportunity to solve problems regarding organisation of the working process, or meeting the ergonomic requirements. This determines greater level of efficiency and quality of the medical staff and healthcare.

Keywords : ergonomics, efficiency, quality of medical work, medical employee

Медицинският труд е изключително разнообразен, което се обуславя от различните особености на трудовия процес и работната среда, различните изисквания към работещите в отделните направления, различното съотношение между лечебно-диагностична, изследователска, преподавателска и други дейности [3]. Този труд е умствен, характеризира се с високо нервно-психично напрежение и е с откривателски (евристичен) характер за висшия персонал, а за средния - е с организационно-изпълнителски характер и повече двигателна активност[4].

Независимо от квалификацията на медицинския работник, изпълняваните от него функции и богатият му личен професионален опит в даден сектор от здравеопазването, той не би могъл да прецени дадена работна ситуация, без да използва познанията по ергономия. Ергономията на медицинския труд възниква в процеса на формиране и усъвършенстване на организацията на трудовия процес в здравеопазването. Поради тази причина тази

наука се явява като теоретична основа за организацията на медицинския труд, а организацията на медицинския труд се определя като насока за практическата реализация на ергономичните изследвания.

Целта на настоящата работа е да се разгледат някои аспекти на ергономичните изисквания към медицинския труд като предпоставка за ефективност и качеството. За целта е извършен анализ на актуални теории и насоки в съвременната ергономична практика.

В структурата на ергономичната система в областта на медицинския труд са включени четири звена „човек (медицински работник) - човек (болен, близки на болния)– предметни условия на труда (апаратура, материали, инструментариум) и околна среда“. Участието на медицинския работник и болния човек в първите две звена, обуславя голямото значение на „човешкия фактор“ в организацията и ергономията на медицинския труд.

Един от първите принципи в областта на ергономията е, че „не трябва да се решава

нищо, без да е получена достатъчна информация, систематична и детайлна, върху цялостната ситуация в работата“ [5]. Ергономичните проблеми при медицинските работници включват следните основни аспекти: ергономични изисквания към работното място и мебел; работната поза, работните движения; изисквания за правилно ергономично решение на различните апарати и инструменти, с оглед приспособяване на съвременната апаратура, уреди, машини към физиологичните и анатомични особености на работещите с тях; ергономични изисквания към апаратите (дисплеи, екрани), при които има значително натоварване на зрителния анализатор [9]. Всеки инструмент, работно съоръжение трябва да бъдат устроени така, че да не пречат на ефективността при работата с тях и създават най-благоприятни за здравето условия. За тази цел ергономичните изисквания трябва да се спазват при самото проектиране (предварителен ергономичен контрол) и при самата експлоатация (текущ ергономичен контрол) за отстраняване ергономични нецелесъобразности на медицинската апаратура и инструменти.

Изискванията, които работата поставя от ергономична гледна точка са свързани с неблагоприятните трудови условия, прекъсванията на работния процес и др., водещи до грешки в работата, инциденти, допълнителни усилия, намаляване на работоспособността, неоправдана умора или предизвикват проблеми в здравето. В съвременните условия на работа в медицинските заведения, въпреки оборудването им с най-нова апаратура се променя само структурата на взаимодействие на медицинския работник с техниката чрез системата на двигателния анализатор, но не и основния проблем на физическия труд и влиянието му върху организма [1].

Най-значимите нарушения на здравето, свързани с ергономичните фактори в страните членки на ЕС-27 са мускуло-скелетните увреждания (25% от работещите се оплакват от болки в гърба и 23% от мускулни болки). Особено уязвима е групата на работещия среден медицински персонал - жени над 45 годишна възраст, при които освен физическо натоварване, повтарящи се движения на горния крайник и неудобна работна поза се наблюдават и възрастовите изменения в опорно-двигателния апарат. По данни на Европейската агенция за безопасност и здраве (Occupational Safety & Health Administration -

OSHA) най-застрашени от мускуло-скелетни нарушения са работещите в здравеопазването болногледачи, санитарни и медицински сестри, поради което тези увреждания са приоритетна сфера за превенция [6], [8].

Целият трудов процес на медицинския работник е дълга верига от умствени и физически действия, включени в определена последователност с определена скорост на изпълнение и представлява едно деликатно дирижиране на цялостната му дейност. От ергономична гледна точка изучаването на медицинския труд изисква прилагане на методи, отразяващи динамичното изменение на функционалните системи с паралелно отчитане на извършената работа.

Постигането на крайната цел по време на трудовия процес се осъществява чрез едновременно съобразяване на отделните дейности с особеностите на функциониране на човешкия организъм и с трудностите на работната среда. Понякога съобразяването с трудностите (вид материали, неподходящи инструменти или организация на труда) може да доведе до проблеми както по отношение на работата (грешки, закъснения), така и по отношение на здравето (умора, преумора, инциденти и др.). Възможностите на човек (физически, умствени и психически) имат своя предел. Например в резултат на правостоящата работна поза дълго време и на по-големи натоварвания при някои медицински дейности прешлените на гръбначния стълб могат да се разместят или сплескват; възможностите за нощна работа са ограничени във връзка с биологичния ритъм на човека и др.

Това показва, че при работа на медицинските работници при неадекватни условия, неотговарящи на ергономичните изисквания, техните физически, умствени и психически възможности са по-малко ефективни при изпълняването и решаването на различните задачи.

В ежедневието една дейност се смята за ефективна, ако от извършването и има някакъв резултат и полза. В областта на медицината е прието под ефективност да се разбира „степената на изпълнение на поставени задачи в сферата на обслужване на населението с медицински грижи с оглед на факторите качество, адекватност и производителност”.

За да бъде ефективна работата на медицинския работник от голямо значение е така наречената предварителна настройка, която е субективна и е в резултат на мисловното въз-

произвеждане на условията на труд, които като цяло представляват ергономичния комплекс „човек-условия на труд-социално-биологични фактори“. При напълно оптимизиране на всички условия на труда и работното място (микроклимат, работна поза, работна мебел, работен ритъм и работни движения), предварителната настройка е положителна, а при наличие на неадекватни дразнители (недостатъчно осветление, прегряващ микроклимат, лош психоклимат и др.) е отрицателна. Отрицателната настройка води до влошено настроение и нежелание за работа, което рефлектира върху качеството на изпълняваните дейности.

Строго регламентираното, обвързано с графици и нормативи работно време на медицинския работник също влияе на ефективността работа. Колкото по-малък е интервала от време за извършване на дадена медицинска манипулация или обгрижване на пациента, толкова изпълнението на това действие е свързано с по-голямо напрежение на нервната система. По тази причина организацията на труда на медицинските работници е неразделна част от профилактиката, отстраняване на пренапрежението върху сърдечно-съдовата, централната и вегетативната нервна система.

В системата на здравеопазването не винаги голямото количество вложен труд от медицинския работник и големите парични разходи водят до положителен здравен ефект. Например неблагоприятният изход от скъпоструващото, свързано с голяма отговорност, психо-сензорно и нервно напрежение химиотерапевтично или хирургично лечение на злокачествените заболявания. В други случаи, както е при лечение на остри инфекции на горните дихателни пътища с изразходване на малко парични средства се постига голям ефект от лечението.

Ефективността е тясно свързана с качеството на работа на медицинския работник в доболничната и болничната помощ. От високото качествено и ефективно изпълнение на медицинските дейности, с цел опазване и възстановяване на общественото, груповото и индивидуалното здраве и осигуряване на активно дълголетие са заинтересувани три страни: пациентът като консуматор на здравни грижи, медицинските работници и ръководителите на лечебните заведения.

Подобреното здравно състояние на индивида и обслужваното население е доказателство за качествена работа от страна на меди-

цинските работници, а ненавременното откритите заболявания, рецидиви и усложнения, които водят до повишена заболяемост с временна нетрудоспособност, инвалидизация и преждевременна смърт говорят за не добре свършена работа.

За оценка на ефективността и качеството на медицинската помощ се използват два методични подхода: структурен и резултативен.

При структурния подход се извършва съпоставка на използваните ресурси, като работна сила, финансови и материални средства с регламентираните норми и стандарти. Той се прилага почти ежедневно в практиката на здравните заведения. От теоретична гледна точка този подход е по-слаб за оценка на ефективността и качеството на медицинския труд. Не винаги добрата структура и осигурените здравни ресурси са гаранция за здравни резултати с благоприятен изход.

Структурният подход се използва също и за индивидуална оценка на дейността на медицинския персонал по отношение рационалното използване на работното време, престоята, съществуващото разделение и съвместяване на труда с други дейности. Ефективността на труда на всеки здравен работник се определя с количествени показатели за броя на манипулациите, извършените прегледи, изразходването на медикаменти и превъзрочни материали, използването на апаратура и др.

Резултативният подход се използва за определяне на три вида ефективност: медицинска, социална и икономическа.

Здравният ефект, постигнат в резултат на медицинските грижи и лечебните процедури при пациентите представлява медицинската ефективност.

През последните години здравните потребности на населението непрекъснато растат. Степента на удовлетворяване на тези потребности показва социалната ефективност, а равнището на задоволяване им се обуславя от здравното състояние на нацията. Водещо значение за оценка на общественото здраве в даден регион от страната имат три групи показатели, определящи се с термина „позитивно здраве“: демографските показатели, показателите на заболяемостта и показателите на физическото развитие.

Икономическата ефективност се определя в рамките на даденото здравно заведение, като се прави съпоставка между направените разходи за медицински обслужване и

количеството на произведена продукция от спестените работни дни поради намалената заболяемост с временна нетрудоспособност [7].

Мнението на повечето автори е, че по-важно и по-правилно е да се определя медицинската ефективност на здравните работници, тъй като тя е част и е пряко свързана с качеството на медицинската помощ.

Целите, политиките, приоритетите за ефективна и качествена работа на медицинския труд с цел подобряване на здравето на населението са посочени в Националната здравна стратегия 2014-2020 година [2]. Именно една от целите в стратегията е ефективност и ефикасност – реализиране на програми и мерки след анализ на потребностите. Тази цел е тясно свързана с оптимизиране на ергономичната система и осигуряване на ергономични условия на труд на работното място на медицинския работник, отговарящи на нормативните изисквания. Недооценяването им води както до непълноценно изпълнение на задачите, така и до здравословни проблеми при здравните работници.

Оптимизирането на ергономичната система се осъществява в две насоки. Първата насока е автоматизация и компютризация на отделните сектори на медицинския труд, а втората - автоматично преработване на най-съвременната медицинска информация постъпваща в съзнанието на медицинския работник. Във връзка с втората насока е и една от задачите на ергономията да осигурява оптимален начин за усвояване на вече съществуващия опит за по-бързо повишаване на професионалната квалификация. За задоволяване на умствените потребности на медицинския работник е необходимо също създаване на оптимален комфорт, морална и материална мотивация. При проектирането на трудовите процеси за избягване на хипокинезията и намаленото удовлетворение от трудовата дейност да се използват повече умствени и манипулационни компоненти, като се има предвид качествата, трудовия опит, квалификацията и др. На медицинския работник.

В заключение трябва да кажем, че внедряването на ергономичните принципи и ергономичното оптимизиране на трудовата среда на медицинския работник са фактори, от които зависи както здравето и работоспособността на работещите, така и ефективността и качеството на тяхната дейност, водеща до социални и икономически резултати.

Понастоящем материално-техническият и кадрови ресурс на здравните заведения, повечето, от които са частни, дава възможност за безпроблемно решаване на болшинството задачи свързани с повишаване равнището на организацията на труда и удовлетворяване на ергономичните изисквания в отделни им звена, което обуславя и високото ниво на работа на медицинския персонал.

Литература

1. Измеров Н. Ф., Э.Ф. Шардакова, В.В. Матюхин. 2006. Производственная эргономика в рамках проблем медицины труда. *Бюлетин Научного совета „Медико-экологические проблемы работающих“*, № 2, с. 14-18.
2. Национална здравна стратегия (2014-2020).
3. Платиканова, М. 2006. Хигиенна характеристика на професионалните вредности в заведенията за здравно обслужване. Профилактика на най-честите професионални заболявания. *Хигиена на заведенията за здравно обслужване*, с.145-150.
4. Цветков, Д. 2014. Болнична хигиена. Условия на труд на лекаря. *Трудова медицина. Хигиена на труда, професионални болести*, том 2, с.178-180.
5. Цоневски, Д. 1997. *Организация и ергономия на медицинския труд*, с.123.
6. European Agency for Safety and Health Administration (EU-OSHA), Musculoskeletal disorders. <http://www.osha.europa.eu/bg/topics/msds/FAQs>
7. Friesdorf, W. and I. Marsolek. 2009. MedicoErgonomics—a human factors engineering approach for the healthcare sector. *Industrial Engineering and Ergonomics*, pp. 165-176.
8. Lisbon Strategy 2000. [http://www.consilium.europa.eu/ueDocs.cms/Data/dosc.pressData/en/ec/00100-r1.en0.htm](http://www.consilium.europa.eu/ueDocs.cms>Data/dosc.pressData/en/ec/00100-r1.en0.htm)
9. Salvendy, G. 2011. Human Factors and Ergonomics in Health Care. *Handbook of human factors and ergonomics in health care and patient safety*, pp.112- 116.

гл. ас. д-р Магдалена Платиканова, дм
Медицински Факултет -Тракийски Университет,
Катедра „Хигиена, епидемиология и инфекциозни болести“
гр. Стара Загора, ул. „ Армейска” №11
e-mail: mplatikanova@abv.bg



МНЕНИЕ НА СТУДЕНТИТЕ ОТ ПРОФЕСИОНАЛНО НАПРАВЛЕНИЕ
„ЗДРАВНИ ГРИЖИ“ ЗА ОБУЧЕНИЕТО ПО ДИСЦИПЛИНАТА
„ХИГИЕНА И МЕДИЦИНСКА ЕКОЛОГИЯ“

Магдалена Платиканова

OPINION OF HEALTHCARE STUDENTS CONCERNING
THE SUBJECT "HYGIENE AND MEDICAL ECOLOGY"

Magdalena Platikanova

ABSTRACT: The efficiency of "Hygiene and medical ecology" study process has significant importance. The aim is to show the opinion of the students from different specialties (Healthcare, Doctor assistants, Obstetricians, Nurses) about their education and the ability to apply all the knowledge in their future jobs. This study is fully anonymous. The analysed results show great devotion and interest in the discipline, satisfaction from the educational process, willingness for realisation and ability to react properly in risky ecological situations. This knowledge will assist future medical specialists in hygiene - prophylactical approach and way on thinking.

Keywords: healthcare, hygiene, ecology

Въведение

Хигиената е съвременна комплексна медицинска наука, която е основен дял на първичната здравна профилактика и изучава взаимодействието в системата „човек - животна среда“, с цел опазване и подобряване на здравето на човека. Задълбоченото изучаване на влиянието на факторите и условията на жизнената среда върху човешкото здраве е възможно само с активното сътрудничество и интеграция на хигиената с медицинската екология (екология на човека). За разлика от хигиената медицинската екология е сравнително по нова наука, която изучава взаимоотношенията на живото същество с околната среда. Независимо, че при хигиенната наука се акцентира предимно на въздействието на жизнената среда върху човека, а при екологията на човека – предимно на антропогенното влияние на човека върху околната среда, тези две науки имат обща цел, предмет, обект на изследване и методи, което обуславя обединяването им в общ предмет за изучаване от студентите от професионално направление „Здравни грижи“.

Основна цел в преподаването на дисциплината „Хигиена и медицинска екология“ е формирането у студентите по „Здравни грижи“ на профилактична насоченост в дейността им при завършване на образованието и

започване на работа. Съвременните познания на студентите в областта на организацията, задачите и дейността на Регионалните здравни инспекции (РЗИ) и органите за екологична защита, промоцията и профилактичните мероприятия при екологично рискови ситуации в страната са необходими за решаване на редица хигиенно-профилактични и хигиенно-екологични проблеми. Професионалната компетентност на студентите получена по време на обучението ще позволи в бъдеще да упражняват професията си и да осъществяват промотивни и профилактични здравни грижи, определени от съответните нормативни документи [4]. Приоритетите в областта на здравето и здравните грижи в Република България са съобразени с европейската политика в тази област [5].

Цел на настоящата работа е да се проучи мнението на студентите по „Здравни грижи“ относно обучението им по дисциплината „Хигиена и медицинска екология“ и възможността за приложение на получените знания в тяхната бъдеща дейност.

Материал и методи

Обект на изследването са 60 студенти от Медицински факултет при Тракийски университет, град Стара Загора: 10 - от специалност „Лекарски асистент“, 20 – от специал-

ност „Акушерка и 30 – от специалност „Медицинска сестра”. Използван е метода на пряка анонимна анкета. Получените резултати са обработени със статистически методи: групиране на данни и алтернативен анализ, с помощта на MS Office Excel 2003.

Резултати и обсъждане

Обучението по „Хигиена и медицинска екология” в Медицински факултет, гр. Стара Загора се провежда в секция „Хигиена и екология” към Катедра „Хигиена, епидемиология и инфекциозни болести”. То е теоретично и практическо с определен хорариум. Теоретичната подготовка е основа за прилагане на придобитите знания в конкретната работна обстановка [6]. Неразделна част от теоретичната подготовка е практическата, която предизвиква повишаване на познавателния интерес на студентите към дисциплината. Практическото обучение осигурява планомерно и постепенно усвояване на знания, умения и компетенции от студентите. Формиращите се по време на обучението специфичните за професията компетенции в младите специалисти, гарантират професионалната им иден-

тичност, роля и място в здравеопазването [1]. Организацията на практическото обучение следва утвърдената логика на учебно-възпитателния процес във Висшето медицинско училище.

Лекционният курс по „Хигиена и медицинска екология” върви паралелно с практическото обучение. Основа на обучението е учебната програма, която включва тематичното съдържание, целите, дидактично-методичното и организационно структуриране на учебния процес. Учебните програми на специалност „медицинска сестра” и „акушерка” отговарят на Директива 2005/36/ЕО относно признаването на професионални квалификации (в сила от 20.10.2007г) и съответстват на Директива 55 от 2013 г. на Европейския съюз (ЕС) [2], [3]. Специалността „Лекарски асистент” е нова и е в процес на акредитация.

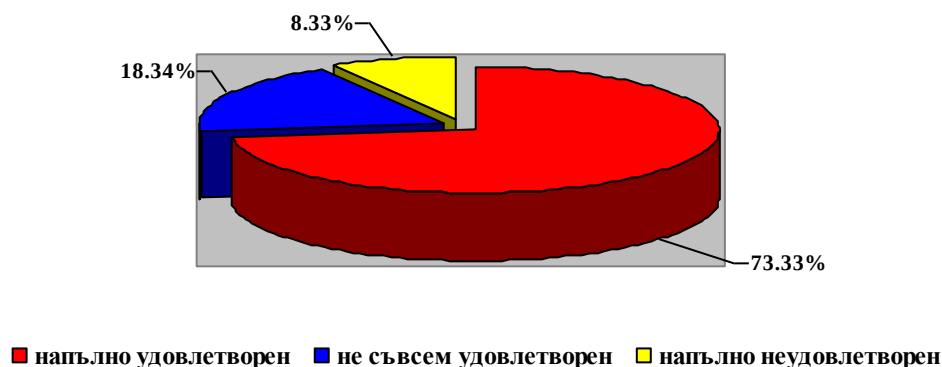
Хорариумът на часовете за теоретично и практическо обучение по „Хигиена и медицинска екология” и разпределението им по семестри е съобразено с етапа на обучение и равнището на усвоените професионални компетенции (табл.1).

Таблица 1. Разпределение на часовете по „Хигиена и медицинска екология” по специалности [7]

Специалност	Медицинска сестра	Акушерка	Лекарски асистент
Теоретично обучение (лекции)	24	12	60
Практическо обучение (упражнения)	6	3	30

Анкетираните студенти са на възраст от 18 до 20 години. Проучването показва, че получаването на висше образование е добра алтернатива за развитие и реализация на младите хора, предвид социално-икономическите условия у нас, демографските процеси и младежката безработица. Именно това обяснява факта, че всички анкетирани не са работили, а направо от училище продължават своето образование. Трябва да се отбележи и желанието на всички студенти да продължат да придобиват нови знания и да овладяват необходимите за дадена професия компетенции. Разпределението по пол е 4 мъже и 56 жени, което е свързано с феминизацията на професията акушерка и медицинска сестра.

Анализирайки получените данни се установи, че за повече от половината от анкетираниите студенти (55 %) дисциплината е интересна и надгражда техните знания получени в училище. Мнението им за разпределението на часовете от учебната програма за теоретично и практическо обучение показва, че относителният дял на студентите отговорили „напълно удовлетворен” е голям (73,33%). Сравнително по-малък е относителният дял на студентите отговорили „не съвсем удовлетворен” и „напълно неудовлетворен”, съответно 18,34% и 8,33 процента (фигура1).

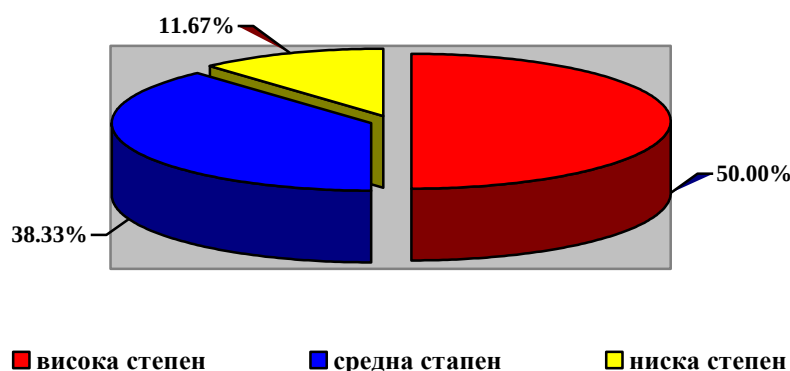


Фиг. 1. Удовлетвореност на студентите от разпределението на часовете за теоретично и практическо обучение по „Хигиена и медицинска екология“.

Препоръките на студентите по отношение на хорариума е да се увеличат часовете за практическо обучение, за да може да се обезпечи формирането, тренирането и усъвършенстването на компонентите на професионалните им компетенции като медицински специалисти в областта на хигиенната наука чрез осигуряване на възможност за активна и

системна самостоятелна работа. Това ще стимулира творческото мислене, познавателната активност и професионалния им интерес.

На фигура 2 е посочено мнението на студентите по отношение на ефективността на обучението по „Хигиена и медицинска екология“



Фиг. 2. Ефективност на обучението по „Хигиена и медицинска екология“ според студентите

Относителният дял на студентите, които смятат, че обучението им по „Хигиена и екология“ е високоефективно е 50%, докато 38,33% го определят като средноефективно, а 11,67% - като нискоефективно (фигура 2). Мнението си за ниска и средна степен на ефективност на обучение, студентите обясняват с малкия брой теренни практически упражнения, свързани с попадане в реална обстановка и решаване на конкретни задачи на място, което ще бъде от полза за бъдещата им дейност. Именно по този начин е възможно

най-добре задълбочено осмисляне на теоретичните знания на студентите и формиране на способност за откриване на връзката между медицинската теория и практика. Осмислянето на значението на добре овладените теоретични знания в хигиенната наука за решаването на конкретни професионални хигиенно - екологични проблеми е свързано с осъзнаване от страна на студентите на необходимостта от обогатяване на медицинските познания по дисциплината. Това води до переспективен професионален стил на мислене и преодоля-

ване на трудностите при професионална адаптация в бъдеще, например заемане на нова позиция или нова роля в областта на хигиената и екологична практика. Днес здравните специалисти могат да продължат своето обучение, да участват в научни изследвания и придобият образователна научна степен „доктор”.

Около 18% смятат, че добре усвоения лекционен материал по преподаваната учебна дисциплина ще ги подготви за изпълнение на основните задачи в ежедневната им дейност: за оптимизиране на условията на жизнената и работната среда, предпазване от социално значимите и от професионалните заболявания, подобряване здравето и работоспособността на населението. Студентите от специалност „Лекарски асистент” проявяват най-голям интерес към практическото обучение (100%). Това е свързано с тяхната бъдеща реализация като медицински специалисти в заведенията за социални грижи, в социалните домове, като помощници на общопрактикуващия лекар и други. Интерес представлява и мнението на студентите за реализация в чужбина в област свързана с хигиената, екологията и профилактиката. Профилактичните дисциплини са широки застъпени в страните членки на Европейския съюз. Развитието на хигиенната наука е във връзка със състоянието и прогнозата на редица остри и хронични заболявания, рисковите фактори за ускореното стареене и развитието на социално значимите болести. Стриктното спазване на хигиенните нормативи при отделните фактори (вредности) гарантира постоянен контрол за здравното състояние на личността. Това са и причините за желанието на 66,67% от респондентите да очакват добра реализация в чужбина. В анкетата посочват и мотивация си за този отговор, като по-големите възможности в чужбина за откриване и отстраняване на причините и условията за възникването и развитието на болестите и възможност за внедряване на ефективни мероприятия за повишаване на устойчивостта на организма към вредното въздействие на факторите на жизнената среда.

Интерес за изследването представлява тенденцията наблюдавана през последните години, че по-голяма част от студентите от анкетиранияте специалности са от различни населени места от страната. Само 13 студенти са от района на Стара Загора, а останалите са основно от Североизточна и Южна България

(района на Кърджали). Това са райони с важни екологичните и хигиенни проблеми. Този факт обяснява и желанието на 26,67% от анкетиранияте студенти да получат необходимите знания по дисциплината за реализация по родните места, като осъществяват дейности свързани с промоция и профилактика на болести при екологично рискови ситуации. Само 6,67% от студентите имат по-големи очаквания – да участват в Европейски проекти и програми, свързани с околната среда и екологията, с цел подобряване качеството на живот на хората и намаляване броя на социално значимите заболяванията и заболяванията свързани с вредните фактори на околната среда.

От настоящото проучване могат да се формулират следните изводи:

1. Дисциплината „Хигиена и медицинска екология“ е интересна за изучаване за повече от половината от анкетиранияте студенти.

2. Половината от респондентите определят обучението като високоефективно, водещо до формиране на професионалните им компетенции.

3. Хорариумът на часовете за теоретично обучение удовлетворява студентите от професионално направление „Здравни грижи“, но предвид бъдещата им дейност според тях е необходимо увеличаване на часовете за практическо обучение.

4. Най-голям е относителният дял на изследваните, които очакват на базата на придобитите знания и умения по дисциплината добра реализация в чужбина. По-малък е процентът на желаещите за работа в родните места.

Заклучение

Формираното на профилактично мислене придобито на база на знанията по профилактичната дисциплина „Хигиена и медицинска екология“ ще позволи на бъдещите медицински специалисти правилно да преценяват влиянието на средата (битова, производствена и др.) върху здравето на човека, да създават подходящи условия за здравословен начин на живот и труд с цел подобряване на здравето и работоспособността

на населението и да предлагат научно обосновани с практическа насоченост мероприятия за оптимизиране на системата на „човек - жизнена среда“. Не всеки медицински работник е необходимо да бъде специалист по хи-

гиена и екология, но е длъжен да изгради у себе си хигиенно-профилактичен подход на мислене и да прилага в работата хигиенните си знания.

Литература

1. Андонова, А. 2013. *Обучението на медицинските сестри. Роля на мотивацията*. Стара Загора, с.31.
2. Директива 2005/36/ЕО относно признаването на професионални квалификации (в сила от 20.10.2007г). *Официален вестник на Европейския съюз*, 07.09.2005г., с. 22.
3. Директива 2013/55/ЕО от 2013 г. на ЕС относно признаването на професионални квалификации (в сила от 20.11.2013). *Официален вестник на Европейския съюз*, 28.12.2013г., с.132.
4. Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти. Обн. ДВ, бр.

46 от 03.юни, 2005г., посл. Изм. ДВ бр.101 от 28 декември 2010г.

5. Национална здравна стратегия (2014-2020).

6. Попов, Т. 2006 Студентът като субект на обучението, София, изд.ИИК „Везни”.

7. Учебна програма по „Хигиена и екология” за студенти от специалност „Медицинска сестра”, „Акушерка” и „Лекарски асистент”, Тракийски университет, Медицински факултет. 2014. Стара Загора.

гл. ас. д-р Магдалена Платиканова, дм
Медицински Факултет -Тракийски Университет
Катедра „Хигиена, епидемиология и инфекциозни болести”
гр. Стара Загора, ул. „ Армейска” №11
e-mail: mplatikanova@abv.bg



ДОБРОВОЛНИЯТ АНГАЖИМЕНТ И СТУДЕНТИТЕ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „МЕДИЦИНСКА СЕСТРА”

Майя Атанасова

THE VOLUNTEER ENGAGEMENT AND THE NURSING STUDENTS

Mayya Atanasova

ABSTRACT: *As we are living in this high-risk world, where accidents are common and are just a normal part of the day, we'd like to discuss the meaning of the voluntariness in our life. Every day many people struggle to give our society its needed help because of the lack of manpower. This is a reason we need volunteers, who are ready to give help to those in need. In this research we'd like to show the place and benefits of voluntariness in the training of these, who chose the Bachelor of Science in Nursing Programme as their future profession, and also to display the need of volunteers in today's world.*

Keywords: voluntariness, Bachelor of Science in Nursing, needs, benefits, importance of manpower

Въведение

В основата на понятието „доброволност” стоят добрата воля за помощ и безкористното оказване на подкрепа на човек в нужда. В България доброволството възниква през XIX в., което създава и нуждата от професионални кадри, които да полагат медицински грижи на хората в беда. „Видни градски първенци и интелектуалци през 1879 г. създават в Пловдив известното благотворително дружество „Св. Панталеймон”. Основната му задача – освен организацията на болнична помощ, съгласно чл. 2 от неговия устав е да подготви и поддържа свой болничен състав и преди всичко сестри милосърдни и баби.” [3]

До момента в България доброволството няма ясен правен статут. Въпреки няколкото опита този въпрос да се уреди на национално ниво, проектите [4] така и не се превърнаха в закони. [5]

Доброволният ангажимент няма и единна дефиниция, валидна за целия Европейски съюз, а въпросът се разглежда според законодателството на съответната страна членка. [7] Въпреки това концептуално могат да се отличат следните характерни белези на доброволството:

- помощ;
- нужда от подкрепа и лечение;
- безкористност;
- грижа за някого в името на живота;

- дейност, предприета по собствено желание.

През последните години в България все повече се заговори за доброволството и нуждата му от регулация. Зачестилите бедствия показаха, че в обществото има желание за полагане на доброволен труд, но липсва подготовка. В свое изказване председателят на Българския червен кръст (БЧК) Христо Григоров споделя, че неподготвеността на някои от доброволците, самоорганизирали се при потушаването на пожара на Витоша през 2012 г., е застрашила не само техния живот, но и живота на професионалните спасители. [1]

Показателен факт за важноста на доброволния ангажимент е обявяването на 2011 година за Европейска година на доброволството. С приемането на България в Европейския съюз на 01.01.2007 г. на българските граждани и най-вече на младежите се даде възможност да участват в различни доброволчески инициативи и програми като EVS (European Voluntary Service - част от програмата „Младежда в действие” до 2014 г.), програма „Учене през целия живот” (Grundtvig), програма „Европа за гражданите” (Europe for Citizens Programme) и др. От 2014 година част от тях са обединени под шапката на програма „Еразъм Плюс”, финансирана и контролирана от Европейската комисия.

Цели

Целта на проучването, от една страна, е да се изследва мястото на доброволчеството в живота на студентите от специалност „Медицинска сестра“, а от друга, да се разгледа доброволният труд като допълнителен ресурс при участие в обществено значими каузи, кризисни ситуации, застрашаващи живота на хората, оказване на социална закрила и здравна защита без нарушаване на човешките права.

Задачи

Задачи на изследването са да се проучи литература по проблема, да се определят фокус групите и да се проведе анкетно проучване.

Методика

Анонимно анкетно проучване „Тези – дискусия „Доброволен ангажимент“ на института „Конрад Аденауер“ - Берлин с въпроси от затворен тип при която всички участници да са поставени в еднакви условия и без предварителна подготовка по темата. Във фокус групата влизат студенти от II и III курс на специалността „Медицинска сестра“, защото на този етап от обучението си те имат теоретични познания и практически умения на необходимото ниво.

Същност

Изследването е проведено в периода Януари – февруари 2015 г. сред 41 студенти:

- II курс – 24 души (мъже – 3, жени – 21)
- III курс – 17 жени

Изследването не разглежда резултатите на база полов принцип заради непредставителния брой респонденти от мъжки пол.

Възрастовите групи са както следва:

- 20 – 30 години – 35 души;
- 30 – 40 години – 6 души.

От направеното изследване 85 % от респондентите от III курс споделят, че доброволчеството не е приоритет само на богатите държави, но 53 % от колегите във II курс се колебаят на този въпрос. И двете групи студенти разглеждат доброволчеството като вид хоби – 80 % от III курс и 89 % от II курс.

За изследващия екип беше интересен отговорът на тезата „Доброволният ангажимент е

тясно свързан с традиции в семейството и обществото“. 80 % от студентите от III курс и 20 % от II курс потвърждават твърдението. Прави впечатление, че половината респонденти от II курс се колебаят. В някои западноевропейски държави като Германия понятията доброволнен и граждански ангажимент се конкурират и частично препокриват. [2]

Извличането на каквато и да е финансова полза е в пряко противоречие със същността на понятието „доброволен ангажимент“, но на тезата „Българите не осъществяват доброволен ангажимент, защото не получават финансова полза“ 80 % от III курс я одобряват, 15 % не одобряват и 5 % се колебаят, докато във II курс 25 % одобряват, 70 % не одобряват и 5 % се колебаят. Не е изненадващо, че студентите нямат единна гледна точка по въпроса, защото проблемът със заплащането на доброволния труд е силно дискуссионен. Тъй като доброволчеството се счита за даряване на време и усилия, доброволческите услуги трябва да бъдат извършвани без възнаграждение. Несъвместимостта на финансовото възнаграждение за извършваната дейност с доброволчеството не означава, че на доброволеца не могат да се възстановяват разходите, които възникват, докато полага доброволен труд (напр. пътни разходи, нощувки, храна). Разликата между възнаграждение и възстановяване на разходите е много тънка, което предизвиква и поляризацията при отговорите на студентите. [6]

Следващата дискуссионна теза е „Ползите на доброволния ангажимент за личността и обществото се проявяват далеч в бъдещето и затова той не е популярен в България“. 85 % от респондентите от второкурсниците отговарят отрицателно, докато 80 % от третокурсниците одобряват твърдението. Вероятно разликата в нагласите на студентите от двата курса се дължи на различния опит на обучаемите в доброволни инициативи.

Мнозинството студенти (85 %) от двата курса категорично заявяват, че доброволчеството трябва да се стимулира от държавата. Подобни резултати се забелязват и при тезата „Повечето от хората не полагат доброволен ангажимент, защото не знаят към кого да се обърнат“. 90 % от третокурсниците и 85 % от второкурсниците потвърждават твърдението. При предишно изследване респондентите също споделят, че неучастието е обвързано с липсата на организация и информация за участие в доброволна инициатива. Пробле-

мът със степента на намеса на държавата в доброволния труд не е характерен само за България.

Международните организации призовават страните да регулират и насърчават доброволството. Популярни мерки са създаването “благоприятна фискална, законодателна и друга рамка, включително за организации на местно ниво и нестопански организации, занимаващи се с доброволчество” (Резолуцията на Генералната Асамблея на ООН: 6/383). Това трябва да се случи чрез въвеждане на благоприятно законодателство, за да се насърчават и вдъхновяват гражданите да полагат доброволен труд, като това трябва да бъде въпрос на личен избор на индивида или организацията; улесняване на доброволството на служители. Други мерки са: данъчни стимули и субсидии за организации, както и покритие и защита против рискове, по подходящ за съответното общество начин; улесняване изграждането на партньорства около дейности на гражданското общество на доброволни начала, включително такива за съвместно планиране, изпълнение и мониторинг. [6]

Преобладаващата част от респондентите (80 %) определят, че доброволният ангажимент не е обвързан с възрастта. Той не е само за млади или само за възрастни, защото водещо при доброволството е готовността за помощ, подкрепа и грижа. Доброволството предлага възможности, особено за младежите и безработните, да развият или доусъвършенстват някои умения, да добият увереност и самочувствие, да бъдат обучени и подготвени да откликват на разнообразни възможности за трудова заетост. В допълнение, чрез доброволството възрастните хора могат да продължат да се ангажират и допринасят за общото благо и да чувстват, че уменията им все още се ценят. Това е важно за поддържането на тяхната жизненост и енергия, а същевременно допринася за поддържане на сътрудничеството и солидарността между поколенията. [6]

Заклучение

От дискусията „Доброволен ангажимент” и от отговорите на респондентите могат да бъдат направени следните изводи:

Студентите осъзнават значението на доброволния ангажимент в частта си, че това не е приоритет на богатите държави. Има аргументи, подкрепящи традициите в обществото, но се очертава линията, че държавата не сти-

мутира доброволството с леснодостъпна информация, както и с организация. Доброволният ангажимент не е и не бива да се обвързва с очаквания за материална изгода, но той е важен за личностното развитие и израстване. Поради своя характер той учи на всеотдайност, работа в екип и под напрежение. Доброволството създава условия за обмяна на опит и трупане на нови знания и умения, както и за създаване на контакти.

Литература

1. Григоров, Хр. 2012. Доброволците трябва да са обучени, за да бъдат полезни. Вестник „Животът днес”. Извлечено на 18.03.2015 от <http://jivotatdnes.bg/index.php?page=article&id=12771> [5]
2. Гомберт, Т. 2014. Христоматия по социална демокрация 6: Държава, гражданско общество и социална демокрация. Фондация Фридрих Еберт, Бюро България, София. Извлечено на 13.03.2015 <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/sofia/10915.pdf>
3. Кръстева, Н. 2006. Сестрински грижи – теории и концепции, Колеж по здравни грижи към Медицински университет – Пловдив, Пловдив
4. Народно събрание на Република България. Закон за доброволството (проект), 202-01-68 – 26.10.2012. Извлечено на 16.03.2015 г. от <http://parliament.bg/bills/41/202-01-68.pdf>
5. Проект на закон за доброволчество стигна втори път до парламентарните комисии. 12.12.2013. Извлечено на 16.03.2015 от <http://www.mediapool.bg/proekt-na-zakon-za-dobrovolchestvo-stigna-vtori-pat-do-parlamentarnite-komisii-news214620.html>
6. Хаджи-Мицева, К. 2005. Сравнителен анализ на европейските правни системи и практики по отношение на доброволството. Български център за нестопанско право (БЦНП) и Европейски център за нестопанско право (ЕЦНП). Извлечено на 15.03.2015 от: <http://www.bcnl.org/uploadfiles/documents/pravna%20oramka/ecnl20volunteers20paper20final20bg.pdf.pdf>
7. Ragonnaud, G. 2009. European Year of Volunteering - 2011, Library Briefing No 046/2009, Library of EP. Извлечено на 18.03.2015 от: http://www.europarl.europa.eu/document/activities/cont/200911/20091103ATT63541/20091103ATT63541_EN.pdf

Майя Атанасова
Университет „Проф. д-р Асен Златаров” Бургас
Катедра „Здравни грижи” - ФОЗЗГ
e-mail: mayya_atanasova@abv.bg



ВЛИЯНИЕ НА РОЛЕВИЯ КОНФЛИКТ И НЕЯСНОТАТА ВЪРХУ ТЕКУЧЕСТВОТО НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ

Мариана Димитрова, Соня Тончева

INFLUENCE OF ROLE CONFLICT AND AMBIGUITY ON TURNOVER OF NURSES

Mariana Dimitrova, Sonya Toncheva

ABSTRACT: *The alarming trends in turnover nurses still challenges the health managers. This report aims to identify the impact of role conflict and the degree of uncertainty on the turnover of nurses. The subjects of the study are university and general hospitals for active treatment in the North-East. Anonymous sociological survey was held among nurses in intensive units of hospitals. Some of the problems and trends in the professional life of nurses related to planning and organizing activities were identified. These problems increase the levels of uncertainty lead to role conflict, which determines the probability of frustration, a discouragement, a desire for change and turnover.*

Keywords: vagueness, ambiguity, role conflict, turnover of nurses

Въведение

Ролевият конфликт е феномен, който в съвременния свят е обект на изключителен интерес. Конфликтните ситуации са трудно предсказуеми и много често причините за възникването им са повече от една.

Конфликтът възниква на основата на противоречия и противоположни тенденции в една социална система. Повечето конфликти в дадена организация възникват от липсата на диалог и обратна връзка между различните нива в йерархията. [4]

Медицинските сестри се нуждаят от ясно поставени задачи с подходяща и адекватна подкрепа, за да могат да изпълняват своите задължения. Неясно поставените цели и задачи в ежедневието на медицинските сестри е проблем пряко свързан с мениджмънта и организацията на работа. Това е предпоставка за демотивация и понижаване на професионалната удовлетвореност и текучество. [3], [6]

Високите нива на двусмислие, неяснота и конфликт водят до неудовлетвореност от работата и желание за промяна на работното място. [7] Според някои проучвания ролевата неяснота оказва по-силни психологични въздействия, отколкото ролевия конфликт, а при други е обратно. [5] Ниските до умерени нива на неяснота повишават нивата на удовлетвореност от работата и намаляват нивата на

стрес и депресия. [11] От друга страна, с повишаване степента на неяснота и конфликт се увеличава стресът и желанието за промяна на работното място. [8]

Често възникващите тежки натоварвания и неспособността да се делегират правомощия за изпълнението на задачите повишават неудовлетвореността и текучеството. [9] Делегирането на права при медицинските сестри, съответстващи на тяхната работа, желания и нужди намалява нагласите им за промяна на работното място. [10] Неяснотата може да доведе до различни нежелателни явления – стрес, конфликт, демотивация, ниска ефективност, с което да се затрудни и забави процеса на успешна професионална адаптация на работното място. [1], [2]

Цел: Основната цел на настоящата разработка е да се изследва влиянието на ролевия конфликт и степента на неяснота върху текучеството на медицинските сестри.

Материали и методи: Изследвани са общо 413 медицински сестри, работещи в клиники и отделения с висока интензивност на работа в университетски, многопрофилни и специализирани болници за активно лечение на Североизточна България. Анонимното анкетно проучване е проведено през месеците февруари - април 2014г. Статистическата обработка на данните е извършена със статис-

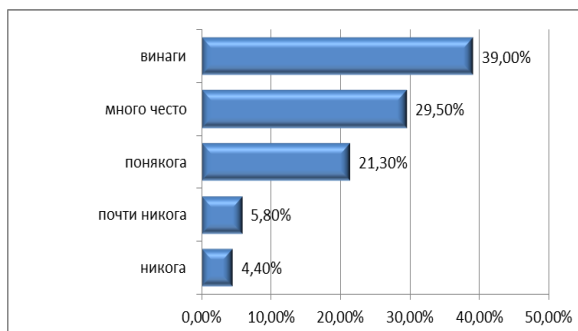
тическата програма SPSS v.17.0 и включва структурен, сравнителен и корелационен анализ.

Резултати и обсъждане

Причините за тежестта и в частност влиянието на ролевия конфликт бяха проучени сред медицинските сестри в интензивните сектори на лечебни заведения от пет града в Североизточен регион. Най-висок е относителният дял на изследваните медицински сестри в МБАЛ - 74,10%, а почти една четвърт от общата извадка са изследваните лица, работещи в УМБАЛ - 23,20%. Най-малък е дялът на изследваните лица 2,70%, в Специализираната болница насочена в лечението на белодробни заболявания. Изследвани са общо 11 вида отделения и клиники, характеризирани се с интензивност на работния процес. Разпределението на анкетираните по възрастови характеристика показва, че средната възраст на изследваните медицински сестри е $42,4 \text{ г.} \pm 10,5 \text{ г.}$

В условията на спешност от медицинските сестри се изисква да проявяват съобразителност и бързи реакции, да поемат отговорност при осъществяване на трудовия процес. За да изпълнят тези изисквания медицинските сестри се нуждаят от ясно регламентирани длъжностни задължения, които да се поставят с подходяща и адекватна подкрепа. Когато ръководителите определят ясни и реалистични цели, отговорности и задължения, подчинените изпълняват поставените задачи, без да се нуждаят от напътствие и помощ.

Резултати от изследването потвърждават необходимостта от точно и ясно формулиране на длъжностните задължения. (фиг. 1).



Фиг. 1. Яснота на формулираните отговорности

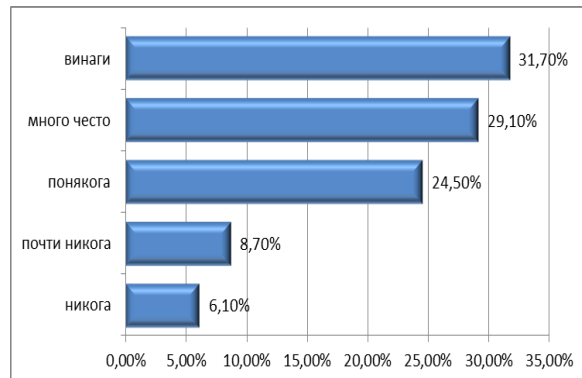
Анализът на резултатите сочи, че по-голяма част от анкетираните (68,50%) са на-

ясно с отговорностите и задълженията, които много често и винаги са точно и ясно формулирани. Трудовият процес в изследваните сектори е свързан с изключителна динамика, поради което внимание заслужават отговорите на останалите участници. Отговорностите са ясно формулирани понякога според 21,30% от изследваните лица и почти никога и никога за (10,20%).

Неяснотата по отношение на отговорностите поражда несигурност при изпълнение на задачите, повишава напрежението, стреса и води до неудовлетвореност и желание за промяна.

Липсата на яснота по отношение на задачите и работата, която трябва да бъде извършена затрудняват прецизността и качествено изпълнение на сестринските грижи, особено в сектори с висока интензивност на работа. Причините за това могат да бъдат липса на необходимата информация, неефективна комуникация или получаване на противоречиви нареждания.

Данните сочат, че не винаги планираните от ръководството цели и задачи се обсъждат и довеждат до знанието на подчинените. Това създава неяснота по отношение на тяхното изпълнение (фиг. 2).



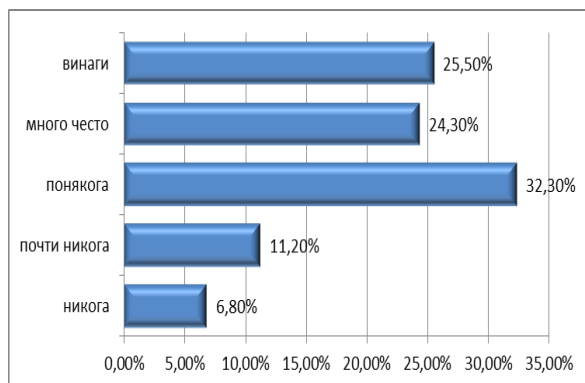
Фиг. 2. Информираност относно планираните цели и задачи

Понякога получават информация 24,50%, като не малък е дялът на тези, които „никога“ и „почти никога“ не са запознати с идеите на ръководството (14,80%). Малко повече от половината твърдят, че са наясно с планираните от ръководството цели и задачи и имат поглед върху бъдещото развитие на организацията (60,80%).

Добрата информираност на персонала води до повишаване на доверието в ръководството, подобряване на микроклимата в орга-

низацията, а това неминуемо се отразява и на качеството на здравните грижи и удовлетвореността на служителите. Прозрачното и откритото общуване с подчинените дава по-голяма яснота за изпълнение на задачите, мотивира, намалява нивото на напрежение и съпротива.

Резултатите от анкетата показват незадоволителна информираност на персонала за предстоящите промени (фиг. 3).



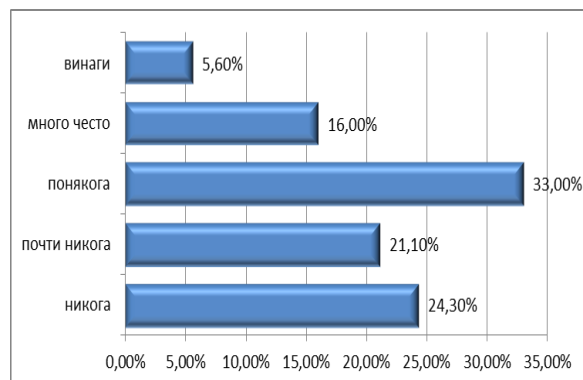
Фиг. 3. Информираност относно предстоящите промени

Въпреки, че почти половината (49,80) от анкетираните „много често“ и „винаги“ получават информация за предстоящите промени, преобладава относителният дял на тези, които само „понякога“ (32,30%), „почти никога“ (11,20%) или „никога“ (6,80%) не са запознати с идеите на ръководството.

Конфликт на интереси, възниква и тогава, когато човек получава различна информация при изпълнението на една и съща задача в рамките на една и съща роля.

Честотата на възникване на ролеви конфликти нараства и поради недостатъчното дискутиране на поставяните задачи, както и поставянето на спешни и непланирани задачи, конкуриращи се с други рутинни задачи или реализиращи се в условията на дефицит на време.

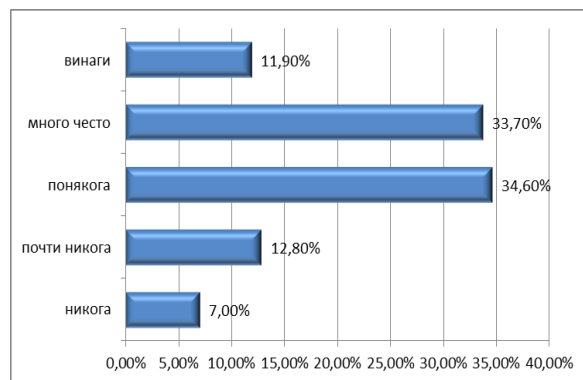
Сравнително голяма част от изследваните лица 21,60%, заявяват, че задачите за тях „много често“ и „винаги“ са неясни и противоречиви. Не малък е дялът и на тези, които понякога получават неясни и противоречиви нареждания 33,00% (фиг. 4).



Фиг. 4. Противоречиви и неясни задачи

Дори и само понякога противоречивите и неясни нареждания в условия на спешност могат да предизвикат напрежение и затруднение при изпълнението на грижите, което да ескалира в конфликт. В тази връзка трябва да отбележим, че по-малко от половината анкетираните медицински сестри (45,40%), „никога“ и „почти никога“ не са получавали неясни и противоречиви задачи.

Въпреки, че от здравните специалисти се изисква прецизно координиране на задачите и действията, голяма част от тях, получават едновременно задачи от двама и повече ръководители „много често“ и „винаги“ (45,60%). (фиг. 5).

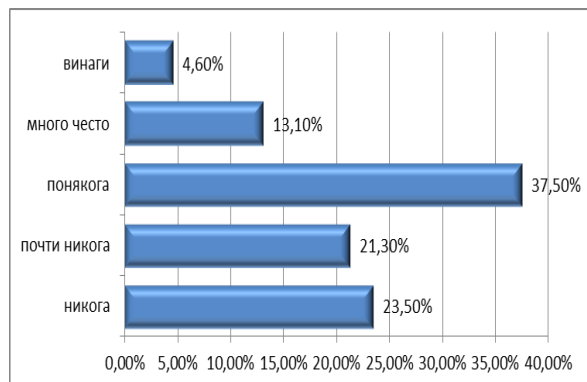


Фиг. 5. Получаване на задачи едновременно от две и повече лица

Съвсем малък е относителният дял на тези, които никога не са получавали едновременно нареждания от няколко лица (7,00%). Тези резултати красноречиво показват наличие на несъгласуваност в действията на ръководителите. Най-често тези задачи могат да бъдат поставени от прекия ръководител – началник отделение, старша медицинска сестра, ръководител на екип, но не е изключено да са пос-

тавени и от по-високо ниво – директор или заместник-директор на болница.

Сестринската професия изисква голямо натоварване и в същото време поемане на отговорност за качествено изпълнение на грижите и опазване здравето на пациента. Нарушението на правилата крие риск за здравето на пациентите. В този смисъл интерес за нас представлява в каква степен медицинските сестри са принудени да нарушават правилата, за да могат да изпълнят всички поставени задачи. (фиг. 6).



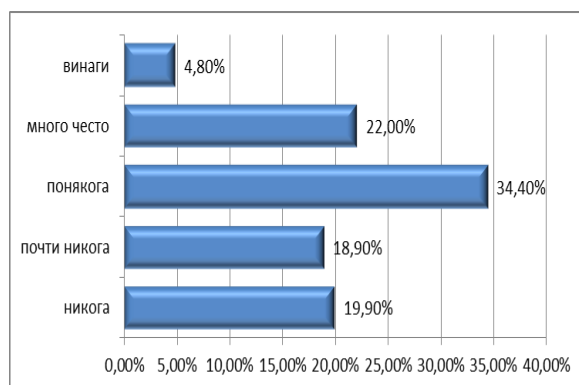
Фиг. 6. Нарушение на правилата като условие за изпълнение на задачите

Приблизително половината от анкетираните (44,80%) „никога“ и „почти никога“ не са допускали нарушение на правилата за сметка на изпълнението на задачите. Специално внимание заслужава факта, че правилата се нарушават понякога за да бъдат изпълнени задачите при 37,50%, а „много често“ и „винаги“ за 17,70% от анкетираните медицински сестри.

Професионалистите по здравни грижи са поставени в работна среда, която изисква от една страна по-качествени резултати, а от друга по-ниски разходи, което е и основната причина за недостатъчната осигуреност с материали и консумативи. В резултат на това, често обемът и интензивността на работата нарастват. Когато е налице ограничение във времето и неяснота по отношение на приоритетното изпълнение на задачите, в комбинация с недостатъчната осигуреност с материали и консумативи, се поражда вътрешно напрежение, съпротива и негодувание, водещи до конфликт.

Резултатите от анкетното проучване, във връзка с материално-техническата осигуреност на изследваните лечебни заведения, ни дава основание да смятаме, че не винаги и във

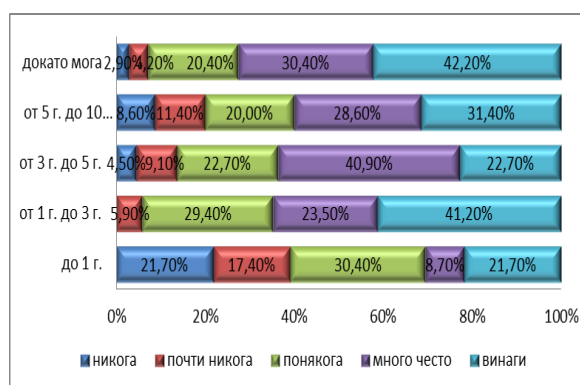
всички сектори материалните ресурси са достатъчни (фиг. 7).



Фиг. 7. Ограниченост на ресурси и материали при изпълнение на задачите

На една четвърт от сестрите много често и винаги се налага да работят с ограничени количества материали и консумативи (26,80%). Осигуреността с консумативи и материали не представлява проблем за 38,80% от изследваните лица.

Резултатите от сравнителния анализ, показват, че има съществена разлика в желанието за промяна на работното място ($p < 0,01$). Сестрите, които възнамеряват да напуснат работното си място до една година съобщават, че дължностни задължения не са ясно формулирани (39,10 %). Същевременно сестрите, които биха работили докато могат в лечебното заведение (72,60%) посочват, че отговорностите им са точно и ясно формулирани (фиг. 8).

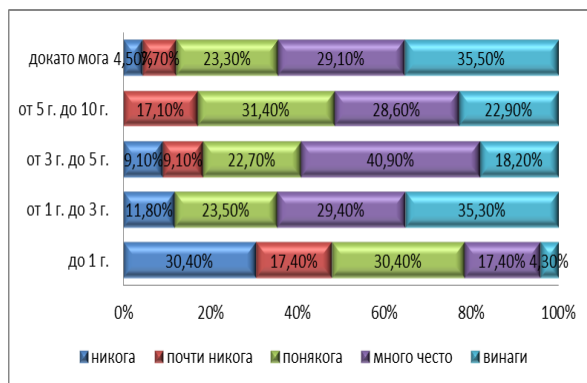


Фиг. 8. Желание за промяна и ясно формулиране на отговорностите

Липсата на ясно формулирани отговорности за предоставяне на безопасни и ефикасни здравни грижи провокира чувството за про-

фесионална неудовлетвореност. Това допълнително мотивира работещите да напускат системата и да търсят работни места с ясни правила за работа и сигурност.

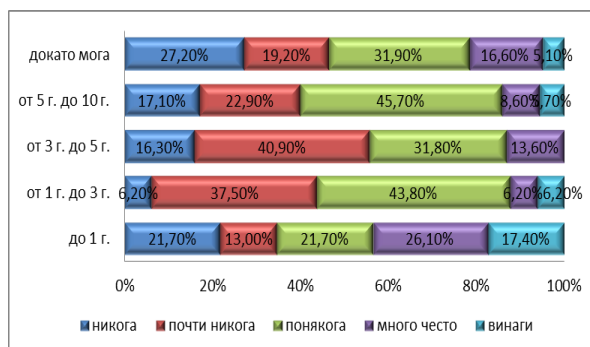
Сравнителният анализ показва, че когато липсва нужната информация по отношение на планираните от ръководството цели и задачи се провокира желание за промяна (фиг. 9).



Фиг. 9. Намерение за напускане на работното място и яснотата на планираните от ръководството цели и задачи

Приблизително половината от сестрите, които биха напуснали до една година (47,80%) посочват, че планираните от ръководството цели и задачи са неясни. От друга страна, сестрите, които възнамеряват да останат по-дълго време на работа, изказват мнение, че целите и задачите са винаги ясни за тях ($p < 0,001$).

Желанието за промяна е провокирано и от поставянето на противоречиви задачи. (фиг. 10).



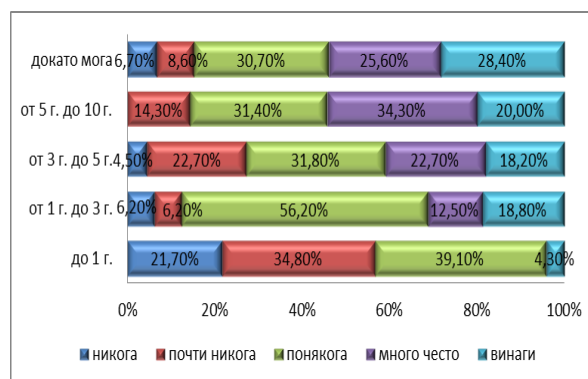
Фиг. 10. Връзка между напускане и противоречивост на задачите

Медицинските сестри, които искат да напуснат настоящото си работно място в рамките на една година (43,50 %) изказват мнение,

че задачите винаги или много често са неясни и противоречиви ($p < 0,05$).

Противоречивите нареждания създават несигурност при изпълнение на ежедневните дейности, което обяснява желанието за промяна на работното място.

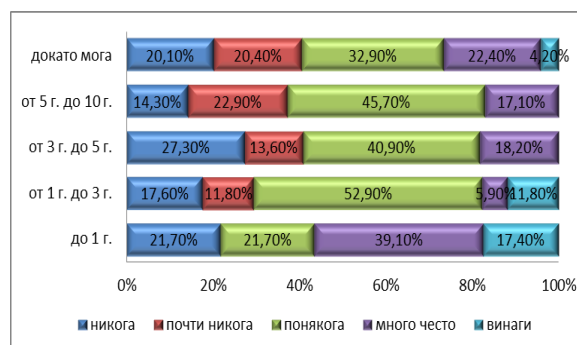
Малко над половината от сестрите, които имат намерение да напуснат до една година (56,50 %) посочват, че никога не са информирани за планираните промени (фиг. 11).



Фиг. 11. Връзка между напускане и информираност за предстоящите промени

За разлика от тях сестрите, които планират да работят повече от пет години, процента е в полза на тези, които винаги и много често са информирани за промените, които предстоят.

Един от най-важните мотивиращи фактори за избор на работното място е материално-техническата осигуреност. Прави впечатление, че там, където сестрите я оценяват като добра не проявяват желание за напускане на работното място (фиг. 12).



Фиг. 12. Влиянието ограничените ресурси и материали върху намерението за напускане

Приблизително 60 % от сестрите, които искат да напуснат до една година посочват, че много често или винаги работят без наличие-

то на необходимите материали и ресурси ($p < 0,001$)

Недостатъчната осигуреност с консумативи и материали, както и работата с амортизирана и остаряла апаратура възпрепятства изпълнението на професионалните задължения. От друга страна изправя професионалистите пред морална дилема – да работят по стандартите за добра здравна грижа, да направят компромис или да търсят други възможности за реализация.

Заклучение – изводи и препоръки:

Високите нива на двусмислие и неяснота водят до ролеви конфликт, неудовлетвореност от работата, демотивация и текучество. Посочените по-горе данни очевидно показват някои тревожни проблеми и тенденции в професионалното ежедневие на медицинските сестри в изследваните лечебни заведения.

Резултатите от сравнителния анализ показват, че 39,10 % от сестрите ще напуснат до една година, поради липса на точно и ясно формулирани длъжностни задължения.

Приблизително половината от анкетираните медицински сестри, които възнамеряват да напуснат работното си място до една година (47,80 %), не са запознати с планираните цели и задачи ($p < 0,001$).

Желанието за промяна е провокирано от поставянето на противоречиви и неясни задачи за 43,50 % от анкетираните, които искат да напуснат до една година ($p < 0,05$).

Малко над половината от сестрите, които имат намерение да напуснат до една година (56,50 %) посочват, че никога не са информирани за планираните промени, за разлика от сестрите, които планират да работят повече от 5 г.

Приблизително 60 % от сестрите, които искат да напуснат до една година посочват, че много често или почти винаги им се налага да работят без наличието на необходимите материали и ресурси ($p < 0,001$).

Тези данни са индикатор за наличието на проблеми в организацията и управлението на медицинските специалисти. Очертава се необходимост от синхронизиране на процесите и дейностите в организацията. Необходими са управленски промени, насочени към подобряване качеството на работата, което ще помогне в дългосрочен план за намаляването на текучеството.

Литература

1. Василев, С., 2010. Професионална удовлетвореност и текучество при младите лекари. - *Медицински мениджмънт и здравна политика*, , 1, 3-7.
2. Василев, С., 2011. Управленски проблеми на професионализацията на младите лекари career.mu-sofia.bg/автореферат
3. Василев, С., 2008, Младите лекари като приоритетен проблем на болничния мениджмънт, *Здравна политика и мениджмънт*, № 6, 80-82
4. Маринова, П. 1999. Направления в кариерата на медицинските сестри. *Списание Социална медицина*, 15, № 4, 4-16.
5. Павлова, П., М. Тодорова., 2008., „Професионален стрес и удовлетвореност от труда при специалисти по здравни грижи“, *Списание Здравни грижи*, № 3, 18-24.
6. Стоева, С 20014. Професионална кариера и реализация на медицинските сестри. *Списание Здравни грижи* № 1, 32-38
7. O'Brien-Pallas, L., Tomblin Murphy, G., Shamian, J., Li, X., Hayes, L.J., 2010. Impact and determinants of nurse turnover: a pan-Canadian study. *Journal of Nursing Management* 18 (8), 1073–1086.
8. Shenkar, Zeira, Joram "role conflict and role ambiguity CEOs in international joint ventures." *Journal of International Business Studies* (22 March 1992). Derived from a January 5, 2011
9. Tschannen, D., Kalisch, B.J., Lee, K.H., 2010. Missed nursing care: the impact on intention to leave and turnover. *Canadian Journal of Nursing Research* 42 (4), 22–39.
10. Takase, M., 2010. A concept analysis of turnover intention: implications for nursing management. *Collegian* 17 (1), 3–12.
11. Tarrant T, Sabe CE. "The role conflict, role ambiguity and job satisfaction in Nurse Executives." *Nursing Admin Quarterly* 2010 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20023564>.

Мариана Николова Димитрова
Медицински университет – Варна
Катедра „Здравни грижи“
ул. “Марин Дринов” 55, Варна 9002
e-mail: mariana.nikolova@bad.bg



**РАЗВИТИЕТО НА КОМПЕТЕНЦИИТЕ ЗА ИНТЕРКУЛТУРНО ОБЩУВАНЕ ПРИ
ОБУЧЕНИЕТО НА ГЕРИАТРИЧНИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ - ВАЖЕН ФАКТОР
ЗА КАЧЕСТВЕНИ КУЛТУРНО ЧУВСТВТЕЛНИ ГЕРИАТРИЧНИ ГРИЖИ**

Мария Димова, Христина Милчева

**THE DEVELOPMENT OF COMPETENCES FOR INTERCULTURAL COMMUNICATION
IN THE TRAINING OF GERIATRIC SPECIALISTS - AN IMPORTANT FACTOR FOR
QUALITATIVE CULTURALLY SENSITIVE GERIATRIC CARE**

Mariya Dimova, Hristina Milcheva

ABSTRACT: Bulgaria is a country with great cultural, ethnic and religious diversity. Traditional ethnic minorities in Bulgaria are composed of Turks, Roma, Armenians, Vlachs, Greeks, Tatars, Jews, etc., and recently joined by incoming various migrant groups. Many traditional ethnic and linguistic minorities, religious communities and various cultural identities in the country require a high level of tolerance and intercultural dialogue.

The purpose of this study was to analyze the teaching of geriatric specialists from Medical College of Trakia University, Stara Zagora, and whether it will contribute to the quality culturally sensitive care for the elderly people, according to the great ethnic, cultural and religious diversity in Bulgaria.

Materials and methods: documentary analysis; comparative analysis; surveillance

Conclusions:

1. The training of geriatric specialists at Medical College of Trakia University, Stara Zagora, is entirely consistent with the great ethnic, cultural and religious diversity in Bulgaria.

2. The acquired student competences for intercultural communication with older people of different ethnic, cultural and religious values contribute to the future development of quality culturally sensitive care for the elderly people in the country.

Keywords: Intercultural communication, geriatric specialists, training, culturally sensitive care, competence

Въведение

България е държава с голямо културно, етническо и религиозно многообразие. Традиционните етнически малцинства в България са съставени от турци, роми, арменци, власи, гърци, татари, евреи и др., а напоследък към тях се присъединяват и пристигащите различни групи мигранти. Множеството традиционни етнически и езикови малцинства, религиозни общности и разнообразни културни идентичности в страната изискват високо ниво на толерантност и интеркултурен диалог. [2]

„В настоящето националните характеристики са силно повлияни от етническите и другите социо-културни особености и това според нас е достатъчно основание да приемем, че в рамките на понятието „интеркултурна комуникация“ трябва да се включат и тези типове комуникация, които ги отчита.“

Според Янка Тоцева „в настоящето националните характеристики са силно повлияни от етническите и другите социо-културни особености и това ... е достатъчно основание да приемем, че в рамките на понятието „интеркултурна комуникация“ трябва да се включат и тези типове комуникация, които ги отчитат.

„При анализа на интерпретациите на понятието „интеркултурна компетентност“ Иван Иванов отбелязва, че „през последните 20 години е публикувана значителна литература относно интеркултурната компетентност. Тя е съсредоточена върху три аспекта:

(1). разбиране на собствената персонална идентичност като изделие на културно създадени условия;

(2). познаване на миогледа на културно различни клиенти;

(3). умения, необходими за работа с културно различни клиенти.“ [3]

Целта на настоящото изследване е да се извърши анализ на обучението на гериатричните специалисти от Медицински колеж на Тракийски университет, Стара Загора, и да се установи дали то допринася за осъществяване на качествени културно чувствителни грижи за възрастните и старите хора, съобразно голямото етническо, културно и религиозно разнообразие в България.

Материали и методи

- документален анализ;
- съпоставителен анализ;
- наблюдение

Обсъждане и резултати

От учебната 2014/2015 година, в Медицински колеж на Тракийски университет се обучават първите в страната гериатрични специалисти от специалността „Гериатрични грижи“.

Най-важните компетенции на гериатричните специалисти са основани на правилното общуване с възрастните и старите хора в процеса на грижите за тях, като приемат, че всеки един зависим от грижи човек трябва да живее според своите индивидуални ценности, културна и религиозна принадлежност и нужди.

В Квалификационната характеристика на гериатричния специалист е посочено, че той трябва „да притежава умения за добра вербална и невербална комуникация при работата си с възрастните и старите хора, съобразена с техните персонални, културални, етнически и религиозни особености. [1]

Основата на културните особености при грижите за възрастните хора е на базата на индивидуалността и биографично центрирания подход, като гериатричните специалисти трябва да изследват процеса на грижите на базата на познаването на житейския свят и житейския опит на клиента и да се опитат да разберат неговите навици, очаквания и нужди, като съобразят с тях процеса на обгрижване.

В културно чувствителни грижи, възрастните хора трябва да бъдат поставени в центъра, със своята личност, култура и индивидуалност.

В началото студентите задълбочават и разширяват своите предишни придобити зна-

ния и умения в контекста на конкретни изисквания.

Първоначално те се въвеждат в същността на културно чувствителните грижи за възрастните и старите хора. Студентите се запознават с разнообразното културно, етническо и религиозно многообразие в страната. Те се запознават, освен с множеството традиционни етнически и езикови малцинства, религиозни общности и разнообразни културни идентичности, така и с особеностите на пристигащите мигранти.

Студентите разширяват своите културални познания, натрупват опит и се научават да идентифицират културните особености. Те придобиват основни познания относно особеностите на възрастните представители на различните етнически групи и на мигрантите и за начина на живот на тези групи.

По-късно студентите придобиват знания в процеса на обучението за предоставяне на грижи, като се научават да се съобразяват с личните и културните особености на възрастните и старите хора.

На този етап студентите изучават връзката между социалните и културни среди и индивидуалния подход в процеса на грижите. Разбирането на културните характеристики е в основата на културните особености грижи за възрастните хора.

При дипломирането си, студентите трябва да са придобили интеркултурна компетентност и да могат да извършват осъзнати действия в процеса на грижите, като предоставят специфични грижи, основаващи се на културните особености на възрастните и старите хора.

Първоначално студентите трябва да участват в ролеви игри, да разглеждат различни казуси, чрез които, на базата на опита, да развиват своите професионални умения и способности за общуване и да изграждат толерантност и съпричастност. По-късно те ще могат да работят, използвайки методите за работа с индивидуалната биография на възрастните хора.

През последната година от обучението си, студентите ще могат да приложат своите познания по време на своето практическо обучение и преддипломен стаж, на базата на усвоените знания и изградените професионални умения за работа с възрастните и старите хора от различни култури.

Изводи

1. Обучението на гериатричните специалисти в Медицински колеж на Тракийски университет, Стара Загора, е изцяло съобразено с голямото етническо, културно и религиозно разнообразие в България.

2. Придобитите от студентите компетенции за интеркултурно общуване с възрастните представители на групите от населението с различни етнически, културни и религиозни ценности допринася за бъдещо осъществяване на качествени културно чувствителни грижи за възрастните и старите хора в страната.

Литература

1. Квалификационна характеристика на специалност „Гериатрични грижи“ в Медицински колеж на Тракийски университет, Стара Загора

2. Национален съвет за сътрудничество по етническите и интеграционните въпроси, 2015, <http://www.nccedi.government.bg/page.php?category=92&id=247>

3. Тоцева, Я. *Интеркултурна комуникация и интеркултурна комуникативна компетентност*, 2011, http://ytotseva.blogspot.-com/2011/10/blog-post_12.html

Мария Димова, Христина Милчева
Тракийски университет
Медицински колеж
Стара Загора-6000, ул. „Армейска“ 9
e-mail: mdimovameister@gmail.com
milcheva@uni-sz.bg



ЕМОЦИОНАЛНАТА ИНТЕЛИГЕНТНОСТ В ПРОФЕСИОНАЛНОТО ОБУЧЕНИЕ НА МЕДИЦИНСКИ ЛАБОРАНТИ

Мария Прошенска, Пенка Аргилашка, Мария Кукуларова

EMOTIONAL INTELLIGENCE IN THE PROFESSIONAL TRAINING OF MEDICAL LABORATORY ASSISTANTS

Maria Proshenska, Penka Argilashka, Maria Kukularova

ABSTRACT: Modern training of medical laboratory technicians in the medical colleges is focused on acquiring basic professional knowledge and skills. In a competitive health management this is not the only sufficient condition for their successful future realization. Young professionals are required to possess personal qualities and skills such as teamwork, communication, adaptability, initiative, high professional motivation, etc., i.e. abilities constituting "emotional intelligence".

This provoked a number of issues, namely: emotionally intelligent you are young people studying in the medical laboratory profession; learning environment allows you to develop high emotional intelligence; should there be additional approaches to this end and what are they?

Formation of emotionally intelligent health professionals is undoubtedly one of the challenges to modern professional training of laboratory technicians. It turns out that high emotional intelligence in students is not only bet on their future career success, but also a necessary prerequisite for effective learning process. Knowing its nature and creating conditions for its development in the course of the learning process is essential to ensure high quality vocational training in medical colleges.

Keywords: emotional intelligence, professional training, medical laboratory technicians.

Въведение

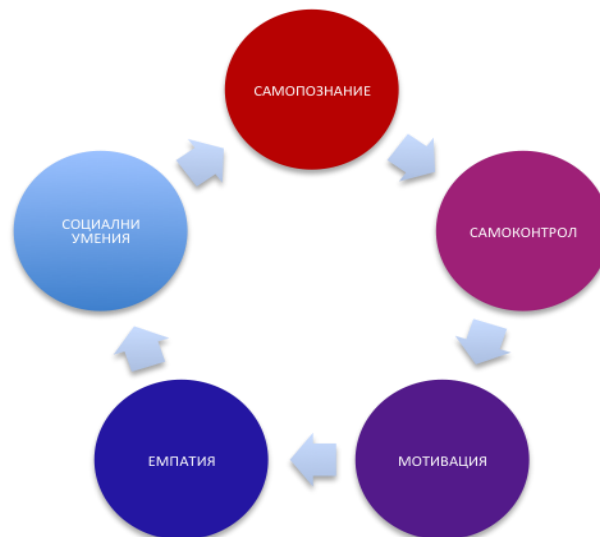
Съвременното обучение на медицински лаборанти в медицинските колежи е насочено към придобиване на базови професионални знания и умения. В условията на конкурентен здравен мениджмънт това не е единствено и достатъчно условие за тяхната успешна бъдеща реализация. От младите специалисти се изисква да притежават и личностни качества и умения като екипност, комуникативност, адаптивност, инициативност, висока професионална мотивираност и др., т.е. способност, съставляващи "емоционалната интелигентност".

Това провокира редица въпроси, а именно: емоционално интелигентни ли са младите хора, обучаващи се в професията медицински лаборант; учебната среда позволява ли развиване на висока емоционална интелигентност; необходими ли са допълнителни подходи за тази цел и какви да бъдат те?

През последните години широка популярност придоби понятието „Емоционална интелигентност“, въведено от Даниел Голман за

означаване на широк спектър от способности: способност за мотивация и устойчивост към фрустрация; контрол над импулсите; склонност към емпатия; способност да разбираме и приемаме собствените и тези на другите емоции, чувства, скритите механизми, които ни карат да реагираме по един или друг начин. Сферите на компетентност, които включва емоционалната интелигентност, са (фиг.1):

- Самоконтрол – способност да управляваме и контролираме своите емоции;
- Самопознание – познаването на себе си и собствените емоции;
- Мотивация – способност да направляваме емоциите си за постигане на целите си;
- Емпатия – възможност да откриваш и определяш чуждите емоции;
- Социални умения – развиване и поддържане на междуличностни отношения, работа с другите, общуване с другите.



Фиг. 1 Емоционална интелигентност

Те не се разглеждат като отделни характеристики, а всяка една се явява следствие другите, т.е. те са взаимно свързани помежду си.

Под интелигентност обикновено разбираме рационалната, познавателна интелигентност, чийто измерител е коефициентът на интелигентност IQ. На практика се оказва, че емоционалната интелигентност има много по-значителна роля за успешната личностна и социална реализация. Според Д. Голман, "емоционално интелигентните хора имат преимущество в коя да е житейска област. По-вероятно е те да са в по-голяма степен удовлетворени и ефективни в живота." (Голман, 2000)

Цел, материал и методи на проучване

За изследване нивото на тази "мета-способност" и влиянието ѝ върху ефективността на професионалното обучение на медицински лаборанти бе проведено проучване (февруари, 2013г.) сред 65 студенти от I, II и III курс в Медицински колеж, Пловдив, обучаващи се в специалност „медицински лаборант“. Методиката на изследване включва тест за ниво на емоционална интелигентност (адаптиран по Д. Голман), и анкета, насочена към идентифициране на нейни отделни аспекти. Използвани методи на проучване са социологически (анкетен метод) и статистически (графичен анализ, корелационен анализ). Наблюдавани признаци бяха - коефициент на емоционална интелигентност (EIQ);

среден успех на обучение; аспекти на емоционална интелигентност (мотивираност, комуникативност, умения за работа в екип, емпатия).

Резултати и обсъждане

Данните от проучването показаха следното: от наблюдаваните 65 студенти при 80% установихме висок EIQ; останалите 20% притежават среден EIQ. Нисък EIQ не бе регистриран.

Високият EIQ предполага способност за своевременно установяване на контрол над собствените емоции, тяхното разпознаване и насочване към ползвателната за момента цел. Притежавайки точен, достоверен модел за себе си и максимално възползвайки се от него, хората с висок EIQ успешно се справят в критични ситуации, независимо от какъв характер.

Лицата със среден EIQ са с малко неясна представа за някои от слабостите си, често надценяват своите способности и в повечето ситуации реагират или твърде емоционално, или с досада, отегчение. Лесно се влияят от настроението на околните и е почти невъзможно да установят контрол над емоциите (приятни или неприятни), които в момента ги владеят. Въпреки това обаче, тези личности успешно се справят с ежедневния стрес и с лекота решават проблеми от различен характер.

Имайки предвид тези характеристики, формулирахме следното твърдение за работна хипотеза: *високото ниво на емоционална интелигентност има положителен ефект върху качеството и ефективността на учебния процес.*

За целта разпределихме лицата с висока емоционална интелигентност на *справящи се* (със среден успех на обучение над добър (добър, много добър и отличен) и *трудно справящи се* (със среден успех на обучение задоволителен). Въз основа на този критерий от общо 52 студенти с висок EIQ 49 са *справящи се* (94%) и 3 - *трудно справящи се* (6%).

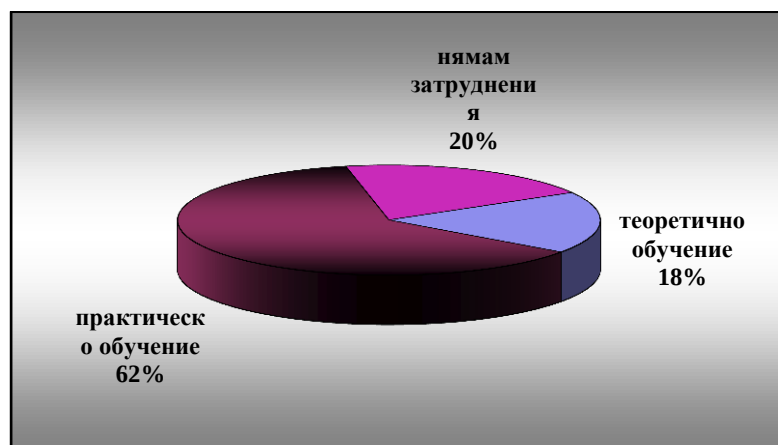
Изчисленият коефициент на корелация на Пирсон-Браве не доказва причинно-следствена връзка, т.е функционална зависимост между

нивото на емоционална интелигентност и ниво на справяне с учебен процес, чийто показател е средният успех на обучение.

Факт е обаче високият процент на студентите с висока емоционална интелигентност, справящи се с процеса на професионално обучение.

Аспекти на емоционална интелигентност, оказващи въздействие върху ефективността на учебния процес

Резултатите от анкетирането показаха, че групата на *справящите се* студенти с висока емоционална интелигентност не изпитва затруднения с практическото си обучение в сравнение с теоретичното (фиг.2).



Фиг. 2 Студенти с висока емоционална интелигентност и област от обучението им, в която се справят без затруднения

Кои са причините наблюдаваната група студенти да се справят изключително успешно по време на практическото си професионално обучение?

На първо място – *висока мотивация*. Мотивацията като аспект на емоционалната интелигентност формира нейното високо ниво. На въпроса „Чувствате ли се по-мотивирани в овладяването на Вашата професия за разлика от началния момент на обучението Ви?“ положително отговарят 85,7%. Ето някои от причините, които студентите посочват за високата си мотивираност:

- „чувство на уважение към професията“;
- „придобиването на интересни и полезни знания“

Влияние върху високата мотивираност на студентите оказва и високата им самомотивация при вземането на решение за избор на

- „интересно работно място“;
- „желанието да упражнявам тази професия“;
- „по-висока квалификация и работа в добри условия“
- „по-високо професионално самочувствие в резултат на придобитите знания и умения“;
- „желанието да мога да се справям с всичко, да съм убедена в уменията си“;
- „удовлетворение от това, което правя“;
- „добри отзиви от колеги и пациенти“;
- „притежавам знания, с които се чувствам полезен на близките ми“.

професия – 79% от анкетираните студенти са взели самостоятелно решение да се обучават в професията медицински лаборант.

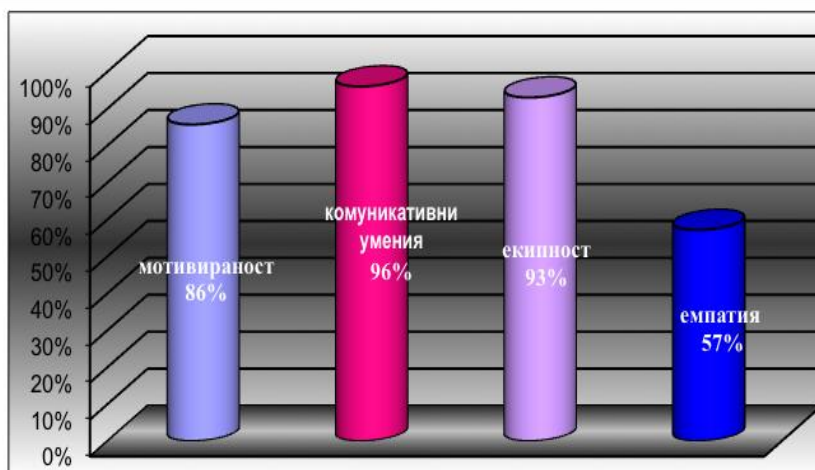
Ако високата мотивация е еднакво значима за цялостния учебен процес, в практическото обучение от значение са способности като комуникативност, екипност, емпатия, всяка една представляваща аспект на емоционалната интелигентност.

Студентите, притежаващи тези качества, имат възможността максимално да се възползват от условията, които предлага учебният процес в реална професионална обстановка при работа с пациенти, с клиенти, с колеги. Емоционалната интелигентност „гарантира толерантност във взаимоотношенията с другите, успешното общуване и работата в колектив, разрешаването на конфликти, понасянето, отправянето на критика и впрягането ѝ в конструктивни цели” (Коцева, 2013), а всичко това позволява ефективното обучение в професионална среда.

Данните от анкетирането при наблюдаваната група студенти показаха развита *комуникативна способност* - 95,9%. Умението позволява по-лесното и по-бързо създаване на

отношения на доверие с хората, включително поддържането на позитивни и продуктивни отношения с другите, а това е необходимо за разгръщане на ефективен учебен процес в реална професионална среда.

Екипността се разглежда като важно и необходимо условие при работа в професионална среда – професията на медицинските лаборанти е свързана с работа изключително в екипна среда. Тя (екипността) позволява изграждането на конструктивни взаимоотношения в съвместната работа с други хора. Резултатите от проучването потвърдиха факта, че при 93,8% от лицата в наблюдаваната група и тази способност е добре развита. В напрегната професионална ситуация те търсят подкрепа или съвет от своите колеги, преподаватели и състуденти и само малък процент от тях (6,2%) игнорират екипа, влизайки в ролята на пасивни наблюдатели или разчитат единствено на себе си за справяне с проблемните моменти.



Фиг. 3 Аспекти на емоционалната интелигентност, водещи до ефективен учебен процес

Емпатията като аспект на емоционалната интелигентност ни позволява да усещаме емоционалната атмосфера около нас и да направим правилна преценка за бързо приспособяване в конкретните житейски или професионални условия. Данните от проучването сочат, че в наблюдаваната група 57,2% от студентите притежават висока адаптивност в професионална среда. Развита емпатична способност у студентите е резултат от опита им при работа с различни колективи и пациенти с различни здравен/социален статус, възраст, темперамент (практическото обучение

на медицински лаборанти в Медицински колеж протича в различни учебно-практически бази).

Обобщавайки казаното дотук, данните показваха в групата *справящи се* студенти с висока емоционална интелигентност наличие на висока мотивираност, висока комуникативна способност, развито умение за работа в екип и развита емпатия (фиг.3). Това е и вероятната причина студентите, притежаващи висока емоционална и социална компетентност, да се справят изключително успешно по време на практическото си професионално обучение в

сравнение с теоретичното, където се изискват определени интелектуални способности.

Изводи

Анализирайки данните, получени от проучването, можем да направим следните изводи:

- Развитата емоционална интелигентност оказва положителен ефект върху практическото обучение, респ. и върху цялостното обучение на студентите, с което доказахме работната си хипотеза;
- Високата емоционална интелигентност не е причина, а предпоставка за успешно справяне с учебния процес;
- Условиата, в които се осъществява професионалното обучение на медицински лаборанти, позволяват развиването на отделни аспекти на емоционалната интелигентност.

Макар данните от проучването да говорят неоспоримо за развита емоционална интелигентност при наблюдаваните студенти, на въпроса: „Необходими ли са допълнителни часове към обучението Ви за овладяване на умения за общуване и справяне с проблемни ситуации в професионална среда?“ 30,7% отговарят утвърдително, 41,5% не чувстват такава необходимост и 27,8% нямат мнение. Отговорилите с „да“ са студенти, които все още изпитват несигурност в действията си и трудности в общуването си с пациенти или колеги в професионални условия.

С оглед решаване на тези проблемни аспекти е необходимо:

- ✓ установяването им още в начален етап на обучение чрез адаптирани за целта тестове за емоционална интелигентност;
- ✓ използване на различни подходи през цялостния процес на обучение, като ролеви игри, разрешаване на проблемни казуси, обучаване в различни комуникативни техники.

Заклучение

Формирането на емоционално интелигентни здравни специалисти несъмнено е едно от предизвикателствата, отправени към съвременното професионално обучение на медицински лаборанти. Необходимо е да се

акцентира не само върху придобиването на необходимия минимум професионални знания и умения, но и върху развиване на емоционалната интелигентност на студентите. Това води до формиране на правилно и адекватно поведение при различните обстоятелства; „способност за активно слушане и наблюдение върху другите; стремеж към по-високи стандарти; инициативност; способност за конструктивни взаимоотношения и съвместна работа с другите; способност за правилна преценка на емоционалното ни обкръжение с цел бързо приспособяване“ (Ууд, Толи, 2007). В този смисъл, обучение, насочено и към развиване емоционалната интелигентност у студентите, ще бъде от полза за тяхното личностно развитие в професионален, включително и в житейски план.

Оказва се, че високата емоционална интелигентност у студентите е не само залог за бъдещата им успешна професионална реализация, но и необходима предпоставка за ефективен учебен процес. Познавайки същността ѝ и създавайки условия за нейното развитие в хода на учебния процес е от съществено значение за осигуряване на висококачествено професионално обучение в медицинските колежи.

Литература

1. Голман, Д. 2000. *Емоционална интелигентност*. София, Кибеа.
2. Гитуни, М. 2000. *Емоционална интелигентност*. София, Просвета.
3. Коцева, А. 15.04.2013г. *Емоционалната интелигентност подлежи на тренинг*. <http://namama.bg/article-emocionalnata-inteligentnost-podlezhi-na-trening/215>
4. Ууд Р., Х. Толи. 2007. *Професионални тестове за емоционална интелигентност*. София, Локус.

Мария Прошенска
Пенка Аргилашка
Мария Кукуларова
Медицински университет – Пловдив, Медицински колеж
Специалност „Медицински лаборант“
Адрес: ул. “Бр.Бъкстон” 120, Пловдив, 4000
e-mail: peidg@abv.bg



ГРИЖИТЕ ЗА ХОРА С УВРЕЖДЕНИЯ, КАТО ПРОФЕСИОНАЛЕН ИЗБОР НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА

Надка Василева, Антоанета Терзиева, Галина Чанева, Мария Димитрова

THE CARES ABOUT DISABLE HUMANS AS A PROFESSIONAL CHOICE OF THE NURSE

Nadka Vasileva, Antoaneta Terzieva, Galina Chaneva, Maria Dimitrova

ABSTRACT: Almost 350 million disable human beings in the whole world live around areas with lack of specific settings. These people consider physical exercise as difficult, have problems in cultural or social type, which may have negative influence to the quality of their mundane live. In some countries, the number of citizens define as invalids increase to 20% of the society, which make an obligation to the 50% of the people. It is quite often that disable people live far away from populated regions, where specific medical or other institutions are missing. The profession of a health professional is significantly to people with disabilities and the nurse's concern about them is of great importance.

Keywords: Nurse, concern, disability

Въведение

Един от най-важните критерии за механизма и зрелостта на едно общество е отношението му към децата, възрастните и хората с увреждания. Изминат е много труден път, по който хуманизмът и реалните постижения се сблъскват с унизително съжаление, отхвърляне, безразличие и демагогия, за да достигне до най-съвременното схващане, че тези хора са като всички останали, независимо от особеностите в развитието им и специфичните нужди в техния живот. [2].

В съвременните условия на здравно-демографска криза, продължаваща реформа и неефективност на здравната система, се изостря необходимостта от задоволяване на здравните потребности на хората със специални здравни проблеми.

Тези хора се охарактеризират с тяхното заболяване или медицинско състояние. Медицинският модел на здравна грижа разглежда увреждането като проблем на индивида. Промотира се идеята за зависим човек, имащ нужда да бъде излекуван и да се грижат за него и по този начин оправдава начина, по който хората с увреждания са систематично изключени от обществото. Човекът с увредата е проблемът, а не обществото като цяло с неговите схващания, отношения и действия.

Затова контролът на обгрижване е изцяло в ресора на професионалистите, занимаващи се с хората с увреждания. Изборите на личността са ограничени до възможностите, дадени и позволени от „помагащия“ експерт.

Познаването на ситуацията е крачка напред в организирането на тези специализирани здравни грижи. Това би осигурило грижи с по-голяма достъпност и качество, както и по-висок стандарт на живот на голяма група от българската популация. [6].

Адекватното полагане на грижи и тяхното обезпечаване за нуждаещите се хора с увреждания представлява голямо предизвикателство за нашата обществена система. [3]. Дългогодишните изследвания и работа налагат предпочитания за работа в интердисциплинарни екипи, когато се полагат грижи за хора с увреждания [1]. Ето защо е необходимо този екип да осигурява адекватни грижи за тези хора, основаващи се на тяхната индивидуалност, увреждане и потребност, което в голяма степен ще допринесе за отстраняването на страха от изоставяне и социална изолация. Ние сме длъжници на тази част от нашето общество, която има по-честа и специфична нужда от медицинско обслужване. [4].

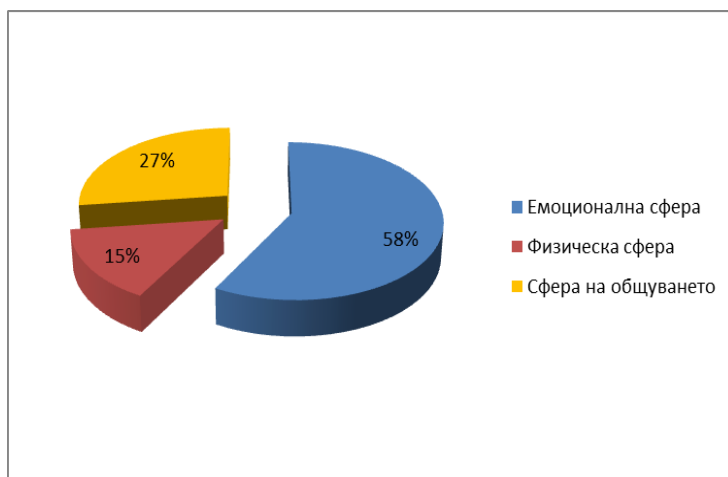
Целта на настоящото проучване е да се установят нагласите за професионална реали-

зация на медицинските специалисти в сферата на грижите за хора с увреждания.

Материали и методи: Проучването е проведено чрез анкетен метод на 2014г. във ФОЗ на МУ-София по време на зимен семестър 2014г. Анкетирани са 58 студенти. Използвана е анонимна анкетна карта, а данните са обработени със статистически методи.

Резултати и обсъждане

След проведеното изследване се установи, че анкетираниите студенти имат най-голямо затруднение в емоционалната сфера. Констатирането на този проблем провокира необходимостта от специална психологическа подготовка за работа с хора с увреждания (*фиг.1*)

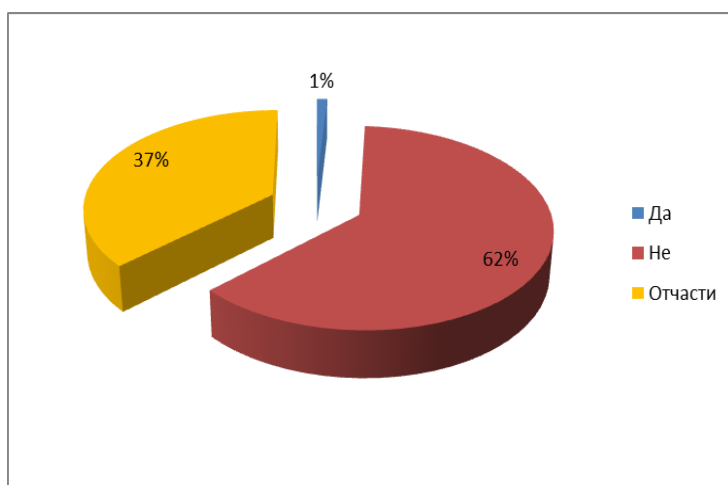


Фиг. 1. Проблемни сфери при обгрижване на хора с увреждания

Изграждането на специфични умения у студентите е задължителен момент и предпоставка за качествена здравна грижа. Наред с пълноценното провеждане на обучението на студентите, задължителен момент е и съхранението на тяхното емоционално и психично здраве. Менталното здраве на пациента е индивидуално и от този факт е зависима комуникацията с него. При затруднено общуване

се изискват повече търпение, усилие и работа в екип с други специалисти. Чисто физически затруднения се срещат при трудно подвижни, обездвижени или залежали се пациенти.

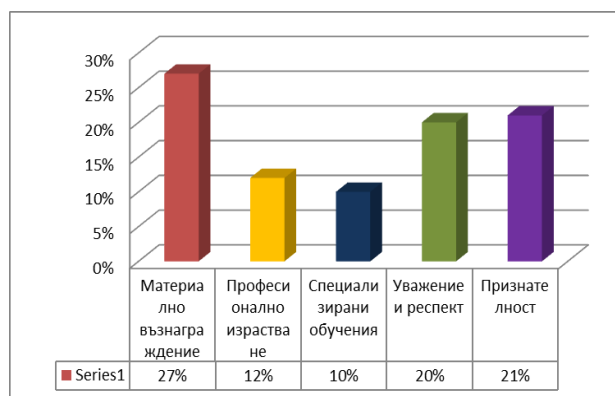
Желанието за реализация в сферата на грижите за хора с увреждания е силно занижено. Това е обвързано с високият процент емоционално затруднени студенти в тази дейност (*фиг.2*).



Фиг. 2. Желание за реализация в сферата на грижи за хора с увреждания

Проявената емпатия (3) по време на работния процес е изтощителна и всеобхватна, това е причината повече от половината анкетирани студенти да заявят, че не биха се реализирали професионално в тази насока. Това е тревожен факт имайки предвид, че и в момента има

дефицит на кадри в тези специализирани лечебни заведения. При посочените няколко мотивационни стимула, които биха подтикнали студентите да се реализират в сферата на грижите за хора с увреждания, те са избрали тези с открояваща се тежест (*фиг.3*).

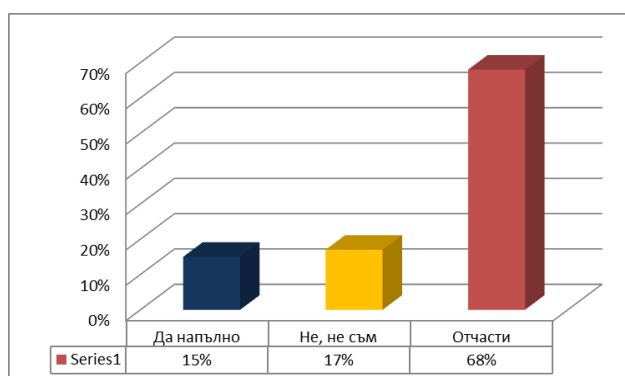


Фиг. 3. Относителна тежест на мотивите за реализация в сестринските грижи за хора с увреждания

Материалното възнаграждение, като цяло в здравеопазването е ниско, а съпоставено спрямо тази тежка област в медицинското обслужване става твърде ниско. Оценяването на значимостта на медицинската професия е пряко свързана с полагащото се достойно възнаграждение. Такова липсва и това естествено е демотивиращо при избора на сфера за професионална реализация, особено когато тя е така трудоемка, както са грижите за хора с увреждания. Възможностите за израстване в която и да е професия са един от основните стимули. Спецификата на тези медицински

грижи, липса на конкретизация поради необходимост от напълно индивидуален подход затрудняват обединението им в една дисциплина, която да се надгражда. Знанията в различни области и сфери, усвояването на специфични умения са задължителни. Това изисква непрекъснат процес на обучение и развитие.

За нас беше интересно да разберем каква е самооценката на студентите относно обучението по сестрински грижи за хора с увреждания (*фиг.4*).



Фиг. 4. Самооценка на студентите по отношение на обучението по сестрински грижи за хора с увреждания

Отговорите на студентите потвърждават тенденцията от необходимост за допълнително обучение. Резултатът недвусмислено показва, че повече от половината (68.0%) се определят като подготвени отчасти.

Това налага организирането и планирането на допълнителни форми на обучение, във вид на свободноизбираеми дисциплини, квалификационни курсове и други които да затвърдят знанията и уменията на студентите.

Единомислието и общата насока на действие на всички институции биха могли да постигнат напредък в подобряване качеството на грижа за хората с увреждания. Възможността за планиране, реализиране и развитие в сферата на сестринските грижи за хора с увреждания значително би завишило интереса за трудова реализация и желание за изява в тази насока.

Изводи

1. Медицинското обслужване на хората с увреждания е емоционално потоварващо и изисква изграждане на специфични умения и навици у студентите.

2. Желанието за трудова реализация е силно занижено и това изисква преразглеждане на предлаганите възможности в тази сфера.

3. Адекватното материално възнаграждение наред с възможности за професионално израстване биха повишили интереса към грижите за хора с увреждания.

4. Студентите не се чувстват достатъчно подготвени за работа с хора с увреждания и това налага организиране на допълнителни форми за обучение.

Литература

1. Бикова, П., М. Димитрова, Н. Василева, А. Терзиева, „Мултидисциплинарният екип в здравните грижи”, 33 научнотехнологична сесия, Сборник статии, 127 – 130, Темто, С., 2014
2. Димитрова, М., П. Бикова, Н. Василева, „Нива на проявена емпатия от студенти специалност медицинска сестра“, Сп. „Здравни грижи“ бр. 2, 2012.
3. Иванова, Д., А. Терзиева, Г. Чанева, „Потребност от обучение на медицинските сестри работещи в детски сектори, относно специфичните грижи за деца с увреждания“, сп. „Наука и технологии“ Volume IV; (1); 2014, Medicine, ISSN № 1314-4111
4. Младенова С. „Здравни грижи за инвалиди, в Обществено здраве, Ръководство за специализация на медицински сестри“, под ред. на доц. Юрукова, София, 2001, изд. „ГорксПрес“.
5. Петров И. „Някои особености на учебно-възпитателния процес в соматопедичните училища“, НП, кн.11, 1989.
6. Терзиева, А., И. Стамболова, „Екипност в превантивните подходи за преодоляване на агресията при деца с детска церебрална парализа“, сп. „Сестринско дело“, 4 бр., ISSN 1310-7496, стр.15-18, София, 2010.

Надка Василева
Гр. София, Ул. “Бяло море” №8
МБАЛ “Царица Йоанна-ИСУЛ”
Катедра “Здравни грижи”
Факултет по Обществено здраве
e-mail:vasileva_nn@abv.bg



НИВО НА ИНФОРМИРАНост НА УЧЕНИЦИТЕ ЗА МОТИВИРАН ИЗБОР НА СЕСТРИНСКАТА ПРОФЕСИЯ

Надка Василева, Иванка Стамболова, Галина Чанева, Антоанета Терзиева

LEVEL OF KNOWLEDGE OF HIGH SCHOOL STUDENTS FOR A REASONED CHOICE OF NURSING PROFESSION

Nadka Vasileva, Ivanka Stambolova, Galina Chaneva, Antoaneta Terzieva

ABSTRACT: *Choice of profession is a key moment in the life of every person, especially for selected professions in health care. Social significance and emotional commitment professions of nurse make it difficult for a personal career choice. Awareness in this direction is necessary and valuable for students expressed a desire for lifelong learning in higher education.*

Keywords: students, knowledge, motivated choice, nurses

Въведение

Професионалното ориентиране е с особено важно значение за самият човек и за цялото общество. Положителното отношение към ученето и избраната професия води до добри резултати от обучението и положителни нагласи към избраната професия. Способността за учене намалява, когато липсва мотивация за това. [2] Ученето по един или друг начин съпътства целия ни живот. То започва още с раждането и продължава през целия живот на всеки човек.

Мотивацията, в най-общ смисъл, е това, което оказва влияние върху предизвикването, избора, насоката и поддържането на човешкото поведение. Учащите имат нужда от специален стимул за активни, целенасочени и постоянни усилия в ученето. Мотивацията е това, което ги кара да изискват, трансформират и използват знанията. При учащите тя е свързана с желанието за участие в процеса на обучение. [5] Изключително важен аспект на мотивацията за учене е получаването на пряка и адекватна обратна връзка в процеса на обучение между целенасочените действия, качеството и особеностите на получаваните резултати. По този начин се постигат резултати, които имат психологическа значимост и действат като активни мотивиращи фактори по посока на желание за учебна дейност с още по-голямо упорство и настойчивост. Правилното и целесъобразно организиране на

процеса на учене благоприятства изграждането на положителна мотивация за учене, развитие на познавателни интереси, които веднъж формирани, се превръщат в действени вътрешни фактори за подобряване на качеството и ефективността на учебната дейност. Обучението е пряко свързано с избора на професия и познаване на нейната специфичност. [1] В съвременното училище въпроса за мотивацията за учене без преувеличение може да се нарече централен, тъй като мотивът се явява източник на дейността и изпълнява функции на подбуждане и смислообразуване. Дейност без мотивация или не се осъществява изобщо или се оказва крайно неустойчива. От това как се чувства в определена ситуация даден човек, зависи обема на усилията, които той ще приложи в учението. [4] Ето защо е важно целия процес на обучение да предизвиква у индивида интензивно вътрешно влечение към знания и напрегнат умствен труд. [5]

Темата за професионална реализация в сферата на здравните грижи е изключително актуална, предвид следните факти:

1) промяната в България, в частност промените в сектора на здравеопазването, поставящи нови предизвикателства пред заетите в него. Тук важни са стремежът към повишаване качеството на осъществяваните здравни услуги, започналото реструктуриране на сектора, което трябва да доведе до въвеждане

на пазарните принципи и критерии в процеса на работа и др.;

2) промяната в мисленето на българите поставя все по – високи изисквания по отношение на нивото на обслужване – отношението при общуване, професионализъм и етика в работата и др.;

3) ролята на медицинския фактор за по – бързо синхронизиране спрямо новите реалности и осъществяване на промените в сектора;

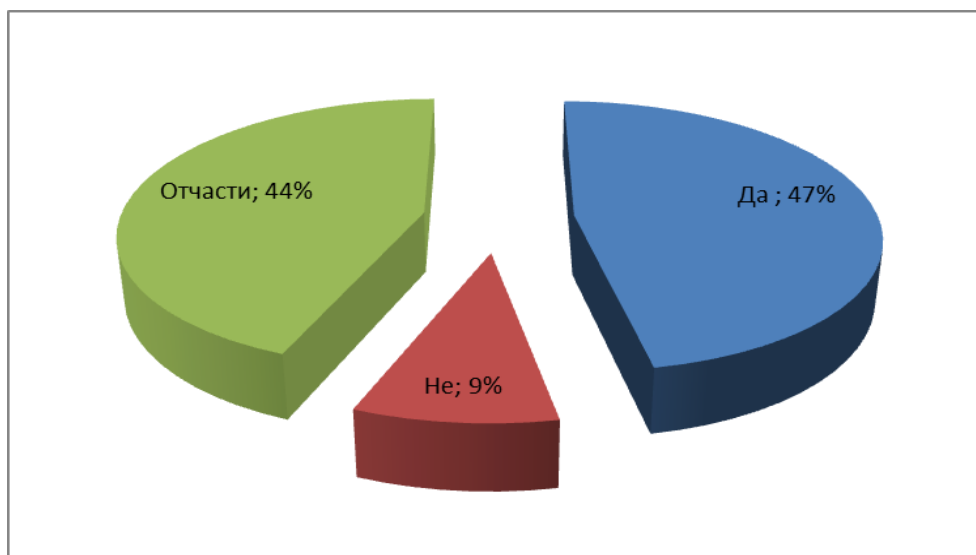
Проучването на този специфичен проблем може да има и чисто практическо приложение – да даде насоки за обхвата на мероприятия и действия на здравните мениджъри за повишаване мотивацията на медицинския персонал за професионална реализация, което от своя страна да се отрази върху показатели като повишаване ефективността на работата, нарастване производителността на труда и други. [3]

Целта на настоящото проучване е да се установи информираността на учениците в последен курс на обучение в средното образование, относно професията „медицинска сестра“, както и желанието им да се обучават и реализират в тази професия.

Материали и методи: Проучването е проведено чрез анкетен метод в периода 2012.-2014г. Анкетирани са 1214 ученици последен курс на обучение в средното образование. Използвана е анонимна анкетна карта, а данните са обработени със статистически методи.

Резултати и обсъждане

След проведеното изследване се установи, че голяма част от анкетираните имат категорично мнение.



Фиг. 1. Информаност относно същността на професията „медицинската сестра“

На въпроса дали са запознати със същността на професията „медицинска сестра“, голям процент от анкетираните ученици отговарят положително – 47.00%, отговор «отчасти» са посочили 44.00% от респондентите. Професията на медицинската сестра е популярна и получените резултати са очаквани. Представите за същността и обаче са непълни и в много голяма степен изкривени. Обществото

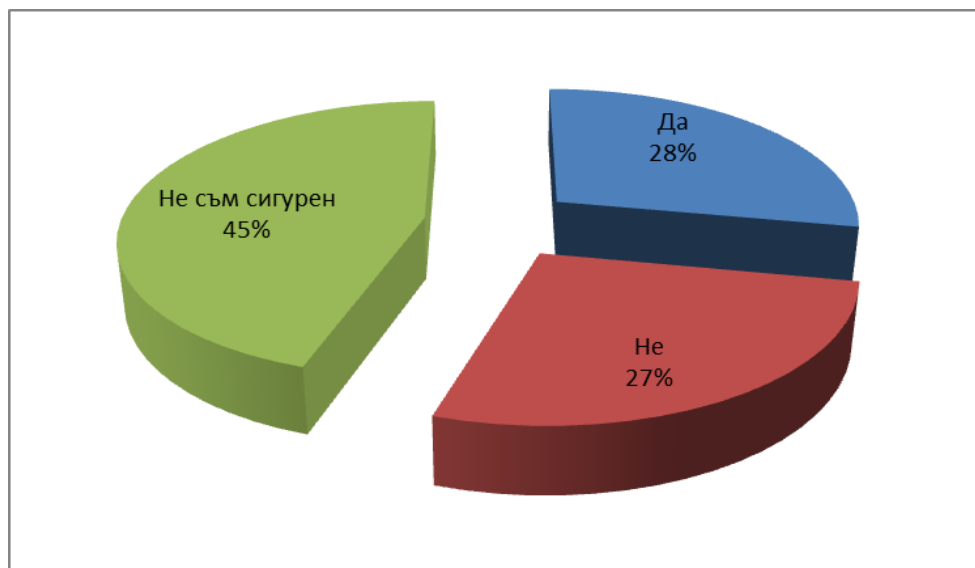
не е информирано за отговорността и значението на сестринската професия, нейната роля към опазване здравето на човек, мястото и при планиране, организация и полагане на специализирани грижи за болния и неговите близки. Функциите на здравния специалист далеч надминават очакванията и представите за възможности на предоставени здравни грижи и това е видно от следващата таблица.

Таблица 1. Информираност на учениците относно основните функции на медицинската сестра

Функция на медицинската сестра, поставена на първо място според учениците	Относителен дял [%]
Предоставяне и събиране на здравна информация	9 %
Предоставяне на медицински и здравни грижи	31 %
Промоция на здравето, превенция и профилактика	7 %
Рехабилитация	6 %
Осъществяване на манипулации	21 %
Оказване на спешна медицинска помощ	19 %
Разработване на проекти в областта на здравните грижи	3 %
Провеждане на обучение в областта на здравните грижи	4 %

На следващия контролен въпрос „Запознати ли сте с основните функции на сестра?“ нито едно от анкетираните лица не посочва всички функции, които изпълнява медицинската сестра. Това показва тяхната непълна и недостатъчна информираност за същността на професията–медицинска сестра, която има необходимост да бъде допълнена. Според получените от проучването резултати, представите за професията на медицинската сестра

на учащите, които трябва да избират професия, са изкривени и неясни. Ограничен е кръгът дейности, които посочват анкетираните лица. Тези резултати определено показват недостатъчната информираност по отношение на същността на сестринството като съвременна професия, което се отразява и на избора, който един млад човек трябва да направи за своето професионално развитие.



Фиг. 2. Разпределение според информираността на анкетираните лица за карьерно развитие в сестринската професия

Стремежът към образование е обвързан и с възможността за израстване, развитие, перспективи и възможности за професионално развитие в дадена професия. Това засилва и поддържа мотивационните фактори,

както в процеса на обучение, така и за обучение през целия живот. Професията на медицинската сестра изисква непрекъснато обучение и квалификация. Познаването на възможностите за професионално израстване

са сигурен стимул за избор на дадено поприще. Най – значителен е относителният дял на анкетираните лица 45.00%, които заявяват, че не са сигурни в познанията си за кариерното развитие на медицинските специалисти. Това е една от основателните

Изводи

- Повече от половината анкетирани заявяват, че познават професията на медицинският специалист, но това се оказва непълна представа.
- Висок е относителният дял на анкетираните лица, които не са информирани за основните функции на медицинските сестри и познават твърде малко от тях.
- Възможността за кариерно развитие е един от водещ стимул за избор на професията на медицинския специалист и информираността в тази насока би повишило интереса към професията.

Литература

1. Бикова П., Ж. Георгиева, „Тенденции в обучението на специалистите по здравни грижи”, сборник статии, Ст. Загора, 2012 г.
2. Стамболова И., М. Димитрова, П. Бикова, Актуални проблеми на обучението по здравни грижи на медицински сестри, Scripta Scientifica Medica 2011, 293-295.
3. Стамболова, И., Г. Чанева, М. Димитрова, П. Бикова, „Самооценка на

причини за колебанията им относно избора на сестринската професия. Други фактори които съпровождат моривираният избор са перспективата, очакваното трудово възнаграждение, признание, условия на труд, колектив и др.

обучението по сестрински грижи на студенти – медицински сестри от ФОЗ, МУ-София“, Осма международна научно-практическа конференция „Преподаване, учене и качество във висшето образование“, сборник статии, 997-1002, Бояна, 2011.

4. Терзиева, А., Р. Дойновска, Н. Василева, „Готовност на стажантите медицинските сестри за професионална изява“, сп. „Здравни грижи“, бр. 4/2013 г., стр.19-22, ISSN 1312-2592, София, 2013 г.

5. Терзиева, А., М. Илиева, „Удовлетвореност на студентите медицински сестри от практическото обучение в клинична база“, Тридесет и първа научно-технологична сесия, Сборник статии, стр. 90 – 93, изд. „ТЕМТО“, София, 2013 г.

Надка Василева
Гр. София
Ул. „Бяло море” №8
МБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ”
Катедра „Здравни грижи”
Факултет по Обществено здраве
e-mail:vasileva_nn@abv.bg



ПРИЛОЖЕНИЕ НА ЗДРАВНИЯ МЕНИДЖМЪНТ В ПРАКТИКАТА НА СПЕЦИАЛИСТА ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ

Пепа Бикова; Мария Димитрова; Галина Чанева; Иванка Стамболова

APPLICATION OF HEALTH MANAGEMENT IN THE PRACTICE OF THE SPECIALIST IN HEALTHCARE

Pepa Bikova; Maria Dimitrova; Galina Chaneva; Ivanka Stambolova

ABSTRACT: *Healthcare is a business activity in the services sphere. The competent professionals who provide health care are graduate nurses. The organization of the work of nurses is going through nursing process. The study examines the opportunities offered by the management to improve the quality and effectiveness of the health care.*

Key words: healthcare; nurse; nursing process; healthcare management

Въведение

Разглеждайки дейността на медицинските специалисти по здравни грижи през призмата на икономическите закони, установяваме, че това е стопанска дейност в сферата на услугите. Кардиналните изменения в икономиката на България, свързани с преминаване от централизирано планово към пазарно стопанство, през последните 20 години, изискват принципно нови методи на управление и ръководители с нови познания и умения.(4)

Мениджмънт е управление и организация на стопанската дейност. Думата идва от английски език – management, на български значи управление. В бизнес сферата и организационните техники е действие по „събиране на хората заедно” за извършване на определена, желана цел. (9)

Разработването на теоретичната основа на мениджмънта е предимно за материалното производство. Публикувани са много и различни концептуални системи, които ефективно подпомагат непрекъснатото развиващите се пазари, и материалното производство.

Здравеопазването е част от икономиката, и работи в сферата на услугите. Независимо, че няма материално производство, здравеопазването е пряко свързано с него. От качествена услуга “опазване на здравето” зависи в голяма степен материалното производство.

Разглеждането на всяко здравно заведение като стопанска организация налага ясно да се

дефинират понятия като стопанска дейност, субект и обект на стопанската дейност, себестойност на продукцията, цени и ценообразуване, производителност на труда, маркетинг, стока, пласмент, комуникационни схеми на маркетинга и т.н. Прилагането на мениджмънта в сферата на здравните услуги изисква внимателен подход и предварителна идентификация на основните понятия и разликите от материалното производство. Да се определят спецификите на стоката – „здравна услуга” и разликите при пласмента и. Как ще се променят концепцията „жизнен цикъл на продукта” от гледна точка на здравната услуга?(1; 8)

Практиката показва, че прилагането на пазарни механизми в здравеопазването, е печелившо и успешно. Пазарните механизми трябва да се разглеждат през призмата на етичните норми и съображения, тази специфика налага към мениджмънт да се добави прилагателното «здравен».

Цел: Да проучи приложението на основните функции на мениджмънта в здравните грижи

Материал и методика: Използван е документален метод и сравнителен анализ за основните управленски дейности в професионалната практика на медицинските сестри, отнесени към сестринският подход.

Резултати и обсъждане: Управлението е процес на целенасочено въздействие, но не всяко въздействие е управление. Управленското въздействие е това, което е насочено

към целевата функция на поведението. Управлението се отнася към системи, които са сложни и динамични (имат поведение и отношения), а не са статични. За да е налице каквото и да е управление трябва да функционират (да са налице) следните елементи:

Субект на управление – изработва и реализира управленското въздействие.

Обект на управлението – управлявания процес, дейност, организация, структура, бизнес и т.н., като във функционален аспект трябва да е налице взаимовръзка на три неща – вход, процес и изход.

Права връзка – чрез нея се реализира субординацията и въздействието върху системата.

Обратна връзка – особено важна, но често подценявана. Чрез нея се затваря т.нар. управленски цикъл. Тя дава възможност управлението да бъде все по-ефективно.

Обкръжаваща (околна) среда – всичко, което е извън и обкръжава организацията. (2;3)

Основни **функции на сестринството**, определени от Европейското Регионално бюро на Световната здравна организация (СЗО) са следните:

Осъществяване на сестрински грижи – осъществява се чрез *сестринския процес*.

Обучение на пациентите и техните близки.

Изпълнение както на зависима, така и на независима роля.

Изследователска работа в областта на грижите. (6;8)

Ако разгледаме подробно сестринският процес ще установим, че той е управленски процес.

Дефиниция за сестрински процес

Последователни действия, етапи, предприети от сестрата, за постигане на определен здравен резултат

Означава конкретно използване на научни методи за определяне потребностите на пациента и подбор на тези потребности, които могат да бъдат ефективно удовлетворени чрез сестрински грижи (9)

Представява последователна смяна на действията, извършвани от медицинската сестра на пациента с цел предотвратяване,

облекчаване, намаляване и свеждане до минимум на възникващите у него проблеми и трудности (1;6;8)

Всяка стопанска организация, каквато е и здравната е социална система и се определя като “съзнателно координирани дейности на двама или повече души”. За да може някаква група от двама или повече души със съзнателно координирани дейности да се нарича здравна организация, тя трябва да отговаря на следните изисквания:

- Да има най-малко една цел (т.е. желано крайно състояние или резултат), която се приема от членовете на групата като обща;

- Да има медицински екип, в който да работят съвместно с намерение да достигнат значимата за цел/и всички служители.

Всички сложни (съвременни, модерни) организации притежават и други общи характеристики:

▢ *ресурси* – /материални, финансови, човешки/ като хора, капитали, материали, технология и информация.

▢ *зависимост от външната среда* – доставчици, закони и държавни органи, потребители, конкуренти, технология, икономически условия

▢ *зависимост от вътрешната среда* – стратегия, цели, структура, задачи, технология, хора, организационна култура и др.

▢ *хоризонтално разпределение на труда*

▢ *вертикално разпределение на труда*.

Теорията на стопанското управление приема, че броят на хората, които може да управлява един ръководител зависи от квалификацията му, класификацията на подчинените, характера на дейността им, характера на изпълняваните функции от организацията.

Сестринският процес се състои от пет етапа:

Оценка на състоянието на пациента

Интерпретация на данни, определяне на проблеми- **сестринска проблем**

Планиране на предстоящата дейност – **план за сестрински грижи**

Реализация на плана за грижи

Оценка на резултатите от грижите (6;8)

Таблица 1 Сравнителен анализ на сестринския процес и мениджмънта по основни елементи
(по Николов; Маринова)

Елементи на управлението	Сестрински процес
Субект на управление	Това са носителите на взаимоотношенията по повод обекта –пациент и медицинска сестра. Медицинската сестра изработва и реализира подход за удовлетворяване на потребностите и решаване на здравните проблеми. Пациентът търси удовлетворяване на потребностите си от сестрински грижи и разрешаване на здравния му проблем.
Обект на управление	Обект е поводът, по който възникват взаимоотношения между пациента и медицинската сестра, това е здравният проблем и потребността от грижи . Медицинската сестра планира, организира и реализира: -установяването на здравния проблем на пациента; -провеждане на различни по вид и компетентност грижи и обучение на пациента за решаването на здравния проблем; - прави оценка на постигнатите резултати от грижите
Права връзка	Медицинската сестра владее механизмите за въздействие върху системата. Изпълнява зависима и независима роля. Планира и координира работата на отделните членове на медицинския екип.
Обратна връзка	Осъществява контрол и оценка на постигнатите резултати. Регистрира субективното мнение на пациента и близките му.
Окръжаваща среда	Сестринския процес не е самоцел, а пряко зависим от околната среда процес

Документирането на всички етапи в сестринско досие е задължително!

Всяка стопанска организация е социална система и се определя като “съзнателно координирани дейности на двама или повече души”. Дейността „ сестрински процес” или „сестрински грижи”, или „здравни грижи”, отговаря на това определение, то е съзнателно, научно обосновано действие, в центъра на който е пациента. Сестринският процес може да бъде разгледан през призмата на мениджмънта, защото е управленски процес. Всеки управленски процес има следните функции:

Планиране – включва определянето на целите и задачите на управлението, поставени от дадена система, както и на пътищата и средствата за тяхното постигане. Това е **изготвяне на план за сестрински грижи** – трябва да се проектират основните направле-

ния на производствения процес, видовете и формите на взаимодействие на елементите участващи в него, в това число технология, време и труд. Да се направят разчети на трудови, материални, финансови ресурси и т.н. При планирането на здравни грижи трябва да се спазват научни принципи; да бъдат конкретни и ясни, за да може всяка сестра да ги изпълни; да са реални – изпълними за определено време, от определен човек ; действията трябва да отговарят на квалификацията на медицинската сестра; да са насочени към решаване на конкретен проблем – постигане на поставената цел. Планирането предполага осигуряване на необходимите материали и средства; изработване на технически фиш – всяка грижа трябва да бъде разделена на основните си действия, и строго да се спазва последователността им, с цел да няма про-

пуски и грешки. Съгласуване на планираните грижи с пациента и хората, които ще помагат. (7;8;9)

Таблица 2, Сравнителен анализ на сестринския процес и мениджмънта по съдържание (по Николов; Маринова)

Характеристика на управлението	Сестрински процес
Обща цел /и	Пациент /ползвател на услугата/ и медицинските сестри имат обща цел решаване на здравословния проблем
Ресурси	Обучени и квалифицирани специалисти по здравни грижи; -материална обезпеченост- достъпна технология; добра информираност
Зависимости	от външна среда: законова и подзаконова нормативна база; икономически условия, здравна култура на потребителите; конкуренти
	от вътрешна среда: формулирани цели; изработена и съгласуване на стратегия, ясно формулирани задачи; добра организационна култура
Разпределение на труда	Хоризонтална комуникация – с колеги, други здравни специалисти нужни за осигуряване на качествена услуга, с близки на пациента
	Вертикална комуникация – с мениджъри на по-високо ниво и подчинени (болногледачи)

Освен планиране на здравни грижи медицинската сестра изработва **план за обучение** на пациента и хората, които ще помагат в грижите за него. Важно е пациентът да се научи да се самонаблюдава, да е мотивиран и да участва активно във всеки етап от сестринските грижи.

Организиране – включва действия по самото конструиране на стопанската единица, формиране на управляваща и управлявана подсистема и основните им елементи. Организирането създава функционираща структура за осъществяване на поставените цели, реализация на изготвения план. При изпълнението на съставения план е важно: начина на предаване на информация; начина на изпълнение на сестринските грижи; каква е отговорността и отчетността; какви са реакциите и поносимостта на пациента спрямо сестринските грижи.

Координиране – това е функция, чрез действията на която се осигурява съгласуваност между различните сфери и участници в хода на производството/ грижите/, за да функционира системата като цяло. Осигурява количествени и качествени отношения между елементите на производствения процес / процеса на обгрижване/, еднопосочност в действията на отделните структури, осигуряване на динамично съответствие между управляваща-

та и управляваната система. Независимо къде се осъществява услугата „здравна грижа” – в болница, в дома на пациента, в специализирано заведение – тази функция е основна за работата на медицинската сестра. Чрез нея се осигурява ранжиране на действията по спешност, осигуряване бързо, навременно диагностициране на здравен проблем, осигурява възможност за кратко време да могат да осъществят преглед и консултации с много и различни специалисти, намалява загубата на време, скъсява периода на временна нетрудоспособност за ползвателя на услугата /пациент, координира действията на екипа и на всичките грижи.

Мотивиране включва разработване на ефективни методи и средства за създаването на мотивиращи стимули за постигане на положителни резултати, обединяване и съсредоточаване усилията на колектива за действия в името на общата крайна цел. При услугата здравна грижа, мотивирането е част от работата с пациента, ако пациентът е мотивиран, за да работи за решаване на здравословния му проблем, то постигнатите резултатите, ще са явни и бързи.

Контролът включва разработването и внедряването на системата за установяване на съответствие между желаното и постигнатото ниво на здраве, при производствен процес

това е изпълнението на плановите в съответствие със стандартите, нормативите, технологичните изисквания. Това значи и система за контрол на изпълнението на управленски решения, за установяване на пропуски и навременни корекции в плана. Контролът трябва да предвижда и мероприятия за самоусъвършенстване на самата контролна система.

В процеса на сестрински грижи контролът и оценяването са системно наблюдение на дейността на хората и определя напредъка в постигането на целите; определя се ефективността от сестринските грижи; прави се преценка на потребностите на пациента; определя се съответствието между постигнати резултати и поставени цели; дава се информация за развитието на оздравителния процес; Оценяват се резултатите от услугата здравни грижи. Оценката е обективна (определена от лекар и медицинската сестра) и субективна – мнението на пациента за постигнатите цели. Регистрацията на оценката е качествена (описана с думи), количественото оценяване е допустимо само когато може да се опише като: „постигнати са 50% от поставената цел”.

Заклучение

Чрез направеното изследване се доказва, че сестринският процес е управленски процес. Той притежава всички елементи и характеристики на мениджмънта. Основните етапи на сестринският процес повтарят управленските функции. Тогава, ако познаваме факторите, които могат да подобрят мениджмънта, то можем успешно да ги използваме в практиката на медицинската сестра, за да се подобри управлението на здравните грижи. Резултатът от разглеждането на сестринският процес като управленски процес създава възможност да се подобри значително качеството на услугата ”здравни грижи” и да се повиши не само отговорността, но и имиджа и професионалния статус на професията медицинска сестра.

Изводи

1.Професионалната практика на медицинската сестра се осъществява чрез сестринския процес, който е управленски по своята същност.

2.Здравните грижи / услуги имат необходимост да бъдат рекламирани в обществото чрез принципите на маркетинга.

3. Необходимо е да се проведат изследвания за информираността на пациентите относно предлаганите от медицинските сестри здравни услуги (здравни грижи)

Литература

1. Василева Н., И. Стамболова, „Възнаграждението като мотивация за работа и кариерно развитие в сестринската професия“, Национална научно – практическа конференция по здравни грижи, София 25 – 27 октомври 2013г
2. Гачевска В.;И Кошарова; Относно Националния етичен кодекс за реклама в България; Научни трудове на русенския университет - 2009; том 48
3. Драгомирова М.; Проучване състоянието на мениджмънта на специалистите по здравни грижи; сп.”Здравни грижи”; 2005; кн.1; БАПЗГ; София
4. Закон за здравето; Обн. ДВ. бр.70 от 10 Август 2004г
5. Николов Н.;Е. Маринова; Икономика; Princeps; 1996; Варна
6. Стамболова И.; Сестрински грижи при соматични заболявания; ЦМБ; 2012; София
7. Стамболова И; Оперативният мениджмънт на здравните грижи – контролна функция на старшата медицинска сестра; сп.”Здравни грижи”; 2005; кн.3; БАПЗГ; София
8. Стамболова, В., А. Терзиева, Н. Василева, „Сътрудничество и участие на пациента в терапевтичния екип”, сп. „Здравни грижи”, 2 бр., ISSN 1312-2592, София, 2011 г. стр. 24-28
9. Тончева С.; М. Чепишева; Р. Велкова; Планиране на работното време на медицинските специалисти от стационара; сп.”Здравни грижи”; 2008; кн.4; БАПЗГ; София

Пепа Рашкова Бикова; д.м.;
Мария Иванова Димитрова; д.м.;
доц. Галина Стамова Чанева; д.м.;
доц. Иванка Костова Стамболова д.м.
Медицински университет - София
Факултет по Обществено здраве;
Катедра „Здравни грижи”;
e-mail:prbikova@abv.bg



ЕМОЦИОНАЛНО СЪСТОЯНИЕ НА БОЛНИТЕ В ПЕРИОД НА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Петя Аспарухова, Любомир Маринов, Галя Янкова

EMOTIONAL STATE OF PATIENTS IN PERIOD OF HOSPITALIZATION

Petya Asparuhova, Liobomir Marinov, Galya Yankova

ABSTRACT: The article enters into polemics about the emotional condition of the patients during hospitalization. It focuses on experiences of fear, increased anxiety, tension and depression of patients, due to the specific of the disease.

Objective: To investigate and analyze the opinion of patients about their emotional state in a period of hospitalization.

Materials and Methods: The study was carried out during the period from August to September 2013, among 350 bedridden patients in hospitals throughout the country. The following hospitals are covered: National Specialized Hospital for Oncology /NSHO/ „Darvenitsa“ – Sofia; Multiprofile Hospital for Active Treatment /MHAT/ „Dr. Stamen Iliev“ – Montana; MHAT „Ruse“ – Ruse; University Multiprofile Hospital for Active Treatment /UMHAT/ „Georgi Stranski“ – Pleven; MHAT „Hr.Botev“ – Vratsa; Comprehensive Oncology Center /COC/ – Vratsa u UH „Aleksandrovska“ – Sofia. The research used documentary, sociological and statistical methods. To study the respondents' opinion a questionnaire is developed containing closed and open questions. Participation is voluntary and the complete anonymity of respondents is guaranteed. The survey data were processed by the statistical program SPSS, and graphics are drawn by the program Microsoft Excel.

Conclusion: Chronic progressive and oncological diseases are serious challenges to the health care system and to the individual patient. Chronic disease puts patient to a change in priorities and a complete life reorientation. The research identified problematic issues, determined by the needs of patients of holistic care oriented to bio-psycho social approach in providing health care in clinical setting.

Keywords: hospitalization, emotional condition patient

Въведение

В рамките на болничния престой емоционалното състояние на болните се характеризира с повишена тревожност, напрегнатост и депресивност. Пациентът преживява тежко отделянето си от близките и от обичайния стереотип. За него източник на тревога са манипулациите с тялото му, неяснотата и неизвестността, липсата на контрол над себе си и ситуацията. Болничната институция е, от една страна, помощна инстанция, а от друга – заплаха с много неизвестни. Тази амбивалентност на отношението често пречатства лечението и пречи на възстановяването на болните [3].

Всяка ситуация, която застрашава живота е повод за голямо емоционално страдание [1]. Хората винаги са се страхували от болести. Според руския психолог Юрий Счербатих страхът от евентуални заболявания влиза в десетката на най-силните за човека страхове.

С особена сила това важи за болестите, които заплашват живота, защото приближават дадената емоция до страха от смъртта [2]. Приемането на неизлечима болест е една от най-големите трудности за пациентите. След конфронтация със сериозна болест, хората често се занимават със смисъла на своя живот [5].

Пациентът моделира своето поведение по отношение на собственото си здраве и здравните професионалисти, под влияние на болнични и социални фактори, произлизащи както от спецификата на заболяването, така и от социалния статус [6].

Поради индивидуалното си протичане и симптоматика, голяма част от заболяванията остават неразпознати, пренебрегвани или подлагани на самолечение от болните [7]. Тази тревожната тенденция изисква да се променят нагласите чрез създаване и внедряване на ефективни стимули, които да мотивират, за да се осигури качествена здравна грижа [4].

Цел: Да се проучи и анализира мнението на пациентите относно емоционалното им състояние в период на хоспитализация.

Материали и методи: Проучването е проведено през периода август-септември на 2013 година, сред 350 лежащо болни пациенти в лечебни заведения на територията на страната. Обхванатите болници са: НСБО „Дървеница“ – гр. София; МБАЛ „д-р Стамен Илиев“ – гр. Монтана; МБАЛ „Русе“ – гр. Русе; УМБАЛ „Георги Странски“ – гр. Плевен; МБАЛ „Хр. Ботев“ – гр. Враца; КОЦ – гр. Враца и УБ „Александровска“ – гр. София. В процеса на изследването са използвани документален, социологически и статистически методи. За проучване мнението на респондентите е разработена анкетна карта, съдържащи закрити и открити въпроси. Участието е доброволно и е гарантирана пълна анонимност на анкетиранияте. Данните от проучването са обработени чрез статистическата програма SPSS, а графиките са изготвени посредством

програмата Microsoft Excel.

Резултати и обсъждане

Възрастта на респондентите варира в границите от 18 до над 60 години. Разпределението е както следва: 40,2% от анкетиранияте са на възраст над 60 години, 33,4% са между 46-60 години, 20,5% са между 31-45 години, а най-малък е броят на анкетиранияте във възрастовата група от 18-30 години – 5,9%. От тях 61,9% са жени и 38,1% – мъже. Вижда се, че най-много боледуват хората в зряла възраст, като по-голям е процентът при жените.

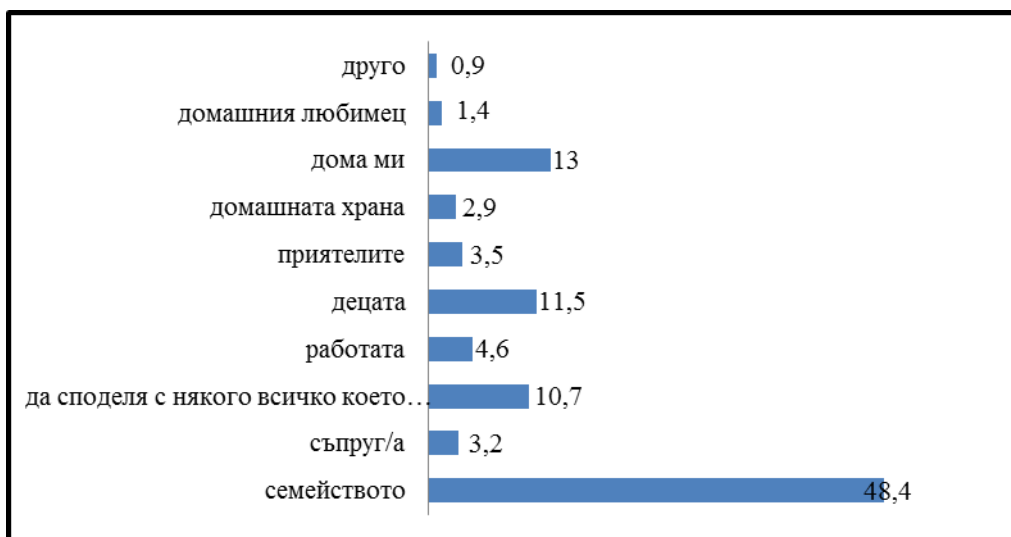
При 42,2% от респондентите заболяването датира от 6 месеца до 1 година, 32,5% боледуват от 1–5 години и 25,3% боледуват в рамките над 5 години. Това означава, че една не малка група от анкетиранияте пациенти са обект на постоянни грижи и хоспитализация. От пациентите – 45,0% постъпват за първи път в отделението, 30,5% – многократно, а 24,5% – за втори път (Табл.1).

Табл. 1. Характеристика на хоспитализираните на болни

Характеристика		Пациенти: N=350
Пол	Жена	61,9%
	Мъж	38,1%
Възраст	18-30 г.	5,9%
	31-45 г.	20,5%
	46-60 г.	33,4%
	Над 60 г.	40,2%
Продължителност на боледуване	От 6 месеца до 1 години	42,2%
	От 1 до 5 години	32,5%
	Над 5 години	25,3%
Брой хоспитализации в отделението	Първа хоспитализация	45,0%
	Втора хоспитализация	24,5%
	Многократно хоспитализация	30,5%

Болничното лечение, особено при пациенти, които нямат предварителен опит, често е придружено с тревожност и смут. При 48,4% от анкетиранияте болни, най-осезаема е липсата на семейството, дома – 13,0%, децата – 11,5%, да споделят с някого всичко което изпитват – 10,7%, работата – 4,6%, приятелите – 3,5%, съпруг/а – 3,2%, домашната храна –

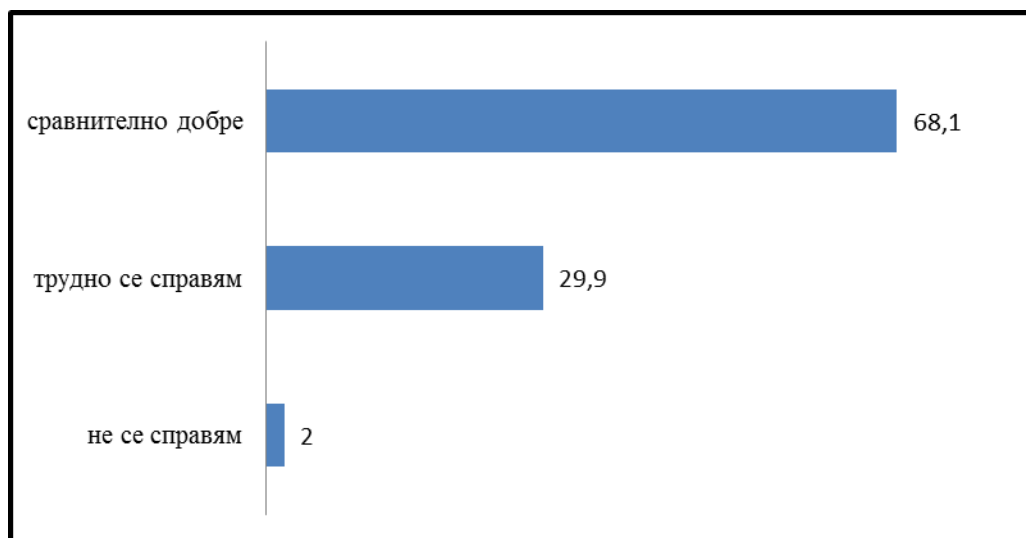
2,9%, домашния любимец – 1,4% и за 0,9% в графа друго това са разходките сред природата. Поведението на пациента се определя, от необходимостта за приспособимост към заобикалящата го среда. То се мени както от факторите на болничната среда, така и от личностните особености на пациента (Фиг. 1).



Фиг. 1. Фактори влијаеци на адаптацијата

Здравните проблеми на болните безпорно се отразяват върху цялостното им благополучие и емоционално състояние. Приемането на тежко хронично заболяване или на неизлечима болест е една от най-големите трудности за пациента. При изследването установихме,

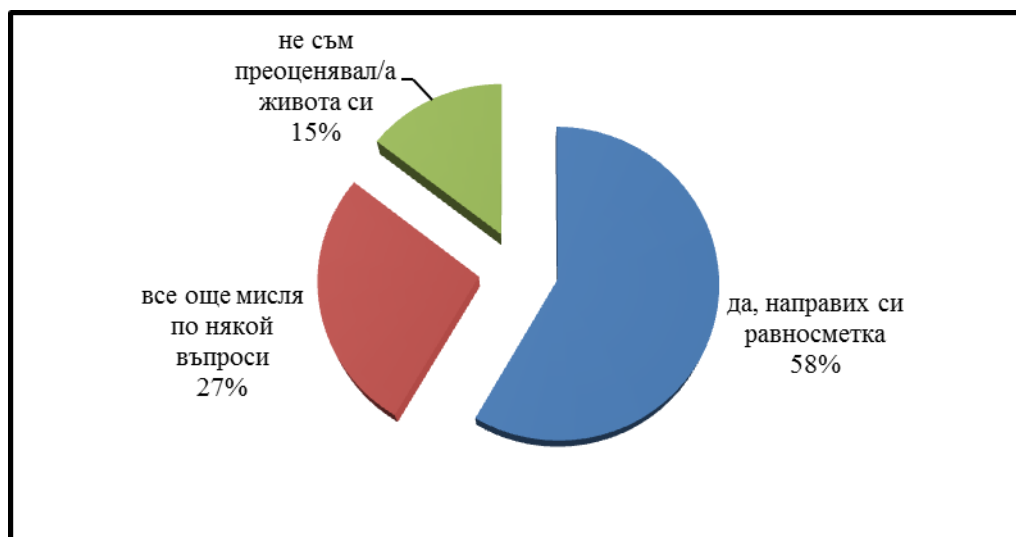
че 68,1% се справят „сравнително добре“ със заболяването, 29,9% – „трудно“ и 2,0% „не се справят“. Отговорилите „сравнително добре“ са статистически значимо най-много в сравнение с останалите $p < 0.05$ (Фиг. 2).



Фиг. 2. Справяне на болните с болестта

Болестта неминуемо дава отражение върху болните и е от съществено значение за качеството им на живот. Тя е причина 58,4% от пациентите да преоценят живота си, 27,1% все още мислят по някой въпроси и само

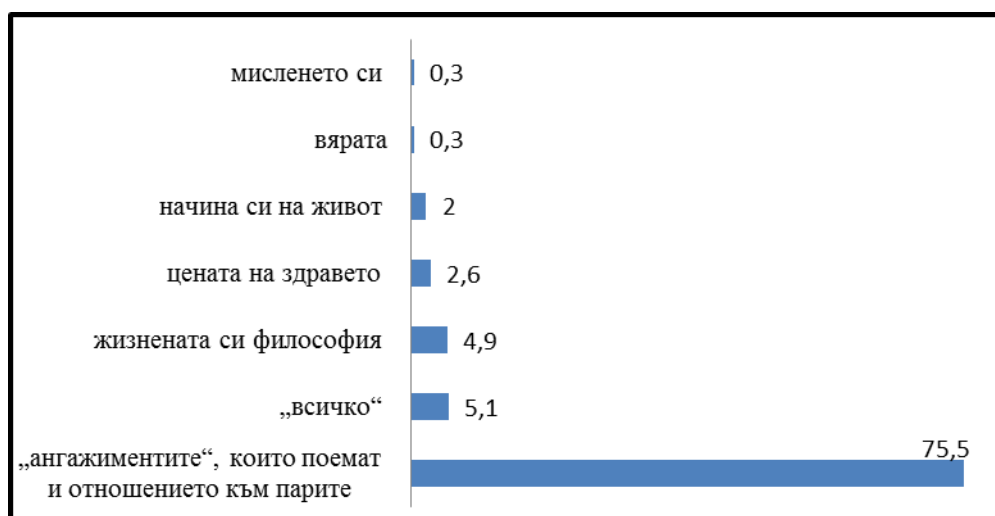
14,5% не са преценили живота си след установяване на заболяването. Отговорилите „да, направих си равностетка“ са статистически значимо най-много в сравнение с останалите $p < 0.05$ (Фиг.3)



Фиг. 3. Преценка на живота от болните

В свободен отговор анкетирани са преценили различни аспекти от живота си по време на боледуване. В най-голям процент първа група респонденти преоценяват „ангажиментите“, които поемат и „отношението към парите“ – 75,5%, „всичко“ – 5,1%, жизнената си философия – 4,9%, цената на здра-

вето – 2,6%, начина си на живот – 2,0%, смисъла на живота – 0,3%, вярата – 0,3%, мисленето си – 0,3%. Фактите красноречиво говорят, че болестта е многоизмерна и е възможно да придаде друг смисъл на живота на човека (Фиг.4).



Фиг. 4. Аспекти на преценката в живота

Запитахме болните: Как се чувстват по време на боледуване? При възможност за повече от един отговор, процентите са ранжирани както следва: повече от половината анкетирани – 52,3% се оповават на вярата в благополучният изход от заболяването, 40,0% се гневят, а за 22,3% надеждата дава енергия и сила за борба с болестта. В настроението на един болен могат да се забележат и неспокойствие – 16,0%, тъга – 15,4%, решителност – 11,7. Видно е, че духовният дистрес е свързан с духовно

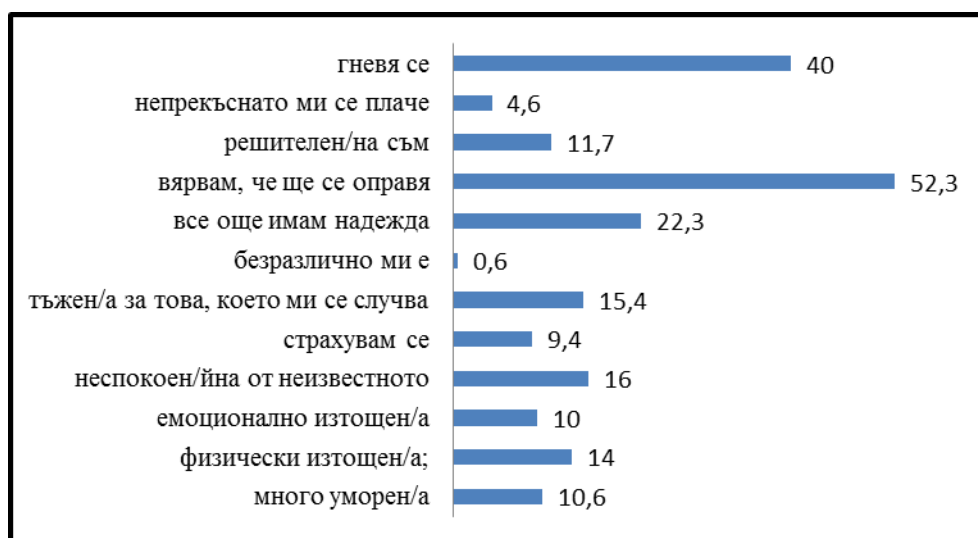
страдание и болка, гняв и отчаяние. Страх от неизвестността, социалната изолация и промяната в начина на живот неизбежно се отразяват върху душевното състояние на болния. За това, когато боледува душата, тя трябва да бъде лекувана. Това определя и очакванията и нуждата от разбиране и грижи, необходими за качеството на предлаганата здравна услуга. Снай-висок процент на отговорилите е „вярвам“, „гневя се“ и „надежда“ и те статистически значимо се отличават от другите $p < 0,05$ (Фиг. 5).



Фиг. 5. Самооценка на състоянието по време на хоспитализация

Страхът от заболяването отразява личните особености на всеки човек. От анкетираните болни само 28,5% не се страхуват, а останалите 71,5% изпитват страх. Причините за страховите изживявания на анкетираните са: страх от болката – 20,7%; страх от смъртта – 18,7%, страх от манипулации – 11,5%, страх

от изследвания – 10,4%, страх от самотата – 6,3% и като „друго“ – 3,7% от болните се страхуват от всичко. Получените резултати доказват, че болестният страх в период на хоспитализация изисква умение за общуване и взаимодействие с пациента (Фиг. 6).



Фиг.6. Страхови изживявания на болния

Заклучение

Проучването откри проблематика, обусловена от потребността на болните от холистична грижа, ориентирана към био-психосоциалния подход при предоставянето на здравни грижи в клинични условия. Тревожен е фактът, че повече от половината анкетирани пациенти – 57,8%, имат хронични и в напреднал стадий заболявания, които датират от години и се нуждаят от стационарно лечение

и само 42,2% от тях боледуват в рамките на 1 година.

Хроничните прогресиращи и онкологичните заболявания са сериозни предизвикателства както пред системата на здравеопазване, така и пред отделния пациент. Хроничната болест поставя болния пред промяна в приоритетите и преориентация на целия живот.

Литература

1. Аспарухова, П., Янкова, Г., Владимирова, Е., 2014. Качество на живот при пациенти с карцином на млечна жлеза. Сб. Научни доклади „Тринадесета национална научна сесия за студенти и преподаватели“. Плевен, с. 298.
2. Велкова, Б., 2011. Влияние на диагностичния рак върху психичното здраве на болния човек. *Управление и образование*. Том VII (2), с.150.
3. Крумова, Р., Спасов, Л., Михайлова, В., 2013. Психологично консултиране при хоспитализирани пациенти. *Неврология психиатрия*, 44, № 1, с.12.
4. Ламбрева, Д. 2012. Нагласите на българските медицински сестри за оказване на професионална психиатрична здравна грижа. *Сп Здравни грижи*, № 4, с. 24.
5. Маринова, П., Авторски колектив, 2007. *Палиативни грижи*. Изд. Български издател.София, с.10.
6. Павлова, С., 2013. Анализ на възникващите отношения между медицинската сестра и пациента в периода на хоспитализацията. *Управление и образование*. Том IX (5), с.99.
7. Янкулова, Е., Стефанов, С., Владимирова, Е., 2013. Гастроезофагеалният рефлукс – пренебрегваната болест . Сб. Научни доклади „XXI Юбилейна научна конференция за студенти и преподаватели“. Плевен, с. 99.

Петя Атанасова Аспарухова – асистент
Катедра „Здравни грижи“
МУ – София, Филиал „Проф. д-р. И. Митев“
– гр.Враца
Враца, Университетски комплекс, Корпус 1,
ет.1-2
тел: 0887298308
asparuhova_pa@abv.bg



**МЕТОДИКА НА РЕХАБИЛИТАЦИОННА ПРОГРАМА ПРИ ИЗОЛИРАНО СЧУПВАНЕ
НА ЛЪЧЕВАТА КОСТ В ДИСТАЛНАТА ТРЕТА С ИЗКЪЛЧВАНЕ НА ГЛАВИЧКАТА
НА ЛАКЪТНАТА КОСТ (СЧУПВАНЕ НА ГАЛЕАЦИ) –
ПРЕДСТАВЯНЕ НА КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ**

Петя Каснакова

**METHODOLOGY OF REHABILITATION IN ISOLATED FRACTURES OF ULNA
DISTAL THIRD WITH DISLOCATED HEAD OF ULNA (FRACTURE OF GALEAZZI) –
PRESENTATION OF THE CASE**

Petya Kasnakova

ABSTRACT: Fractures of the bones of the forearm are the most - common. About 25% of all fractures. Rehabilitation measures apply to the full restoration of movement in the elbow and wrist joints and to restore supinator and pronator movements of the forearm.

Keywords: Rehabilitation, fractures

Въведение

Счупванията на костите на предмишницата са едни от най – често срещаните. Около 25% от всички счупвания. Анатомичното възстановяване на счупването има голямо значение за по – нататъшната функция на крайника. И най – малката ъглова дислокация води до нарушения на функцията на предмишницата. Ограничават се пронацията и супинацията, флексията и екстензията на пръстите. Индиректната травма се получава при падане върху ръката. Костта се подлага на огъване и се получава фрактурна повърхност с кос или винтообразен ход. Счупването на Галеаци представлява счупване на лъчевата кост в дисталната трета с разместване на фрагментите и изкълчване на лакътната кост в дисталната радиоулнарна става. Лечението е едно от най – сложните[6].

Рехабилитационните мероприятия се прилагат да пълното възстановяване на движението в лакътната и гъривената стави, както и до възстановяване на супинаторните и пронааторни движения на предмишницата.

Целта на настоящето проучване е да покажем резултатите от рехабилитационното лечение на пациент с фрактура на Галеаци, да отчетем ефективността на прилаганата от нас в практиката методика на лечение, като основната задача е пълно и за кратки срокове

възстановяване на физическото и психическо здраве на пациента.

Завишените очаквания към по-бързо възстановяване, изискват изработване на ефективен подход за физиотерапевтично и рехабилитационно лечение на фрактурата.

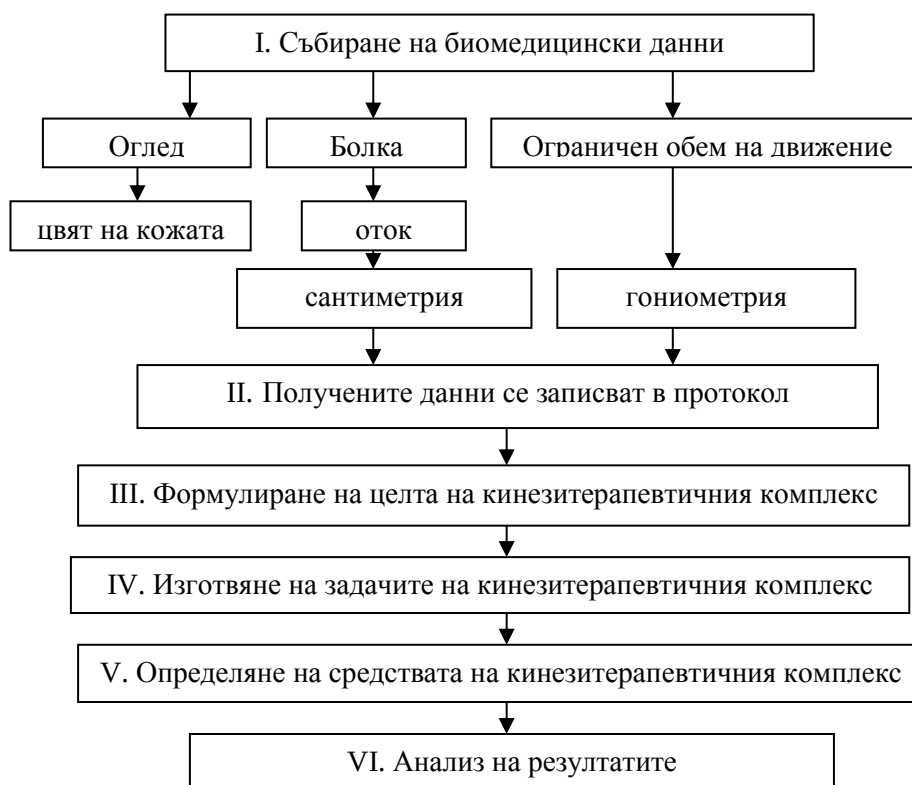
В практиката са наложени голям брой терапевтични методики при травматични състояния, но въпреки това има нерешени проблеми с лечение на това счупване.

Представяме данните от проведено от нас изследване, оценило тяхната ефективност.

Приложението на физиотерапевтичните методики, съчетани с кинезитерапевтичните процедури, е основен немедикаментозен подход при лечение на счупванията, съобразен с конкретното състояние на пациента.

Материал и методи: Обект на проучването е пациент с фрактура на Галиаци, лекуван в отделения по физикална терапия и рехабилитационна медицина на УМБАЛ „Св. Георги” - Пловдив, на който бе приложена комплексна рехабилитация, включваща кинезитерапия, масаж, физикална терапия в ранен и късен период през 2014 - 2015 г. В началото и края на рехабилитационните мероприятия са направени задължителните тестове и измервания, които показват функционално подобрене и възстановяване на двигателната функция на крайника. Следвахме следния поведенчески алгоритъм за изготвяне на рехабилитационна програма:

Поведенчески алгоритъм за съставяне на кинезитерапевтичен комплекс при фрактурата



Фиг. 1. Поведенчески алгоритъм за съставяне на рехабилитационна програма

Методиката на рехабилитационната програма в ранен следимобилизационен период включва лечебен масаж, физикална терапия, кинезитерапия и ерготерапия.

Важно е спазването на основните принципи на рехабилитацията: ранно начало, комплексност и етапност, последователност, индивидуален подход и периодичен контрол върху постигнатите резултати[1,2]

Рехабилитационните задачи са: профилактика на усложненията от имобилизацията, стимулиране на резорбцията на интерстициалния едем и хематом, ускоряване на срастването на фрактурата, възстановяване на обема на движение на засегнатите стави, както и на ставите, съседни на фрактурата, възстановяване на мускулната сила, профилактика и лечение на усложненията[3].

Методика на масажа. Масажните процедури се назначават още през имобилизационния период. Прави се масаж в зоната на сегмента от гръбначния стълб, за да се предотврати венозния застой поради инактивитета. След снемането на имобилизацията се прави масаж по определената за целта методика – частта над мястото на счупването, под него и

накрая върху него. Над мястото на счупването масажът се прави интензивно. Така ще се ликвидира настъпилата по време на имобилизацията атрофия на мускулите. При забавено образуване на калуса се извършва енергичен масаж на здравите околни тъкани. Те могат да се комбинират с точков, съединително-тъканен и сегментарен масаж. Прилага се и оттичащ масаж.

Физиотерапия: интерферентни токове, магнитно импулсно поле, ултразвук.[2]

Кинезитерапия: криотерапия с хидрогел, пасивни движения по физиологичните оси на движение за раменна става и китка в безболезнен обем, за лакътна става само активни движения, постепенно включване на контролирани активно - асистирани упражнения, активни упражнения от облекчено изходно положение за китка и пръсти, минимални изометрични контракции от облекчена позиция, постизометрична релаксация за лакътна става и за флексия и екстензия в китката без да се провокира болка, методи от проприоцептивно - нервно мускулно улесняване за релаксация на скъсените мускули. Свободни активни упражнения в пълен обем и срещу

съпротивление за раменната, лакътната и ставите на пръстите на незасегнатия крайник, трениране на широките захвати.[3]

В късен следимобилизационен период методиката на кинезитерапията включва:

Криотерапия с изометрия, лечебен масаж на предмишницата и манус, свободни активни упражнения в пълен обем и срещу съпротивление за раменната, лакътната и ставите на пръстите, аналитични упражнения за китка, упражнения срещу мануално съпротивление за пръсти и китка, упражнения с уреди и на уреди, механотерапия. Методите от проприоцептивно - нервно мускулно улесняване за засилване на хипотрофиралата мускулатура заемат централно място в терапевтичния комплекс[5]. Тренираме упражнения за сила на захвата, включително върхови захвати, ерготерапия и дейности от ежедневието, съобразени с възможностите на пациента.

Противопоказани като профилактика на алгодистрофия са:

- болезнени манипулации;

- пасивни мобилизации до консолидиране на фрактурата;

- енергичен груб локален масаж;

- топлинни процедури;

- полипрагмазия.

Резултати и обсъждане: Лечението е започнато на 10-тия ден след сваляне на имобилизацията и задължително след проведена рентгенография. В края на рехабилитационния курс при е проведено ново рентгеново изследване за обективизиране на лечебните резултати. Терапевтичната схема включваше курс от 4 по 10 процедури в продължение на 60 дни. Умерената болка не е противопоказание за започване на кинезитерапията.

Възстановяването на нормалната подвижност и функция на увредения крайник проследихме чрез динамометрия, гониометрия и сантиметрия. В периода на проучването основната ни задача бе увеличаване обема на движение (Таблица 2) и борба с отока (таблица 1), а преодоляването на мускулната атрофия е последващ етап в нашата работа.

Таблица 1. Проследяване на стойности показатели - обиколка и динамометрия при процедури свързани с борба с отока.

Показател - обиколка	В началото на програмата	В края на програмата
Предмишницата	23 см	20 см
Гривнена става	17 см	14 см
Длан през метакарпофалангиални стави	18 см	15 см
Динамометрия	17 кг	34 кг

Благоприятни са промените, които показват обема на движение в лакътна и

гривнена става в края на кинези-терапевтичното лечение:

Таблица 2. Проследяване на показатели - обем на движение в началото и края на програмата

Показател - обем на движение чрез метода SFTR	В началото на програмата	В края на програмата
Сагитална равнина: екстензия – флексия в лакътна става	$0^{\circ} - 50^{\circ} - 75^{\circ}$	$0^{\circ} - 10^{\circ} - 120^{\circ}$
Сагитална равнина: екстензия – флексия в гривнена става	$10^{\circ} - 0^{\circ} - 20^{\circ}$	$65^{\circ} - 0^{\circ} - 80^{\circ}$
Фронтална равнина: радиално – улнарно отвеждане	$0^{\circ} - 0^{\circ} - 10^{\circ}$	$20^{\circ} - 0^{\circ} - 50^{\circ}$
Ротационна равнина: супинация – пронация	$20^{\circ} - 0^{\circ} - 10^{\circ}$	$80^{\circ} - 0^{\circ} - 75^{\circ}$

Заклучение

Целта на рехабилитационните процедури при състояние след фрактурата на Галиац е

оптималното функционално възстановяване на засегнатия крайник.

Крайният резултат при пациента се основа на комплексна оценка на анатомичните, функционални и субективни критерии.

В представеното проучване, ние използвахме анализ на резултатите на рехабилитационния потенциал базата на следните параметри: функционален статус, обем на движение, сила на юмручния захват. За норма се приемат показанията на контралатералната ръка.

Най-добро повлияване на проследените показатели и на общата функционална оценка установихме при използването на рехабилитационния алгоритъм с включени магнитотерапия лечебен масаж и кинезитерапия[2,5].

В резултат на проведеното лечение отчехме подобрение с “много добро” функционално възстановяване. Установихме, че физиотерапевтичният курс, включващ интерферентен ток и магнитотерапия, оказва положително влияние върху болката като най-важен симптом в субективната преценка на пациентите след фрактурата, подобрява статистически достоверно обема на движение по отношение на екстензия-флексия, радиално-улнарно отвеждане в гъривнена става и пронация-супинация, ускорява калусното формиране.

Така изнесените резултати разкриват ефективността на приложената рехабилитационна програма. В заключение можем да кажем, че ранното прилагане на кинезитерапия при пациенти с фрактура на Галиаци по-

мага за по - бързото възстановяване функцията на увредения крайник и връщане на пациента към нормална битова, и трудова дейност.

Литература

1. Бонев, Л., П. Слънчев, Ст. Банков, 1973. *Ръководство по кинезитерапия*. Мед. и Физк. София, 309-310
2. Колева И. 2007. *Алгоритми за физикална превенция, терапия и рехабилитация на някои често срещани и социално значими заболявания*. София, 70-71
3. Каранешев Г. 1991. *Теория и методика на лечебната физкултура*, Медицина и физкултура. София, 193, 212-213
4. Попов Н. 2010. *Въведение в кинезитерапията - основни средства и методи*. НСА Прес, 153
5. Попов, Н., Ев. Димитрова. 2007. *Кинезитерапия при ортопедични заболявания и травми на горния крайник*, София
6. Ставрев П, А. Атанасов. 2004. *Ортопедия и травматология*. Пловдив, 118-119

Старши преподавател Петя Каснакова, дм
Медицински университет Пловдив
Медицински колеж
гр. Пловдив, ул. „Братя Бъкстон“ №120
e-mail: kasnakova_76@abv.bg



ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА ПРОГРАМА ЗА ОБУЧЕНИЕ НА СЕМЕЙСТВА С ДЕМЕНТНО БОЛЕН

Полина Балканска, Никола Георгиев

PSYCHOTHERAPEUTIC PROGRAMME FOR EDUCATION OF FAMILIES WITH DEMENTED PATIENTS

Polina Balkanska, Nikola Georgiev

ABSTRACT: *The demographic aging create considerable problems of the health care and the social service of the elderly with mentally disorders. The psychotherapeutic programme for education of the families with demented patient is a form for real psycho-emotional and social support of these families. The applying of a psychoeducation therapy contribute to the improving of the quality of the social service and is in an harmony with the European standards to a quality of the social care of the demented patients.*

Keywords: psychoeducation therapy, psycho-social support, patient, family, dementia.

Въведение

Демографското застаряване на население то поставя пред голямо изпитание семейството, здравните и социалните служби. С напредване на възрастта нарастват потребностите на старите хора от медицински грижи, социална закрила и помощ поради загуба на физически сили, психо-социална дезадаптация и нарастваща зависимост. Тенденцията към изолация с оттегляне в пенсия, разпадащата се семейна солидарност, ограничението на социалното обкръжение и прогресивно нарастващата заболяемост прави голяма част от старите хора безпомощни и самотни.

СЗО предвижда драматично увеличаване на лицата, страдащи от заболявания, свързани с напредналата възраст. Такова заболяване е деменцията / *Деменцията е синдром, дължащ се на болест на мозъка, обикновено от хронично или прогресиращо естество, при който се увреждат множество негови функции, включващи памет, мислене, ориентация, разбиране, смятане, възможности за изучаване, език и съждение. Този синдром се среща при болест на Алцхаймер, при болест на Паркинсон и други заболявания, засягащи първично или вторично мозъка* / - едно от най-мъчителните и трагични, "дехуманизиращи" заболявания в напреднала и старческа възраст. Тук трябва да подчертаем, че повечето възрастни и стари хора не развиват деменция. Тя не е неизбежен спътник на старостта. Де-

менция може да ни споходи и в зряла възраст, но най-вече е характерна за третата възраст. Затова трайното увеличаване на относителния дял на старите хора през последните десетилетия определя дементния синдром като значим медицински, социален, психологичен и икономически проблем на съвременното общество [1,3,5].

Епидемиологичните проучвания отчитат високо преобладаване на тази група разстройства сред възрастното население. Така например сред лицата под 65 годишна възраст 1 човек на 1000 души развива деменция; при лицата между 65 – 70 години – 1 човек на 25 души; при хората между 70 – 80 годишна възраст – това е 1 болен на 10 души, а над 80 годишна възраст – 1 човек на 4 души има деменция. Експертите са единодушни, че деменцията е един от най-значимите здравни и социални проблеми на XXI век [2,3].

Изключителната медико-социална значимост на това опустошаващо човешкия интелект заболяване е резултат както от високата заболяемост и прогресивната загуба на автономията на болните, така и от спецификата на необходимите грижи, изискващи изключителни здравни, морални и финансови разходи. Проучванията сочат, че грижите за пациент с болест на Алцхаймер са едни от най-стресогенните дейности в живота. Възрастта, личностните особености и поведението, възприето при ежедневното обгрижване на болния, са фактори, влияещи върху степента на

поносимост към такъв хроничен стрес, какъвто е гледането на възрастен безпомощен болен. За значителна част от тези пациенти се грижи брачният партньор. Тъй като болшинството болни са възрастни, децата, вече на средна възраст, често поемат обгрижването на болния родител. Тези деца са наречени “сандвич генерация”, тъй като често са приклучени между отговорностите на своя собствен живот – съпруг, деца, професия, домакинство – и голямото бреме на грижите за безпомощния родител. Освен грижите за болния, тези хора имат редица други отговорности. Отбелязват се емоционално напрежение и негативни ефекти върху професионалните задължения. Особено нуждаещи се от подкрепа (емоционална, социална, финансова) са хората, които са започнали да се грижат за болния си родител още в средна възраст [4].

Резултатите от проведено от нас мащабно проучване на 563 пациенти с дементен синдром, 173 семейства с такива болни и 12 домове за лица със сенилна и съдова деменция в нашата страна, категорично очертават огромните трудности, свързани със семейните грижи за възрастни пациенти с болестта на Алцхаймер или други деменции. Но те разкриват и висока толерантност към психично болния стар човек. Трябва да отбележим, че този факт в известна степен се дължи както на неприемливите условия в специализираните институции и дългите списъци от чакащи, така и на липсата на алтернативни форми за подкрепа. Въпреки протичащите вече десетилетия демографски и социални процеси към разпадане на три-генерационното семейство, естествената отзивчивост, съчувствие и чувство за отговорност на българина към възрастните родители и/или към другите членове на семейството, съществуват у повечето ни сънародници. На тази готовност за помощ и грижи към нуждаещия се стар родител или брачен партньор трябва да се помогне чрез организирането на система от алтернативни медико-социални и психотерапевтични форми за подкрепа на тези семейства.

Въз основа на анализиранияте резултати от проведеното проучване подготвихме *подходи и програми за разрешаване на психологични, социални и медицински проблеми, свързани с деменциите в напреднала и старческа възраст*. Те са съобразени както със съвременните тенденции в профилактиката и терапията на дементните заболявания, така и с реалните нужди на семействата с дементно

болни и медико-социалните институции, обслужващи такива пациенти в България. *Разработената система от действия* за осигуряване на продължителност на грижите за възрастните дементно болни включва обучение на кадри от сферата на здравните и социалните услуги, подобряване на координацията на първичните здравни грижи и социалните услуги, намаляване на институционализма чрез подпомагане на семейните грижи с алтернативни форми за подкрепа. Прилагането на тези мерки ще подпомогне семейните грижи, ще поддържа по-дълго време възможностите на болния за относителна автономност и така ще съдейства за намаляване на финансовите разходи на държавата за обслужването и лечението на тези болни в специализирани институции [1,3,4].

Дементното заболяване (особено болестта на Алцхаймер), поразило някой от семейните членове, е изключително изпитание за семейството. Семейните членове се нуждаят от специална подготовка за реалистично възприемане на болния и съответно преустройство в ежедневието на семейството, което би облекчило съвместния им живот. Оказва се, че в повечето случаи се налага близките сами да се справят с този проблем, налучвайки верния път в отношенията с болния, което ги затруднява твърде много. Така например установихме, че 76% от анкетиранияте 178 лица, полагащи грижи за възрастен дементно болен, не притежават необходимия обем от информация за дементния синдром и практически умения за справяне с поведенческите прояви на болния, което излишно затруднява и без това напрегнатото им всекидневие. Този факт определя неотложната нужда от създаване на действени форми за оказване на практическа психосоциална и емоционална помощ за засегнатите семейства. Значителна част от специфичните проблеми на тези семейства са свързани със задълбочаването на комуникативните проблеми на болния, предизвикани от деструктивния мозъчен процес. Те могат да бъдат до голяма степен преодоляни, ако хората, които се грижат за такъв болен, се научат КАК да общуват с него, т.е. ако се адаптират към определяните от болестта възможности на болния за комуникация.

Ето защо една от формите за оказване на социална и психоемоционална подкрепа на семействата с дементно болен е насочена към подпомагане на близките чрез обучаването

им подходящо поведение при общуване с болния [4]. Такова поведение предполага :

- знания за болестта;
- овладяване на умения за адекватно общуване с болния;
- съответна реорганизация в начина на живот в семейството.

Тази терапия се осъществява най-ефективно в групи за подкрепа на близките.

Основни цели в терапевтичната работа с близките

- Осведомяване за симптомите на болестта и снижаване на безпокойството, свързано с неизвестностите в протичането ѝ;
- Подпомагане по-реалистичното възприемане на болния и протичащите у него промени, намаляване на чувството за вина и безсилие;
- Практически съвети за адекватно реагиране на определени ситуации, произтичащи от разстройствата в поведението на болния; снижаване на семейния дистрес;
- Подпомагане на близките за осъществяването на необходимите промени в социално-психологичната среда, съдействащи за възможно най-дълго поддържане на функционалните способности на болния.

Методика

Терапевтичната работа протича под формата на обучаваща (едукативна) психотерапия, която се осъществява най-ефективно в затворена група с лимит за продължителност и брой участници. Групата, наброяваща 8 – 10 души, се води от геронтопсихолог. В зависимост от обсъжданата тема е подходящо да участва психиатър, социален работник или юрист. С поредица от психотерапевтични разговори семейните членове научават и обсъждат различни практически начини за обгрижване на дементно болния, овладяват някои техники за вербален и невербален контакт с него, споделят свои лични трудности и опит. Такива хора могат да чувстват дълбока тъга поради болестта на техния близък или пък лична загуба, когато той вече не е способен да прави нещата, които преди това е правил. Това може да предизвика у тях страх и безпомощност. Когато болестните симптоми на болния са променливи и непредвидими, обгрижващите се намират под постоянен стрес, защото не знаят какво да очакват. Сре-

щат трудности в планирането на бъдещето или дори във всекидневните дейности. Тревожността и безпомощността могат да се окажат изключително болезнени. Често такива хора изпитват вина – за болестта на своя близък, за това че не правят достатъчно, за да му помогнат, или пък затова, че изпитват понякога негодувание, гняв и безсилие пред болестта. В групата разглеждаме тези реакции като нормални, като очаквани при едно такова голямо изпитание за физическите и психични сили на полагащия грижи. По време на сесиите обсъждаме начини за снижаване на всекидневния дистрес – срещи с приятели, разходки сред природата, посещения на кино, театър, опера, работа в градината, медитация и други. Важно е да не допускат чувствата да бушуват в тях! В противен случай може да се стигне до изчерпване на психофизическите сили и поява на симптомите на “прегаряне” (burn-out).

Ефектът, към който се стремим, е психоедукативен. Това означава, че основният акцент на работата в групата принадлежи на информацията за болестта, обмяната на опит, овладяване на необходимото поведение (предлагане на определен модел) и интерперсонално обучение. Установяването на разбираеми отношения с дементно болния е изключително важна част от опита, който се получава в групата. В процеса на работа участниците получават усещането, че не са сами в своето нещастие. В групата се създава атмосфера на съпричастност, в която всеки може да изрази мислите и чувствата си към своя обръкан, зависим близък и свободно да сподели отношението си към ролята си на “болногледач”. Това спомага за снижаване на дистреса сред тези лица. Обмяната на опит от всекидневието с болния между членовете на групата и контактите, които се установяват тук, разчупват социалната изолация и са източник на нови социални връзки за тези хора.

Провеждат се индивидуални консултации и терапия с близките, които имат необходимост от такъв вид помощ. Освен в затворена група обучаващата психологична терапия с членове от засегнати семейства, се провежда и в отворена група. Това означава, че в определен ден от месеца всеки желаещ да получи повече информация и съвети по отношение на грижите за дементни пациенти, може да посети в установени часове консултативния кабинет. Броят на участниците в отворената група е неопределен, както и темите – непланувани

предварително. Такава група може да се води и от доброволен сътрудник, преминал през "ада" на деменцията.

Предлагането на някои подходи за преодоляване на поведенческите нарушения на болния им помагат да се справят по-успешно със стресовите ситуации при общуване с болния. Най-често проявите на страх, безпокойство и агресивност при пациентите с дементен синдром се дължат на особеностите в протичането на болестта. Затова много "странности" и неприемливи действия в тяхното поведение биха станали разбираеми за околните, ако те предварително са информирани за тях, и се опитат с повече търпимост да надникнат в чуждия, объркан от деменцията, свят на болния. Един от най-съществените проблеми на съвместния живот с дементно болния е т.нар. "скитане" извън дома. Случва се той/тя да излезе без придружител навън и да не намери обратния път поради напредналите паметови нарушения. Още повече, че поради влошените комуникативни способности, "скитникът" не може да обясни сам поведението си.

Поради голямото значение на социалните взаимоотношения между болния и грижещите се за него, в терапевтичната работа с близките са включени елементи на системна терапия за осмисляне, анализиране и смекчаване на вътрешносемейни конфликти, които оказват огромно натоварване върху семейните членове. Терапията е насочена към промяна на вербалните и невербалните интеракционни модели в семейството като социална система, тъй като болестта води до нарушения в комуникацията и поведението не само на болния, но и на хората, свързани с него във всекидневието. Подчертаният интерес и проявено разбиране към всеки конкретен случай както и стремежът към разкриване на дълбоките причини за индивидуалните трудности в обгрижването на болния водят до смекчаване на кризисните ситуации.

Заклучение

Актуалността и значението на обучаващата психологична терапия в медико-социалното обслужване на дементно болни и техните семейства е подчертана и в Международната стратегия за действие по политиката на възрастните 2002, която поставя изисквания за промени в политиката и практиката на държавните и обществените сектори, за да се създадат подходящи условия за развитие,

здравно и социално благополучие на хората от третата възраст [3].

В Стратегията се посочва необходимостта от реализирането на *дейности за повишаване качеството на живот на възрастните психично болни*, между които съществено място заемат:

- развитието на национални и регионални стратегии, насочени към справяне с психичните болести при възрастните, включващи диагностични процедури, професионална и психотерапевтична обучителна програма и обучение за полагане на адаптивни грижи от членовете на семейството;

- осигуряването на програми за подпомагане на хора, болни от болестта на Алцхаймер или други видове деменция, които да отговарят на техните специфични нужди;

- насърчаване на разпространението на публична информация за симптомите, лечението и последствията от деменциите и други.

Практиката утвърждава обучаващата груповата психотерапия с близки на пациенти с дементен синдром като основно форма за реална психоемоционална и социална подкрепа, която съдейства за редуциране на семейния дистрес и намаляване на социалната изолация, в която неминуемо попадат хората, засегнати от деменцията.

Литература

1. Балканска П., 2003. Възрастният човек като пациент, Клинична геронтопсихология, Булвест 2000, София.
2. Балканска, П. 2003. Съвременни подходи в медицинското и социалното обслужване на възрастни пациенти с дементен синдром. Здравен мениджмънт, том 3,1, 34-39.
3. Международна стратегия за действие по политиката на възрастните 2002 – материали от Втората световна асамблея по проблемите на застаряването, април 2002, Мадрид, бюлетин на МТСП, 2-28.
4. Balkanska, P. 2012. Communication Problems Within Families With Patients With Dementia, Psychological Thought, Vol. 5(2), 106–112.
5. Quality Management for the Care of Elderly – a Project with 29 Pilot-homes in 7 Countries, EU Social Service Conference, Vienna, 21.06.2006.

Проф. Полина Балканска, дм
Факултет по обществено здраве, МУ - София
1527 София, ул. „Бяло море” №8
e-mail: p_balkanska@abv.bg



ОБУЧЕНИЕ НА ЗДРАВНИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ ВЪВ ВРЪЗКА С ПРОМОЦИЯ НА КЪРМЕНЕТО - РЕАЛНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВИ

Радка Горанова- Спасова

TRAINING OF HEALTH PROFESSIONALS ON BREASTFEEDING PROMOTION – REALITY AND PERSPECTIVES

Radka Goranova- Spasova

ABSTRACT: *Although there is a large volume of evidence on health benefits of breastfeeding, breastfeeding rates in Bulgaria remain low. The World Health Organization (WHO) and UNICEF in numerous documents emphasize the need for well-trained health professionals to lead the movement of breastfeeding promotion. This paper reveals the willingness of health professionals for further training on breastfeeding promotion and proposes a course for continuing education.*

Keywords: breastfeeding promotion, continuing education, health professionals

Въведение

За развиващите се страни е доказано, че изключителното кърмене има голяма протективна роля по отношение на детската смъртност и тежка заболяемост. Въпреки че се установява тенденция за намаляване на детската смъртност в България, по данни на Евростат нивото ѝ е двойно по-високо от средното за страните членки на ЕС (28).

В икономически развитите страни и в страните в преход значението на кърменето във връзка с общественото здраве често е подценявано.

Доказателствата за здравните ползи от кърмата и кърменето, както в развиващите се, така и в индустриализираните страни, са значителни (Ip, Chung, Raman et al., 2007). Ползите за здравето на кърмачето се изразяват в понижен риск от: атопичен дерматит, бронхиална астма, инфекции на долните дихателни пътища, инфекции на храносмилателната система, възпаление на средното ухо, диабет тип 1 и 2 (Horta, Victora, 2013; Ip et al. 2007). Кърменето намалява риска от развитие на повишено артериално налягане и висок серумен холестерол в зряла възраст, както и от някои ракови заболявания в детска възраст – като левкемии (Horta et al., 2013).

Ползите за кърмещата жена се изразяват в отлагане на следваща бременност, по-бързо възстановяване на теглото от периода преди

бременността, понижен риск от следродилна депресия, понижен риск от пременопаузен рак на гърдата и рак на яйчника, понижен риск от фрактура на бедрената кост (Ip et al. 2007). Ползите от естественото хранене за семейството и общността включват по-рядко отсъствие от работното място, поради намалена заболяемост в семейството, намаляване на разходите за храна и здравни грижи, ползи за околната среда, поради намалена употреба на горива, лекарства, пластмаси и отпадъци, свързани с изкуственото хранене.

Три са главните препоръки на СЗО и УНИЦЕФ по отношение на естественото хранене: 1/ ранно начало на кърменето (през първия час след раждането); 2/ изключително кърмене¹ през първите шест месеца от живота на бебето и 3/ продължаващо кърмене до 2 години и след това в съответствие с желанието на майката и детето (WHO, 2001).

За да може глобалните препоръки за храненето на бебетата и малките деца да се прилагат повсеместно, СЗО посочва няколко приоритетни области, сред които е и обуче-

¹ Изключително кърмене – прием единствено и само на майчино мляко от раждането през първите 6 месеца (26 седмици) от живота на детето, без прием на други храни и напитки, включително вода, като при необходимост може да се приемат витамини, минерали и медикаменти.

нието на медицинските професионалисти по въпросите на кърменето.

През м. май 2002г. на 55-тата Световна здравна Асамблея СЗО и УНИЦЕФ изработват “Глобална стратегия за хранене на кърмачето и малкото дете” с цел да се привлече световното внимание и да се акцентира върху значението, което хранителните практики имат върху растежа и развитието, здравето и оцеляването на кърмачетата и малките деца. Документът на СЗО подчертава необходимостта от стимулиране на кърменето, насърчаване на майките, подкрепа от страна на здравните и държавните институции и апелира за привилегии на кърмещите жени. В съответствие с принципите на *Глобалната стратегия* здравните специалисти трябва да притежават основни познания, за да подкрепят, промотират и защитават кърменето.

Проблемите във връзка с храненето на кърмачетата и малките деца са частично засъществени в основните курсове на обучение на лекари, медицински сестри, акушерки и други здравни специалисти. Поради липсата на адекватни знания и умения, медицинските лица вместо да подпомогнат естественото хранене, често се явяват пречка за подобряване на хранителните практики.

Познанията на здравните специалисти във връзка с естественото хранене се смятат за най-съществен фактор, предопределящ подкрепящото отношение (Bernaix, 2000, Register, Egen, Lowdermilk, Hammond, Tully, 2000). Провеждани са множество количествени изследвания във връзка с познанията и отношението на здравните специалисти към кърменето и е установено, че те варират между различните професионални групи (Brodribb, Fallon, Jackson et al., 2009). Общопрактикуващите лекари и педиатрите във Великобритания смятат, че притежават сравнително добри знания във връзка с кърменето, но се установяват значителни пропуски (Wagner, Greer, 2008). Проучване, проведено в Австралия открива дефицит в знанията на акушерките. Познанията им за имунологичната роля на майчината кърма, техниките за поддържане на лактацията и диагностиката и лечението на абсцеса на гърдата по време на периода на лактация се оказват незадоволителни. По-големият трудов стаж, личният опит с кърменето над 3 месеца и международното сертифициране за консултант по кърмене са фактори за по-високи резултати на представения им тест (Cantrill, Creedy, Cooke, 2003).

Личният опит в кърменето се свързва с по-голяма увереност на здравните специалисти в техните познания. Много от тях го посочват като най-добър източник на информация във връзка с естественото хранене. Нагласата на медицинските професионалисти към естественото хранене също е фактор за подкрепящото поведение (DiGirolamo, Grummer-Strawn, Fein, 2003).

Пречките пред здравните специалисти да подкрепят кърменето също са обект на много изследвания. Към тях се отнасят липсата на достатъчна подготовка (Brodribb, Jackson, Fallon, Hegney, 2007; Smale, Renfrew, Marshall, Spiby, 2006), липсата на личен опит в кърменето (Brodribb et al., 2007), малкото професионален опит и липсата на време.

Обучението във връзка с кърменето на здравните специалисти в други страни е описано като „неадекватно“ и „фрагментирано“ (Smale et al., 2006). Значението на такова обучение е голямо, защото е доказано, че подобрява знанията и отношението към кърменето (Cattaneo, Buzzetti, 2001; Ingram, Rosser, Jackson, 2005). Методите на обучение включват практики, основани на “Breastfeeding Management Course” (Курс за мениджмънт на кърменето), който е разработен от СЗО и УНИЦЕФ през 1993г. в подкрепа на инициативата „Болници-приятели на бебето“ (ИБПБ), мултимедийни програми (Kronborg, Vaeth, Olsen, Harder, 2008) и самообучение. През 2009г. СЗО и УНИЦЕФ преразглеждат и обновяват 18-часовия курс за „мениджмънт на кърменето“ като го удължават на 20 часа, от които поне 4.5 часа трябва да се отделят за клинична практика (WHO, UNICEF, 2009). Практическата ориентираност на обучението подобрява нагласата на здравните професионалисти към кърменето (Ekstrom, Widstrom, Nissen, 2005). Според проучване, проведено в малка селска болница в Канада, обучителна сесия по проблемите на естественото хранене с продължителност 1.5 часа, с участието на сестринския персонал, води до значително повишаване на ефективността на ИБПБ. Целта на обучението е била да повиши нивата на изключително кърмене, да създаде положително отношение и нагласа сред персонала и да подобри сътрудничеството с ИБПБ. След седем месеца оценката показвала, че изключителното кърмене се е повишило с 23 % (от 31% на 54 %) и по-малко медицински сестри са предлагали на майките добавка от адаптив-

рано мляко (45% срещу 87% преди обучението) (Martens, 2000).

Проучване в един от най-големите университети в Хонг Конг изследва ефективността на обучителна интервенция по отношение на храненето на бебетата и малките деца, проведена върху студенти бакалаври по здравни грижи. Изследваната група от 111 души получава 10 часа дидактически инструкции и 8 часа клинична практика в перинатални отделения, докато контролната група от 162 студента не получава допълнително обучение. При изследваната група се наблюдава по-чувствително асоцииране на кърменето с ползите за майката и бебето. Заключение на авторите е, че стратегиите за промоция на кърменето често са пренебрегвани в учебните програми на професионално ниво (Dodgson, Tarrant, 2007).

В България обучението във връзка с кърменето по време на основния курс на акушерки, медицински сестри и лекари е непълно и фрагментирано като част от други дисциплини: анатомия, физиология, педиатрия, акушерство и гинекология и хигиена на храненето. Националната асоциация „Подкрепа за кърмене“ провежда ежегодни курсове за продължаващо обучение на медицински лица (акушерки, медицински сестри, фармацевти, лекари и друг специализиран медицински персонал) (Консултативен кабинет по кърмене УМБАЛ „Майчин дом“ София <http://karmene.wordpress.com>).

Цел

Целта на настоящата статия е да се проучи желанието на здравните специалисти за допълнително и продължаващо обучение по въпросите на кърменето и да се предложи модел на тематичен курс за подобряване на знанията и отношението им към проблема. Представените резултати са част от по-общирно проучване на същия автор.

Материали и методи

Между м. април- м. октомври 2013г. под формата на пряка индивидуална анкета беше проведено проучване на тема „Познания, отношение и нагласи на медицинските специалисти към кърменето“. Участие взеха 169 души, сред които акушерки, медицински сестри от общ профил и педиатрични медицински сестри, както и завършващи студенти от спе-

циалностите „акушерка“ и „медицинска сестра“ в МУ- София.

Резултати и дискусия

Табл. 1. Разпределение на участниците по възраст, пол, специалност и трудов стаж

	Медицинска сестра N=105 %	Акушерка N= 60 %
Възраст (в години)		
<25г.	8.6%	5.5%
26- 30г.	5.4%	4.2%
31-35г.	9.1%	7.9%
36-40г.	14.6%	9.7%
>41г.	26.2%	8.5%
Пол		
Жени	62%	36.4%
Мъже	0.6%	0%
Трудов стаж		
Практикуващи здравни специалисти	51.5%	26.1%
Стажант здравни специалисти	12.1%	10.3%
Личен опит с кърменето		
Без личен опит	38.7%	61.2%
<6м.	30.1%	18.5%
>6м.	31.2%	20.3%

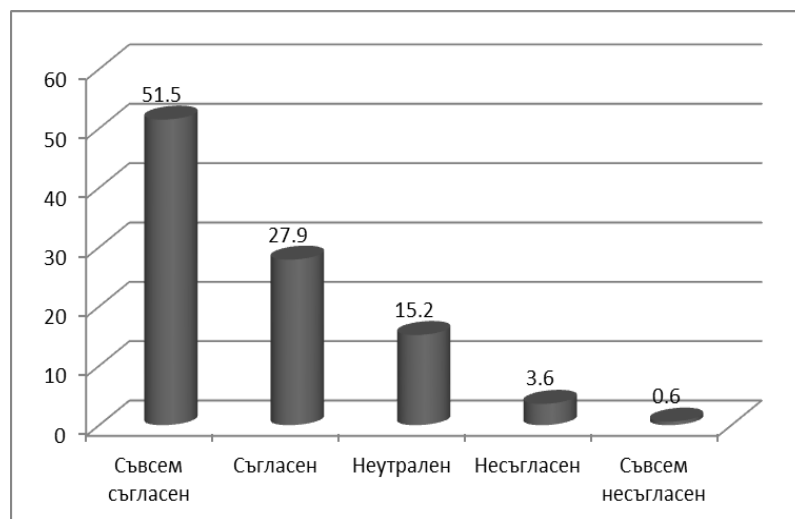
За твърдението „Обучението по въпросите на кърменето е необходимо в основния курс“ 79.4% от анкетираните посочват, че е вярно, 15.2% остават неутрални. Значителен дял от стажант медицинските сестри и стажант акушерките са съвсем съгласни и съгласни с твърдението и зависимостта е статистически значима ($\chi^2 = 10,949$, $p = 0,012$). (Фиг.1)

Колкото и рутинен да изглежда самият процес на кърмене, много автори установяват, че се касае за заучено поведение, за което жените се нуждаят от практическа подкрепа и насоки. 13.3% от анкетираните здравни специалисти са участвали в допълнителен курс за обучение по въпросите на естествено-

то хранене и 66.1% биха участвали в подобен курс (табл. 2).

Най-голям дял от анкетираните акушерки изявяват желание за участие в продължаващо обучение по темата (82.5%) (Табл.2). Повече-

то предпочитат практическото обучение с ментор (36.4%) пред индивидуалното обучение с предоставени материали (24.2%) и дистанционно, интернет базираното обучение (14.5%) (фиг. 2).



Фиг. 1. Обучението по въпросите на кърменето е необходимо в основния курс

Специалност		Бих участвал в допълнителен курс на обучение по проблемите на кърменето		
		Да	Не	Общо
Медицинска сестра	Брой	52	31	83
	%	62.7%	37.3%	100.0%
Акушерка	Брой	33	7	40
	%	82.5%	17.5%	100.0%
Стажант мед. сестра	Брой	15	5	20
	%	75.0%	25.0%	100.0%
Стажант акушерка	Брой	9	7	16
	%	56.2%	43.8%	100.0%
Общо	Брой	109	50	159
	%	68.6%	31.4%	100.0%

Табл. 2. Отговори на въпроса „Бих участвал в допълнителен курс на обучение по проблемите на кърменето“



Фиг. 2. Предпочитани форми на допълнително обучение в %

Глобалните препоръки във връзка с естественото хранене в кърмаческа и ранна детска възраст и резултатите от собственото проучване на знанията и нагласите на здравните специалисти във връзка с тях, дават основание да се разработи едnodневен тематичен курс за продължаващо обучение на медицински сестри, акушерки и други здравни специалисти във факултетите по Обществено здраве в страната.

Тематичният курс, който предлагаме, поставя акцент върху съвременните глобални препоръки за защита, промоция и подкрепа на кърменето, които са насочени към подобряване на общественото здраве и в частност майчиното и детското здраве. Считаме, че допълването на знанията по темата съдейства за изграждане на по-добро отношение и ангажираност в промоцията на кърменето и допринася за професионалното усъвършенстване на медицинските кадри в съответствие с европейските директиви.

1. Аудитория

Обучението е насочено към акушерки, медицински сестри и други здравни специалисти, желаещи да повишат и актуализират знанията си за глобалните препоръки във връзка с кърменето.

2. Цел и задачи на тематичния курс

Целта на тематичния курс е да се подобрят знанията и отношението към кърменето на здравните специалисти.

Професионалните задачи, заложи в курса са следните:

- Да бъдат запознати здравните специалисти с ползите от естественото хранене за здравето на майката и детето;

- Да бъдат представени най-добрите практики във връзка с кърменето на бебето и малкото дете в съответствие с международни и национални препоръки;

- Да бъдат представени научни доказателства за ползите от изключителното и продължаващо кърмене;

- Да бъде дискутирана ролята на обществената подкрепа за кърменето.

3. Организация по време и място

Курсът се провежда под формата на семинар от 6 учебни часа в рамките на един работен ден. Участие в семинара могат да вземат до 20 курсиста от специалности „Медицинска сестра“ и „Акушерка“ на направление Здравни грижи и други здравни специалисти, проявяващи интерес към темата. Поставените теми се разглеждат с активното участие на курсистите. Обучението се осъществява от университетски преподавател в учебна зала на висшето медицинско училище.

4. Тематичен план

- Състав на кърмата;
- Здравни ползи от кърмата и кърменето за детето;
- Здравни ползи от кърменето за майката;
- Икономически и екологични ползи от кърменето;
- Противопоказания за кърмене;
- Препоръки във връзка с естественото хранене:
 - Препоръки на СЗО и УНИЦЕФ;
 - Препоръки на ЕС;
 - Препоръки в България;
- Роля на обществените групи за подкрепа на естественото хранене.

Заклучение

Въпреки че кърменето все още остава пренебрегвано като ресурс на общественото здраве, значението му за подобряването на детското и майчиното здраве е доказано. Една от десетте стъпки в „Десет стъпки за успешно кърмене“ на инициативата „Болници- приятели на бебето“ е именно „Всички сътрудници да бъдат обучени теоретически и практически, за да могат да изпълняват основните насоки за поощряване на кърменето“. От голямо значение е както актуализирането на учебните програми в основния курс на обучение, така и утвърждаването на курсове за продължаващо и следдипломно обучение за повишаване компетентността на вече практикуващите здравни специалисти.

Литература

1. Консултативен кабинет по кърмене УМБАЛ „Майчин дом“, София. <http://karmene.wordpress.com>
2. Bernaix L.W., 2000. Nurses' attitudes, subjective norms, and behavioral intentions toward support of breastfeeding mothers. *J Hum Lact* 16, 201-209.
3. Brodribb W., A. B. Fallon, C. Jackson, D. Hegney, 2009. Breastfeeding knowledge - the experiences of Australian general practice registrars. *Aust Fam Physician* 38, 26-29.
4. Brodribb W, C. Jackson, A. B. Fallon, D. Hegney. 2007. Breastfeeding and the responsibilities of GPs: a qualitative study of general practice registrars. *Aust Fam Physician* 36, 283-285.
5. Cantrill R.M., D.K. Creedy, M. Cooke, 2003. An Australian study of midwives' breastfeeding knowledge. *Midwifery*, 19(4):310-7.
6. Cattaneo A., R. Buzzetti, 2001. Effect on rates of breast feeding of training for the baby friendly hospital initiative. *BMJ* 323, 1358-1362.
7. DiGirolamo A.M., L.M. Grummer Strawn, S.B. Fein, 2003. Do perceived attitudes of physicians and hospital staff affect breastfeeding decisions? *Birth* 30, 94-100.
8. Dodgson J.E., M. Tarrant. 2007. Outcomes of a breastfeeding educational intervention for baccalaureate nursing students. *Nurse Educ Today*, 27 (8): 856- 67.
9. Ekstrom A., A.M. Widstrom, E. Nissen, 2005. Process-oriented training in breastfeeding alters attitudes to breastfeeding in health professionals. *Scand J Public Health* 33, 424-431.
10. Horta B.L., C. Victora, 2013 Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. Geneva: WHO.
11. Ingram J., J. Rosser, D. Jackson, 2005. Breastfeeding peer supporters and a community support group: evaluating their effectiveness. *Matern Child Nutr* 1, 111-118.
12. Ip S., M. Chung, G. Raman et al., 2007. Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* 153, 1-186.
13. Kronborg H., M. Vaeth, J. Olsen, I. Harder, 2008. Health visitors and breastfeeding support: influence of knowledge and self-efficacy. *Eur J Public Health* 18, 283-288.
14. Martens P.S., 2000. Does breastfeeding education affect nursing staff beliefs, exclusive breastfeeding rates and BFHI compliance? The experience of a small rural Canadian hospital, *J Hum Lact*: 16(4); 309- 318.
15. Register N., M. Eren, D. Lowdermilk, R. Hammond, M.R. Tully, 2000. Knowledge and attitudes of pediatric office nursing staff about breastfeeding. *J Hum Lact* 16, 210-215.
16. Smale M., M.J. Renfrew, J.L. Marshall, H. Spiby, 2006. Turning policy into practice: more difficult than it seems. The case of breastfeeding education. *Matern Child Nutr* 2, 103-113.
17. WHO & UNICEF, 2009. Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. Geneva, Switzerland.
18. WHO, 2001. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an expert Consultation. Geneva, Switzerland.

Radka Goranova- Spasova, MD, PhD
Faculty of Public Health, Medical University-
Sofia
8 Bialo More
1527 Sofia, Bulgaria
e-mail: radka.goranova@gmail.com



ГАЗОВА ХРОМАТОГРАФИЯ ВЪВ ФАРМАЦЕВТИЧНИЯ АНАЛИЗ. НАСОКИ ЗА ВЗЕМАНЕ НА МЕТОДОЛОГИЧНИ РЕШЕНИЯ

Светлана Георгиева, Любен Григоров, Таня Топалова, Мая Георгиева

GAS CHROMATOGRAPHY OF THE PHARMACEUTICAL ANALYSIS. GUIDELINES FOR MAKING OF METHODOLOGICAL DECISIONS

Svetlana Georgieva, Lyuben Grigorov, Tanya Topalova, Maya Georgieva

ABSTRACT: *The rapid development of gas chromatography is completely understandable if one considers the great opportunities for its use, both in scientific researches and in pharmaceutical production. It is the primary method underlying of the modern pharmacopeia - European, American, Russian and others. Because of the complex chemical composition of the drugs, sometimes it's impossible their analysis by approved methods. In such cases chromatographist in the pharmaceutical field must take methodological decisions based on the chemical composition of the drug. Therefore, there is place for creative methodological decision and the most important is the end result to satisfy the quality of analysis.*

Keywords: pharmaceutical analysis, gas chromatography, methodological decision

Във връзка със значителното разширяване на производството на лекарствени средства и препарати в световен мащаб, с тяхното широко използване в практиката и с цел да се гарантира ефективност и безопасност при употребата им, особено важно значение имат въпросите, свързани със стандартизацията и контрола им.

Проблемите за качеството на лекарствени форми и препарати се решават с помощта на методите на фармацевтичния анализ, който включва всички химични, физични, физико-химични и биологични методи, прилагани при проверката на качеството на лекарствени форми и препарати, съобразени със съответните фармакопеи, нормативни документи и сертификати за качество на съответните страни производители [5].

Като част от аналитичната химия, във фармацевтичния анализ се прилагат всички аналитични средства - от вече рутинните цветни и утаечни реакции, титруване в неводни среди, ултравиолетова (УВ) и инфрачервена (ИЧ) спектрометрии, водородния и ядрен магнитен резонанс, хроматографиите и електрохроматографиите, електрохимичните методи (в т.ч. селективни електроди) до атомно абсорбционна и с индуктивно свързана плазма спектрометрии, електронна микроскопия за химичен анализ (в т.ч. форсирана

атомна микроскопия, сканиращи електронна и тунелна микроскопия), серията Х-лъчеви спектроскопии и др. Това се предопределя от факта, че във фармацията се борави с огромен брой обекти - от фито и органо-препарати до синтетични моносъединения през комплексни форми от типа на многокомпонентни сиропи или поливитаминни таблетки до ферментазионни среди и екстракти от природни и животински продукти. Разбира се тази огромна гама от продукти не се подлага винаги на пълен анализ. Има абсолютно задължителни показатели, желателни показатели и информационни показатели. За първите стойността трябва да се определи и качествено и количествено. За останалите - по договореност с потребителя.

Основните въпроси, които аналитикът в областта на фармацевтичния анализ трябва да изясни с потребителя на аналитичния резултат, преди да реши как да проведе анализа, са:

- каква е химичната структура на обекта (-тите), които ще определя? Ако тя е известна - да я потвърди (етап идентифициране);
- колко на брой са интересующите потребителя аналитични резултати, (етап подбор на аналитичен(ни) метод(и));
- има ли аналитични (химични) данни за обектите и матрицата;

- има ли мостри (еталонни вещества) за тях;
- с каква точност трябва да бъдат представени количествените данни, (етап подбор на химиметрични методи);
- за какви цели ще се използва създадената методика за анализ, (етап удостоверяване на аналитичния метод) и определяне вида на показателя - задължителен, информационен или с друга цел).

Съвсем очевидно е, че ако химичната структура не е известна. Лекарственото средство може да се използва само в народната медицината, или сред клинични изпитания на стандартизиран по физикохимични показатели продукт. Съвременните международни изисквания на държавните организации за контрол на условията за живот на хората все повече ограничават употребата на лекарствени средства без изяснена структура или поне да са с ясни и категорично определяеми еднозначни показатели. Това разширява безспорната роля на фармацевтичния анализ във фармацевтичната промишленост и в областта на т. нар наука за живота (life science).

Данните в литературата за използваните аналитични методи във фармацевтичната промишленост са оскъдни, но позволяват да се направи едно приблизително заключение за динамиката на тяхното приложение [4].

Оценка за мястото на хроматографските методи сред останалите аналитични методи показва, че публикациите засягащи газовата хроматография са преобладаващи.

Газова хроматография

Газовата хроматография (ГХ) е хроматография, при която подвижната фаза е газ или пари. Когато неподвижната фаза е адсорбент (въглен, силикагел) хроматографията се нарича газоадсорбционна, ГАХ (на английски - gas-solid chromatography, GSC). Когато върху инертен твърд носител е нанесен течен филм, се използват две названия газо-течна или газо-разпределителна хроматография (ГТХ). Доколкото при всяка хроматография има раз-

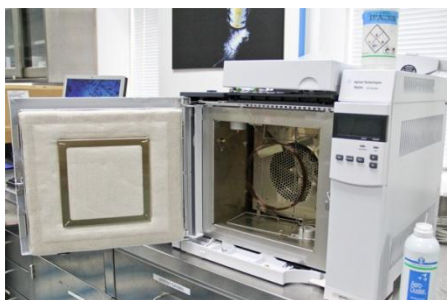
пределение на анализа между двете фази, газо-течна хроматография е по правилно назоваване [4].

Газовата хроматография е един от съвременните методи за анализ на газови смеси или на вещества след превръщането им в газообразно състояние. Тя е метод за разделяне и съчетано паралелно с него количествено определяне на веществата в газообразно състояние (газ или пари). Състои се в пропускане на изследваната проба през хроматографска колона и анализиране на напускащите колоната газове с помощта на подходящ детектор.

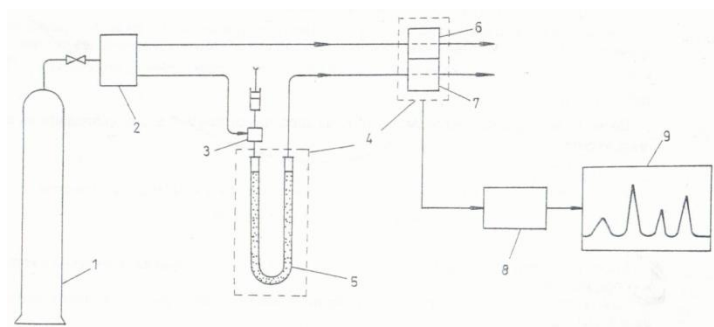
Хроматографската колона е тънка и дълга (понякога с дължина до 20 м) тръба (под формата на U или като спирала), изработена от мед, алуминий, неръждаема стомана, специално стъкло и др.

При всички видове газова хроматография първият етап е смесването на газовата проба с газ-носител или изпаряване на течната проба и следващото ѝ смесване с носителя. Като газ-носители се използват азот, аргон, въздух, СО, хелий, водород и др. Носителят трябва да бъде инертен спрямо компонентите на анализираната проба и към неподвижната фаза. Изборът на газ-носител често се определя и от вида на детектора.

Газовата хроматография се провежда в апарати, наречени газови хроматографи (фиг.1) [2]. Принципно устройство на газов хроматограф е посочено на фигура 2. От бутилка под налягане посредством блок за регулиране и измерване, и предпазител се пропуска непрекъснато с постоянна скорост газ носител през хроматографска колона, поставена в термостат. Изследваната проба, която подлежи на разделяне, се въвежда в предварително нагрятата колона във вид на течност или газ. Ако изследваните вещества не притежават летливост до 450⁰С, то те се обработват по възможност до съответни естерни или алкилни производни, които имат по-добра летливост при температура 150 до 450⁰С [1].



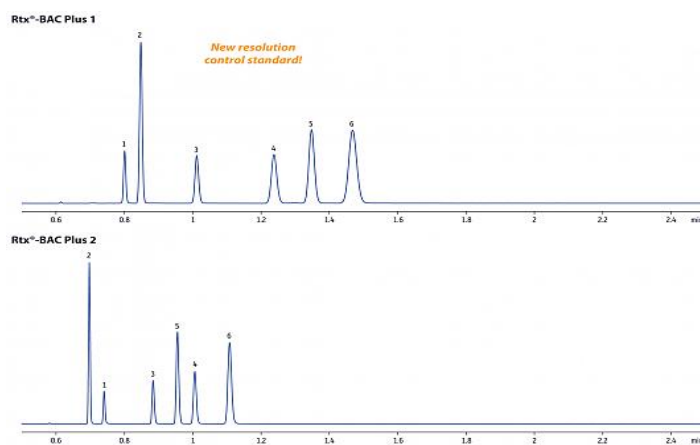
Фиг. 1. Газов хроматограф (<http://www.intellectualventureslab.com/invent/gas-chromatography>).



Фиг. 2. Принципна схема на газов хроматограф: 1- бутилка под налягане; 2- блок за регулиране и измерване; 3- предпазител; 4- термостат; 5- хроматографска колона; 6, 7- детектор; 8- електронен усилвател; 9- пишешто устройство [1].

Вследствие на различната способност да се разделят между неподвижната фаза (течна или твърда) и подвижната газова фаза, веществата от изследваната проба се придвижват от газа носител и се разделят в хроматографската колона на зони от чисти вещества. Фракциите на отделните вещества след напускане на хроматографската колона преминават през детектор, с помощта на който се доказват качествено и се определят количествено, при което се установява състава на изследваната смес (фиг.3) [1]. Съществено устройство в ГХ

е детекторът (анализаторът), поставен на изхода на хроматографската колона. Използват се диференциални и интегрални детектори, които измерват съответно моментната концентрация или общото съдържание на определяното вещество. В практиката широко се използват 2 типа детектори – термокондуктометрични пламъчно-йонизационни [2]. Чрез електронен усилвател и пишешто устройство се изписва хроматограмата, която съдържа отделни пикове (фиг.3). Всеки пик отговаря на дадено вещество [1].



Фиг. 3. Газова хроматограма при анализ на алкохол в кръвна проба (<http://forensicchromatography.blogspot.com/2012/02/new-gc-columns-for-blood-alcohol.html>)

Някои газовохроматографски техники, прилагани за разделяне на биологичноактивни органични съединения

А) Газова хроматография с програмирана температура – когато трябва да се анализира смес от вещества с голяма разлика в температурата на кипене или полярността, за да се разделят нискокипящите или слабополярните компоненти, температурата на анализа трябва да е ниска.

Б) Пиролизна газова хроматография – работена е с цел да се разширят аналитичните възможности на ГХ в областта на високомолекулните съединения.

В) Реакционна ГХ – развива се във връзка с трудностите при идентифицирането на пикове само от данни за времето на задържане. Същността на този метод е прилагането на различни химични и/или физични идентификационни методи преди хроматографирането (тогава говорим за доколонна реакционна ГХ), по време на хроматографирането или след него. При доколонната ГХ са възможни две разновидности:

- първият вариант се прилага при наличие на достатъчно количество проба и се състои в предварителното обработване на пробата със специфични реактиви и следващо хроматографиране. Липсващите в хроматограмата пикове в сравнение с тази на необработената проба съответстват на съединенията, спрямо които този реактив е активен.

- вторият вариант се прилага, когато не разполагаме с достатъчно количество проба. В този случай в дозатора или между него и аналитичната колона се поставя селективен реагент, който отстранява даден клас съединения.

Следколонната реакционна ГХ се прилага с еднакъв успех и при малки, и при големи количества проби и е по-подходяща, защото рядко се налага повторно хроматографиране. При нея напускащият колоната газ се разделя на два потока. Единият се насочва към детектора, а другият се извежда извън апарата и се пропуска през съдове със специфични реагенти. В момента на излизане на пика се следи кой реагент дава положителна реакция [3].

Насоки за вземане на методологични решения в ГХ

Газовата хроматография има вече дълга история. Но именно поради дългата си исто-

рия, в редица лаборатории, благодарение на естествен консерватизъм, са се запазили методики от 60-те и 70-те години. Например да се работи с колони с пълнеж, който операторите сами си приготвят, сами запълват колоните, да се работи със стари носители на течната фаза (т.ф.), да се работи с големи дози, които позволяват да се получават „хубави“ хроматограми и не на последно място да се работи с неустойчиви методики. Все пак, особено при анализ на газове, на следи, когато се налага да се подаде по-голямо количество проба, за което капилярните колони нямат капацитет, колоните с пълнеж продължават да се използват.

✓ ***Анализ на газове междинни продукти от фармацевтичния синтез, лесно летливи лекарствени вещества и метаболити.***

При анализа на газове „тесни“ места са вземането на пробата и съхраняването и до момента на анализа. Ако се вземат в съд (бюрета, пипета с два крана) пълен с вода и при изтичането и да се засмуква пробата, има опасност някои компоненти да се разтворят във водата. За намаляване на разтворимостта се използва разсол (наситен разтвор на NaCl).

➤ Ако газовата проба се намира в съд под налягане, вземането пак в съд с разсол е добре, защото няма да има примеси от въздух, останал от завихрянятия при входа на бюретата, но след напълването и съдът трябва да се продуха още известно време.

➤ Ако газовата проба се взема в еластичен балон, трябва да се помни, че не всички материали, от които се правят балони са подходящи. Лекарите газове като He, H₂ и др. поради малкия си вискозитет могат да дифундират през стените на балона във външната атмосфера, особено ако той е от каучук. Друга опасност при използване на непредназначен за проби балон е да се внесат допълнителни примеси в пробата от стените на балона.

➤ Летливи вещества могат да се извлекат от нелетлива или по-трудно от тях летлива проба чрез т.нар техника хедспейс (парна шапка) [4]. Пример за такъв тип анализ е определянето на бензен, толуен, етилбензен и ксилени в урина чрез тази техника и твърдофазна микроекстракция (SPME) [6].

➤ Летливи вещества се вземат и с т.нар техника на продухване и улавяне (purge and trap). Има много предложени, както адсорбенти с различна сила, така и готови фирмени устройства [4].

➤ Интересно приложение газова хроматография може да има при ферментационните процеси. При дишането на бактериите съотношението CO_2/O_2 се мени. За много ниски концентрации CO и/или CO_2 има разработен катализатор, който ги превръща след разделянето им в метан и той се детектира с пламъчно-йонизационен детектор (ПЙД). Доколкото има анализатори за поток за CO_2 , по –интересното използване на газова хроматография за следенето на процеса е следенето на нисшите мастни киселини при анаеробна ферментация, както и за идентифициране на микроорганизми по мастно-киселинния им състав. За целта се получават техните метилови естери. На капилярна колона с т.ф се разделят 23 мастни киселини, които по своя състав и количество са специфични за различните микроорганизми. За идентифицирането им се използва цялата хроматограма и някой от методите за разпознаване на образи.

➤ Понастоящем газове се анализират предимно с т.нар. PLOT (porous layer open tubular) колони или с широките 0,53 mm капиляри, а течности (разтвори) с т.нар. WCOT (wall-coated open tubular) колони с диаметри вариращи от 0,1 до 0,53mm.

➤ При някои производства (напр. на ранидин) се отделят сяросъдържащи газове. Поради високата реактивоспособност на повечето серни газове, за техния анализ има специално синтезирани пълнежи: Chromasil 310 и 330, Carborpack В НТ и полимер – Chromosorb Т. При всички случаи пълнежите се насипват в тефлонова или стъклена колона и се детектират с пламъчно-фотометричен детектор (FPD). За тиолите се работи при 50°C - 70°C . На Chromasil 310 или 330 при $20\text{ cm}^3/\text{min}$ N_2 газ- носител, CH_3SH и $\text{C}_2\text{H}_5\text{SH}$ излизат до 4 мин. На Carborpack В НТ при $20\text{ cm}^3/\text{min}$ N_2 газ- носител, CH_3SH излиза до 2 min. На Carbosorb Т се нанасят 12% полифенилтер и 0,3% H_3PO_4 . Газове: носител- N_2 – $100\text{ cm}^3/\text{min}$, спомагателни газове – O_2 – 15

cm^3/min и H_2 - $75\text{ cm}^3/\text{min}$. Разделят се: H_2S , SO_2 , CH_3SH , $\text{C}_2\text{H}_5\text{SH}$, CH_3SCH_3 до 10 min.

➤ Анализът на алкохоли и гликоли също се извършва чрез газова хроматография. На колона с фенилметил силиконово масло при 40°C се делят: метанол, етанол, изопропанол, ацетон, н-пропанол. При 110°C се делят: етиленгликол, 1,2-пропандиол, 1,3-пропандиол и диетиленгликол.

➤ Едни от най-трудните съединения за анализ чрез газова хроматография са амините и аминокислотите. Поради силните базични свойства на нисшите амини или пиковите им са размити или дори се наблюдава необратимо задържане. Ето защо за техния анализ има много методики, т.е. нито една не е най-добра.

➤ Анализ на пиридинови бази, в т.ч. N-амино-етилпиперазин се извършва предимно на капилярни колони с ПЕГ-20М. Така например, пиридинът, лутидините и пиколоните се разделят добре на 25 m x 0.25 mm WCOT колона с CP-wax 51 при градиент 70°C (4min) до 240°C с $10^\circ/\text{min}$.

➤ Анализът на мастни амини е осъществен на колона с неподвижна фаза HP 35 КК, 15 m x 0.25 mm при програмирана температура от 45 до 220°C с $25^\circ/\text{min}$.

➤ Анализът на етаноламини и етиленгликоли спада към трудните за осъществяване (Табл. 1).

На КК (капилярна колона) 25x0.53 с Charbowax 20М при програма от 180 до 230°C с $5^\circ/\text{min}$ се разделят (Табл. 1) [4].

✓ Анализ на разтворители

С разтворители се работи в много фармацевтични производства и има достатъчно голям опит с техния анализ. Работи се с капилярна колона, пламъчно-йонизационен детектор (ПЙД) и ако броят им е голям или характера – твърде разнообразен, се включва температурен градиент. Използват се с еднакъв успех и неполярни и полярни неподвижни фази (Табл. 2).

Таблица 1. ГХ разделяне на етаноламини и етиленгликоли

№	Алкохол	t_r , min	RRT
1	Етаноламин	1,87	0,50
2	Етиленгликол	2,27	0,61
3	Диетиленгликол	3,73	1,00
4	Диетаноламин	4,93	1,32
5	Триетиленгликол	6,80	1,82
6	Тетраетиленгликол	11,43	3,06
7	Триетаноламин	13,53	3,63

Таблица 2. Ред на излизане на по-често използваните разтворители върху различни колони

№	Колона 1	Колона 2	Колона 3
1	метанол	метанол	оцетна киселина
2	етанол	етанол	пропионова киселина
3	ацетон	ацетон	н-пропанол
4	хлороформ	2-бутанол	изобутилацетат
5	етилбензен	ксилен	етил-целосолв
6	ксилен	-	целосолвацетат

➤ За разделяне на серия целосолв и карбитол разтворители е предложена КК с 20% α -циклодекстрин във фенилполисилоксан (напр. SPB-35). На 30x0.25 КК при градиент 40°C за 2 min, с 5°C/min до 180°C и задържане 10 min се разделят MeOH, CH₂Cl₂, 2 – метоксиетанол (метилцелосолв), 2 – етоксие-танол (целосолв), метилцелосолв ацетат, бу-тилцелосолв, 2(2-метоксиетокси)-етанол (ме-тил карбитол), 2 – (2 – етоксиетокси) – етанол (карбитол), карбитол ацетат, както и N – ме-тил – 2 – пирролидинон и винил пирролидинон и др.

- Колона 1: неполярна т.ф. (метилсили-кон), 30 m капиляра, 0,32 mm Ø, програмира-на температура от 30 до 125 °C с 4°C/min, ПЙД, газ-носител He₂ с 25 cm³/min.

- Колона 2: неполярна т.ф. (модифици-ран въглен с 3% метилсиликон), 3 m колона с пълнеж, 3 mm Ø, програмирана температура от 70 до 235 °C с 4°C/min, ПЙД, газ-носител N₂ с 20 cm³/min.

- Колона 3: полярна т.ф. (PEG 20M), 60 m капиляра, 0,32 mm Ø, програмирана темпе-ратура от 50 до 220 °C с 2°C/min, ПЙД, газ-носител He₂ с 20 cm³/min.

При нужда от нова колона, фирмите пред-лагат сертифицирана колона за конкретния състав, придружена с хроматограма и услови-ята при които е получена.

➤ При анализ само на нисши моноалко-холи подходящ метод също е ГХ. Те се разде-лят добре на:

- Колона с пълнеж Carborpack C моди-фициран с малко (<1% PEG 20M) течна фаза. В изотермичен режим (135 °C) се разделят: метанол, етанол, изопропанол, н-пропанол, трет-бутанол, сек. бутанол, изобутанол, н-бутанол, терт-пентанол, 2,2-диметилпропанол-1, 3-метил-бутанол-2, пен-танол-3, пентанол-2, 2-метил-бутанол-1, 3-метил-бутанол-1, пентанол-1.

➤ При анализ на гликоли като суровина, отново ГХ е подходящият метод. Без да бъдат ацилирани те се разделят на:

- Колона с пълнеж Carborpack C моди-фициран с малко (<1%) течна фаза. В изотер-мичен режим (125°C) се разделят: етиленгли-кол, 1,2-пропандиол, 2,3-бутандиол и 1,3-пропандиол за по-малко от 10 min.

➤ За полиалкохоли се използва капи-лярна колона с SP 2330, 10 m, 0.25 mm Ø, с програмирана температура от 220-240 °C с ПЙД. Предварително те се ацилират. Могат да се анализират: рамнитол, рибитол, араби-нол, манитол, сорбитол, инозитол и др. както и ацетатите на рамноза, арабиноза, ксилоза, глюкоза и др. въглехидрати, но използването на тънкослойна хроматография (ТСХ) е по-удобно.

➤ При анализ на нисши мастни кисели-ни отново ГХ е подходящият метод, защото сигналът им при УВ детектиране при високо-ефективна течна хроматография (ВЕТХ) е слаб. Без да бъдат метилирани, те се разделят на:

- Колона с пълнеж Carborpack C моди-фициран с малко (<1% PEG 20M) и дезакти-вирана с 0,1 % H₃PO₄ течна фаза. С ПЙД и в изотермичен режим (120°C) се разделят: оцетна, пропионова, изомаслена, н-маслена, 2-метил-маслена, 3-метил-маслена и н-валерианова киселини.

➤ Друг пример е разделянето на оцетна, пропионова, изомаслена, маслена, изовалери-анова, валерианова, изокапронова, капронова и хептанова киселини за 10 min: н.ф. DB-wax (bonded) – 30 m x0.25 mm Ø, изотерма при 145 °C.

➤ Някои неутрални или слабо кисели лекарства вещества също се анализират чрез ГХ, особено когато са много в анализи-раната смес или са в малки количества.

✓ Анализ на остатъчни разтворители

Използват се спомагателни техники като хедспейс/ГХ, събиране и издухване с ГХ или ГХ/MC/SPME [4].

Заклучение

Фармацевтичният анализ е химична дисциплина, която е част от органичния анализ или по-общо – от аналитичната химия. Той е свързан тясно с мощните съвременни компютризирани и автоматизирани инструментални средства за анализ. Такъв съвременен аналитичен метод е газовата хроматография. Тя от своя страна изисква редица (в т.ч. химични и физико-химични) операции за подготовка на пробите за анализ преди самия анализ. Огромното количество получавана информация изисква от своя страна прилагане на математични методи и вземане на методологични решения. Хроматографистът във фармацевтичната област не се интересува от биологичното действие на анализа. То няма отношение към анализа. Ето защо, решенията могат да бъдат взети само на емпирична основа, защото хроматографията е емпирична наука.

Литература

1. Аврамова, П., Георгиев Г., Йовчев, Ив., и съавт., Ръководство за практически упражнения по фармацевтичен анализ, ЕТ Борис Хранов, София, 1996
2. Александров, Ст., Аналитична химия, 4-то изд., СУ Св. Климент Охридски, София, 2006
3. Даналев, Д., Газова и високоефективна течна хроматография. Приложение за анализ на биологично активни органични съединения; Химико-Технологичен и Металургичен Университет – София, 2011

4. Димов, Н., Хроматографиите във фармацевтичния анализ, 2-ро изд., Автопринт ООД, Пловдив, 2005

5. Илиев, Л., Гагаузов Йор., Ботев Б., Анализ на лекарствени средства; изд. Наука и изкуство, София, 1984

6. Wolthers, B.G. et al., 1999, *J. Chromatogr.*, 843(1-2): 247-274

Доц. Светлана Георгиева, д.ф
Медицински Университет Варна
Факултет по фармация
Катедра „Фармацевтични науки и фармацевтичен мениджмънт“
Варна, 9002, ул. „М. Дринов“ №55
e- mail: fotkova@abv.bg

Любен Григоров
Медицински Университет Пловдив
Факултет по фармация
Пловдив, 4000, бул. „В. Априлов“ 15А
e- mail: lgrigorov_pd@abv.bg

Таня Топалова
Медицински Университет Варна
Факултет по фармация
Варна, 9002, ул. „М. Дринов“ №55
e- mail: purple_ray@abv.bg

Мая Георгиева
Медицински Университет София
Факултет по фармация
Катедра „Фармацевтична химия“
София, 1000, ул. „Дунав“ №2
e-mail: georgm@mail.bg



СЕСТРИНСТВО ОРИЕНТИРАНО КЪМ ПАЦИЕНТА

Силвия Кючукова

PATIENT-ORIENTED NURSING

Silviya Kyuchukova

ABSTRACT: *The European strategy "Health 2020" says that health care professionals be implemented so that health systems to move towards presenting affordable, efficient, integrated and "friendly" oriented patient care. Patients should be at the center of the healthcare system, which is a matter of global importance. This system requires and expects it to work in a team competent and responsible medical professionals. As a result, this so-called patient-oriented medicine and holistic approach that addresses the whole person as composed of interconnected and influencing levels - physical, mental, emotional and spiritual. These new health trends should be known by the students in health care and to be part of their professional conduct. Purpose of the play: To investigate the relationship of students nurses to patients, with an emphasis on complex care. After the execution of the tasks were formulated two main conclusions: 1. Holistic approach and patient-appropriate medicine have their important place in the training of medical specialists. 2. Students in health care know, adopt and apply these approaches in clinical work. This is an essential prerequisite in their future practice to realize patient-oriented nursing.*

Keywords: holistic approach; patient-oriented medicine; students in health care

Постиженията на съвременната медицина през последните 100 години са впечатляващи. Подобрили са възможностите за диагностика и лечение, интервенциите са все по неинвазивни, фармацията мощно напредва, реализират са все по-ефективни програми за промоция на здравето и стратегии за превенция на заболяванията. Здравните системи достигнаха повратната си точка в развитието си. За да са ефективни и адекватни е необходимо да се достигне до хората, за които са създадени първоначално тези системи. Пациентите трябва да са в центъра на здравеопазната система, което е въпрос от глобално значение. Тази система изисква и очаква в нея да работят в екип компетентни и отговорни медицински специалисти. В резултат на това се прилага т.нар. пациент-ориентирана медицина. Пациент – ориентираната медицина (ПОМ) е концепция с изключителна важност, която поставя на фокус личността на пациента и неговите нужди, разглеждани от страната на биопсихиката. Ключово понятие в ПОМ е достъпът или възможността за получаване добро ниво на здравни грижи, когато се породи нужда(времеви модел).

Холистичният подход в медицината, възприема по-широк възглед за човека, здравето,

причините за болестта, индивидуалните й прояви и процеса на лечение. Той разглежда целият човек като съставен от взаимосвързани и влияещи се нива – физическо, умствено-емоционално и духовно. Всяко от тях със своя организация и енергийна структура. Според холистичния подход активното сътрудничество на болния в процеса на лечение е от съществено значение за добрия краен резултат. Лекуващият екип и пациента трябва да работят съвместно, всеки със своите отговорности, с взаимно зачитане на мнението. Всичко това трябва да следва добрите световни и европейски практики по здравни грижи. На национално ниво развитието на българското здравеопазване е необходимо да налага духа на европейската стратегия „Здраве 2020“. В нея ясно се подчертава, че се разчита на професионалистите по здравни грижи да се реализират, така че здравните системи да се ориентират към представяне на достъпни, ефективни, интегрирани и „приятелски“ ориентирани към пациента здравни грижи.

Главолонното развитие на съвременната медицина и фармация обричат пациента да бъде разглеждан като съвкупност от органи, системи и заболявания. Без да се обръща внимание на неговите духовни потребности и

емоции. Ятрогенията, супер технологизираната медицинска апаратура, виртуалното отчуждаване и забързаният ни начин на живот ни принуждават да мислим за пациентите като средство за обучение и лекуване. Забравяме, че те имат нужда от човешко отношение и разбиране. На това трябва да научим нашите студенти в медицинските университети. Доколко те са запознати и разбират понятия като холистична грижа, пациент-ориентирана медицина и дали са готови да ги прилагат в практиката си ни подтикна да повдигнем въпроса за сестринството, което трябва да бъде ориентирано към пациента.

Цел: Да се проучи отношението на студентите медицински сестри към пациентите, като се постави акцент на комплексната грижа

Задачи: Да се изработи въпросник с тематични насоки към холистичната грижа, пациент-ориентираната медицина и др., за да бъдат анкетираны студентите. Да се установи прицелната група и да бъде анкетирана. Да се обработи статистически събраната информация. Да се формулират изводи и заключение.

Методи: Документален-деск рисърч; тематико-статистически - SPSS; интервю.

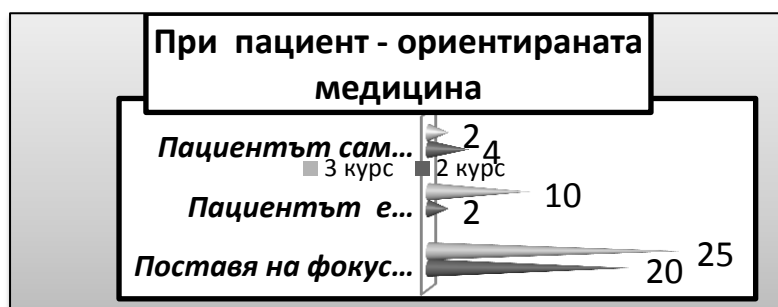
Контингент: Студенти – медицински сестри : 2 курс-26 човека и 3 курс-37 човека. Всичко 61 респондента.

Място и време: Тракийски университет – Стара Загора, Медицински факултет. Януари-февруари 2015 година.

Във философията на сестринството е заложен високият професионализъм за постигане на здраве, благоденствие и надежда. Важен принцип на сестринството е този, че професионалистите по здравни грижи изпълняват своите задължения поставяйки пациента в центъра на системата от здравни грижи. Паралелно с това те трябва да притежават

съвременни знания и умения, които ги съотнасят избирателно към конкретния пациент. Той трябва да бъде разглеждан в своята цялост, като единство от физика и психика. Именно прилагането на холистичния подход в обгрижването на болните е правилната посока за оздравяване на болния човек. Доколко са информирани за този подход студентите става ясно от въпрос от анкетната карта който гласи: За вас холистичната грижа към пациента е:.... В свободен текст 49% от анкетираните посочват, че това е „цялостна (комплексна) грижа” за пациента, като от второкурсниците 62% са дали този отговор и едва 38% от третокурсниците. Студентите, които предпочват, че това е „широко разглеждане на болестта на пациента и неговата психика” са 15 % и 3% са на мнение, че това е „грижа само към личността на болния”. Като „полезна грижа” я определят 9% от респондентите. За съжаление 24% от всички анкетираны не отговарят на този въпрос, което е причина да твърдим, че те нямат ясна представа от значението на понятието холистичен подход при обгрижването на пациентите.

За да са ефективни и адекватни здравните системи те трябва да достигат до хората, за които са създадени първоначално. Подготовката на медицинските специалисти е концентрирана върху органи и системи, малко внимание се отделя на психологични и етични аспекти, умения за комуникация и т.н. В отговор на това се налага практикуването на пациент-ориентираната медицина и студентите трябва да я познават и прилагат в бъдещата си практика. Те трябваше да изразят мнение по въпрос свързан със същността на пациент-ориентираната медицина, като избираха между предварително формулирани отговори. Техните отговори са показани на фигура № 1.



Фигура № 1

От всички респонденти 72% са предпочели отговорът „поставя на фокус пациента и неговите нужди”, като от студентите във втори курс 76% са посочили този отговор и 68% от тези в трети курс на обучение. Почти две трети от анкетиранияте студенти са правилно ориентирани в новостите предлагани от медицината като грижа за пациента. Втората постановка на въпроса „пациентът е разглеждан като сбор от заболявания” са избрали 19% от анкетиранияте. За 9% от тях ПОМ е тази, при която „пациентът сам решава здравните си проблеми”.

Холистичният подход и пациент-ориентираната медицина са подходи към пациента, които се приемат от част от медицинската общност и намират място в работата им. По-навайки ги 79% от студентите биха ги приложили в практиката си. А 12% от респондентите „не могат да преценят” дали биха ги приели като собствена добра медицинска практика. Интересно е, че 16% от третокурсниците не биха приложили тези активни подходи в работата си. От тях се очаква с напредване на следването да разбират все по-добре ПОМ и да бъде част от практическата им грижа към пациента. Допълнително респондентите бяха запитани „защо” одобряват тези два подхода. Различни са отговорите на студентите във втори и трети курс. Първите посочват: душата и тялото са неразривно свързани(20%);3. всеки човек е отделна личност(20%); запазване и поддържане на живота(50%); уважение4. на личността(10%). Студентите от трети курс5. посочват: тези два подхода са хуманни и съобразени с човешката същност(50%); пациента е в основата на лечебния процес(35%); пациента е автономен(15%).

Изводи:

Холистичният подход и пациент – ориентираната медицина имат своето важно

място при обучението на медицинските специалисти.

Студентите по здравни грижи познават, приемат и прилагат тези два подхода в клиничната си работа. Това е съществена предпоставка в бъдещата си практика да реализират сестринство ориентирано към пациента.

Заклучение

Потребностите от здравни грижи по света и у нас непрекъснато нарастват поради: заселване на населението; скъсен болничен престой; повишен брой хронични заболявания и инвалидност; мобилност на младите хора и отпадане на ангажмента им към старите хора. Новото поколение здравни специалисти трябва да откликва на нови потребности като все повече се разгръща сестринството, което е ориентирано към пациента.

Литература

1. Кючукова, С., Доброволният студентски труд в сферата на общественото здраве и здравните грижи, Дисертационен труд, Стара Загора, 2013.

2. Кючукова, С., Симбиозата между клиничната и доброволната работа, *Управление и образование* том X (5), 2014, Унив. издателство „проф. д-р Асен Златаров”, Бургас, ISSN 13126121, с.103-106.

http://ec.europa.eu/internal_market/qualification/index_en.htm

<http://www.ces.eu.int>

<http://www.gate.cas.bg>

Силвия Георгиева Кючукова
Доктор по медицина, Асистент
Тракийски университет, Медицински факултет, Катедра Здравни грижи
Стара Загора, ул. Армейска №9
e-mail: silviya.kyuchukova@trakia-uni.bg



ПСИХИЧЕСКОТО ПРЕГАРЯНЕ НА ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ВЪВ ВИСШЕТО УЧИЛИЩЕ – СПОСОБИ ЗА ПРОФИЛАКТИКА

Силвия Кючукова

MENTAL BURNOUT OF THE TEACHER IN HIGHER SCHOOL - METHODS OF PREVENTION

Silviya Kyuchukova

ABSTRACT: *Syndrome ashing has become a "disease". Professions are affected by emotional saturation and complex contacts. Such is the profession of the teacher in the high school. Prevention of burnout can take place on two levels - at the level of work with the employee and the level of organization - structural changes.*

Keywords: mental burnout; teacher; prophylaxis

Изследователите психолози в началото на 70-те години на XX век разкриха специфичните симптоми на прегарянето в няколко категории персонал: социални и медицински работници; работещи в благотворителни организации; административен и обслужващ персонал; учители; преподаватели. Синдрома на изпепеляването се превърна в „болест“ на практикуващите професии, от които се изисква психическа устойчивост в ситуации на общуване [Василенко, 2012]. Интересът към тези групи професии е обусловен от спецификата, която се открива в голямото количество емоционално пренасищане и сложните когнитивни контакти, които изискват от специалиста висока лична отговорност в ежедневните професионални дейности. Синдромът на изпепеляването най-често се развива при хора, занимаващи се всекидневно и интензивно с проблемите на други хора. Решаването на проблемите на хората (пациенти, ученици, безработни, социално слаби и др.) не винаги е лесно достижимо, което прави ситуациите неясни и потискащи [Александрова, 2012]. За това, в професиите свързани с работа с хората, голямо значение имат получените обратни връзки (напр. благодарност, признание, уважение, и др.) [Картавая, 2014].

Професионалният стрес при преподавателите винаги е бил актуална тема. Те са подложени на постоянен стрес поради спецификата на работата си, нерегламентирано работно време, богат набор от социални контакти с хора от разнообразна социална и културална

среда. Различни изследвания посочват широк спектър на негативните последствия от прегарянето: нарушени междуличностни контакти, поведенчески несъответствия, психофизиологичен дискомфорт и др. Към момента синдрома на професионалното прегаряне включва повече от 100 симптома. Най-разпространените симптоми на синдрома сред преподавателите са: постоянни опасения по повод на работата, чувство на умора и пустота свързани с работата, раздразнение насочено към колегите или субекти на служебното общуване, отношение към извършваната работа като към тежко задължение, а не като нещо което носи удовлетвореност.

Синдромът на емоционалното изпепеляване е дълъг процес на постепенна загуба на емоционалност, когнитивна и физическа енергия, проявяващ се със симптомите на емоционална и умствена изтошеност, лично неудовлетворение от свършената работа и др. Синдромът включва три основни компонента: емоционално изтощение, деперсонализация, спад на професионалните постижения. Развитието на синдрома има етапен характер. В началото се наблюдава значителен разход на енергия, поради високо поставените професионални изисквания. Започва с чувство на умора, което постепенно се сменя с разочарование и намален интерес към работата [Asquith, 2010 – P.328].

Работата на педагога, преподавател във висшето училище се отнася към групата професии с повишени морални отговорности за

результатите на своя труд, здравето и живота на студентите, а в следствие и на обществото като цяло. Отчитайки множеството индикации за наличието на симптоми на стрес (като емоционално изтощение) при най-малко 20% от всички учители в Европа, може да обобщим, че е налице не просто спешна нужда от ефективни мерки, а реална кризисна ситуация (Bauer, 2009).

Според редица изследователи водещи фактори при възникване на синдрома на изпепеляването са преди всичко условията на труд. Тези фактори могат да се разделят на общи и специфични за дадена професия. Общи за всички социални професии стресори се явяват прекалено дългото работно време, различия в разбирането на обществото за същността на работата, липсата на своевременно информация, липса на автономност, недостатъчна подготовка и др. [Делийска 2011]. Широкоизползваният в сравнителните паневропейски проучвания Копенхагенски психосоциален въпросник (COPSOQ) (10) регистрира 6 групи симптоми на професионалния стрес и прегарянето при преподавателите: (1) намеренията за напускане на работата; (2) удовлетвореността от труда; (3) общия здравен статус; (4) прегарянето; (5) когнитивния стрес; (6) удовлетвореността от живота.

Откритите предиктори на отделните компоненти на професионалния стрес дават и насоката за развитието на ефективни превантивни и профилактични програми както на индивидуално, така и на училищно и на системно равнище.

Профилактиката и корекцията на професионалното изпепеляване може да се проведе на две нива – на ниво работа със служителите и на ниво организация – структурни изменения. Основни направления в работата с организацията са:

- Диагностика на обективното състояние на организацията и социално-психологически характеристики на професионалните дейности
- Оптимизация на организацията на труда – структуриране на работата на служителите, равномерно разпределение на работните задачи, регламентиране на труда, подобряване на материално-техническата база, справедливи материални стимули, възможности за повишаване на квалификацията и професионалното израстване

- Подобряване на социално-психологическият климат, взаимоотношенията в колектива и ръководството.

Практически препоръки към самите служители:

- Определяне на краткосрочни и дългосрочни цели. Това осигурява обратната връзка и повишава дългосрочната мотивация
- Използване на тайм-аут – почивка от работа и други трудови задължения
- Овладяване на техники за саморегулация – релаксация, водене на положителни разговори и т.н., които водят до снижаване на нивото на стреса
- Професионално развитие и самоусъвършенстване
- Избягване на ненужна конкуренция
- Подкрепа от колегите и обмен на мнения с тях
- Поддържане на добра спортна форма [Бабич, 2012].

Синдромът на изпепеляването се определят като „болест“ на XXI век, която набира скорост и все повече се разпространява.

Литература

1. Александрова М., Ц.Петрова-Готова, Изява на синдрома на изпепеляването сред медицинските сестри в УМБАЛ „Н.И.Пирогов“, XXX научно-технологична сесия КОНТАКТ 2012, изд.ТЕМТО, София, 2012
2. Бабич, О., Профилактика синдрома професионального выгорания педагогов: диагностика, тренинги, упражнения, Волгоград: Учитель, 2012.
3. Василенко, А.Ю., Феномен эмоционального выгорания личности в контексте самоактуализации, Новосибирск;ЦРНС, 2012.
4. Делийска, Б., Н.Ненчев и колектив, Сравнително проучване на изявата на синдрома на изпепеляването сред персонала на клиники по нефрология и диализа, сп. Нефрология, диализа и трансплантация, 1/2011.
5. Картавая, Е.С., Особенности психического выгорания преподавателей и способы его профилактики, Актуальные проблемы образования и общества, том I, Ярославль, 2014.
6. Янакиева, Сн. Емоционалното изгаряне – един от рисковете на учителската професия. – i-Продължаващо образование, бр. 15, януари-март 2009.

7. Asquith, Glenn H.Jr., The Concise Dictionary of Pastoral Care and Counseling – Abingdon Press, 2010.

8. Bauer J (2009). Burnout among school teachers. (German: Burnout bei schulischen Lehrkräften) Psychotherapie im Dialog, 10, 251-255.

9. Kyuchukova., S., A. Mehmed, The “Burn-out” syndrome related to students with

medical specialties, Trakia journal of sciences, St.Zagora, 1/2014, p. 343-345.

10. www.teacher-copsoq.eu

Силвия Георгиева Кючукова
Доктор по медицина, Асистент
Тракийски университет, Медицински факултет,
Катедра Здравни грижи
Стара Загора, ул. Армейска №9
e-mail: silviya.kyuchukova@trakia-uni.bg



ПОЛЗИ, ПРЕДИМСТВА И НЕДОСТАТЪЦИ ОТ ПРАКТИЧЕСКОТО ПРИЛОЖЕНИЕ НА ПЕРСОНАЛИЗИРАНАТА МЕДИЦИНА

Силвия Младенова, Людмила Чакърова

BENEFITS, ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF THE PRACTICAL APPLICATION OF PERSONALIZED MEDICINE

Sylvia Mladenova, Lyudmila Chakurova

ABSTRACT: Worldwide there is a higher interest in applying the personalized medicine and using its opportunities, benefits and negatives.

The aim of the study is to identify the expectations of medical professionals about the benefits, advantages and disadvantages of the implementation of personalized medicine.

Material and methods: Conducted was a survey among 380 students studying in the Faculty of Public Health of the Medical University - Sofia.

The results show that the examined health professionals have an idea of the benefits of personalize medicine. They also indicate the some of the negative consequences that can not always be predicted. The practical application of individualized medicine raises many questions of scientific and ethical issues.

Keywords: personalized medicine, advantages and disadvantages of personalized medicine, practical application of personalized Medicine

Въведение

Все повече нараства интереса в целия свят относно възможностите, ползите и недостатъците от практическото приложение на персонализираната медицина. Здравеопазната сфера като базова част на общественоекономическите структура, може да способства в значителна степен за подобряване на здравния статус на населението и повишаване на качеството на живот.

В медицинската наука е всепризнат холистичния подход за ефективно лечение, прилагането на персонализиранта медицина добавя още възможности към цялостното възприемане и по-успешното справяне със здравните проблеми.

Според Калахан „... насочваме вниманието си върху медицината, защото от гледна точка на изследванията, биомедицинското изследване е най-важният източник на знания за причините и развитието на здравето и болестта. Медицината е не по-малко важна и от клинична гледна точка. Защото хората, когато са болни първо се обръщат към лекарите, независимо от причината за това. Нещо повече, медицината дава много силни примери на метаморфози за справяне със здравето и болест-

та. Тя се стреми към интегритет, хармония, и цялостност на тялото и духа.” [2,22]

Непрекъснато нарастват разходите за диагностика, лечение и здравни грижи, като не винаги здравните ползи могат да оправдаят високите разходи. „Много диагностични технологии надминават възможностите на лечението. Още повече, че поради постигнатия голям успех в подобряването на здравния статус като цяло по-нататъшния напредък в това отношение започва да става сравнително по-скъп.” [2,25]

„Дали медицински изследвания ще спомогнат да се развият по-ефективни лечения, до такава степен, че да решат успешно икономически и морален проблеми и и да се избегне възможността да стане по-лошо, а не по-добре.” [8,99]

Интересно е твърдението че „Висококачествената медицина обикновено се разглежда като осигуряване на най-новото и най-доброто в наличната диагностика и лечение, с допускането, че има и по-добри модели в бъдеще. За ирония, докато желанието за прогрес води към повече знания и иновации, в същото време то повишава и общото недоволство от състоянието на нещата. Дори съществуващо-

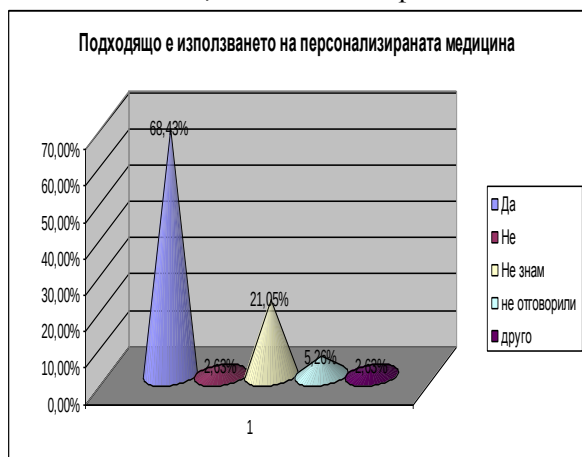
то започва да изглежда неадекватно в светлината на бъдещите възможности”. [2,30]

Целта на изследването е да се установи какви са очакванията на медицинските специалисти за ползите, предимствата и недостатъците от прилагането на персонализираната медицина.

Материал и методи проведено е анкетно проучване сред 380 студенти обучаващи се във Факултет по обществено здраве на Медицински университет – София.

Получените резултати показват, че здравните специалисти имат известни знания за ползите и предимствата на персонализираната медицина, но виждат и етичните и здравни проблеми, които нейното прилагане ще породи.

На анкетиранияте бе зададен въпроса „Според Вас уместно ли е да се прилага персонализираната медицина, като се има в предвид, че тя е по-скъпа, но много по-ефективна?”

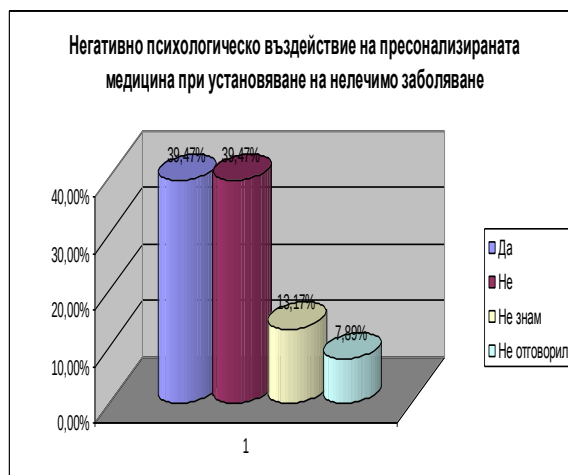


Фиг. 1

Получените отговори показват, че имат знания относно възможностите на индивидуализираната медицина, защото мнозинството 68,43% от анкетиранияте считат, че е нейното използване е подходящо и ефективно. Сравнително висок /21,05%/ е дялът на предпочелите отговор „не знам”, което показва, че много от респондентите нямат добра информираност за възможностите или се има фактори, които им пречат да подкрепят безрезервно използването и. Нисък е относителният дял на не отговорилите 5,26%, на отговорилите с не – 2,63% и посочилите друго без да уточняват точно какво.

За да се установи, какво е мнението на медицинските специалисти относно негативите на персонализираната медицина бе поставен въпроса „Възможно ли е персонализираната медицина да има негативно психологическо

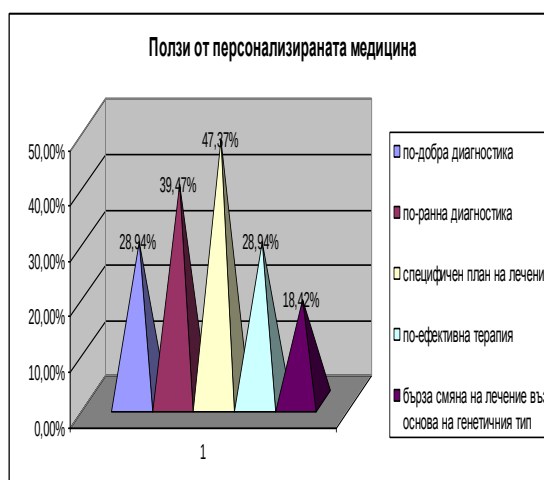
въздействие при установяване на нелечимо заболяване?”



Фиг. 2

Преобладаващите отговори се разделят на две, едната група /39,47%/ счита, че няма да има негативно психологическо въздействие, а другата /39,47%/, че са възможни отрицателни въздействия при установяване на нелечимо заболяване. Значителен е дялът на предпочелите отговора „не знам” – 13,17% и не отговорилите 7,89%. Резултатите показват, че се осъзнават възможните негативи от прилагането на индивидуализираната медицина и етичните проблеми, които могат да се породят. Необходимо е търсенето на оптимални решения, при които пациентите да получават най-достоверната информация, като се намали негативното психологическо въздействие.

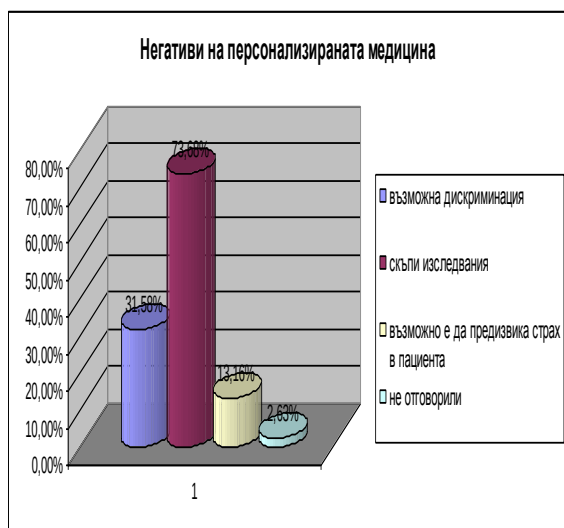
За да се разбере какви са ползите и предимствата, студентите бяха запитани „Какви са според Вас ползите от прилагането на персонализираната медицина?”



Фиг. 3

Получените резултати показват интересно разпределение почти половината от изследваните 47,37%, като полза посочват специфичния план на лечение, за 39,47% най-важната полза е по-ранната диагностика, равен е делът на отговорилите по-добра диагностика и по-ефективна терапия с по 28,94%, за 18,42% основното и предимство е бързата смяна на лечение въз основа на генетичен тип. Получените отговори превишават 100%, защото са давани повече от един отговор. Данните показват, че анкетираните имат добра информираност за ползите и предимствата на персонализираната медицина.

На допитаните бе поставен въпроса „Какви са според Вас недостатъците от прилагането на персонализираната медицина?“



Фиг.4

Най-висок е относителният дял на респондентите /73,68%/, които считат, че основният недостатък от използването на персонализираната медицина са скъпите изследвания и високата цена. Според 31,58% е възможна и дискриминация на база генна основа, което е сериозен негатив. За 13,16% от изследваните е сериозна неблагоприятната възможността да се предизвика страх у пациента вследствие на генетични изследвания. Позитивно е, че медицинските кадри добре разбират негативните последици от прилагането на персонализираната медицина.

Проведеното изследване ни позволи да се направят следните изводи за очакванията на медицинските специалисти за ползите, предимствата и недостатъците от използването на персонализираната медицина:

1. Медицинските специалисти имат информация за ползите и предимствата от прилагането на персонализираната медицина.

2. Ползите и предимствата от персонализираната медицина се свързват със специфичния план на лечение, по-ранната и по-добра диагностика, по-ефективното лечение, бърза смяна на лечението с по-подходящо.

3. Като основен недостатък на индивидуализираната медицина се очертават скъпите изследвания, възможната дискриминация и предизвикването на страх у пациентите.

Независимо от някои негативи и невъзможността да се предвидят всички възможни последици от приложението на персонализираната медицина в бъдеще ще нараства нейния дял. На нея се възлагат големи надежди за ефективно и подходящо лечение, което ще подобри здравното състояние на населението и ще повиши качеството на живот.

Литература

1. Иванчева, Л., Етичните проблеми на геномиката и общественото здраве в дискурса на политиките на европейските институции на неправителствения сектор в ЕС, В: сб. Европейски етични стандарти и българската медицина, София, 2014, изд. БЛС., стр. 100 -103
2. Калахан, Д., Цели на медицината. Новите приоритети, София, 1998, изд. „ТЕМТО“, с.104
3. Камушева, М., Г. Петрова, Св. Георгиева, Възможности на пресонализираната медицина при лечение на редки болести – литературен преглед, сп. „Български медицински журнал“, vol. VIII, 2014, № 3, стр. 48 – 60.
4. Кънева, Р., Етични и правни аспекти на генетичните изследвания, В: сб. Европейски етични стандарти и българската медицина, София, 2014, изд. БЛС., стр. 564 – 568.
5. Масларов, Д., Л. Тодорова, С. Сурчева, М. Власковска, Генетични подходи за индивидуализиране на лечението като етичен проблем, В: сб. Европейски етични стандарти и българската медицина, София, 2014, изд. БЛС, стр. 42 – 47.
6. Младенова, С., Здравно образование, София, изд. “Артик 2001”, 2009.
7. Христов, Г., Оценка на здравните технологии като средство за решаване на морално-етичните проблеми, В: сб. Европейски етични стандарти и българската медицина, София, 2014, изд. БЛС, стр. 53 – 58.

8. Callahan, David, False Hopes. Overcoming the Obstacles to a Sustainable, Affordable Medicine. 1999. Rutgers Univ Press. p.334.
 9. Gene Therapy for Rare diseases: Summary of a National Institutes of Health Workshop, 2012, Human Gene Therapy 24:355-362.
 10. Edward D Blair, Molecular diagnostics and personalized medicine: value-assessed opportunities for multiple stakeholders, Personalized Medicine (2010) 7(2), 143–161
 11. Ikpa, P., et al, Cystic fibrosis: Towards personalized therapies, The international Journal of Biochemistr and cell biology, 52 (2014) 192-200.
 12. Palau, F., Personalized Medicine in Rare Diseases, Instituto de Biomedicina de Valencia, CSIC, and CIBER de Enfermedades Raras Valencia, Spain, Available at http://digital.csic.es/bitstream/10261/47807/1/Palau_Personalized%20Medicine%20in%20Rare%20Diseases%202012.pdf, (Accessed 17.07.2013).
 13. Shiekh, F., Personalized nanomedicine: future medicine for cancer treatment, International Journal of Nanomedicine, 2013:8 201–202.
 14. Theek, B., et al, The theranostic path to personalized nanomedicine, Clin Transl Imaging (2014) 2:67–76
-

Assoc. Professor Sylvia Mladenova, PhD
Medical University – Sofia Faculty of Public Health
8 Bialo More
1527 Sofia, Bulgaria
e-mail sylvia_m@abv.bg

доц. Силвия Младенова, дм
Факултет по обществено здраве
Медицински университет – София
ул. “Бяло море” № 8
1527 София, България
e-mail sylvia_m@abv.bg



НЕТРАДИЦИОННИ МЕТОДИ В ОБУЧЕНИЕТО НА СТУДЕНТИТЕ - МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ

Снежана Драгушева

NON-TRADITIONAL METHODS IN NURSING STUDENT'S EDUCATION

Snezhana Dragusheva

ABSTRACT: *The dynamic development of medical science and new responsibilities and requirements that are placed in front of the nurses increase the volume of information that needs to be adopted, rationalized and processed for specific practical purposes. The new type of health requires specialists with new thinking and new professional competencies.*

The forms and methods used in the training process are very important to implement the process of formation of professional nurses.

The use of non-traditional / interactive / methods in the training of medical specialists, allows to put into practice her ability to develop skills and habits to adequately conduct, to overcome uncertainty and indecision of students by creating a favorable psychological climate.

Key words: non-traditional methods, education, students, nurses

Въведение

В съвременните условия на реформа в здравеопазването и медицинското образование приоритетна цел на учебно-възпитателния процес във Висшето медицинско училище е развитието на личностния потенциал на бъдещите медицински сестри. Изискванията към нивото на подготовка, към техните професионални компетенции, личностни качества и способности непрекъснато се повишават. От това какви специалисти ще подготвим зависи и качеството на медицинското обслужване. За да изпълняват своите функции и отговорности е необходимо още в курса на обучение медицинските сестри да:

- овладяват знания за здравето и болестта;
- усвояват умения и навици за полагане на качествени здравни грижи;
- усвояват знания за професионалната етика и да ги прилагат на практика;
- знаят действащите социални закони и здравното законодателство;
- овладяват комуникативни умения и умения за обучение на пациентите и участниците в медицинския екип.

Динамичното развитие на медицинската наука и новите отговорности и изисквания, които се поставят пред медицинските специалисти увеличават обема на информацията,

която трябва да бъде възприета, осмислена и преработена за конкретни практически цели. Ето защо е необходимо в процеса на обучение да се създават условия, при които способностите и креативността на студента да получат максимална възможност за реализация. За да се осъществи успешно процеса на професионално формиране на медицинските сестри голямо значение имат формите и методите, които се използват в процеса на обучение.

Анализът на резултатите от изследвания по тази проблематика /Б. Торньова, М. Семерджиева, Е. Желева, А. Андонова, С. Младенова, Х. Милчева и др./ показват, че използването само на традиционни методи в обучението не води до желаните резултати. Както посочва Б. Торньова „Наблюдават се следните негативни тенденции:

- липса на самостоятелност и активност от страна на обучаваните;
- трудно прилагане в практиката на усвоените знания;
- трудно преработване от студентите на големият поток от информация, което оказва влияние върху мотивационната им сфера.” [7, с. 74].

За ефективно протичане на учебния процес специално внимание трябва да се отделя на подбора и приложението на методите,

като се съобразяваме със следните изисквания:

- "да са целесъобразно подбрани и приложими по отношение равнището на възпитаност на личността...;
- да са съобразени с конкретната възпитателна ситуация, в която протича педагогическото общуване;
- да предизвикват самоанализ, самопознание, саморегулация, самоформиране на личността; да стимулират онези вътрешни процеси у личността, които ѝ позволяват да се самовъзпитава;
- да създават възможност за преодоляване на вътрешните и външни противоречия в развитието на личността;
- да са в система, с оглед осигуряване на непрекъснатост на педагогическото взаимодействие;
- да стимулират положителните промени в съзнанието и поведението на личността;
- да осигуряват комплексното въздействие и изменение на личността" [5, с. 44].

Съчетаването на традиционни и нетрадиционни /проблемно- ситуационни/ методи на обучение, според нас, стимулира процеса на професионално формиране на бъдещите медицински сестри. Това са методи, които предизвикват активността на личността. Отличителна особеност на тези методи е, че в процеса на обучението се създават ситуации, близки до реалните, които позволяват да се използва професионалният и житейският опит на обучаваните [4].

Твърде голямото разнообразие на ситуационните методи се обуславя както от различните цели и задачи на обучението, така и от използваните учебни форми. При традиционните методи задачите, които се използват при обучението обикновено съдържат условия, необходими и достатъчни за решаването им. В реалната практическа дейност не само, че условията на задачата предварително не са известни, но твърде често са в замаскиран вид, поради което, за да бъде решен проблемът се изисква сложна мисловна дейност. Когато обучаваният се сблъска със задачата, той трябва да определи има ли проблем и в какво се състои той, да изведе на преден план значимите факти, които определят насоката на решението, да потърси алтернативните варианти за действие и обоснове оптималният, т.е. тук самостоятелното, продуктивното мислене заема доминиращо място (Б. Торнъова, 2005) [7, с. 74-75]. Проблемно-

ситуационните методи имат изключително важно значение за овладяване на знания и умения от обучаваните, за поддържане на високо ниво на компетентност, за развиване на комуникативните умения и за формиране на клинично мислене. Развива се способност за анализиране на различни професионални проблеми и за намиране на пътища за решаването им. Тези методи позволяват на студента да прецизира поведението си, тъй като се активира не само мисленето, но и поведенческата структура на личността му. Той сам търси най- добрия начин за действие, което създава емоционален комфорт в общуването. Качеството на обучението и повишаването активността на студентите зависи от правилния подбор на нетрадиционните методи и съотношението им с останалите дидактически методи.

Най-подходящи методи за формиране на професионално-значими качества и адекватно професионално поведение у бъдещите медицински сестри са: решаване на казуси, инцидент, конфликтна ситуация, дискусия, ролева игра.

Според Б.Торнъова и М.Семерджиева ролевата игра има водещо значение за формиране поведенческата структура на личността на студента. В процеса на играта се усвояват знания, активизира се мисленето и въображението и значително се съкращава времето за усвояване на професионални умения и поведение[6]. При провеждане на ролевата игра бъдещите медицински сестри са поставени във въображаема ситуация, която изисква да се реализират различни взаимодействия: медицинска сестра-пациент, медицинска сестра-лекар, медицинска сестра-медицинска сестра, медицинска сестра-близки на пациента. От една страна всеки студент изпълнява конкретна роля и решава определена задача, но от друга- той действа съобразно общите цели и задачи на игровата ситуация. По този начин всеки обучаван отговаря както за собствената си дейност, така и за крайния резултат от дейността на своите колеги. В процеса на общуване се поражда чувство за съпричастност и удовлетвореност от съвместната работа, което мобилизира студентите и повишава тяхното самочувствие. Не са редки случаите в практиката, когато ролевата игра се разглежда неправилно. Някои преподаватели считат, че прилагат този метод като възлагат на студентите да отработват определена манипулация един на

друг, например: измерване на температура, на кръвно налягане, извършване на превръзки т.н. Такова тълкуване омаловажава същността на ролевата игра. Нейният смисъл е бъдещите медицински сестри да овладеят различни професионални роли и да се научат да реагират адекватно в различни ситуации [8, с.118-121].

Друг метод, който е удачен за формиране на умения за клинично професионално мислене при полагане на сестринските грижи и способности за формиране на ценностната система на медицинските сестри е казусът. Преди да се пристъпи към решаване на казуси е необходимо всеки студент:

- да познава добре специфичната терминология;
- да има съответните знания по общи и специални сестрински грижи;
- да е наясно с ролите на членовете на медицинския екип и връзките между етичните и правни постановки в медицинската практика.

Ситуацията може да бъде представена в писмен или устен вид. Независимо от формата на представянето и при описанието трябва да се разкрива същността на създадения проблем; да се открояват тезите и въпросите, които трябва да бъдат разрешени. Преди започване на разговора - дискусия е необходимо участниците да се запознаят със същността на ситуацията, за да имат повече време да размишляват по собствената си позиция. Използването на този метод цели да се стимулира активността на студентите и същевременно всеки от тях сам да прецени кой от предложените варианти да избере.

Типична за медицинската професия е работата в екип. От друга страна, професията на медицинските сестри е свързана с много и разнообразни междуличностни контакти. Всеки работен ден те се срещат с колеги, друг медицински персонал, пациенти и техните близки. Това поражда необходимост за овладяване на комуникативни умения от студентите. Те са необходими при обмяната на информация, при взаимното повлияване, преживяване и разбиране с пациента и колегите на работното място.

Особен проблем в дейността на медицинските специалисти е възникването на конфликт между членовете на екипа. Той може да възникне по различни причини- професионални, лични, от страна на пациента. Един от същественият въпроси е как бъдещите медицински сестри да се справят с конфликтна

ситуация. Отговорът на този въпрос изисква още по време на обучението да се усвояват умения за разрешаване на конфликтни ситуации.

За разрешаването на конфликтите е необходимо да се овладяват умения за водене на преговори. Те са условие по цивилизован начин да се търси изход от конфликтната ситуация. По същество това означава да се намира взаимно приемливо решение и културен изход от ситуацията като се правят разумни компромиси от страните участващи в конфликта.

Целта на настоящата разработка е да се изясни ролята на нетрадиционните /проблемно-ситуационни/ методи в обучението на студентите-медицински сестри и отношението на студентите към тях.

Материал и методи

Обект на изследване са редовни студенти-медицински сестри в Медицински университет – град Пловдив и Филиал-Хасково при Тракийски университет-Стара Загора. Проучването се проведе през месец декември 2014г. при осигурена пълна анонимност. За събиране, анализ и оценка на резултатите са използвани следните методи:

- теоретичен анализ на литературата по проблема;
- индивидуална анонимна анкета;
- програмирано интервю.

Резултати и обсъждане

Проучено е мнението на общо 200 студенти от втори и трети курс на специалност «медицинска сестра».

Разпределението по пол показва, че 97 % от изследваните студенти са жени и 3 % са мъже.

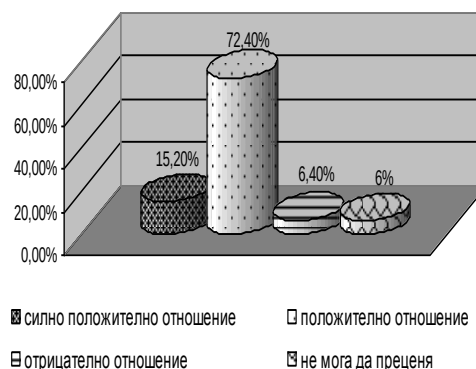
От проведеното проучване става ясно, че отношението на студентите-медицински сестри към процеса на обучение е подчертано позитивно. Те редовно посещават лекции, учебно-практически занятия и клинична практика и имат формиран траен интерес към повечето учебни дисциплини. Това зависи, както от конкретните обективни показатели-изисквания на преподавателя, педагогически такт и майсторство, така и от субективните характеристики на обучаваните-мотивация, нагласи, насоченост, ценностни ориентации. Основният процент (93%) от анкетираните

смятат, че целите на обучението по отделните дисциплини и учебни форми са ясно представени.

По отношение на методите на обучение болшинството анкетирувани -87% посочват, че диалогичните методи традиционно се използват активно в упражненията и семинарните занятия. При анализа на отговорите на изследваните студенти за най-използваните методи в обучението се установи се, че лекционното изложение е основен традиционен метод на обучение във висшето медицинско училище. Схемата на лекциите е представена ясно и темите в лекциите са логически подредени според 61,4% от студентите.

След нея като най-използвани методи в обучението на медицинските сестри са посочени упражняването - 86% и самостоятелната работа - 69%. Във формите за практическо обучение най-често използвани методи за обучение са наблюдението - 54% и демонстрацията - 79%, решаване на казуси и проблемни учебно-познавателни задачи-68%, ролеви игри-48%. Успешно се прилагат методите - дискусия и работа в малка група. По такъв начин у обучаваните се изграждат умения за работа в екип, за изслушване на събеседника, а също и за формиране на лидерски умения у тези студенти, които се излъчват като говорители на малката група и изказват мнението и становището на цялата група. С много добра ефективност се ползват методите: панелни дискусии с приложение на различни визуализиращи техники, казуси, метод на проектите, ролеви игри и др. Разработването на проект формира креативни способности у студентите и умения за бъдеща научно изследователска работа. Прилагането на нетрадиционни /проблемно-ситуационни/ методи в обучението, според повечето студенти, улеснява усвояването на теоретични знания и професионални умения.

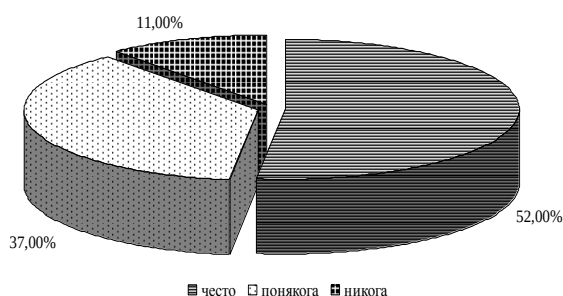
Голяма част от изследваните респонденти-55% считат, че в преподаването се включват нетрадиционни/интерактивни методи на обучение, за да се усвоят професионални знания и умения и адекватно поведение. Проучването показва, че студентите имат позитивно отношение към прилагането на нетрадиционните методи: 15,2 % имат силно положително отношение, 72,4% - положително, 6,4 – отрицателно, а 6%-не могат да преценят (Фиг 1).



Фиг.1 Отношение на студентите към нетрадиционните методи в обучението

Студентите изказват мнение, че при обучението се използват препратки и примери от други курсове и предмети, за да се повиши разбирането и се осъществи интегриране на познанието по изучавания предмет.

Според 52% от изследваните респонденти ролевата игра се използва често, особено по време на учебно-практическите занятия. 37% посочват отговора-понякога, а 11 %- никога. (Фиг 2).



Фиг.2 Мнение на студентите за степента на включване на ролеви игри в обучението

Ролевата игра може да бъде приемана и като вид експеримент, в който „актьорите“ изпълняват определени процедури, намират начини за справяне с конкретни ситуации и поемат отговорности. Начинът, по който те „играт“, определя нивото на знания и умения, до което са достигнали.

Създаването на ролеви игри е сложен и продължителен процес. Той изисква задълбочени познания от страна на преподавателя за същността на метода, проучване на практическия опит до момента и висока степен на професионална подготовка на преподавателя.

Ролевата игра включва следните моменти:

-подготовка на играта – запознаване и мотивиране на учениците за участие в ролевите игри; въвеждане на правила за работа, план, сценарий и инструктаж; разпределяне на роли (случайно, непреднамерено); консултации;

-провеждане на играта – студентите мотивирано изиграват ролите си според сценария; смяна на ролите;

-анализ на резултатите – след всяка игра се провежда дискусия, в която се коментират постиженията от проведената игра.

Нашето проучване потвърждава резултатите от изследване, проведено от А. Андонова, «че студентите предпочитат методите, улесняващи усвояването на практически умения. Методите, изискващи самостоятелна активност и пасивните методи са подценени в известна степен от респондентите. Може да се направи и друго заключение, че студентите предпочитат едни образователни методи пред други в зависимост от насочеността на знанията, които желаят да придобият и ще им бъдат полезни за бъдещата професионална реализация» [1, с.119-122].

Болшинството от изследваните студенти дават положителна оценка за отношението към тях на преподавателите. За да се улеснява общуването е нужно, преподавателите да развиват способности за ефективно общуване, да създават климат на взаимно признание, толерантност, уважение и взаимопомощ.

Изводи

Обобщеният анализ на резултатите от проведеното изследване позволява да се направят следните изводи:

- Болшинството от изследваните студенти са удовлетворени от прилагането на нетрадиционните методи в обучението.

- Характерът, съдържанието и формата на общуване между преподавателя и студентите в значителна степен обуславят резултатите от учебно-възпитателната дейност и адаптацията на студентите към избраната професия

- Използването на нетрадиционни /интерактивни/ методи при обучението на медицинските специалисти, дава възможност

да се приложат на практика овладените знания, да се формират умения и навици за адекватно професионално поведение, да се преодолее неувереността и нерешителността на студентите чрез създаване на благоприятен психологически климат.

Литература

1. Андонова, А., Методите на обучение-полезност и ефективност., сп. "Управление и образование", том VIII(2), 2012, с. 119-122

2. Гюрова, В., В. Божилова, В. Вълканова, Г. Дерменджиева, Интерактивността в учебния процес, София, 2006г.

3. Иванова, Г., Имитационно-моделиращи игри при обучение на студентите, В: сб."Хуманизация и демократизация на педагогическия процес в условията на университетското образование", изд."Екс-прес", Габрово, 2006.

4. Петров, П. Някои методи за обучение на възрастните. В:сп."Педагогика", 1997г.(1), 23-28 стр.

5. Рангелова, Е., Методика на възпитателната дейност в училище., София, 2003.

6. Торньова, Б., М. Семерджиева, Интерактивни методи и техники в обучението на студентите във Висшето медицинско училище., Сп."Управление и образование", 2010.

7. Торньова, Б., Формиране на моралните ценности при професионалното изграждане на бъдещите медицински специалисти, Дисертация за придобиване на ОНС «доктор», С., 2005.

8. Торньова, Б., Игровите технологии в подготовката на бъдещите медицински специалисти. //сб. "Предизвикателствата пред науката във връзка с членството на България в ЕС", Ст. Загора, 2007 г., с.116- 121.

Снежана Драгушева
Медицински университет - гр. Пловдив, Факултет по Обществено здраве
Катедра „Сестрински грижи”
адрес: гр.Пловдив, бул."Васил Априлов"15А
e-mail: sdragusheva68@gmail.com



КИНЕЗИТЕРАПИЯТА И ТАЛАСОТЕРАПИЯТА В ЛЕЧЕНИЕТО И РЕХАБИЛИТАЦИЯТА НА СЛЕДФРАКТУРНИ СЪСТОЯНИЯ

Снежина Георгиева

KINESITHERAPY AND THALASSOTHERAPY IN TREATMENT AND REHABILITATION OF POST-FRACTURE CONDITIONS

Snezhina Georgieva

ABSTRACT: Medical use of seawater (thalassotherapy) treatment is carried out on the beach with the specific for the sea and beach curative factors with medical and controlled plan. In the medical use of seawater collected are both parts of the resort medicine – climatic treatment and spa. With our comprehensive methodology we aimed to break the routine practice in the rehabilitation of patients with post-fracture conditions. We suggested untapped combination of kinesitherapy and active sea baths proving that it will lead to a fuller, faster and more efficient recovery of those patients.

Research's objective is to develop efficient scientific methodic of combining kinesiherapeute complex directed according to the fracture and active sea baths on an average cold loading (seawater temperature not lower than 18°C). A comparative analysis shall be made of the immediate and late treatment results (to 1 year) of our methodic and routine combination of kinesitherapy and mud applications.

The conduction of observation and data collection was made for 4 years during the months June, July and August. He observation and data collection place is Rehabilitation and Prophylaxes Center, town of Pomorie. The research encloses 126 patients with various fractures divided in two groups: I-st group control 40 patients treated with kinesitherapy and mud applications as per classical methodic. II-nd group basic – 86 patients whose treatment included kinesitherapy and active sea baths as per average cold loading.

We proved that there are no principle differences between the two methodic as in the basic group statistically more affected are the hypotrophy of muscles, the volume of movement in the joints and contractures. This proves that our methodology is an alternative method of mud treatment.

Keywords: Thalassotherapy, application, fracture, rehabilitation

Морелечението (таласотерапията) заема основно място в курортната медицина. В таласотерапията се съчетават морското климатолечение с балнеолечението и затова тя днес се дефинира като пребиваване на морския бряг и използване на свързаните с морето и брега природни ресурси – климат, слънце, пяск, морска вода, лечебна кал, матерна луга, водорасли и други, за профилактика и лечение на съответните заболявания и за рехабилитация на болните.

Морелечебните фактори са естествени дразнители на човешкия организъм. Те влияят върху генотипа и фенотипната адаптация на организма. Независимо, че те са дразнители, водещи до ответни реакции на организма, чрез принципа на стимулиране, в тях откриваме и редица щадящи фактори, които облекчават клинично-функционалното състояние на организма. Към щадящите фактори отнасяме чистотата на въздуха особено изразена при

проявеност на морския бриз. Освен с релативната си чистота морския климат се характеризира и с окисляващите особености на морския въздух поради относителния хипербаризъм, обуславящ се от по-високите стойности на атмосферното налягане и не само повишеното парциално налягане на кислорода, но и повишената плътност на кислорода, т.е количеството на кислородните молекули в определен въздушен обем. Това има особено щадящо-саногенезен ефект върху кардиопулмоналната система и дава отражение върху цялостната кислородно-транспортна система на организма. Втората цел на морелечението е свързана с дразнещото действие на морелечебните фактори (студово и лъчево), което предизвиква реакция от страна на организма. Морските къпания са най-активните от морепрофилактичните и морелечебните процедури. При къпането в морето върху организма действа температурата на морската вода

(термично действие), налягането на водните маси (хидростатично действие), съставките на морската вода (химично действие), слънчевите лъчи, които проникват през водните пластове (актинично действие), има значение и вдишването на аерозолите на морската вода. При морските къпания се държи сметка и за термичното действие на въздушната среда, в която се намира организъмът преди и след морските къпания. Морската вода е една от средите, която отнема топлина от тялото. Преминването на топлина от кожата към водата е 26 пъти по-голямо, отколкото преносът на топлина от кожата във въздуха. При морските къпания човешкият организъм е подложен и на механични въздействия от страна на водната маса, които се групират във: въздействието на хидростатичното налягане, феномена на изтласкването и въздействието на морските вълни. Хидростатичното налягане е активен фактор при морските къпания. На този натиск се поддават меките тъкани на тялото, притискат се повърхностните венозни и лимфни съдове с което се подпомага венозния отток на кръвта. Показва се периферното и централното венозно налягане и се облекчава кръвонапълването на дясното сърце и съдовете на гръдния кош. Изтласкването е подчинено на закона на Архимед. То като феномен е полезно при плуването и активните движения във водата. Терапевтичната стойност на тази „безтегловност“ е незаменима за двигателната терапия при някои заболявания на нервно-мускулната или на опорно-двигателната система. Балнеоефектът е особено силен при къпане при силно вълнение в района където се разбиват вълните. Морските вълни и изобщо движението на водните пластове действат върху тялото подобно на масаж, който не може да се замени с нищо друго. Къпането при вълнение докарва в напрежение телесната мускулатура, хаби се много енергия с образуване на компенсаторна топлина в организма. Това има значение за определянето режима на болния – къпане в тихо или при развалнувано море.

За разлика от термичното и механичното въздействие на морските къпания въпросите за химичното действие на морската вода през време на къпането са по-малко изяснени. Минералните съставки на морската вода през времето на къпането се натрупват върху повърхността на кожата и образуват т.нар. „солева мантия“. Това натрупване става и в отворите на потните и мастните жлези и около

космените фоликули на кожата. Трябва да се прибави и влиянието на рН на морската вода, която е слабо алкална (7,6-8,4), докато нормалното рН на кожата е с кисела реакция. Проучванията показват, че кожата на човека е проникваема за йода и брома, които се съдържат в морската вода. След къпане в морето, ако се остави водата да се изпари върху тялото, през първите две денонощия в организма ще проникнат около 5 гами (микрограма) йод. Ако системно след морски къпания тялото не се измива и не се изтрива от морската вода и се остави водата да се изпари върху кожата, тогава количеството на проникналият йод може да достигне на денонощие около 10 гами.

Изследванията за влиянието на морските къпания върху мускулатурата и костно-ставния апарат започват сравнително късно. Морската вода благодарение на своя топлинен ефект води до релаксация на мускулатурата. Като особено подчертан е този ефект върху контрактурите.

Температурата на морската вода и нейната плътност позволяват на болните да извършват движенията с по-голяма амплитуда и с много по-малко усилия. Нейното въздействие се заключава в ретонизиращия ефект върху мускулите и следователно във възстановяването на мускулния баланс. Морската вода отнема болката и води до по-бързо и цялостно възстановяване. Активните морски къпания позволяват значително да се съкрати времето за възстановяване – в морската вода срастването на костите след счупвания става 3 пъти по-бързо. Благодарение на своя състав морската вода оказва тонизиращо и противовъзпалително действие. Този ефект се засилва при повиши температури на водата, които увеличават възприемчивостта на епидермиса. Достойнството на таласотерапията се състои не само в нейния лечебен, но и профилактичен ефект. Доказано е, че постигнатият ефект от лечението продължава много дълго. Морската вода се явява идеално средство за повишаване тонуса на мускулатурата. „Безтегловността“ в морската вода, когато тялото тежи не повече от 8% от фактическото си тегло, облекчава работата на ставите и води до по-бързо възстановяване на контрактурите. Тези предимства на морската вода, използвани целенасочено при рехабилитация на следфрактурни състояния съчетани с кинезитерапия водят до по-бързо възстановяване на пациента и съкращаване на неговата нетрудоспособност.

Морската вода е „първата от минералните води”. Тя съдържа средно 35 грама соли на литър. В Черно море концентрацията на соли е 17,3 – 18,2 г/л вода. Но морската вода не е един обикновен солен разтвор. Тя съдържа и много микроелементи от неорганичен и органичен характер последните са преди всичко от планктона и от хормоналните излъчвания на морската фауна. Морската вода е с много сложна структура от кристални и колоидни вещества. От всички теоретично възможни химически елементи в нея са намерени 55, като се включват и разтворените във водата атмосферни газове. Хлор, натрий, магнезий, сяра, калций, калий, бром, въглерод, карбонати, сулфати, стронций, бор, флуор – това е основната част от йонния състав на морската вода и те съставляват близо 99% от всички разтворени вещества в нея. Една голяма част от съставките на морската вода са слети в т.нар микроелементи (олигоелементи). В нея се срещат и органични вещества в разтворено, колоидно и фино дисперсно състояние. В морската вода се съдържат и някои газове от атмосферен произход: азот – 61%, кислород – 31%, въглероден двуокис и в незначителни количества хелий, неон, криптон, ксенон. Един литър морска вода съдържа близо 15 – 30 куб.см. газове, от които 10-15 куб.см. азот. Водите в моретата и океаните имат алкална реакция. Така в Атлантическия океан рН на водата е 7,75 – 8,35, в Средиземно море – 8,07 – 8,31, в Черно море 8,38 – 8,40.

Обобщавайки казаното за Черно море, трябва да се изтъкне, че то със своите химични и физични особености е един от най-благоприятните морски басейни за провеждане на морепрофилактика и лечение.

Днес повечето автори схващат морелечението като лечение, провеждано на морския бряг със специфичните за морето лечебни фактори при медицински поставен и контролиран лечебен план. Морелечебните средства не лекуват сами, а само чрез лекаря.

Цел на нашето проучването бе да се предложи научно обоснована, ефективна, комплексна физиотерапевтична програма за приложението на естествения физикален метод – морелечение (таласотерапия), съчетано с кинезитерапевтичен комплекс за лечение и рехабилитация на следфрактурни състояния при болни предимно в зряла възраст, които по една или друга причина не са показани за калолечение.

Методика

Преди започване на опитната дейност бе разработен детайлен модел, в който бяха определени обемът и мястото на провеждане на процедурите по таласотерапия. В модела бе предвидено прилагането и на средно студово натоварване. Активните морски къпания се провеждаха непосредствено след процедурата по кинезитерапия. Те се извършваха два пъти на ден – общо 30-40 процедури на един курс лечение. Времетраенето бе съобразено с конституционалните особености, възрастта и толерантността на пациентите към студовия фактор. Продължителността на едно къпане бе изчислена по формулата U. Jessel:

$$П = \frac{K}{3} \cdot \frac{(P)}{(37-1)} \cdot \frac{(t + n - 1)}{10}$$

в която П е продължителността на морските къпания, К – дебелината на кожата гънка (в мм), измерена в интерскапуларното пространство, Р – температурният градиент между ядрената и стандартната температура на морската вода, t_0 – действително измерената температура на морската вода, n – поредното морско къпане.

За правилната дозировка на процедурите значение има температурата на морската вода и въздуха. Използването на средно студово натоварване (t^0 на водата не по-ниска от 18°C). Скоростта на вятъра не бива да бъде по-голяма от 3м/сек. Силата на прибой не по-голям от 2 бала (при по-силен прибой се получава инстинктивно задържане на дишането и се появяват екстрасистолите).

Наблюдението бе проведено върху 126 пациенти, разпределени в 2 групи:

1-ва група – 86 болни, лекувани с кинезитерапия (съобразена по време и насоченост за съответната фрактура, индивидуални особености на пациента, рехабилитационен потенциал и резултатите от направените тестове) и с таласотерапия със средно студово натоварване, включваща плуване, активни упражнения и елементи от спорт във водата.

2-ра група (контролна) – 40 болни, лекувани с кинезитерапия и кални апликации.

За сравняване на получените резултати бе използван анализът на данните от пациентите в контролната група. Направената извадка е определена при преднамерена селекция. От 150 пациенти бяха елиминирани 24 поради отсъствие 2 години последователно неявяване на контролни прегледи и др. Математическата обработка на резултатите е из-

вършена върху данните на лицата, спазили точно условията за включване в групите за наблюдение. Болните разделихме на следните възрастови групи: под 45г.; от 45 до 55г.; от 55 до 65г. Най-голям брой болни (42%) са между 55 и 65г. В проучването са обхванати лица от двата пола. Сред наблюдаваните пациенти преобладават тези с фрактура на долен крайник (67%). Провеждането на наблюдението и събирането на необходимите данни е извършено в продължение на 4 години (1994 – 1998г.). Мястото на наблюдението е санаториума на МО – гр. Поморие, с охранявана и поддържана пясъчна ивица, с кабинет по кинезитерапия и помещения за почивка.

Изборът на тестове за оценка на постигнатите резултати е съобразен с най-високата степен на тяхната надеждност и условието те да са достъпни и да са с проста структура. Използвани бяха следните методи:

От пациентите със следфрактурни състояния се събират анамнестични данни за датата на получаване на фрактурата, вида на наложената имобилизация, срока на имобилизацията, начина на лечение на счупването – консервативно или оперативно, вида на проведеното лечение – медикаментозно, физиотерапевтично, придружаващи заболявания. Всички пациенти са клинично изследвани. Използвахме:

- Ъглометрия на засегнатите стави по стандартна методика;

- Сантиметрия – проследява се обиколката на бедро на три нива (10, 22, 30 см), като кодова точка определихме горния край на пателата, още на подбедрицата и през колян-на и глезенна става (трансмалеоларно).

- Сантиметрията на горен крайник извършихме при максимална контракция на *m. biceps brachii* и при релаксиран горен крайник на същото място; на предмишницата – в най-широката част на горната и трета; през лакътната става и през киткената става (през точките *stylion*).

- Дължината на долните крайници измерихме от слабинната точка до *malleolus med.*

- Мануално мускулно тестване извършихме по стандартната методика (по Ст. Банков) – в началото и в края на един лечебен курс;

- Тест на скъсените мускули по Левит;

- Динамометрия на пациентите с фрактури на горните крайници – изследвахме силата на здравата и болната ръка с динамометър тип „Колин”

- На пациентите бе направена ЕКГ, двукратно измерване на кръвното налягане и честотата на пулса преди и след приключване на лечението, както преди и след всяка процедура.

- Ръста на болните се измерва еднократно в кабинета по кинезитерапия в Център за рехабилитация и профилактика гр. Поморие, като резултатите се отбелязват в индивидуалния картон.

- Теглото се проследява в посочения вече кабинет двукратно, в началото и в края на една лечебна смяна и се отбелязва в една от групите от 51 до 61кг; от 61 до 70 кг; от 71 до 80 кг; от 81 до 90 кг; от 91 до 100 кг и над 100кг.

Една от най-характерните особености на методиката се свързва с изискването процедурата по таласотерапия да се извършва непосредствено след заниманията с лечебна физкултура, а престоят в морската вода да бъде само активен.

Анализ на резултатите

Резултатите от ъглометрията показват статистически значимо подобряване на обема на движенията в горен крайник. Тези резултати обясняваме с активните движения във водата, елементите от спорт и игрите, които са като продължение и допълнение към основната процедура по ЛФК (табл.1).

Резултатите от ъглометрията на долен крайник доказват статистически достоверно голямото значение на активните движения във вода и особено плуването. Флексията, екстензията, абдукцията и аддукцията се повлияват благоприятно. Не се доказват промени във външната и вътрешната ротация. (табл.2)

Благоприятните промени в мускулната сила при флексори, екстензори, абдуктори и вътрешни ротатори ($p < 0.05$) се дължат на активното продължение на упражненията по кинезитерапия във водата. Бързият темп на упражненията засилва ефекта от преодоляване съпротивлението и хидростатичното налягане. Включването на плуването води до особено добри резултати. Не търпи статистически значими промени само силата на мускулите външни ротатори. Добрите резултати в подобряването на мускулната сила на горните крайници при пациенти, третирани с кинезитерапия и таласотерапия, се обясняват с включването на елементи от спорт (водна топка).

Таблица 1. Резултати от ъглометрията на горен крайник преди и след лечение с кинезитерапия и таласотерапия

Ъглометрия на долен крайник	Абсолютен брой на болните(n)	Преди лечението $\bar{x}$ Δ	След лечението $\bar{x}$ Δ	T	P
Флексия	26	37.7333± 1.0	15.4833±0.9	6.1133	< 0.05
Екстензия	26	22.7667± 1.8	11.1313±1.8	3.1762	< 0.05
Абдукция	26	26.6500± 1.8	15.9167±1.8	4.1993	< 0.05
Аддукция	26	22.6421± 0.9	11.9073±1.1	41871	< 0.05
Външна ротация	26	24.2000± 0.9	13.7167±0.8	7.9101	< 0.05
Вътрешна ротация	26	34.3322± 0.4	22.7120±0.4	5.1187	< 0.05

Таблица 2. Резултати от ъглометрията на долен крайник преди и след лечение с кинезитерапия и таласотерапия

Ъглометрия на горен крайник	Абсолютен брой на болните(n)	Преди лечението $\bar{x}$ Δ	След лечението $\bar{x}$ Δ	T	P
Флексия	60	33.6557± 5.7	23.6557±4.7	7.2933	< 0.05
Екстензия	60	8.0197± 0.6	7.0672±0.4	4.0079	< 0.05
Абдукция	60	58.2333± 8.2	43.4500±7.4	7.9824	< 0.05
Аддукция	60	12.0800± 1.6	10.000±1.1	3.5011	< 0.05
Външна ротация	60	14.7455± 0.2	4.7618±0.2	0.6982	< 0.05
Вътрешна ротация	60	5.2373± 0.3	4.9980±0.3	1.7755	< 0.05

Бързият темп на извършваните упражнения води до статистически достоверно подобряване на мускулната сила при флексори, екстензори, аддуктори и външни ротатори.

Липсата на сигнификантна благоприятна промяна при мускулите абдуктори и вътрешни ротатори налага по-прецизен подбор на упражнения за тези мускули както в комплекса по кинезитерапия, така и при избора на упражнения, изпълнявани във водата. След обсъждане на резултатите и в двете групи стигнахме до следните:

Изводи

1.Активните морски къпания са ефективен естествен физикален фактор. Те създават възможност за лечение и бързо функционално възстановяване на пациенти със следфрактурни състояния, при които по една или друга причина калолечението не е препоръчително.

2.Активните морски къпания оказват благоприятно терапевтично въздействие върху опорно-двигателния апарат и целия организъм и създават мотивация за участие в екологично чиста среда.

3. В края на осмия месец от лечението се изчерпва благоприятния лечебен ефект от процедурите.

4. Кинезитерапията като самостоятелен лечебен фактор е в по-малка степен ефективна в сравнение с комплексното и приложение с активните морски къпания.

5. Ефективността на тази програма (кинезитерапия и активни морски къпания) намира реален израз и като първична и вторична профилактика на пациенти с различни заболявания на опорно-двигателния апарат, сърдечно-съдовата и дихателната система.

6. Сравняването както на непосредствените, така и на късните лечебни резултати показва, че таласотерапията, съчетана с кинезитерапия, постига същите резултати като приложението на калните апликации и кинезитерапевтичния комплекс. В този смисъл тя е напълно алтернативен метод на лечение с кал.

7. Периодичността на приложението на лечебни комплекси, включващи таласотерапия на фона на кинезитерапия, трябва да бъде през интервал от 7-8 месеца. Късните лечебни резултати като цяло показват, че в практиката повторни курсове трябва да се назначават след осмия месец или един месец по-рано за да се застъпят ранните и късните лечебни резултати. Желателно е през зимните месеци да се приложи курс от термо-таласотерапевтични процедури (плуване в басейн със затоплена морска вода, вземане на вани със затоплена и допълнително обогатена с екстракт от сушени водорасли морска вода и др.).

8. Таласотерапията трябва да се прилага строго индивидуално, комплексно и целенасочено.

Литература

1. Ангелов, Ив. Проучвания върху някои количествени и качествени промени в метаболизма под влияние на термоклиматични въздействия и физическа дейност. Канд. дис., 1971, с.190.

2. Ахмеджанов, М.Ю. Общий механизм адаптации и профилактики. Медицина, М., 1973, с.198.

3. Афанасия. К. Комплексная климатология. т.1, Медицина, М., 1982, с.326-421.

4. Богутский, В.Б., В.Г. Бокша. Дозирование климатических процедур. Ялта, 1966, с.196.

5. Бокша, В.Г. Элементы теласотерапии. Биометгиз. М., 1987, с.198.

6. Гунина, Л.И. Перспирация у человека. М., Изд. иностранной литературы, 1981, с.181.

7. Гунина, Л. И. Самоочищение в прибрежной акватории Черного моря. Научная думка, Киев, 1975, с.197.

8. Данов, С. Химия на откритите черноморски води пред българския бряг. т.7, Известие на НИИПСО, Варна, 1967, с.321-341.

9. Дипчикова, С. Проучвания върху кръвообръщението при хипертонично болни от гледище на топлинния баланс на организма и климатофизиологията. Канд. дис., С., 1972, с.190.

10. Дипчикова, С. Промени в газовата обмяна при активни морелечебни процедури у бронхитици. Трудове от IV Национална конференция на интернистите. С., 1978.

11. Bärton C. Edholm A. O. Physikalische Therapie – Balneotherapie und Klimatherapie. Bonn und Stuttgart Verlag Hans Huber, 1990.

12. Braun-Valko O. Über die Histochemie der Barriere. Brück Berlin, 1992.

13. Braun-Valko O. Meteorologische Grundlagen der Klimaheilkunde. Berliner Verlag, 1992.

14. Becker F. Einfluss des Meeresklimas. In: Handbuch der Bäder und Klimaheilkunde Stuttgart, 1992.

15. Dirnagel K. Erfahrungen mit der internen und externen Meerwasser – behandlung. Vortrag 9 Ärztliches Seminar für Meeresheilkunde. Westerland 1998.

16. Dolp R. Untersuchungen zur Wärmeregulation im Strandort. Congr. Thalassother. Oslo. 1998.

17. Evers A. Therapie der Gegenwart T., 132-136-1967. Bruck Verlag

Assistant Doctor Snezhina Georgieva
Faculty of Public Health and Healthcare at University "Asen Zlatarov" – Burgas, Bulgaria
snezhinageorgieva@abv.bg



**КИНЕЗИТЕРАПИЯ И ПЯСЪЧНИ АПЛИКАЦИИ НА ЦЯЛОТО ТЯЛО
(ПСАМОТЕРАПИЯ) – АЛТЕРНАТИВА НА КАЛОЛЕЧЕНИЕТО
ПРИ СЛЕДФРАКТУРНИ СЪСТОЯНИЯ В ГЕРИАТРИЯТА**

Снежина Георгиева

**KINESITHERAPY AND SAND APPLICATIONS ON THE ENTIRE BODY
(PSAMOTHERAPY) – ALTERNATIVE OF MUD TREATMENT
IN POST-FRACTURE CONDITIONS IN GERIATRICS**

Snezhina Georgieva

ABSTRACT: Sand applications, known from ancient times, are one of the elements of the medical use of seawater. They characterize as lightest heat procedure. Hence our decision to use the combination of kinesitherapy and sand applications on the entire body as method of rehabilitation of post-fracture conditions in patients in advanced age (between 58-70) who due to one reason or another the mud treatment is not recommended. Place of observation and data collections is Rehabilitation and Prophylaxes Center, town of Pomorie. The research encloses 120 patients with various fractures divided in two groups: I-st group control 40 patients treated with kinesitherapy and mud applications as per classical methodic. II-nd group basic – 80 patients whose treatment included kinesitherapy and sand applications on the entire body. The observation conductance and collecting the needed data is carried out for 5 years (1995-2000).

The increased mobility of the musculoskeletal system, the feeling of lightness, the significant reduction of subjective complaints create a favorable background for the implementation of kinesitherapeutic events. After 3-4 applications sufferers feel more confident in the treatment and actively participate in it.

After a thorough analysis of the results obtained from different tests (algometry, manual muscle testing, test of truncated muscles, santimetry, dynamometers) in patients from both groups proved that results obtained in the basic group are more convincing, statistically substantially affected are muscle hypotrophy and the volume of movements in the joints, especially hip and shoulder joints. The proven by us systolic pressure drop and maintaining the values of diastolic pressure makes our methodology applicable in patients with hypertension I-st and II-nd degree as well. Sand applications are an effective natural physical factor. They give opportunity for treatment and quick functional recovery of patients with post-fracture states who due to one reason or another are not indicated for mud. Sand applications are an accessible, easy to apply and cost method. Moreover, they have high health, economic and social impact, which is why we recommend them in routine practice.

Keywords: sand treatment, mud treatment, alternative method, kinesitherapy

Пясъкоلعението е стар емпиричен метод. Heliosis и psamismus или използването на слънцето и пясъка за лечение, са стари, ценни, лечебни методи, останали още от древните гърци и римляни, описани от Орибас и Херодит (IV в.пр.н.е.). Този лечебен метод и досега е запазен по бреговете на южните морета, особено в някои средиземноморски курорти (Lido – Venezia, Grado и др.). С годините този потвърден от опита лечебен метод е изчистен от грешките си и днес интересът към него значително е нараснал. В страни, като Италия, Франция, Румъния, Кримското Черноморско крайбрежие се прилага пясъколение по нови съвременни методи.

Съставът на морския пясък е почти изключително от силиций, произлизащ от разрушенията на кварцовите скали. Обаче морските пясъци могат да бъдат съставени и от калций на базата на калциевия карбонат, на порфирина, на андезита. При химическия анализ на пясъците се срещат още: MnO, Na₂O, Al₂O₃, P₂O₅, FeO, MgO, Ka₂O и др. Освен това морският пясък е наситен с химическите елементи на морската вода, на морските водорасли и морския аерозол. Тази импеграция на пясъка с морски елементи се благоприятства от значителната пясъчна пропускливост, която зависи от системата въздух-пясък, тъй като въздухът заема близо 43% от неговия обем и създава значителна поръзност и хигроско-

пичност на пясъка. Южното ни Черноморие е богато с пясъчни ивици. Съставът на крайбрежните пясъци показва ясно изразена връзка със скалите на брега и е твърде различен в отделни участъци на крайбрежието. С помощта на Мьосбауерова спектроскопия, рентгенова дифракция и Гама – спектрометрия са проведени изследвания, имащи отношение към генезиса на черните пясъци от Поморийския залив. Тодор Пеев, (1998) анализира образци от: рудни магнетитови жили в мина „Росен“, железен концентрат от флотационната фабрика; речни пясъци от Русокастренската река край село Сърнево; магнитно сепарирана скална наносна маса от същата река; наносен пясък от района на село Изворище Бургаско. Получените резултати са съпоставени с аналогични изследвания на черни пясъци от бреговата ивица на залива.

Доказано е сходство между:

- Магнетитовите пясъци в района на нос Атия и магнетитовите рудни жили в мина „Росен“ (стехиометричен магнетит и хематит);
- Магнетитови пясъци от село Изворище и северозападната част на залива (нестехиометричен магнетит и хематит);
- Скални отломки и пясък от Русокастренската река (нестехиометричен магнетит, хематит, слюда, Fe(II) – съдържащи минерали).

Получените резултати дават основание да се изкаже хипотезата, че пясъците от южната брегова ивица и в района на Поморие са свързани с магнетитовите жили в тази област, докато в останалата част на залива те са продукт на рушене на околните скални масиви, обогатени от мартитизиран магнетит.

Температурата на естествено затопления пясък зависи много и от оцветката му. Последната влияе върху възможността му да погълне топлинните лъчи, което обуславя степента на нагряването. Зависи и от ветровата циркулация, която, ако е по-силно изразена, отнема значителна част от повърхностната топлина на пясъка.

Липсват официални критерии, стандартни методики и правила за качеството на плажния пясък, където и да е по света. Особено оскъдни в достъпната ни литература са данните за лечение на болни със следфрактурни състояния.

Ние използвахме изследванията на Т. Пеев (1998) и приложихме за първи път псамотерапия с черни пясъци, характерни само за

този район на нашето южно Черноморие. Поради високото съдържание на мартитизиран магнетит и железен триоксид степента на нагряване на тези пясъци е по-голямо. Те отразяват в по-голяма степен ултравиолетовите лъчи, което е от решаващо значение за лечебния им ефект. В научната литература липсват данни, за това как оцветката, на пясъка влияе върху лечебните резултати от псамотерапията. За това не е възможно да бъдат сравнени резултатите от прилагането на жълти и черни пясъци. Считаме, че първите стъпки в използването на черните пясъци в псамотерапията, като част от комплексното лечение на болни със следфрактурни състояния са успешни и обнадеждаващи. Въз основа на опита и непосредствените ни наблюдения изказваме мнение, че пясъкоلعението с черни пясъци е по-резултатно от това с жълти и бели пясъци.

Пясъкът притежава значителна термопексия е и лош проводник на топлина. Поради тази особеност повърхностните слоеве поглъщат цялата радиационна топлина от слънцето, нагорещават се силно без да предават топлината на по-долните слоеве, които остават с по-ниска температура. Пясъкът достига най-висока температура през месеците с най-голям интензитет на слънчевата радиация. Характерно е, че погълнатата от пясъка топлина не зависи толкова от температурата на околния въздух (от конвекционалната топлина), колкото от радиационната топлина на слънцето, от интензитета на пряката слънчева радиация. За нуждите на псамотерапията пясъкът трябва да бъде сух и неговата температура трябва да се движи между 35-40⁰ С за общи апликации и над 40-42⁰ С – за локални апликации. Най-подходящ период за пясъкоلعение се очертават месец юли и месец август (през м.юли и август средно оползотворяеми са 22 дни). Средната годишна температура в района на Поморие е +12,8⁰С. Средната януарска е -2,5⁰С, а юлската +24⁰С. Слънцегреенето е 2300 часа, през месеците юли и август то е дневно 10,5 – 11 часа (собствени проучвания).

Това показва, че при добра организация на пясъкоلعението в района на Поморие то може да започне още след първата декада на м.юни и при подходящи атмосферни условия да продължи и през първата десетдневка на м.септември при добре оградени пясъколе-чебни плажове.

Физиологичното действие на пясъчните бани се основава на температурното и механичното дразнене на затопления пясък върху организма, както и от отразените от него ултравиолетови лъчи. Затопленият фин пясък прилепва плътно към тялото и оказва своето термично действие както при другите топлинни процедури. Изтъкнатите по-горе физични качества на пясъка, съчетани с неговата голяма хигроскопичност, правят този род топлинни процедури по-лесно поносими, затова пясъкоlecението се определя като „най-нежно действаща топлинна процедура”. Характерно е силно изразеното диафоретично действие на пясъкоlecението. Пясъкът, плътно прилягайки, запълва всички неравни части на тялото и равномерно и бавно отдава топлината си и поради високата си хигроскопичност попива веднага потта, което облекчава болния. Затова при съответен медицински контрол може да се приложи и на сърдечно болни, страдащи от съпътстващи заболявания (ставни и др. които се нуждаят от топлинно лечение).

За един час кожата отделя чрез перспирация литър и повече течност, която се попива от пясъка, и с това до известна степен се облекчават терморегулацията и сърдечната дейност. Интензивността на обмяната на веществата се увеличава. Пулсът се участва още първите 5 мин. на процедурата. Кръвното налягане отначало се покачва, като се усилюва количеството циркулираща кръв, свързана с опазване на депата и преразпределението на кръвта. Минутния обем на сърцето се покачва. По-нататък през време на процедурата кръвното и периферното съдово съпротивление започват да спадат. Но проследени, пулсът и дишането показват, че при тази процедура топлинното натоварване се понася много по-добре в сравнение с други топлинни процедури. С правилна дозировка и вземане предпазвателни мерки полза от това лечение могат да извлекат и хора, при които поради възрастови или други причини са противопоказни калните апликации. И това определи нашето решение да приложим пясъчните бани в лечението на пациенти в по-напреднала възраст.

Целта на проучването е да бъде разработена научнообоснована и ефективна комплексна лечебна програма за приложението на естествения физикален фактор – пясъкоlecение (псамотерапия) съчетано с кинезитерапевтичен комплекс за рехабилитация на стари

следфрактурни състояния при болни предимно в по-напреднала възраст (между 58-70г.), които по една или друга причина не са показани за калолечение и по този начин да покажем големите възможности за избор на естествени физикални фактори по нашето Черноморие.

Методика

Пясъчни вани на цялото тяло

Процедурата се провежда в специални, приготвени предварително пясъчни ложета. Всяко от тях трябва да има дълбочина 30-35 см, широчина 1м и дължина 2м. Разстоянието помежду им трябва да бъде 1,5-2м. Температурата на пясъка следва да е около 45⁰ С. Цялото тяло се покрива със слой от 5 до 10 см топъл пясък, като на корема и гърдите слой е тънък 3-4 см, а сърдечната област остава открита. Продължителността на една процедура е между 30 и 45 мин, като се започва с 10 мин. За по-добър ефект дъното на пясъчното ложе се покрива със събрани от предишните дни, промити с морска вода и изсушени на слънце водорасли. Слойт трябва да е дебел 5 см. Процедурите се провеждат ежедневно, като един курс обхваща 15-20 процедури.

Въз основа на изследванията за репрезентативност, дефинирана от Хензел, Хървитц и Медоу, за определяне броя на наблюдаваните случаи се използва методът за последователно попълване на групите (n= 40). Разпределението на пациентите е в 2 групи:

- I група – 86 болни, лекувани с кинезитерапия, съобразена по време и насоченост за съответната фрактура, с индивидуалните особености на пациента, с рехабилитационния потенциал и направените тестове. Процедура по псамотерапия в специално подготвени ложета, чието дъно е застлано с предварително измити с морска вода и изсушени водорасли.

- II група (контролна) – 40 болни, лекувани с кинезитерапия и кални апликации. За сравняване на получените резултати е използван анализът на данните от болните в контролната група.

Математическата обработка на резултатите е извършена върху данните на лицата, спазили точно условията за включване в групите за наблюдение.

Провеждането на наблюдението и събирането на необходимите данни са извършени в продължение на 5 години (1995-2000г.).

Пясъчните апликации се извършваха 2-3 часа преди процедурата по кинезитерапия. На таблица 1 са показани продължителността и броят на процедурите по псамотерапия, съобразени с възрастта на пациентите.

Лечението с пясъчни апликации се провежда не като самостоятелна процедура, а в рамките на комплексно приложение – съвместно с кинезитерапевтичен комплекс. (Таблица 3, Таблица 4, Таблица 5)

Увеличената подвижност на опорно-двигателния апарат, чувството за лекота, значителното редуциране на субективните оплаквания създават благоприятен фон за изпълнението на кинезитерапевтичните мероприятия. След 3-4 апликации болните чувстват

по-голяма увереност в лечението и по-активно участват в него.

Анализ на резултатите

Пясъчните апликации не оказват статистически значимо влияние върху телесното тегло.

Сравнителната оценка на стойностите на телесното тегло в началото и в края на лечебния курс не показва статистически значима разлика ($p > 0.05$). минималните различия в теглото се свързват с ежедневния комплекс по ЛФК.

На таблица 2 са отбелязани промени в сърдечно-съдовата система при болни след лечение с пясъчни апликации.

Таблица 1 Продължителност и брой на процедурите по псамотерапия съобразено с възрастта на пациентите

Възраст на пациентите	Температура на пясъка	Продължителност на процедурата	Брой на процедурите	Приложимост
от 58 години до 60 години	$t = 42^{\circ}\text{C}$	до 45 мин	15 - 20	всеки ден
от 65 години до 70 години	$t = 40^{\circ}\text{C}$	до 35 мин	12 - 15	всеки ден

Таблица 2 Промени в някои показатели на сърдечно-съдовата система след проведен курс псамотерапия

Показатели	Абсолютен брой на болните	Преди лечение	След лечение	Т	Р
		$\bar{x}$ Δ	$\bar{x}$ Δ		
Систолно налягане в (mmHg)	86	143.3121 $\pm$ 4.9	146.8631 $\pm$ 3.2	0.9436	> 0.05
Диастолно налягане в (mmHg)	86	82.5000 $\pm$ 5.0	82.6667 $\pm$ 4.5	0.1316	> 0.05
Сърдечна честота (в мин)	86	69.9322 $\pm$ 2.6	70.1000 $\pm$ 2.9	0.7659	> 0.05

Таблица 3 Схема на комплекс по кинезитерапия при фрактура на хирургичната шийка на бедрена кост (медиално счупване), лекувано оперативно 8 месеца след операцията – късен тренировъчен период.

Части	Съдържание	Методически указания	Задачи
Подготвителна (10 мин.)	Гимнастически упражнения от общоразвиващ тип с акцент върху долните крайници.	Упражненията се извършват от и.п. тилен лег и стоеж	Подготовка на организма за по-големи функционални натоварвания.
Основна (25-30 мин.)	ПИР за ишеокрурална мускулатура. Упражнения за баланс от стоеж с пълно обременяване. Силови упражнения за четириглавия мускул на бедрото, мускулните екстензори и ротатори на ТБС. Пулитерапия.	Тренира се с 60% от МГ бавен темп 3x10 с 2 мин. Почивка между сериите.	Да се възстанови пълния обем на движение на ТБС. Засилване мускулатурата на бедрото и създаване „мускулен корсет“ около ТБС.
5-6 мин.	Велоергометрична тренировка.	60 оборота/мин. 2x5 мин. с почивка 1 мин. между сериите.	Максимално възстановяване на походката.
Заклучителна (7-8 мин.)	Релаксиращи упражнения. Самомасаж (поглаждане, разтърсване, полюляване).	Упражненията се изпълняват от и.п. тилен лег и седеж	Засилване мускулатурата на долните крайници. Постепенно намаляване на натоварването.

Общо около 45 мин.

Таблица 4. Схема на комплекс по кинезитерапия при нераздробено счупване на олекранона, лекувано консервативно, 5 месеца след сваляне на гипсовата имобилизация, късен тренировъчен период.

Части	Съдържание	Методически указания	Задачи
Подготвителна (7-8 мин.)	Общоразвиващи гимнастически упражнения за цялото тяло и упражнения с гимнастическа тояжка за горни крайници.	От и.п. стоеж в умерен темп	Подготовка на организма за последващите по-големи натоварвания.
Основна (20-25 мин.)	Аналитични силови упражнения за засилване на екстензори	Да не се работи пасивно. Упражненията за т.	Постигане на пълен обем на движението. Възстановяване на мус-

Заклучителна (5-7 мин.)	рите в лакътна става и релаксиращи упражнения за флексорите. Упражнения с уреди и на уреди. ПНМУ – смяна на антагонистите. Трудово – приложни упражнения. Изометрични упражнения за екстензорите в лакътна става в режим 2:1. Други улеснителни прийоми.	biceps brachii се извършват при промирана предмишница. Да не се допуска огъващ момент в мястото на счупването. Да се улесни екстензията в лакътна става чрез оказване на съпротивление на абдукцията в раменна става.	кулния баланс – Релаксиране на скъсените мускули (флексори в лакътна става) и тонизиране на отслабените (екстензори)
	Полюляване и разтърсване на горните крайници. Свободни махови движения. Дихателни упражнения.	От и.п. седеж и стоеж	Релаксация на горните крайници и организма като цяло.

Общо 30-40 мин.

Таблица5. Схема на комплекс по кинезитерапия при напречно едроотломъчно надлъжно счупване на колянното капаче лекувано оперативно, 9 месеца след сваляне на гипсовата имобилизация - късен тренировъчен период.

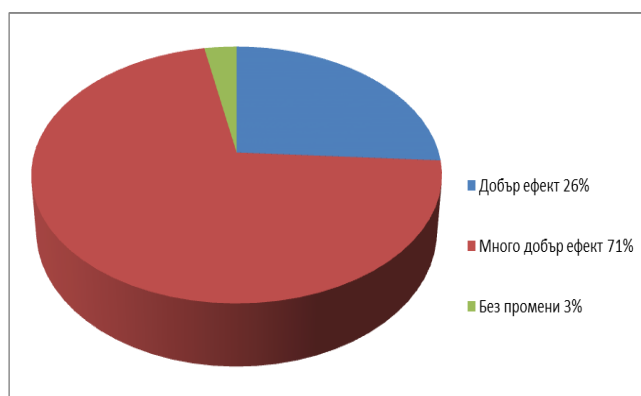
Части	Съдържание	Методически указания	Задачи
Уводна (5-7 мин.)	Общоразвиващи упражнения за всички части на тялото и долните крайници.	Упражненията се извършват от и.п. стоеж и тилен лег. Темпът е умерен. Да се съчетават с правилно дишане.	Подготвяне на организма за последващите по-големи функционални изисквания.
Основна (25-35 мин.)	Активни упражнения за долните крайници срещу съпротивление. Проприоцептивна стимулация при монопедална опора върху нестабилна равнина. Упражнения срещу съпротивление за четириглавия мускул на бедрото в клетката на Роше. Упражнения с уреди и на уреди. Упражнения за ритмичност и координация на походката. Редресиращи упражнения за колянна става с безболезнена амплитуда.	От и.п. тилен лег, лег и седеж в бавен темп. Да се използва специалната методика на В.Желев (1999) за възстановяване на мускулната сила при оценка по ММТ 3 и 4. Да се следи за точното изпълнение на упражненията. Да се следи за правилното извършване на ротациите. Редресиращите упражнения внимателно с мека опора под колянната става.	Пълно функционално възстановяване на ставата. Възстановяване на намалената мускулна сила на засегнатия крайник. Третиране опороспособността на крайника. Овластяване на правилна походка.
Заклучителна (5-6 мин.)	Упражнения за обща и местна (за долните крайници) релаксация. Дихателни упражнения.	Упражненията се извършват от и.п. тилен лег	Постепенно намаляване на общото натоварване и връщане на функциите на организма към изходното състояние

Общо около 40 мин.

Правилното прилагане на пясъчните апликации не води до промяна в основните сърдечносъдови показатели дори и при пациенти с придружаваща хипертония (I или II степен по СЗО). При нито един от лекуваните не се появиха странични реакции и усложнения по време на самата терапия с пясъчни апликации или след нея.

След терапевтичното въздействие върху опорно-двигателния апарат, болните с по-голямо желание посещават залата по кинезитерапия. При 61 болни (71%) се отбелязва много добър ефект от проведеното лечение – липсва сутрешната скованост, напълно изчезва болката в ставите. Пациентите чувстват

лекота при движенията на крайниците, което представлява благоприятен фон за изпълнение на кинезитерапия. Постигнат е добър ефект при 22-ма. пациенти (26%). При тях се констатира: намаляване сковаността на ставите; чувствително намаление на болките при движение; извършване на движенията с по-голяма лекота. Общо при 83-ма болни (96%) има подобрение в субективното и обективното състояние, а само трима (3%) остават без промяна. Обобщената оценка от терапевтичното въздействие на пясъчните апликации и кинезитерапевтичния комплекс при болни със стари следфрактурни състояния е показан на фиг.1



Фиг.1

Изводи

1. След проведено лечение с кинезитерапия и пясъчни апликации при болни със следфрактурни състояния се констатира задържане на лечебния ефект до осмия месец. След осмия месец при пациентите от II-ра група и след шестия месец при пациентите от I-ва група се наблюдава изчерпване на благоприятния лечебен ефект.

2. Показателите на сърдечно-съдовата система достигат изходното си ниво в края на осмия месец във II-ра група, и в края на шестия месец при I-ва група.

3. Късните лечебни резултати показват, че в практиката повторни курсове трябва да се назначават след осмия месец или един месец по-рано с оглед да се застъпят късните и ранните лечебни резултати.

4. Пясъчните апликации са ефективен естествен физикален фактор. Те дават възможност за лечение и бързо функционално възстановяване на пациентите със следфрактурни състояния, които по една или друга причина не са показни за калолечение.

5. Пясъчните апликации на цялото тяло оказват благоприятно терапевтично въздействие върху подвижността на ставите. Отчитат се статистически значими резултати главно в подвижността на големите стави.

6. Прогресивен момент в програмата считаме оптималното съчетаване на кинезитерапия и пясъчни апликации на цяло тяло. Последователността на прилагането им засилва лечебния ефект и води до реално подобряване на обективното и субективното състояние на болните

7. Сравняването, както на непосредствените, така и на късните лечебни резултати показва, че пясъчните апликации съчетани с кинезитерапия са лечебен метод напълно равностоен по своите резултати на традиционната методика на съчетаването на кинезитерапия с кални апликации.

8. Пясъчните апликации трябва да се прилагат строго индивидуално и целенасочено при конкретно прецизирана дозировка.

9. Въз основа на получените резултати считаме, че апробираната от нас методика е подходяща за приложение във всички черно-

морски санаториуми, профилакториуми и други лечебни заведения. Тя може да се прилага, както в санаториални условия така и амбулаторно.

10. Пясъчните апликации са достъпни, лесно приложими и с малко разходи метод. При това притежават висок здравен, икономически и социален ефект, поради което ги препоръчваме в рутинната практика.

Литература

1. Ангелов, Ив. Проучвания върху някои количествени и качествени промени в метаболизма под влияние на термоклиматични въздействия и физическа дейност. Канд. дис., 1971, с.190.

2. Ахмеджанов, М.Ю. Общий механизм адаптации и профилактики. Медицина, М., 1973, с.197.

3. Афанасья, К. Комплексная климатология. т.1, Медицина, М., 1982, с.326-421.

4. Богутский, В.Б., В.Г.Бокша. Дозирование климатических процедур. Ялта, 1966, с.196.

5. Бокша, В.Г. Элементы теласотерапии. Биометгиз. М., 1987, с.198.

6. Гунина, Л.И. Перспирация у человека. М., Изд. иностранной литературы, 1981, с.181.

7. Гунина, Л. И. Самоочищение в прибрежной акватории Черного моря. Научная думка, Киев, 1975, с.197.

8. Данов, С. Химия на откритите черноморски води пред българския бряг. т.7, Известие на НИИПСО, Варна, 1967, с.321-341.

9. Дипчикова, С. Проучвания върху кръвообръщението при хипертонична болест от гледище на топлинния баланс на организма и климатофизиологията. Канд. дис., С., 1972, с.190.

9. Braun-Valko O. Meteorologische Grundlagen der Klimaheilkunde. Berliner Verlag, 1992.

10. Becker F. Einfluss des Meereskustenklimas. In: Handbuch der Bäder und Klimaheilkunde Stuttgart, 1992.

11. Dirnagel K. Erfahrungen mit der internen und externen Meerwasser – behandlung. Vortrag 9 Ärztliches Seminar für Meeresheilkunde. Westerland 1998.

12. Dolp R. Untersuchungen zur Wärmeregulation im Strandort. Congr. Thalassotherapie. Oslo. 1998. 17. Evers A. Therapie der Gegenwart T., 132-136-1967. Bruck Verlag

Assistant Doctor Snezhina Georgieva
Faculty of Public Health and Healthcare at University “Asen Zlatarov” – Burgas, Bulgaria
snejinageorgieva58@abv.bg



ФАКТОРИ, ПОВЛИЯВАЩИ ПРОФЕСИОНАЛНАТА АДАПТАЦИЯ НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА

Станислава Павлова, Тамара Цветкова, Теодора Евтимова

FACTORS, INFLUENCING PROFESSIONAL ADAPTATION OF NURSE

Stanislava Pavlova, Tamara Tsvetkova, Teodora Evtimova

ABSTRACT: Attracting nurses and their quick adaptation to the professional environment is essential for quality of care. For stress reduction is entered a period of adjustment to working conditions. The aim of this study was to determine the conditions affecting adaptation of the nurse in the work environment. The survey was conducted among 250 nurses working in the hospital medical institutions. The respondents are from different type of compartments. Nurses from therapeutic areas form 38% of the respondents, of surgical units are 31%, of intensive - 19%, and from wards - 12%. The first working month the majority of nurses (53.80 %) have adapted to working conditions. Longer is the adaptation of nurses working in intensive care units, and quickly it is among working in neonatal wards. In the first working month 57.70 % of them are acquired specific work habits. The confidence in the skills is influenced by the age of the nurse. Specifics of work may be a prerequisite which affects the longevity of the adaptation period. Other conditions as may be determined shortage of professional habits, lack of skills for conflict resolution, difficulties in interaction with the team and others. Previous periods of employment and social experiences are also conditions affecting labor adaptation. Interaction with colleagues in the workplace is very important. Almost all of the respondents nurses indicate that in the period of adaptation they have benefited mostly from colleagues and senior nurse. Although the adaptation to working conditions is an individual process, it heads that it should comply with the specifics of the activities in the various structures.

Keywords: nursing, profession, adaptation, work conditions, hospital

Въведение

В съвременното общество начинът на живот и работа се характеризират с динамичност, напрегнатост и поставят въпроса за границите на физическата и емоционална устойчивост у човека, както и неговите възможности за работа [1]. С понятието “адаптация” се бележи способността на индивида да се приспособи и да взаимодейства с обкръжаващата среда [2]. Според E.F. Zeer професионалната дейност изисква не само набор от активни действия от служителя, но и адаптация на организма към специфичните характеристики на професията. Така постоянно се осъществява взаимодействие между работната среда и работещия. Взаимодействието се отразява физически, психически и поведенчески [3].

Привличането на медицински сестри и бързото адаптиране към професионалната и социална среда е от голямо значение за качеството на предлаганите здравни грижи. Ускорената адаптация е решение на проблема за дефицита на персонала в лечебните заведения

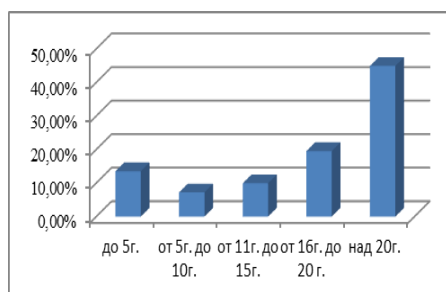
[4]. В ежедневието трудов процес медицинската сестра непрестанно попада в стресови ситуации. Те са породени от взаимодействието с другите хора [5, 6]. Новоназначените медицински сестри изпитват страх и трудности поради неяснота на новата роля. В някои случаи може да се наблюдава вътреличностен конфликт, породен от очакванията и действителността. За намаляване на стреса и напрежението у новоназначените медицински специалисти е въведен период на ориентация и приспособяване, водещ до постепенно поемане на грижите за пациента. Този период е различен и се повлиява от степента на професионалния опит [7].

Целта на научното изследване е да се проучат условията, повлияващи адаптацията на медицинската сестра в трудовата среда.

Материал и метод: Проучено е мнението на общо 250 медицински сестри, чрез пряка анонимна анкета работещи в терапевтични, хирургични, интензивни и детски отделения в многопрофилни болници за активно лечение в градовете Варна, Шумен и Добрич. Период

дът на изследване е октомври 2014г./януари 2015г. Използвани са документален и статистически метод. Данните са обработени статистически чрез SPSS v. 15.0. За изработване на графиките е използван софтуерен продукт Microsoft Office Excel 2010.

Анализ на резултатите: В проучването са включени общо 250 медицински сестри, от които работещите в терапевтични отделения формират 38% от анкетираните, от хирургичните отделения - 31 %, от интензивните - 19 %, а от детските-12%. В зависимост от стажа в отделението преобладават медицински сестри с продължителен трудов опит. Делът на новопостъпилите в отделенията медицински сестри е сравнително малък. С трудов стаж до 5 години в конкретното отделение са 13,5 % от медицинските сестри включени в проучването (Фиг.1).



Фиг.1. Разпределение на медицинските сестри според трудовия стаж в отделението

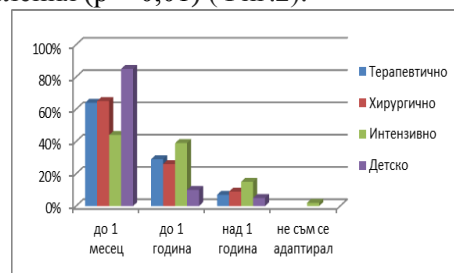
Това е период, в който според нас се трупа значим професионален опит, доусъвършенстват се уменията, формират се навиците.

Проблемът за приспособяването към трудовата среда е проучван от множество автори. Трудовата адаптация е продължителен процес на приспособяване към средата и запознаване на новопостъпилите медицински сестри със специфичната професионална дейност в отделението. Това е период на привикване към утвърдените правила, колектива, настъпва промяна във възгледите и поведението в посока, съответстваща на външните условия.

Проучвайки професионалната дейност на медицинската сестра, предложихме на анкетираните да определят периода, който им е бил нужен за адаптация към работното място. Половината от анкетираните съобщават, че са се адаптирали към среда в отделението до 1 месец след като са започнали работа (53,80%). До 1 година е била необходима за адаптация на една трета от респондентите (27,10%). Останалите 19,20% отбелязват, че

им е трябвало значително по-дълъг период за адаптация - повече от 1 година. Данните показват, че процесът на адаптация е продължителен и трябва да се даде време на работещите да се приспособят към новите трудови условия и към изискванията на средата.

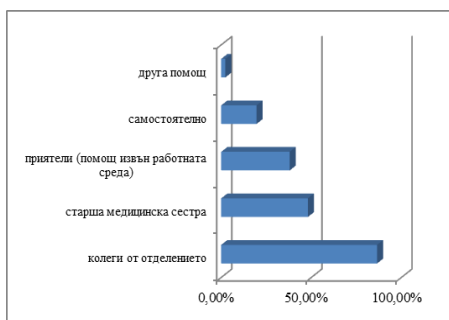
Повечето от медицинските сестри с професионален стаж в отделението до пет години отбелязват, че им е бил необходим до един месец за да се приспособят към работните условия (61,90%). Една трета от анкетираните със стаж до пет години отбелязват, че им е била необходима една година за да се приспособят към специфичните трудови дейности, извършвани в отделението (38,10%). Освен личностните особености на новопостъпилите медицински сестри, трудовата среда също е предпоставка за продължителността на адаптационния период. Най-продължителен е този период за работещите в интензивните отделения, за разлика от трудещите се в детските отделения ($p < 0,01$) (Фиг.2).



Фиг. 2. Продължителност на адаптацията според вида на отделението

Анализът на данните показва, че за медицинските сестри работещи в интензивните отделения е нужна по-продължителна адаптация, като за 15% от анкетираните - периодът е надвишавал една година. Получените резултати сочат, че спецификата на дейността е предпоставка за продължителността на адаптационния период. Въпреки, че приспособяването към трудовите условия е индивидуален процес, ръководителите на здравните грижи трябва да съобразят дейността в техните структури с продължителността на адаптационния период на новоназначените медицински сестри. Други предпоставки могат да са недостатъчност на професионалните навици, трудности при решаване на конфликтни ситуации, трудности при взаимодействието с новите колеги и др.

Адаптацията е била подпомогната основно от колегите (86,50%) и старшата медицинска сестра (48,10%) (Фиг. 3).



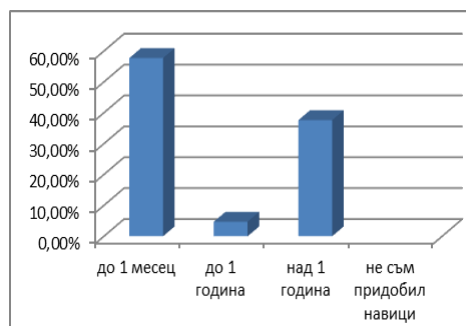
Фиг. 3. Мнение на медицинските сестри за получената помощ при адаптацията в отделението

*% надвиша 100, тъй като респондентите са посочили повече от един отговор

Взаимоотношенията в отделенията са изключително значими. Взаимодействието с колегите е важно при приспособяването към новата трудова среда. Помощта от старшата медицинска сестра също е била от значение за работещите. Една трета от анкетирания са получили подкрепа и от своите близки, което показва, че за трудовото приспособяване е необходима и помощ извън работната среда. Според нас е висок процентът на респондентите, които сами са се справили с адаптацията (19,60%) и не са били подпомогнати, което вероятно е удължило процеса. Предходните трудови периоди също могат да повлияят професионалното поведение на медицинските сестри.

Малко повече от половината медицински сестри отбелязват, че са придобили работни навици в рамките на първия месец. Понякога в период от една година са станали 4,70% от анкетирания. Значителен е дялът на респондентите, посочващи че са придобили работни навици, необходими им за конкретното отделение, за повече от една година (37,6%) (Фиг. 4)

Данните от проучването показват, че увереността в придобитите специфични професионални умения се влияе от възрастта на медицинската сестра. До един месец е бил необходим на медицинските сестри във възрастовата група 31 - 40г., а над една година в най-младата (до 30 г.) и в най-високата възраст (над 50 г.) ($p < 0,001$), което показва, че опитът и възрастта са от значение при придобиване на конкретни професионални навици.



Фиг. 4. Време необходимо на медицинската сестра за придобиване на специфични професионални навици

Адаптацията е значима за работещите. Тя повлиява психиката и поведението на медицинските сестри в посока съответстваща на външните условия. Отразява взаимодействието с другите хора. Този процес може да бъде затруднен от конфликти на работното място. Данните от проучването показват, че редовно в конфликти попадат само 7,80%, но 65,40 % от медицинските сестри отбелязват, че „понякога“ това се случва (Фиг.5).



Фиг. 5. Мнение на медицинските сестри за честотата на конфликти в отделението

Безконфликтната среда е предпоставка за добри взаимоотношения на работното място, които биха подпомогнали трудовата адаптация. Конфликтите на работното място могат да са свързани с лоша комуникация, лични противоречия и управленски пропуски. Изграждането на професионално поведение е умение, придобивано в периода на обучението, но развивано в практиката. Често проблемите на работното място се основават на конфликти между отделните членове на екипа, между екипите, между персонала и ръководството, между здравните специалисти и пациентите. За решаването им ръководителят трябва да знае какво ги предизвиква, да ги разпознава и да създава среда, която предотвратява възникването им.

Изводи

1. В рамките на един месец от започване на работа в отделението се адаптират по-голяма част от медицинските сестри (53,80%). За една трета този период е по-дълъг (до една година, 27,10%). Повече от една година е била необходима за адаптация на 19,20% от анкетираните, показващо че процесът на адаптация е продължителен и индивидуален.

2. По-продължителна е адаптацията на медицинските сестри работещи в интензивните отделения. За 15% от работещите там е била необходима повече от една година. Най-бързо се адаптират медицинските сестри, работещи в детските отделения.

3. Адаптацията е била подпомогната основно от колегите (86,50 %) и старшата медицинска сестра (48,10%). Сами са се справили 19,60%.

4. През първия месец са придобили специфични трудови навици необходими за конкретното отделение – 57,70%. Една трета са станали по-уверени след като е минала първата година (37,6%). Увереността в придобитите специфични професионални умения се влияе от възрастта на медицинската сестра. До един месец е необходим на работещите във възрастовата група 31-40г., а под и над тази възраст времето е било по-продължително ($p < 0,001$).

Литература

1. Дилков, Ц. Професионална деформация на мениджърите и методи за нейното преодоляване. Бизнес управление, 3, 2009, 56-68 www.cceol.com.

2. http://psychologyjournalbg.com/index.php?option=com_content&task=view&id=688&Itemid=29

3. Polyakova, O. Category „Professional Deformation“ in Psychology Procedia - Social and Behavioral Sciences 146, 2014, 279-282.

4. Новикова Е. А., И.В. Островская. Адаптация сестринского персонала на рабочем месте. VI Международная студенческая электронная научная конференция «Студенческий научный форум» 15 февраля – 31 марта 2014 года.

5. Бессонова, Л. А., С. Н. Добросмыслова. Профессионально-личностная компетентность как условие преодоления профессиональной деформации личности специалиста социальной работы Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал), №1(09),2012(www.sisp.nkras.ru).

6. Фирсов, М. В. Теория социальной работы: Учеб. пособие для студентов вузов /М. В. Фирсов, Е. Г. Студенова/. Москва, ВЛАДОС, Московский государственный социальный университет, 2001. 431 с.

7. Грънчарова, Г. Управление на здравните грижи. С модул Здравни проекти, Второ преработено издание. Изд. център на МУ-Плевен, Плевен, 2011.

Гл. ас. Станислава Павлова, д.м.
Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов” - Варна
Катедра „Здравни грижи”
Адрес: гр. Варна, ул. Марин Дринов №55
e-mail: stpavlova@abv.bg



МОДЕЛ НА ИЗГРАЖДАНЕ И ФИНАНСИРАНЕ НА СЕСТРИНСКА СЛУЖБА, ПРЕДОСТАВЯЩА ГРИЖИ ПО ДОМОВЕТЕ НА ДЕЦА СЪС СПЕЦИАЛНИ ПОТРЕБНОСТИ ОТ 0-6 г.

Тамара Цветкова, Теодора Евтимова, Станислава Павлова

MODEL FOR CONSTRUCTION AND FINANCING OF NURSING SERVICES PROVIDING HOME CARE FOR CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS AT THE AGE FROM 0 TO 6

Tamara Tsvetkova, Teodora Evtimova, Stanislava Pavlova

ABSTRACT: Each country needs its own systems for collecting and analyzing data on disadvantaged children and their families. Data for all children in need can be collected and used for analysis of characteristic patterns of behavior and needs, and accordingly to adapt the provision of services. Models of this type can be adapted by countries in accordance with their specific needs, but unconditionally each country must draw lessons from their own studies and research conducted elsewhere.

Keywords: Child, special needs, nursing service model, funding.

Въведение

В Европа има голямо (по степен на развитие и вид) разнообразие услуги, предоставяни на деца и семейства. Това е отразено както в броя на децата, живеещи отделно от семействата си (в институции, в други форми на грижа или на улицата), така и в показателите за човешко развитие, като например детската смъртност и училищната посещаемост. Ако европейската цел е постигане на минимални стандарти за всички деца в региона, може би е препоръчително да се регламентира минимален набор от услуги, които се считат за необходими за закрилата на децата от вреда във всяка държава. Освен подходящи здравни и образователни услуги, социалните услуги би следвало да обхващат:

➤ Превенция и ранна интервенция.

Насочени към предотвратяване на отделиането на децата от техните семейства и предотвратяване на вреди, злоупотреба и липса на грижи или изоставяне. Спешна закрила. Когато децата следва да бъдат изведени от своята настояща ситуация от съображения за безопасност и да им бъдат осигурени краткосрочни грижи в приемни семейства или малки резидентни заведения. През това време се провеждат съответните оценки и се набелязва по-дълготрайно решение.

➤ Алтернативни грижи в семейна среда.

За деца, които не могат да живеят със семействата си, набор от услуги за приемна и заместваща грижа, заедно с осиновяване в страната.

➤ Дневни грижи за деца със специални потребности.

Децата, които изискват специализирана интервенция за осигуряване на физическото здраве, психосоциалното развитие или затрудненията при ученето, да посещават заведения за дневни грижи и да се прибират в семейното жилище в края на деня и в почивните дни.

➤ Специализирана резидентна грижа.

Малка част от децата изискват специализирани грижи, които не могат да бъдат предоставени в семейството. Такива настанявания се предлагат в малки заведения с висококвалифициран и добре обучен персонал. Изисква се по-нататъшна работа, за да се идентифицира и формулира точно какъв обхват и равнище на услугите ще се счита за целесъобразен, за да отговаря на един минимален европейски стандарт.

Цел:

Да се проучи мнението на медицински специалисти от Дневни центрове за деца със специални потребности от 0-6г. и техните родители, социални работници от Отдел за зак-

рила на детето и патронажни сестри от ЦМДЗ – Шумен.

За проучването на целта си поставихме следните **задачи**:

1. Да се разработи инструментариум – 4 вида анонимни анкети.
2. Да се проучи мнението на анкетираните
 - патронажни сестри от ЦМДЗ;
 - социални работници от Отдела за закрила на детето;
 - медицински и други специалисти от Дневни центрове за работа с деца със специални потребности от 0-6г;
 - родители на деца със специални потребности посещаващи Дневните центрове;

относно нагласите им за изграждане на Сестринска служба за деца със специални потребности от 0-6г.

Материал и методи

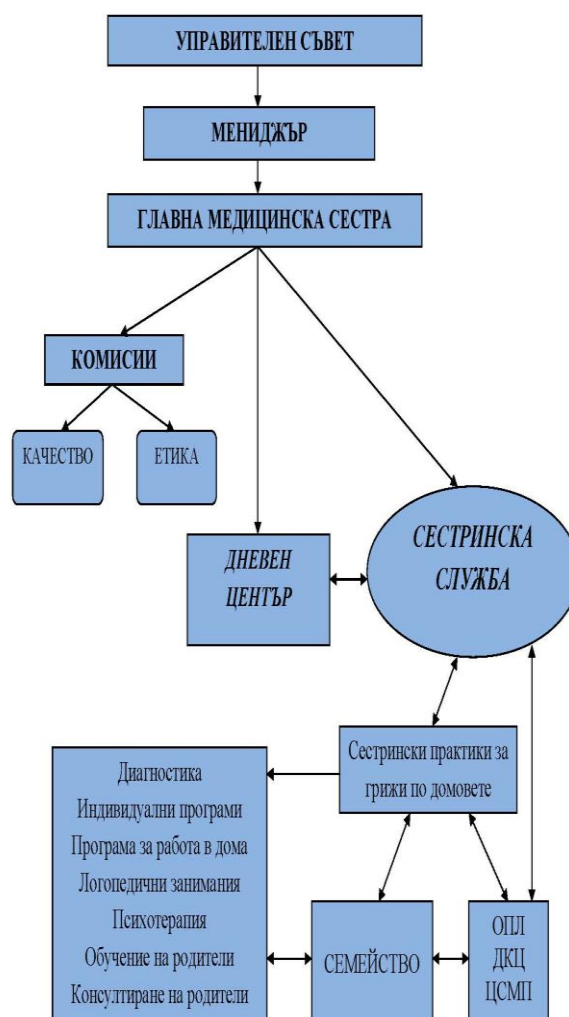
За целта на проучването са използвани 4 анкетни карти, като при обработката на резултатите се използваша методи на описателната статистика. Проучването е осъществено чрез собствено разработен инструментариум като генералната съвкупност обхваща 301 анкетирани, разпределени както следва:

- родители на деца със специални нужди, контингент на Дневни центърове към ДМСГД (Шумен, Добрич, Бургас, Стара Загора, Варна, Русе) - 66
- медицински специалисти работещи в Дневни центрове към ДМСГД (Шумен, Добрич, Бургас, Стара Загора, Варна, Русе) -115;
- експерти от социалната сфера работещи в Отдел за закрила на детето (Шумен, Добрич, Варна, Провадия, Вълчи дол, Долни чифлик, Хасково и Велики Преслав) - 95 ;
- медицински специалисти обучени по Проект на УНИЦЕФ (патронажни медицински сестри работещи в Център за майчино и детско здраве (ЦМДЗ) – Шумен) - 25.

Резултати и обсъждане

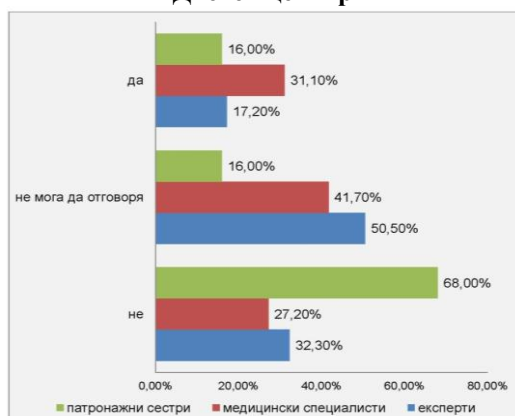
От анализа на направеното проучване предлагаме модел на структура и взаимодействие на Сестринска служба (фиг.1).

Фиг. 1. Структура и взаимодействие на Сестринска служба



Проучихме мнението на медицинските специалисти, експертите от социалната сфера и патронажните сестри от ЦМДЗ относно това дали медико-социалните грижи, които се предоставят от Сестринската служба, ръководена от медицинска сестра ще задоволят нуждите на децата със специални потребности без да посещават допълнително Дневен център (фиг. 2).

Фиг. 2. Покриване на нуждите на децата със специални потребности в СС без да посещават Дневен център



Убедени, че услугите, които са предоставят от Сестринската служба ще задоволят нуждите на децата със специални потребности без допълнително да посещават Дневните центрове са само една трета от медицинските специалисти (27,20 %) , също толкова нямат мнение по въпроса (31,10%) и почти половината считат ,че посещението и в Дневния център е наложително (41,70%).

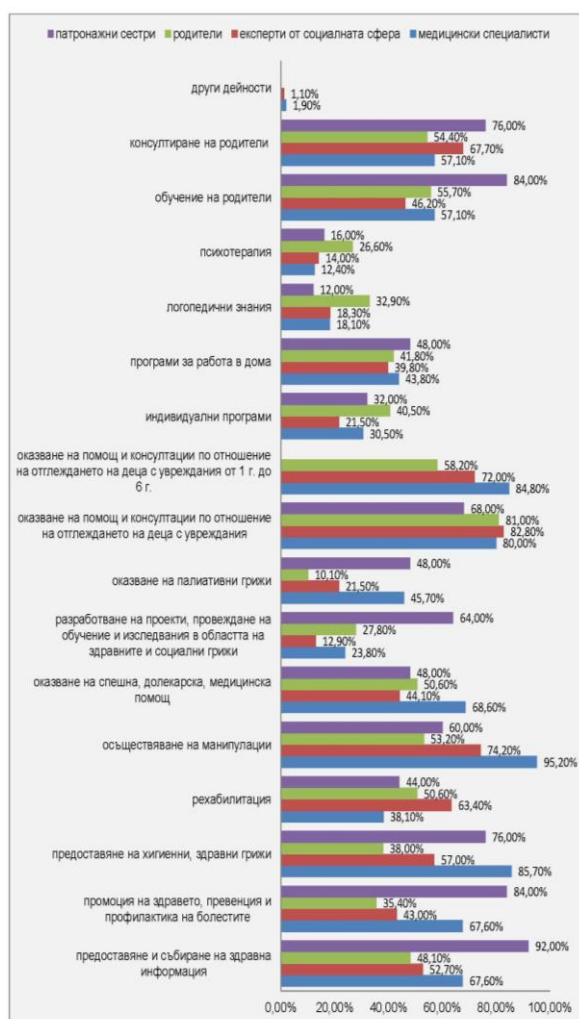
Половината от анкетиранияте експерти от социалната сфера са категорични, че това може да се случи с наличният ресурс на ДМСГД (50,50 %), като на противоположното мнение са значително по-малко от изследваните социални експерти (17,20 %)

Въпреки, че създаването на Сестринската служба се подкрепя от повечето експерти от социалната сфера работещи в Отделите за закрила на детето , по – голямата част от тези, които могат да отговорят на въпроса са на мнение, че грижите, осъществявани в тази структура , няма да могат да задоволят потребностите на децата, ако не посещават Дневен център (32,30 %).

Почти две трети от анкетирани патронажни сестри от ЦМДЗ са изразили мнение, че нуждите на децата със специални потребности могат да се задоволят от Сестринска служба, ако тя се ръководи от медицинска сестра без да посещават ДЦ(68,00 %), еднакъв е броя на тези, които не са съгласни и не могат да преценят (по 16%).

Поискахме мнението на експертите от социалната сфера, медицински специалисти, работещи в структурите на Дневните центрове, родителите на деца със специални потребности и медицинските специалисти – патронажни сестри за дейностите , които Сестринската служба може да изпълнява самостоятелно (фиг. 3)

Фиг. 3. Дейности, които Сестринската служба може да изпълнява самостоятелно



Основната дейност, която според анкетиранияте медицински специалисти от Дневните центрове, Сестринската служба може да изпълнява самостоятелно е оказването на помощ и консултации при отглеждането на деца със специални (82,80 %), но второ място е осъществяването на различни манипулации (74,20 %) и на трето оказването на помощ и консултации по отношение на отглеждането на деца със специални потребности 0-6 г. (72,00 %).

Дейността, която структурата може да изпълнява в най – нисък процент според експерти от социалната сфера е разработването на проекти, провеждането на обучение и изследвания в областта на здравните и социални грижи (12,90 %). Това показва, че според социалните експертите основната дейност на тази структура, трябва да бъде насочена към обгрижване на деца със специални потребности, като останалите дейности могат да бъдат като допълнение.

Основните дейности, които биха могли да бъдат изпълнявани от новосъздадената Сестринска служба според изследваните медицински специалисти – патронажни сестри са осъществяването на манипулации (95,20 %), предоставянето на хигиенни и здравни грижи (85,70 %) и оказването на помощ и консултации по отношение на отглеждането на деца с увреждания от 1 г. до 6 г. (84,80 %).

Дейности, които са най – слабо застъпени са психотерапия (12,40 %), логопедични знания (18,10 %) и разработване на проекти, провеждането на обучение и изследване в областта на здравните и социални грижи (23,80 %).

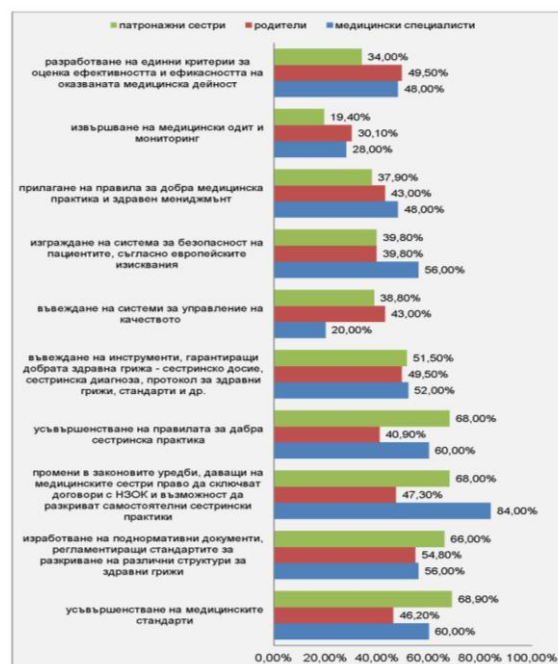
Според родителите на деца със специални потребности основната дейност на Сестринската служба трябва да бъде оказване на помощ и консултации по отношение на отглеждането на деца с увреждания (81,00 %) и оказване на помощ и консултации по отношение на отглеждането на деца с увреждания от 0 до 6 г. (58,20 %). Дейностите свързани с обучение и консултиране на родителите също се характеризират с високи проценти (55,70 % - за обучение на родители и 54,40 % - за консултиране на родители), което показва, че родителите имат нужда да бъдат обучавани и консултирани, как да отглеждат децата си със специални потребности. Най – нисък процент имат палиативните грижи, което показва, че родителите искат да се борят за оцеляването на децата и да не стига до момента, в който ще е нужно предоставянето на подобен род грижи (10,10 %).

Почти всички са на мнение от най-голямо значение е предоставянето и събирането на здравна информация (92%) , следвано от промоция на здравето, превенция и профилактика на болестите и обучение на родителите (по 84%) и предоставяне на хигиенни и здравни грижи и консултиране на родителите (76%).

Най малко значение за дейността на Сестринската служба са отбелязали логопедичните занимания (12%) и психотерапията (16%).

Проучихме мнението на анкетирания медицински специалисти от Дневните центрове, родители на деца със специални потребности и патронажни сестри за факторите, които биха създали трудности при сформирването на Сестринска служба с наличния ресурс от Центъра (фиг.4).

Фиг. 4. Фактори, създаващи трудности за създаването на Сестринска служба



Основно според медицински специалисти от Дневните центрове е необходимо да се промени законовите уредби, даващи на медицинските специалисти право да сключват самостоятелни договори (84%), усъвършенстване правилата за добра практика и медицинските стандарти (по 60%) и изграждане на система за безопасност на пациентите, съгласно Европейските изисквания и изработването на поднормативни документи регламентиращи стандартите за добра сестринска практика (по 56%).

Най-голяма трудност според тях е изработването на нормативни документи, регламентиращи стандартите за разкриване на различни структури за здравни грижи (54,80%), изработване на единни критерии за оценка ефективността на оказаната медицинска помощ и въвеждане на инструменти, гарантиращи добрата здравна грижа – сестринско досие, сестринска диагноза, протокол за здравни грижи, стандарти и др. (по 49,50%) и промени в законовите уредби, даващи на медицинските сестри право да сключват договори с НЗОК и възможност да разкриват самостоятелни сестрински практики (47,30%).

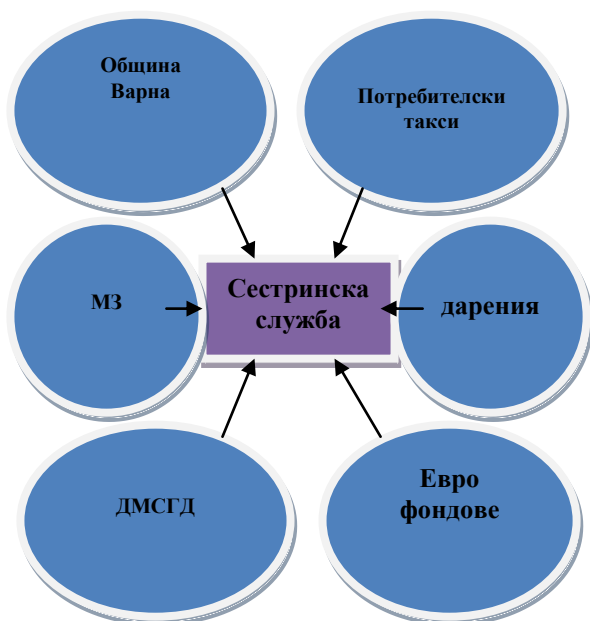
Факторът, който в най – висок процент би създавал проблеми и трябва да се преодолее при създаването на Сестринска служба според патронажните сестри е усъвършенстване на медицинските стандарти (68,90%), усъвършенстване на правила за добра сест-

ринска практика и промени в законодателната уредба, чрез възможност за разкриване на самостоятелна практика (по 68%) и изработване на поднормативни документи, регламентиращи стандарти за разкриване на различни структури за здравни грижи (66%).

Според родителите на деца със специални потребности факторите, които биха създали трудности са изработване на поднормативни документи, регламентиращи стандарти за разкриване на различни структури за здравни грижи (54,8%), въвеждането на инструменти гарантиращи добра здравна грижа – сестринско досие, сестринска диагноза, протокол за здравни грижи, стандарти и разработване на единни критерии за оценка ефективността и ефикасността на оказваната медицинска дейност (по 49,50%).

Възможни източниците на финансиране на Сестринската служба (фиг.5).

Фиг. 5. Финансиране на Сестринската служба



Традицията, че всяка нова промяна или дейност в здравеопазването трябва да се финансира от Министерството на здравеопазването и ДМСГД в частност, е дала отражение и при това наше предложение.

Отделен е въпросът, за това как ще продължи да работи и да се финансира след това структурата и по какъв начин ще се заплаща трудът на медицинските специалисти работещи в нея. Тези и други въпроси, които неминуемо ще възникнат, изискват позадълбочени икономически анализи които не са обект на настоящата дипломна работа.

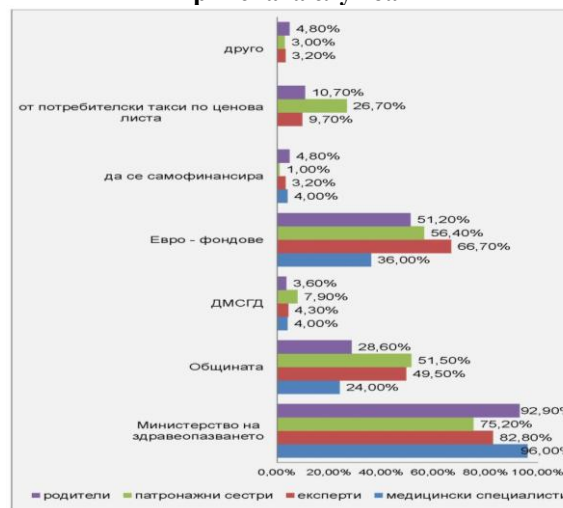
Използването на финансиране от Еврофондовете е идея, която би трябвало да се реализира след разработването на пилотен Здравен проект, касаещ бъдещото развитие на Сестринските служби в цялата страна. Ние смятаме, че когато Сестринската служба към ДМСГД докаже своята ефективност, нейната структура и модел на работа може да се приложи и в други градове на страната.

Заплащането за услугите от пациентите по ценова листа и потребителски такси заемат не малка част. Може би в следствие на икономическата криза, която съществува в момента в страната, родителите на деца със специални потребности не биха се възползвали от сестринските грижи предлагани от Сестринската служба, ако трябва да заплащат за тях, но тя за тях е единствената алтернатива.

Това отдаваме на факта, че в последните години пациентите са се научили и знаят, че за всяка медико-социална услуга се заплаща и приемат това за нормално.

Попитахме анкетираниите медицински специалисти от Дневните центрове, експертите от социалната сфера, патронажните сестри от ЦМДЗ и анкетираниите родители на деца със специални потребности какви трябва да бъдат източниците на финансиране на Сестринската служба (фиг.6).

Фиг. 6. Източници на финансиране на Сестринската служба



Почти всички медицински специалисти от Дневните центрове са отбелязали като основен източник на финансиране на Сестринската служба Министерството на здравеопазването, към което министерство е и домът (96%), но не изключват и финансиране от Европейски фондове (36%) и Общината (24%).

Като основен източник за финансиране експертите от социалната сфера е посочено Министерството на здравеопазването (82,80 %), което показва, че експертите са на мнение, че тази структура трябва да бъде изцяло държавна собственост. Вторият по размер източник е финансирането от Евро – фондове (66,70 %), което обаче не кореспондира с основните дейности, т.к. за да има финансиране от Евро – фондове е необходимо организациите да разработват проекти, с които да кандидатстват за европейско финансиране, а това е една от допълнителните дейности според тях.

Основният източник на финансиране на Сестринската служба според две трети от изследваните патронажните сестри от ЦМДЗ е Министерството на здравеопазването (75,20 %), като на второ място са финансови средства отпуснати по Евро – фондове (56,40 %) и общината (51,50%), но при една четвърт от тях е необходимо и да се получават потребителски такси по ценова листа (26,70%).

Основният източник на финансиране според голямата част от родителите са средства отпуснати от Министерството на Здравеопазването (92,90 %), като на второ място се подрежда финансирането от еврофондове (51,20 %). Само малка част от родителите са готови за заплащат за предоставяните услуги по ценова листа, което показва, че повечето от тях не биха могли да си позволят този вид услуги при положение, че трябва да заплащат за тях (10,70 %).

Изводи

1. От проведеното изследване патронажните сестри определят с най-голямо значение дейностите на Сестринската служба предоставянето и събирането на здравна информация (92%), медицинските и други специалисти от Дневните центрове - осъществяването на манипулации (95,20 %) и предоставянето на хигиенни и здравни грижи (85,70 %), родителите на деца със специални потребности ползващи услугите на дневните центрове - оказване на помощ и консултации по отношение на отглеждането на деца с увреждания (81,00 %) и експертите от социалната сфера са посочили оказването на помощ и консултации при отглеждането на деца със специални (82,80 %).

2. Анализирайки мнението на анкетираните, трудностите които биха възникнали при създаването на Сестринска служба могат да са според медицинските специалисти от ДЦ - основно промени в законовите уредби, даващи на медицинските специалисти право да сключват самостоятелни договори (84%), според родителите, ползващи услугите за деца със специални потребности в ДЦ - изработването на нормативни документи, регламентиращи стандартите за разкриване на различни структури за здравни грижи (54,80%) и патронажните сестри усъвършенстване на медицинските стандарти (68,90%).

3. Мнение на всички анкетирани от четирите групи за основен източник на финансиране на Сестринската служба са средства от Министерството на Здравеопазването (според медицински и други специалисти (96%), експерти от социалната сфера (82,80 %), патронажни сестри от ЦМДЗ (75,20 %) и родители (92,90 %).

Литература

1. Годишен доклад за дейността на Държавна агенция за закрила на детето 2008 г. www.sacp

2. Минимален пакет от социални услуги за деца и семейства с равни възможности за достъп. Проект на фондация „Социални реформи за развитие и интеграция”, UNICEF, 04.10.2009.

3. Наредба за критериите и стандартите за социални услуги за деца. В сила от 21.11.2003 г., Приета с ПМС № 256 от 07.11.2003 г. последно изм. ДВ. бр.80 от 9 Октомври 2009г.

4. Насоки за алтернативна грижа за деца. Рамка на Организацията на обединените нации. УНИЦЕФ България.

Тамара Цветкова
Медицински университет - Варна
Катедра „Здравни грижи”
Варна ул. ”Марин Дринов” №55
e-mail: tamara1960@abv.bg



КОМБИНИРАНА ТЕРАПИЯ- CLOPIDOGREL И PPIs

Таня Топалова, Светлана Георгиева, Любен Григоров, Мая Георгиева

COMBINED THERAPY - CLOPIDOGREL AND PPIs

Tanya Topalova, Svetlana Georgieva, Lyuben Grigorov, Maya Georgieva

ABSTRACT: Clopidogrel is an oral antiplatelet agent that is used to prevent blood clots after recent heart attacks or strokes. Clopidogrel is a pro-drug that requires biotransformation to active metabolite. This reaction is catalysed by CYP450 enzymes.

The most common side effects of clopidogrel are connected with gastro-intestinal problems-heartburns, ulcers etc. Proton pump inhibitors (PPIs) reduce the production of acid in the stomach. Patients taking clopidogrel often take PPIs in order to prevent or ease their symptoms. The latest investigations show that PPIs influence the antiplatelet activity of clopidogrel by reducing its conversion into the active form. The use of a combination of proton-pump inhibitors (PPIs) and clopidogrel has recently been questioned due to pharmacological interaction.

The aim of this article is to review the recent scientific literature on the problem and to show if the pharmacological interactions between PPIs and clopidogrel are of clinical relevance.

Keywords: clopidogrel, antiplatelet activity, proton pump inhibitors, impact

Introduction

Anti-platelet therapy is now widely used in patients with stroke, myocardial infarction or peripheral arterial disease. To prevent stent thrombosis after implantation of bare metal and drug-eluting stents, dual anti-platelet therapy with aspirin and clopidogrel is now a standard therapy. The treatment of Acute Coronary Syndromes (ACS) with dual antiplatelet therapy (i.e. aspirin plus clopidogrel) reduces recurrent cardiovascular events. However, with the advent of dual antiplatelet therapy comes an inevitable increased risk of bleeding as a side effect. Clopidogrel is an anti-platelet drug that inhibits the ability of platelets to clump together as part of a blood clot.

Pharmacodynamics

Clopidogrel prevents blood clots by irreversibly binding to the P2Y₁₂ receptor on platelets, preventing adenosine diphosphate (ADP) from activating platelets. It belongs to a class of drugs called P2Y₁₂ inhibitors. The antiaggregating property of clopidogrel is caused by an inhibition of the binding of ADP to its platelet receptors, and more specifically to the low affinity receptors, the high affinity binding sites being unaffected by clopidogrel. Several events in the ADP activation process, including adenylyl cyclase down-regulation, protein tyrosine phosphorylation, activation of the GPIIb-IIIa complex, fibrinogen binding, aggregation and release, were inhibited by clopidogrel and indicate their close relationship with the activation of a low affinity receptor by ADP. In contrast, binding of ADP to its high affinity binding sites (clopidogrel-resistant receptors) induced shape change, cytosolic calcium increase and phosphorylations of several other proteins, some events which were clopidogrel-sensitive. Thus, clopidogrel not only constitutes a potent antithrombotic drug in humans but also a good tool to study the effect of ADP on platelets [2].

ected by clopidogrel. Several events in the ADP activation process, including adenylyl cyclase down-regulation, protein tyrosine phosphorylation, activation of the GPIIb-IIIa complex, fibrinogen binding, aggregation and release, were inhibited by clopidogrel and indicate their close relationship with the activation of a low affinity receptor by ADP. In contrast, binding of ADP to its high affinity binding sites (clopidogrel-resistant receptors) induced shape change, cytosolic calcium increase and phosphorylations of several other proteins, some events which were clopidogrel-sensitive. Thus, clopidogrel not only constitutes a potent antithrombotic drug in humans but also a good tool to study the effect of ADP on platelets [2].

PPIs

PPI are benzimidazole derivatives consisting of two heterocyclic moieties linked via a methyl-sulfinyl group. Being weak bases, they reach the parietal cell membrane as pro-drugs and can thereby cross cell membrane to accumulate in the canicular space, where the environment is highly acid. After a two step protonation, the drug reacts with cysteine sulphydryls on the gastric H⁺/K⁺-ATPase by forming covalent disulfide bonds and inhibiting its activity. So far, we dis-

pose of four different PPIs on the market: omeprazole, esomeprazole, lansoprazole, pantoprazole. Each among them is mainly metabolized by the intrahepatic P450 cytochrome system, especially CYP2C19 and CYP3A4, inhibiting them competitively. Interestingly, *in vitro* studies showed important differences in the inhibition of CYP2C19, with lansoprazole and omeprazole being the most powerful inhibitors while pantoprazole is the less potent inhibitor [13, 15].

PPIs are medicines that are used to prevent or treat heartburn and stomach ulcers and may be available without a prescription. As heartburn and stomach ulcers can occur as a very common side effect when taking clopidogrel, patients treated with this medicine often take PPIs, to prevent the emergence of such symptoms or to alleviate them.

The problem:

The use of a combination of proton-pump inhibitors (PPIs) and clopidogrel has recently been questioned due to pharmacological interaction, with possible implications and effects on clinical outcome in patients using this combination [1].

The pharmacological interaction:

Clopidogrel, a thienopyridine, is a prodrug which is metabolised in the liver via the cyto-

chrome p450 (mainly CYP2C19) pathway to its active metabolite. First, the cytochrome P450 isoenzymes CYP1A2, CYP2B6 and CYP2C19 form 2-oxo-clopidogrel, which is then oxidized by CYP2B6, CYP2C19 and CYP3A4 to the clopidogrel active metabolite. The further formation of a disulfide bond with the P2Y₁₂ receptor unables the binding of ADP and finally platelet activation. This is associated with dephosphorylation of intraplatelet vasodilator-stimulated phosphoprotein (VASP), providing an index of platelet reactivity to clopidogrel: the higher the platelet reactivity index (PRI), the less important the antithrombotic effect of clopidogrel [2]. Cytochrome P450 CYP2C19 seems to be of major importance in the metabolism and activation of clopidogrel CYP2C19, which has a major role in the metabolism of clopidogrel, also metabolises the PPIs. PPIs have the potential to inhibit competitively the metabolism of clopidogrel to its active metabolite. This leads to reduced circulating concentrations of the active metabolite [8]. Reduced conversion of clopidogrel to its active metabolite could be in part responsible for clopidogrel resistance and clopidogrel resistance is associated with adverse cardiovascular events. In addition to this, reduced intestinal absorption may play a role (Figure 1).

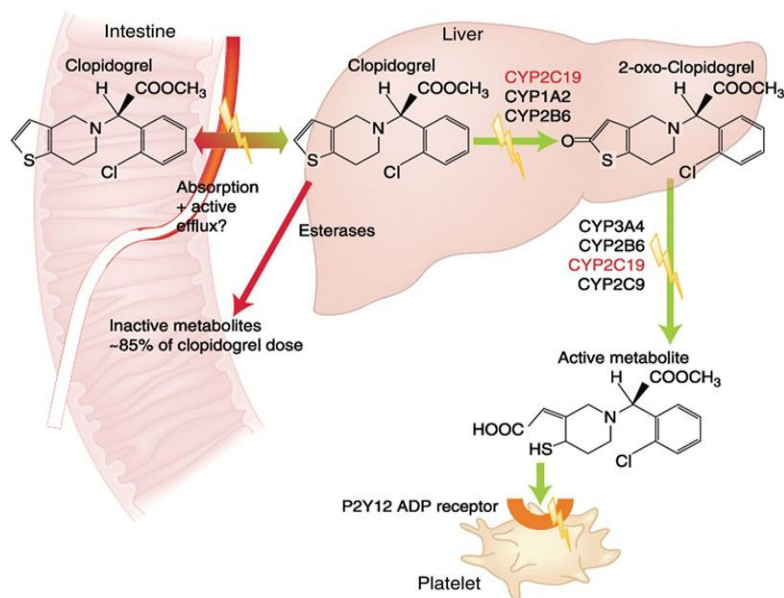


Fig.1. Metabolism in the liver of Clopidogrel.

Clinical relevance:

The possibility of a clinically relevant interaction between clopidogrel and PPIs was first noted in 2008. This came on the background of

an observational study from 2006, which found clopidogrel activity on platelets to be diminished in patients receiving PPI treatment. Following the publication of observational studies suggest that

PPIs may reduce efficacy of clopidogrel by reducing its conversion to the active form, the Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) of the EMA recommended that to the product information for all clopidogrel – containing medicines should be added a warning that is not recommended the combined use of the drugs, unless it is absolutely necessary [4, 16].

Studies conducted:

Two studies completed in August 2014 in Washington University School of Medicine tracked the effect of omeprazole on the blood levels of the active form of clopidogrel. The tests confirmed that omeprazole can reduce the levels of the active form of clopidogrel in the blood and reduce its antiplatelet properties, thus **confirming the conclusion that there is an interaction between clopidogrel on the one hand, and omeprazole and esomeprazole on the other** [12].

One study of 105 patients found PPI users (omeprazole) had higher VASP (**Vasodilator-stimulated phosphoprotein**) levels than non-PPI users and suggested an interaction. VASP is associated with filamentous actin formation and likely plays a widespread role in cell adhesion and motility [3].

In the OCLA study, which was a double-blind placebo-controlled trial, measurements of VASP expressed as platelet reactivity index (PRI) were measured in 124 patients undergoing coronary stent insertion. Patients receiving aspirin and clopidogrel were treated with omeprazole 20 mg or placebo for 7 days. By day seven, 26.7% of placebo-treated patients and 60.9% of omeprazole-treated patients were classified as poor responders to clopidogrel (PRI > 50%) indicating a significantly decreased effect of clopidogrel in the presence of a PPI [6].

Data from 1000 patients on clopidogrel undergoing angiography examined the effect the various PPIs had on platelet aggregation [14].

Platelet aggregation was significantly greater in patients prescribed omeprazole (n = 64) than in those without PPI therapy. This result showed that the pharmacological interaction has impact on the antiplatelet activity of clopidogrel.

It was observed that platelet aggregation was similar in patients taking clopidogrel and pantoprazole (n = 162), esomeprazole (n = 42) or no PPI.

Another study taken in Colorado USA found that omeprazole (n = 3132) was associated with adverse cardiovascular outcomes (e.g. death or re-hospitalisation for ACS). In the same study,

similar results were found with lansoprazole (n = 151); however, small numbers weaken this finding [7].

Other evidence suggests that pantoprazole has less of a deleterious effect on clopidogrel than omeprazole [3]. PRI VASP (**Vasodilator-stimulated phosphoprotein**) was measured in 104 patients undergoing PCI who were randomised to either omeprazole (n = 52) or pantoprazole (n = 52) in addition to both aspirin and clopidogrel. After 1 month, patients receiving pantoprazole had significantly better platelet response to clopidogrel as assessed with the PRI VASP (36% vs. 48%). These observations have led authors to put forward the case that pantoprazole is the preferred PPI in the context of concomitant clopidogrel use. Some data suggest that pantoprazole is less likely to inhibit CYP2C19 than omeprazole and does not attenuate the pharmacodynamic response to clopidogrel. However, recently updated guidelines suggest that no one PPI should be used preferentially over another [10, 5]. This is due to the lack of head-to-head trials and that studies showing a difference between PPIs were in different populations using different methods.

Results

The standard daily dose of 40 mg doesn't seem to induce any significant pharmacodynamic interaction with clopidogrel, as none was found for a 80 mg/d dose [1, 5] and widening the delay between clopidogrel and PPI intake by a minimum of 12 h (a concept based on the rapid metabolism of clopidogrel, doesn't seem to avoid the possible drug interaction between clopidogrel and PPIs [9].

Further controversy for PPIs?

In addition to the concerns regarding clopidogrel, there are conflicting reports on the use of PPIs with aspirin.

Studies have shown that omeprazole has the ability to reduce the absorption and bioavailability of aspirin in animals and by doing so has the ability to reduce the analgesic and antipyretic effects. However, with respect to aspirin, the interaction is thought to lie in the PPIs' ability to increase intragastric pH and thereby reduce the absorption and thus bioavailability of aspirin, rather than inhibit the enzymes that metabolise it, as is the mechanism with clopidogrel. Aspirin is normally absorbed in a lipid-soluble state by diffusion. By increasing intragastric pH above the pKa of aspirin, absorption is reduced. Unfor-

unately, as with the clopidogrel interaction, there is ongoing debate as to the importance and accuracy of the aspirin-PPI interaction in humans. Two studies on small numbers of patients report that PPIs do not interfere with the antiplatelet effects of aspirin; one studied omeprazole and the other lansoprazole in 14 and 24 patients respectively. One study, however, reported enhanced antiplatelet activity of aspirin when co-administered with pantoprazole. The largest study examining this interaction which enrolled 418 patients with stable coronary disease found that the antiplatelet effect of aspirin was reduced by PPIs.

Do all PPIs have negative effects on clopidogrel?

As all PPIs are metabolised by CYP2C19 to varying degrees and share the ability to inhibit CYP2C19, do all PPIs have negative effects on clopidogrel? Several studies have tried to answer this question. One small study showed that lansoprazole 30 mg given in addition to clopidogrel 300 mg diminished the inhibition of platelet aggregation when compared with clopidogrel alone. However, no effect was seen with regard to PPIs interacting with prasugrel. Another study found that the inhibitory profiles for all PPIs were similar, but with some heterogeneity; for example, lansoprazole is the most potent in vitro inhibitor of CYP2C19 with pantoprazole exhibiting more of an effect on CYP2C9. Other evidence suggests that pantoprazole has less of a deleterious effect on clopidogrel than omeprazole. After 1 month, patients receiving pantoprazole had significantly better platelet response to clopidogrel. The data suggests that pantoprazole is less likely to inhibit CYP2C19 than omeprazole and does not attenuate the pharmacodynamic response to clopidogrel. Unfortunately there is lack of head-to-head trials showing a difference between PPIs in different populations using different methods.

Strategies to avoid the effects of interaction

Several approaches to avoid the potential for significant interference with clopidogrel effect have been suggested. At present, there is insufficient evidence to suggest that one particular PPI (e.g. pantoprazole) should be prescribed in preference to another to avoid an interaction. Despite this most investigations suggest that pantoprazole interferes minimally with the cytochrome P450 system. The use of prasugrel instead of clopidogrel in acute coronary syndromes patients undergoing percutaneous coronary intervention can be considered and has been shown to cause

platelet inhibition even in the face of clopidogrel nonresponsiveness, albeit at the expense of increased bleeding. Newer antiplatelet agents that are not dependent on the cytochrome P450 isoenzymes such as ticagrelor could be used in acute coronary syndromes treated invasively or conservatively. Administration of the PPI at a different time than the administration of clopidogrel showed uncertain results so this is not effective for preventing the interaction. Finally, different gastroprotective drugs such as H2 receptor antagonists can be used, although they have been shown to confer a somewhat more modest protective effect than PPIs.

Conclusion

In assessing the interaction between PPIs and clopidogrel, many factors have to be taken into account: the clinical effect of clopidogrel, the mechanistic effect of PPIs, and the pharmacodynamics and pharmacokinetics of both clopidogrel and PPIs. This would help to reach a conclusion about the true possible magnitude of PPIs' effect on clopidogrel benefits and will guide clinical decision making. Recent publications have raised concerns about the reduction in clopidogrel efficacy when taken with PPIs due to the inhibition of the CYP2C19 isoenzyme in the liver. There is no doubt that an interaction, at a pharmacodynamic level, exists; however, the clinical relevance and the impact on patients remains uncertain.

The totality of evidence available to date does not support a clinically significant impact of any pharmacokinetic or pharmacodynamic interactions between PPI and the current widely used clopidogrel.

Although the current data are conflicting, much concern has been raised in the medical press regarding the potential negative effects of PPI on the efficacy of clopidogrel, but it is important to highlight that abnormal laboratory indices do not always translate into clinically relevant interactions.

Patients who have a GI bleed have increased mortality, and the protection PPIs offer against such events is not to be underestimated [7]. Based on the available evidence, the decision to prescribe a PPI to a patient on clopidogrel should be made after an **individual risk assessment balancing gastrointestinal bleeding risk against thrombotic risk**. Further prospective randomised clinical trials are needed.

References

1. Angiolillo, D.J., Gibson, C.M., Cheng, S. et al., 2011, Differential effects of omeprazole and pantoprazole on the pharmacodynamics and pharmacokinetics of clopidogrel in healthy subjects: randomized, placebo-controlled, crossover comparison studies, *Clin Pharmacol Ther.*, 89:65–74.
2. Barragan, P., Bouvier J. L., Roquebert P. O. et al., 2003, Resistance to thienopyridines: clinical detection of coronary stent thrombosis by monitoring of vasodilator-stimulated phosphoprotein phosphorylation, *Catheterization and Cardiovascular Interventions*, 59(3): 295–302.
3. Cuisset, T., Frere, C., Quilici, J. et al., 2009, Comparison of omeprazole and pantoprazole influence on a high 150-mg clopidogrel maintenance dose: the PACA (Proton Pump Inhibitors and Clopidogrel Association) prospective randomized study, *J. Am. Coll. Cardiol.*, 54: 1149–1153.
4. European Medicines Agency. Public Statement on Possible Interaction.
5. Ferreiro, J.L., Ueno, M., Tomasello, S.D. et al., 2011, Pharmacodynamic evaluation of pantoprazole therapy on clopidogrel effects: results of a prospective, randomized, crossover study. *Circ. Cardiovasc. Interv.*, 4:273–279.
6. Gilard, M., Arnaud, B., Cornily, J.C. et al., 2008, Influence of omeprazole on the antiplatelet action of clopidogrel associated with aspirin: the randomized, double-blind OCLA (Omeprazole CLopidogrel Aspirin) study, *Journal of the American College of Cardiology*, 51(3):256–260.
7. Ho, P.M., Maddox, T.M., Wang, L. et al. 2009, Risk of adverse outcomes with concomitant use of clopidogrel and proton pump inhibitors following acute coronary syndrome, *JAMA*, 301: 937–941.
8. Last, E.J., Sheehan, A.H., 2009, Review of recent evidence: potential interactions between clopidogrel and proton pump inhibitors, *Am. J. Health. Syst. Pharm.*, 66: 2117– 2122.
9. Lettino, M., 2010, Inhibition of the antithrombotic effects of clopidogrel by proton pump inhibitors: facts or fancies? *Eur. J. Intern. Med.*, 21:484–489.
10. Li, X.Q., Andersson, T.B., Ahlström, M., Weidolf, L. 2004, Comparison of inhibitory effects of the proton pump-inhibiting drugs omeprazole, esomeprazole, lansoprazole, pantoprazole, and rabeprazole on human cytochrome P450 activities, *Drug Metab. Dispos.*, 32(8):821–827.
11. Matetzky, S., Shenkman, B., Guetta, V. et al., 2004, Clopidogrel resistance is associated with increased risk of recurrent atherothrombotic events in patients with acute myocardial infarction, *Circulation*, 109(25):3171–3175.
12. O'Donoghue, M.L., Braunwald, E., Antman, E.M. et al. 2009, Pharmacodynamic effect and clinical efficacy of clopidogrel and prasugrel with or without a proton-pump inhibitor: An analysis of two randomised trials. *Lancet.*, 374:989–997.
13. Richter, T., Mürdter, T.E., Heinkele, G. et al. 2004, Potent mechanism-based inhibition of human CYP2B6 by clopidogrel and ticlopidine. *J. Pharmacol. Exp. Ther.*, 308: 189–97.
14. Sibbing, D., Morath, T., Stegherr, J. et al. 2009, Impact of proton pump inhibitors on the antiplatelet effects of clopidogrel. *Thromb. Haemost.*, 101: 714–719.
15. Sung, J.J., 2010, Marshall and Warren Lecture: peptic ulcer bleeding: an expedition of 20 years from 1989–2009. *J. Gastroenterol. Hepatol.*; 25: 229–233.
16. US Food and Drug Administration safety alert for human medicinal products clopidogrel (marketed as Plavix) and omeprazole (marketed as Prilosec)—drug interaction, http://www.emea.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Public_statement/2010/03/WC500076346.pdf.

Таня Топалова

Медицински Университет Варна
Факултет по фармация
Варна, 9002, ул. „М. Дринов“ №55
e-mail: purple_ray@abv.bg

Доц. Светлана Георгиева, д.ф

Медицински Университет Варна
Факултет по фармация
Катедра „Фармацевтични науки и фармацевтичен мениджмънт“
Варна, 9002, ул. „М. Дринов“ №55
e-mail: fotkova@abv.bg

Любен Григоров

Медицински Университет Пловдив
Факултет по фармация
Пловдив, 4000, бул. „В. Априлов“ 15А
e-mail: lgrigorov_pd@abv.bg

г.л. ас. Мая Георгиева, д.ф

Медицински Университет София
Факултет по фармация, Катедра „Фармацевтична химия“, София, 1000, ул. „Дунав“ №2
e-mail: georgm@mail.bg



НАГЛАСИ НА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „АКУШЕРКА” ЗА ОСЪЩЕСТВЯВАНЕ НА СЕМЕЙНО-КОНСУЛТАТИВНА ДЕЙНОСТ

Теодора Евтимова, Тамара Цветкова

ATTITUDES OF "MIDWIFE" STUDENTS TOWARDS THE REALIZATION OF FAMILY – CONSULTING ACTIVITY

Teodora Evtimova, Tamara Cvetkova

ABSTRACT: Midwife alone or with doctors take health care for the pregnant woman, mother, newborn and gynecological sick woman. She is involved in the prevention of gynecological diseases and in the protection of the reproductive functions of women from an early age. She also participates in solving the problems of the reproduction of population, medical – biological and medical - social issues of marriage and family as well as social - legal problems of the pregnant woman, mother and the child.

Keywords: Midwife care, pregnant woman, newborn, mother, marriage, family

Въведение

Във всички европейски страни преработват и реформират политиките за майчиното здравеопазване и услугите, насочени към планиране и предоставяне на грижи за майката и нейните индивидуални нужди, както и на техните семейства, като им предлагат информиран избор за всички аспекти на грижите за тях.

В България Майчиното здравеопазване и грижата за новородените се нуждаят от реструктуриране и изграждане на цялостен подход, който да постави основите на Акушерски модел на грижа. Бременността не е изолиран епизод във живота на жената, а е част от семейния живот и ценностите ѝ.

Подходяща акушерска грижа означава да се отговори на психологията на майката и да бъде съобразена с действащия медицинския стандарт. [2]. Акушерката има важна задача в здравеопазване, консултиране и образование, и не само за жената, но също така и в рамките на семейството и общността. „Нуждата от грижа е много по-дълбоко свързана с медицинския специалист, като тя не се ограничава до методите на взаимодействие чрез прилагане на различни медицински интервенции, а се разглежда в по-широк смисъл на адаптация, рехабилитация, социализация, защита. Именно системния подход към пациента, към неговите проблеми, позволява преодоляване на скритите конфликти възникващи в резултат

на променената социална роля” (Павлова, 2012, с 164).

В основата на добрата акушерска грижа има две аксиоми :

1. Акушерската грижа да се осъществява възможно най-близо до домовете на хората;
2. Всяка процедура в здравеопазването трябва да се извършва от обучени лица, които да изпълняват безопасно и ефективно дейността си.

Семейно ориентирания консултативен подход в осъществяването на акушерската грижа приоритетно трябва да е насочен към уязвимите групи на обществото – малцинствени групи, безработни, жертви на насилие и други.

Двете водещи подходи в текущата грижи в майчинството могат да бъдат описани като "медицински" или "технологичен", и "социален" или "хуманизиран" (често наричан "Акушерски модел" на грижите). Най-общо, медицинския / технологичния подход се характеризира с фокус върху идентифицирането на влошеното здраве , отрицателната нагласа към риска, и използване на технически решения за преодоляване на здравословните проблеми. Твърди се, че това клони към обективизиране и фрагментиране на отделни лица, като се концентрира върху специфични биологични компоненти на тялото, а не като се има предвид цялата личност, и евентуални

физически, психо-социални и емоционални взаимодействия .

За разлика от тях, за акушерката социалния / хуманния подход е с приоритет взаимоотношенията и социалното взаимодействие. Тя има тенденция да се фокусира върху поддържането на благосъстоянието и насърчаване на нормалността чрез засилване на физиологичните капацитет на повечето жени да раждат с минимална или никаква интервенция (Rooks 1999 г., Sandall et Ал 2008 г.). Тази философия на грижа се разглежда като цялостен, тъй като тя признава, че психо-социални фактори, като например връзката между жена и нейното семейство, както и между жената и акушерката, са компоненти от съществено значение за физическото и клинично здраве за майката и нейното бебе.

Акушерската практика е подкрепена от ценности, които са основа за формулиране на философията на акушерството: [3].

- Бременността е нормално здравословно събитие и е част от жизнения цикъл.

- Фокусът на акушерската практика е жената в центъра на грижи, които обхващат промоцията на здравето, здравно образование, оценка на индивидуалните нужди и предоставяне на грижи за жената и нейното бебе. Тази грижа се простира и до семейството.

- Акушерската практика е холистичен подход и уважава достойнството и уникалността на всяка жена, включително нейните социални, емоционални, физически, духовни и културни нужди.

- Концепцията за партньорство между жената и акушерката е от основно значение за

акушерската практика. Тя се основава на взаимно доверие, подкрепа и сътрудничество, което улесняване информирания избор, основан на доказателства за вземане на решения. Жената е определяща при вземане на решение, и акушерката я подпомага в този процес чрез предоставяне на точна информация, на която да се основава информирания й избор.

- Акушерската практика се основава на най-добрите налични доказателства.

- Акушерската практика трябва винаги да се основава на принципите на професионалната етика.

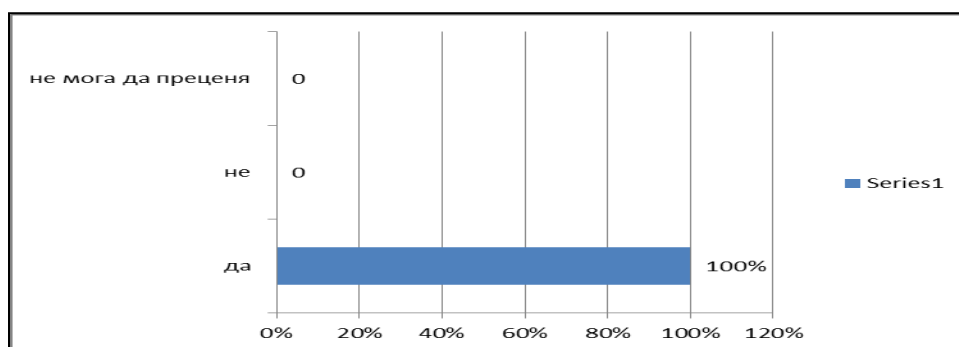
Целта на настоящото изследване е да се проучат нагласите на студентите от специалност „Акушерка“ за осъществяване на консултативна дейност с оглед подобряване на женското здраве сред маргиналните групи от обществото.

Маргиналната група ,е тази която отхвърля определени ценности и традиции на културата на групата, в която се намира и утвърждава свои собствени норми и ценности. Такива са:

- етнически малцинства
- хора, живеещи в бедност
- безработни
- самотни родители
- многодетни семейства с 3 и повече деца
- жертви на насилие

Материал и метод За целите на изследването бяха анкетирани 41 студентки от IV курс специалност „Акушерка“ с ОКС „бакалавър”

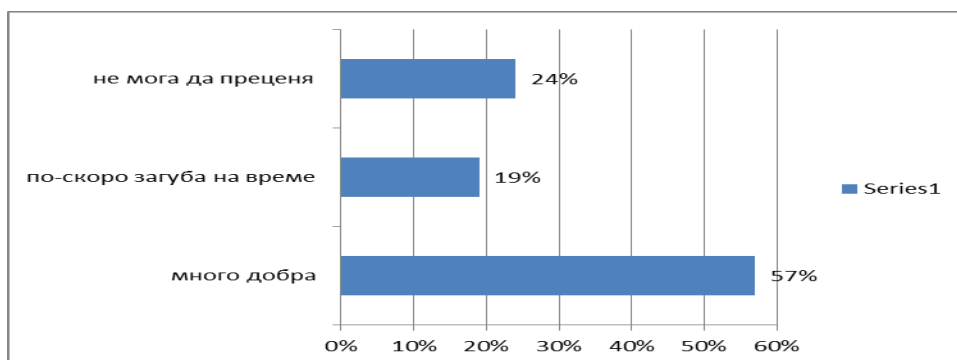
Проучването е проведено през месец юли 2014 година.



Фиг. 1. Мнение на студентите за знанията и компетентността на акушерката за осъществяване на консултативна дейност

Студентите са единодушни, че акушерката притежава знания и ниво на компетентност , достатъчни за осъществяване на консулта-

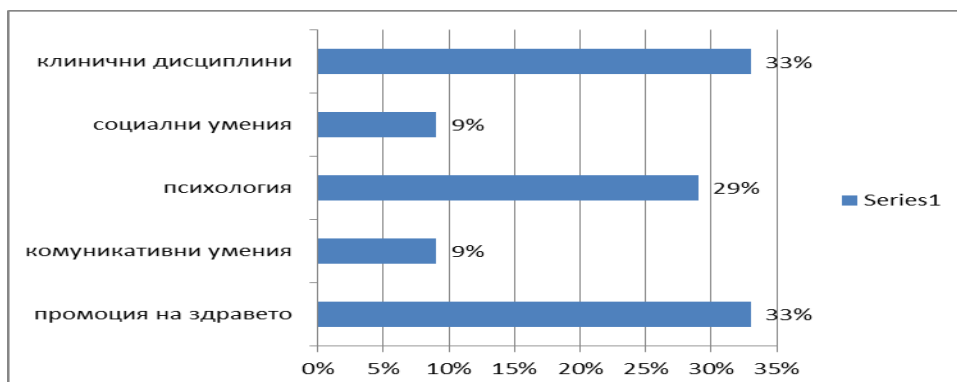
тивна дейност в семейна среда. Това доказва тяхната добра професионална подготовка в хода на обучението им.



Фиг. 2. Оценка на придобитите знания в АГУ участък

Студентите оценяват подготовката си като много добра (57%) АГУ – един от секторите база за тяхното обучение. Дейностите на акушерката в АГУ са свързани с проследя-

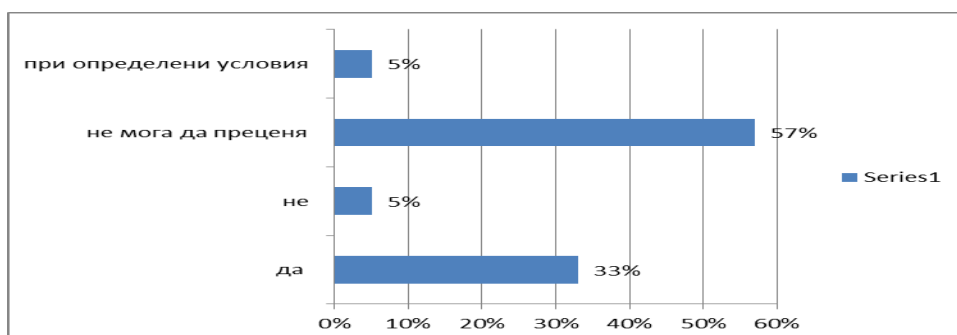
ване на физическото, психическото и емоционалното здраве на бременната и подготовката ѝ за раждане.



Фиг. 3. Необходимост от надграждащо обучение

Във връзка с бъдещата им роля на консултанти в семейна среда, студентите считат, че съществува необходимост от непрекъснато обучение в областта на промоция на здравето, клинични дисциплини / Акушерство, Ги-

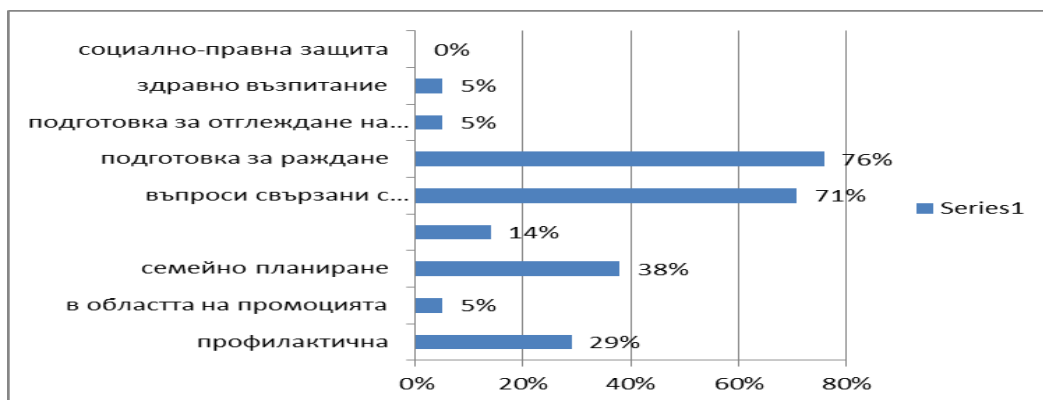
некология, Детски болести и неонатология/. Резултатите показват висока мотивация за повишаване на професионалните знания и умения сред акушерките.



Фиг. 4. Нагласа на студентите за работа със семейството

Една трета от анкетираните студенти (33%) са с нагласа за работа в семейна среда. Тези които не могат да преценят преоблада-

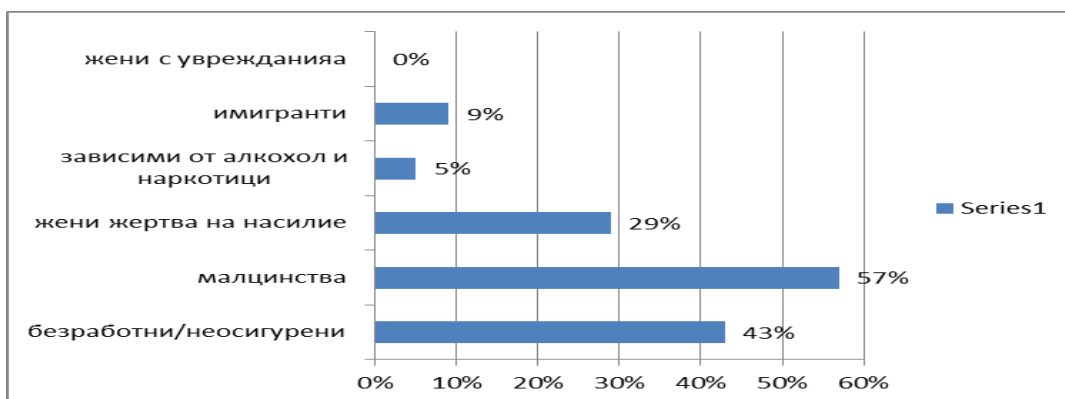
ват (57%), което може да се дължи на липсата на професионален и житейски опит.



Фиг. 5. Области на консултативна дейност осъществявани от акушерката

Според мнение на респондентите основните области на консултативна дейност осъществявана от акушерката са свързани с подго-

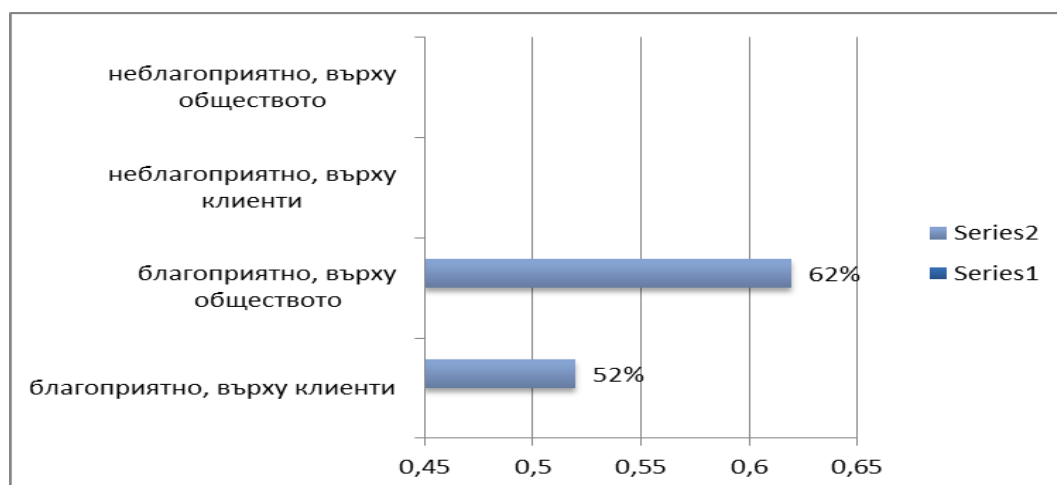
товка за раждане, отглеждане на новороденото и семейно планиране. Това се дължи на спецификата на обучението им.



Фиг.6. Консултативна дейност при маргинални групи

Студентите смятат, че акушерската консултативна дейност трябва да е насочена към малцинствата, безработните и жени жертва на насилие. Тях те определят като най-уязвими

групи , при които е необходим не само медицински, но и социален подход при прилагане на акушерския модел за грижи.



Фиг.7. Ефект на въздействието на акушерката в консултативната дейност

Участието на акушерката в консултативната дейност би оказало пряко благоприятно влияние върху семейството, но и косвено върху обществото.

Ефект на въздействието на акушерката в консултативната дейност

Ефект от семейно-консултативната дейност

➤ За родителите:

- Семейно планиране
- Подготовка за родителство
- Подобряване грижата за детето
- Подобряване на отношенията в семейството

➤ За детето:

- Хигиенни грижи

Подобряване на условията за развитие (физическо и психическо)

Ранна интервенция при деца със специални нужди (Ранен детски аутизъм, ДЦП, Умствена изостаналост и др.)

➤ За обществото:

- Здравна информираност
- Подобряване на репродуктивното здраве

Изводи

- «Консултирането» като промотивно-профилактичен метод в семействата е дейност която не е развита в рамките на компетентностите на акушерката.

- Семейно-консултативната дейност на акушерката сред маргиналните групи ще окаже положително влияние върху майчиното и детско здраве.

- Студентите от специалност „Акушерка“ притежават знания и професионални умения за осъществяване на интегрирани съвременни здравно-консултативни услуги за бременни, майки, семейства, деца.

- Необходим е интегриран социално-медицински и психологически подход.

Заключение

Автономните дейности на акушерката, свързани с консултиране са насочени към:

- Консултиране и индивидуална подкрепа на семейства в риск;
- Услуги за превенция на изоставянето на деца и настаняването им в специализирани институции;
- Развиване на родителския капацитет на семейства с деца в риск;
- Посредничество за подобряване на социалните ресурси на семействата;
- Училища за родители в подкрепа на бременността, раждането и ранното детско развитие;
- Семейно планиране;
- Улесняване на достъпа до здравни услуги;
- Повишаване на здравната грамотност сред маргиналните групи.

Литература

1. Павлова С. Значими дейности и характеристики от професионалната практика на медицинската сестра Сп. Управление и образование, 4, 2012г., 162 - 164. \
2. Радославова, М., Величков, А. (2005) *Методи за психодиагностика*. София, Пандора-прим.
3. Baron, R.M., Kenny, D.A. (1986) The moderator-mediator distinction in social-psychological research. // *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol.51, p. 1173-1182.
4. Chaplin, W.F. (1991) The next generation of moderator research in personality psychology. // *Journal of Personality*, Vol.59, p. 143-178.
5. Scheier, M., C. Carver. (1985) *Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies*. // *Health Psychology*, Vol 4(3), 219-247.

Теодора Евтимова
Университет: МУ "Проф. д-р Параскев Стоянов" - гр. Варна
Катедра: „Здравни грижи“
Адрес: гр. Варна, ул. "Марин Дринов" №55
e-mail: valitedi@abv.bg



СЪВРЕМЕННИ ТЕНДЕНЦИИ ПРИ ОБУЧЕНИЕТО НА АКУШЕРКИТЕ ПО КОНКРЕТНА ТЕМАТИКА В УСЛОВИЯТА НА ВИСШЕТО УЧИЛИЩЕ

Христина Милчева

CONTEMPORARY TRENDS IN TRAINING MIDWIVES IN PARTICULAR SUBJECTS AT THE HIGHER SCHOOL

Hristina Milcheva

ABSTRACT: *The training of midwives to the terms of the higher school provides opportunities for application of new and contemporary methods of organizing teaching as a main activity of the teacher.*

The aim of the article is to show some contemporary trends and methodologies in the training of midwives in a high school in a particular subject area.

Methods: *The method of analysis of documents is applied and sharing their own teaching experience.*

Results: *Established are trends for the implementation of new and interactive methods in the training of midwives in a high school. A positive effect on students is reported, which finds expression in stimulating cognitive interests and developing their creative thinking by increasing the share of their independent work in the formation of professional competencies.*

Keywords: *interactivity, education, creative thinking, independent, professional competence*

Въведение

При обучението на акушерките в условията на висшето училище се прилагат нови подходи, методи и средства, произтичащи от основната му цел, а именно да се подготвят здравни професионалисти, притежаващи компетенции за планиране, организиране, анализ и оценка на здравните грижи при един цялостен холистичен подход към пациента (3).

В тази връзка преподавателят във висшето медицинско училище има основната задача да приложи най-адекватните и целесъобразни методи и средства, които да допринесат за развитие на креативното и клиничното мислене на студентите. В зависимост от конкретната работна ситуация, в аудиторни условия или в реалната работна среда преподавателят използва интерактивните методи – ролеви игри, ситуационни задачи, казуси, тестове, презентации, курсови работи, именно да провокира творчество у студентите, за да могат те да се справят при стандартни и нестандартни ситуации.

За функцията на обучението като целенасочен процес и ролята на преподавателя А. Андонова отбелязва „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 флексибилност при решаването на различни клинични и житейски ситуации е труден път, който трябва да бъде извървян от студентите с помощта на преподавателите. (1)

Целта на статията е да покаже някои съвременни тенденции и методики при обучението на акушерките в условията на висшето училище по конкретна тематика.

Методи: Приложен е метод на анализ на документи и споделяне на собствен педагогически опит.

Като изхождам от опита си на преподавател, ще се опитам да представя някои съвременни тенденции при обучението на акушерките, включително и по темата „Контрацепция след раждане”. Най-общо понятието контрацепция (contraceptio, anticonceptio) се определя като използване на различни методи и средства, с помощта на които се предотвратява възможността за настъпване на нежелана бременност.

Контрацепцията е основен метод на семейното планиране. Нейното предназначение се състои в следното: да ограничи броя на нежеланите забременявания и да определи оптималния интервал между две бременности (2).

Предвид на факта, че съвременното образование на акушерките включва 50/50 теория и практика, стремежът на съвременния преподавател е така да структурира учебното съдържание по темите, че то да е насочено не само към овладяване на теоретични знания, но и към изграждане на практически умения за работа.

Съчетаването на класическите с интерактивните методи на преподаване се оказва предпочитано от повечето преподаватели, но и зависи от техния опит и педагогическо майсторство. **Резултати и обсъждане.** При преподаването на темата „Контрацепция след раждане” си поставих за цел да провокирам студентите чрез един предварителен тест за входящ контрол, за да преценя тяхното ниво на знания, които за усвоили по учебната дисциплина „Гинекология”.

Представям на вниманието на читателя примерен тест за входящ контрол по темата „Контрацепция след раждане”. (Табл. 1)

Табл. 1 Примерен тест за входящ контрол на темата „Контрацепция след раждане

Примерен тест за входящ контрол на темата „Контрацепция след раждане”	
1. Избройте методите на контрацепция, които познавате? Еталон: а/ хормонална перорална контрацепция; б/ бариерни методи; в/ вътрематочни контрацептивни средства; г/естествени методи д/ хирургична контрацепция СО 5	
2. Посочете поне 3 предимства на хормоналните контрацептивни средства: Еталон: 1/ могат да се прилагат, както при момичета, така и при зрели жени до 35 години; 2/ при правилна употреба ефективността им е над 99%; 3/ намаляват честотата от рак на яйчника и маточното тяло, подтискат възпалителните процеси в малкия таз; 4/ употребата им често води до намаляване на кървенето по време на менструация, както и болките по време на менструация. СО 3	
3. Посочете поне 3 недостатъка на хормоналната контрацепция: Еталон: 1/ не могат да се приемат от пушачки; 2/ не трябва да се нарушава схемата на приемане; 3/ повлияват действието на други лекарства; 4/ могат да дадат странични ефекти	
4. Избройте поне 4 бариерни метода на контрацепция: Еталон: 1/ презервативи /кондоми/; 2/ цервикални шапки /диафрагми/; 3/ женски кондми; 4/ влажливи пръстени; 5/ контрацептивни гъбички; 6/ спермициди. СО 4	
5. Посочете 5 недостатъка на вътрематочните контрацептивни средства /спиралите/: Еталон: 1/ предизвиква по-обилни менструални кръвотечения; 2/ предизвиква междуменструални кръвотечения; 3/ понякога предизвиква болки носко долу в корема; 4/ инфекции; 5/ перфорация на матката; 6/ ектопична бременност	
6. Посочете видовете хирургична контрацепция: Еталон: 1/ лапароскопска хирургична стерилизация; 2/ хистероскопска хирургична стерилизация; 3/ хирургична контрацепция при мъжа. СО 3	
7. Избройте видовете естествени методи за контрацепция: Еталон: 1/ календарен метод на Ogino – Кнаус; 2/ измерване на базалната температура; 3/ метод на Billing /изследване на цервикалната слуз/; 4/ прекъснат коитус /coitus interruptus/ СО 4	

Табл. 2 Задачи на акушерката, относно контрацепцията и семейното планиране

Задачи на акушерката относно контрацепцията и семейното планиране
1. Акушерката, независимо от сектора в който работи, ежедневно общува с пациентките, при което често се налага да дава съвети, включително и за контрацепция.
2. Акушерката, работеща в кабинетите по семейно планиране провежда ежедневни консултации, относно контрацепция и рекламира контрацептивните средства.
3. Информацията, която предоставя акушерката е особено важна и полезна за подрастващите девойки и юноши, които посещават кабинетите по семейно планиране.
4. Рисковият контингент – малцинствените групи се нуждаят от по-разширена и достъпна информация, относно контрацепция.
5. Акушерката може да разяснява сред рисковия контингент начина на приложение на различните контрацептивни средства.
6. Акушерките трябва да се следят и да се информират за програми, които целят реклама на контрацептивни средства. Особено толерирани са ромските прослойки, за които са предназначени голяма част от тези програми.
7. Задача на акушерката е също да осъществява здравно информиране и на учениците по училищата, по отношение на хигиена на половия живот, включително и контрацептивните средства като за целта използва организирани празници и мероприятия /например 1.12.-ден за борба със СПИН/.
8. Акушерката трябва да познава съвременните контрацептивни средства, които се намират в пазарната мрежа, за да дава полезни съвети, относно тяхната употреба. Големите фармацевтични компании провеждат масивна рекламна дейност по отношение на различните групи контрацептивни средства.
9. При определянето на метода за контрацепция при дадена двойка, се взема под внимание мнението на акушер-гинеколога, както и на пациентите.
10. Ролята на акушерката, относно контрацепцията е особено отговорна, тъй като тя е свързващото звено между пациентите и специалистите акушер-гинеколози.

Табл. 3 Примерни въпроси и задачи по темата

Примерни въпроси и задачи по темата
1. Дайте определение на понятието „контрацепция”.
2. Какъв метод за контрацепция бихте препоръчали на жена, около 35 години, раждала , която не желае повече да забременява?
3. Какво бихте посъветвали тийнейджърите по отношение на използването на контрацептивни средства

След попълване на теста и установяване на евентуални пропуски и грешки, се подхожда към формулиране на основните задачи на

акушерката, с практическа насоченост, които студентите трябва да формулират заедно с преподавателя. Задачите са съобразени с

нормативните регламенти за упражняване на професията (4). (Табл. 2).

В края на темата обикновено се формулират въпроси, които имат за цел да проверят знанията на студентите и да провокират тяхното клинично мислене. (Табл. 3)

За по-голяма моя сигурност, че студентите ще могат да направят трансфер на знанията си в реални условия, поставих задачата да се изработи и презентира Примерна програма за контрацепция след раждането, която студентите трябва да подготвят сами, като се базира на собствените си знания и предложената литература по темата.

Примерната програма за контрацепция след раждането (Студентска разработка) – тя представя значението на контрацепцията, някои от методите за контрацепция, както и препоръки за ефективна контрацепция. Разработката не разглежда предимствата и недостатъците на различните методи за контрацепция, но акцентира върху естествената контрацепция особено при кърмене.

Изводи

1. В условията на висшето медицинско училище се създават възможности за преподавателя да организира основната си дейност в интерактивна образователна среда за повишаване на активността и познавателните интереси на студентите.

2. Използването на интерактивни методи на обучение в съчетание с традиционните е съвременна тенденция при обучението по конкретна тематика.

3. Съчетаването на класическите с интерактивните методи на преподаване се оказва предпочитано от повечето преподаватели, но и зависи от техния опит и педагогическо майсторство.

В заключение може да се каже, че в условията на висшето училище съществуват въз-

можности за организиране, реализиране и контролиране на учебния процес, което от своя страна се отразява и върху качеството на професионалната подготовка на студентите, респективно и на полаганите от тях здравни грижи за пациентите.

Литература

1. Andonova, A., The satisfaction of the students from the education for promotion of Health knowledge, 9 International Balkan education and science congress, 16-18.10.2014, Edirne, pp. 518-520

2. Милчева Хр., З. Атанасова, К. Митева, Н. Иванова, “Практически основи на сестринските и акушерските грижи” – учебно пособие за акушерки, изд. КОТА, ISBN 978-954-305-219-6, Ст. Загора, 2007 г., 336 стр., 49-51; 92-94; 129-131; 203-214; 307-333

3. Милчева, Хр., От традицията към иновацията при обучението на медицинските сестри и акушерките, изд. „ЕКС-ПРЕС” ООД, - Габрово, 2012, с. 140, монография

4. Наредба №1 от 8 февруари 2011 г. За професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно, Издадена от Министерството на здравеопазването, Обн. ДВ. Бр.15 от 18 Февруари 2011 г.

Тракийски университет
Медицински колеж
гр.Стара Загора,
ул. „Армейска” №9
доц. д-р Христина Милчева, дп
Директор
e-mail:milcheva@uni-sz.bg



УПРАВЛЕНИЕ И ОБРАЗОВАНИЕ

Технически редактор

Иван Димитров

Пенка Пеева

Художник на корицата

Красимир Николов

Издателство

Университет „Проф. д-р Асен Златаров”

Формат – 206 / 290

Излязла от печат– 22 юни 2015



MANAGEMENT AND EDUCATION

Technical Editor

Ivan Dimitrov

Penka Peeva

Cover Design

Krasimir Nikolov

House Press

Prof. Dr Assen Zlatarov University

Format – 206 / 290

Published – 22 June 2015