



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
„Проф. д-р П. Стоянов“ – Варна

ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ“
КАТЕДРА „ЗДРАВНИ ГРИЖИ“

Румяна Николова Лалева

**Акушерски грижи за жени след раждането – подходи и
възможности за оптимизиране
ролята на акушерката**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд за присъждане на образователна степен
„Доктор“

Научна специалност:
„Управление на здравните грижи“

Научен ръководител:
Доц. Валя Димитрова, д.оз.

Официални рецензенти:
Проф. д-р Соня Тончева, д.оз.н
Доц. д-р Росица Дойновска, д.м.

Варна, 2021

Дисертационният труд съдържа 190 страници и е структуриран в пет глави. Включва 81 фигури, 15 таблици и 10 приложения.

Библиографският списък включва 178 литературни източника, от които 110 са на кирилица, 50 на латиница и 18 интернет източника. Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита от разширен катедрен съвет на Катедра „Здравни грижи“ към Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов“, гр. Варна, на 06.12.2021 г.

Публичната защита на дисертационния труд ще се проведе на 21.02.2022 г. отч. в зала в Медицински колеж на Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов“ - Варна на открито заседание на Научно жури.

Материалите по защитата са на разположение в научния отдел на МУ–Варна и са публикувани на интернет страницата на МУ-Варна.

Съдържание

Използвани съкращения	5
I. Въведение	7
I.1. Структура на литературния обзор	9
II. Методика на научното проучването.....	10
2.1. Цел и задачи на проучването	10
2.2. Работни хипотези	11
2.3. Организация, време и място на проучване	11
2.3.1. Обект.....	11
2.3.2. Предмет.....	11
2.3.3. Обхват на проучването	11
2.3.4. Логически единици на проучването.....	13
2.3.5. Признаци на логическите единици	13
2.3.6.Технически единици	14
2.3.7. Критерии за допускане в проучването.....	14
2.4. Инструментарий.....	15
2.5. Методи на проучването	17
2.6. Описание на експеримента	18
2.7. Етапи на проучването	19
2.8. Понятиен апарат.....	22
III. Резултати и обсъждане	23
3.1. Социодемографска характеристика на изследваните групи.....	23
3.2. Фактори, оказващи влияние на постнаталното наблюдение	27
3.3. Готовност на бременни и родилки за периода след раждане.....	31
3.4. Мястото на домашния патронаж в съвременното здравеопазване	39
3.5. Психоемоционално състояние на родилите жени.....	49
3.6. Оценка на потребностите на пациентите от здравни грижи в пуерпериума	52
3.7. Проблеми в следродилното наблюдение.....	55
IV. Експериментална програма	58
4.1. Характеристика на участниците.....	58
4.2. Период на провеждане на експерименталната програма	60

4.3. Описание на експерименталната програма	61
4.4. Оценка на ефективността на експерименталната програма.....	65
4.5. Резултати от експерименталната програма.....	65
4.6. Курс за следдипломно обучение.....	76
V. Изводи, препоръки, приноси	77
Публикации, свързани с дисертационния труд	80

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

АБА	Алианс на българските акушерки
АГ	Акушерство и гинекология
БАПЗГ	Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи
ДКЦ	Диагностично-консултативен център
ЕС	Европейски съюз
ЖК	Женска консултация
ЗЗО	Закон за здравното осигуряване
ЗСС	Здравносъвещателни станции
МЗ	Министерство на здравеопазването
МЦ	Медицински център
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
НЦОЗА	Национален център по обществено здраве и анализи
ОПЛ	Общопрактикуващ лекар
ПБ	Патология на бременността
РО	Родилно отделение
СЗО	Световна здравна организация
УНИЦЕФ	Детски фонд на обединените нации
ACOG	Американския Колеж на акушер-гинеколозите
NMS	Съвет по сестринство и акушерство

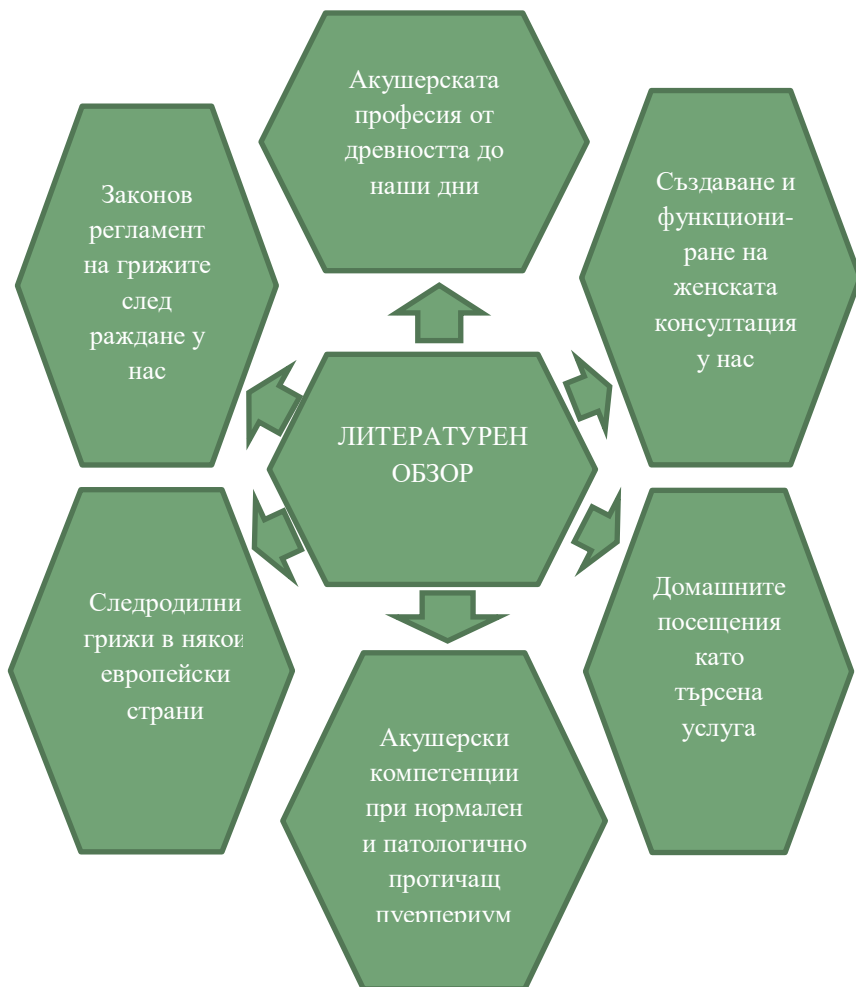
I. ВЪВЕДЕНИЕ

Периодът след раждането (пуерпериум), независимо от паритета винаги е свързан с много промени – от една страна е необходимостта от възстановяване на родилката, а от друга е развитието на новата ѝ роля като майка. Подготовката за отглеждане на дете у дома, след изписване от родилно отделение е процес, който трябва да започне много преди самото раждане. Полагането на грижи за новороденото у дома изисква от родителите усвояване на нови знания и умения, които често биват подценявани при наблюдението на бременността. Обучението на жените по време на хоспитализацията в РО не е достатъчно ефективно поради съпътстващите раждането емоции, краткото време (обикновено 72 часа след нормално раждане) и невъзможността на жените да направят реално преценка на информационния си дефицит, който проличава най-ясно след изписването от отделението. Според редица проучвания у нас ролята на акушерката в болничното заведение е свързана по-скоро с медицинската документация и изпълнението на назначенията на лекаря, отколкото с превантивни грижи и консултиране. В хода на реформите у нас след 2000 година възможностите на акушерката да бъде близо до бременната и родилката системно бяха ограничавани, а практиката на извършване на домашен патронаж беше преустановена. Организацията на постнаталните грижи у нас към настоящия момент не гарантира участието на акушерка при осъществяването им в пуерпериума. В повечето случаи в България контакта на акушерката с пациентките приключва с изписването им от лечебното заведение. Напускайки отделението голяма част от родилките имат необходимост от продължаващи акушерски грижи у дома, но те до голяма степен остават с неясен адресат. Тази потребност ни провокира при избора на тема на дисертационния труд и ни подтикна да проучим нагласите сред родилки и акушерки за създаване на възможност за въвеждане на домашни акушерски посещения след раждане. Компетенциите на акушерките, придобити по време на обучението, са недостатъчно използван ресурс в полза на общността и са системно подценявани при оказване на грижи за жени в пуерпериума. В редица развити западноевропейски страни акушерските грижи за майката и детето след нормално раждане се осъществяват чрез домашни посещения

от акушерка, които им гарантират подкрепата, увереността и спокойствието, от които се нуждаят в този период. Световната здравна организация и Международната конфедерация на акушерките препоръчват най-малко 3 посещения в дома на родилката: до 48-ия часа след изписването от лечебното заведение, между 7 – 14-ия ден след раждането и около 42-ия ден, което гарантира прилагането на индивидуален подход в грижите за майката и новороденото.

1.1. Структура на литературния обзор

Първа глава на дисертационния труд включва литературен обзор, представящ в структуриран вид различни аспекти на акушерските грижи за жени след раждането (фиг.1).



Фиг.1 Структура на литературния обзор

II. МЕТОДИКА НА НАУЧНОТО ПРОУЧВАНЕ

2.1. Цел и задачи на проучването

Цел

Да се проучат медико-социалните аспекти на акушерските грижи за жени след раждане в извънболничната помощ и да се потърсят възможности за оптимизиране ролята на акушерката.

За постигане на целите си поставихме **следните задачи**:

1. Да се проучат медицинските аспекти на грижите за жени след раждане.
2. Да се проучат социалните аспекти на грижите за жени след раждане.
3. Да се проучи международен опит при оказване на грижи за жени след раждане.
4. Да се анализира действащата нормативна уредба у нас, касаеща предоставянето на акушерски грижи след раждането.
5. Да се анализират и изследват възможностите, които създава съвременното обучение на акушерките за предоставяне на грижи за жени след раждане.
6. Да се проучи мнението на акушерки, работещи в болничната помощ, относно възможностите за предоставяне на продължаващи акушерски грижи.
7. Да се установи мнението на пациентите относно потребността от продължаващи акушерски грижи.
8. Да се създаде и апробира експериментална програма за консултиране на жени след раждането, базирана на акушерски модел за продължаващи акушерски грижи за жени след раждането.
9. Да се изследват и анализират ефектите от прилагането на експерименталната програма.
10. Да се предложи подход за продължаващи акушерски грижи.

2.2. Работни хипотези:

- ❖ Липсата на акушерско наблюдение на жените след раждане, в извънболничната помощ, води до дефицити по отношение на грижите след изписването от родилно отделение.
- ❖ Регламентирането на консултативната, профилактична, промотивна и превантивна дейност на акушерката ще подобри качеството на живот на жените след раждането.
- ❖ Положителните резултати от експеримента ще докажат необходимостта от реорганизация на акушерските грижи в пуерпериума.

2.3. Организация, време и място на проучване

Обект

- ❖ *Бременни жени*, на които предстои раждане в лечебните заведения на град Варна, Шумен, Добрич и Търговище
- ❖ Родили жени от лечебните заведения на град Варна, Шумен, Добрич и Търговище
- ❖ *Акушерки*, които работят в болничната помощ на град Варна, Шумен, Добрич и Търговище

***Предмет** на изследването са акушерските грижи в извънболничната помощ за жени след раждане.*

Обхват на проучването

В настоящото проучване са обхванати общо 672 респонденти, разпределени, както следва:

- ❖ *Първа група пациенти, бременни и родили първо дете*, пациентите към момента на проучването; хоспитализирани в родилно отделение или отделение/сектор патология на бременността – 382, които представляват 66% от хоспитализираните, (табл. 1);

Табл. 1. Разпределение на респондентите от първа група по градове

Град	Лечебно заведение	Брой анкетирани
Бременни и родили първо дете		
Варна	СБАГАЛ „Проф. д-р Д. Стаматов“ ЕООД - Варна и МБАЛ „Света Анна - Варна“ АД	169
Шумен	МБАЛ Шумен АД	77
Добрич	МБАЛ Добрич АД	56
Търговище	МБАЛ Търговище АД	80
Общо		382

❖ **Втора група пациенти, родили второ или следващо дете,** хоспитализирани в родилно отделение – 196, които представляват 45% от хоспитализираните пациентите към момента на проучването, (табл. 2);

Табл. 2. Разпределение на респондентите от втора група по градове

Град	Лечебно заведение	Брой анкетирани
Родили второ и следващо дете		
Варна	СБАГАЛ „Проф. д-р Д. Стаматов“ ЕООД и МБАЛ „Св. Анна – Варна“ АД	87
Шумен	МБАЛ Шумен АД	39
Добрич	МБАЛ Добрич АД	30
Търговище	МБАЛ Търговище АД	40
Общо		196

❖ **Трета група – акушерки,** работещи в родилно отделение и сектор патологична бременност – 94, които формират 94% от всички акушерки, работещи в посочените сектори към определените лечебни заведения, (табл. 3).

Табл. 3. Разпределение на респондентите от трета група по градове.

<i>Град</i>	<i>Лечебно заведение</i>	<i>Брой анкетиращи</i>
<i>акушерки</i>		
<i>Варна</i>	<i>СБАГАЛ „Проф. д-р Д. Стаматов“ МБАЛ „Св. Анна“</i>	<i>39</i>
<i>Шумен</i>	<i>МБАЛ Шумен АД</i>	<i>20</i>
<i>Добрич</i>	<i>МБАЛ Добрич АД</i>	<i>15</i>
<i>Търговище</i>	<i>МБАЛ Търговище АД</i>	<i>20</i>
<i>Общо</i>		<i>94</i>

Логически единици на изследването

- ❖ **Първа логическа единица** - всяка бременна или родила за първи път жена, приета в Родилно отделение или отделение Патология на бременността;
- ❖ **Втора логическа единица** - всяка родилка (след второ или следващо раждане);
- ❖ **Трета логическа единица** - всяка акушерка, работеща в Родилно отделение и отделение/ сектор Патология на бременността.

Признаци на логическите единици

Признаци на I-ва и II-ра логическа единица

- ❖ свързани с потребностите на пациентите от акушерски грижи след раждането;
- ❖ свързани с очакванията и нагласите на жените относно акушерските грижи при решаване на проблеми в следродилния период.
- ❖ свързани с потребностите от консултативна дейност в дома след изписването - методи и средства, с които са преодолявани възникнали проблеми.

Признаци на III-та логическа единица

- ❖ свързани с готовността на акушерката да предоставя здравни грижи в рамките на професионалните си компетенции при консултиране на жени в периода след раждане;
- ❖ отнасящи се до нагласите и мотивацията на акушерката за прилагане на автономни дейности и грижи в пуерпериума;
- ❖ свързани с търсене на възможности за утвърждаване на автономни акушерски практики в пуерпериума.

Технически единици

- ❖ Родилно отделение
 - в град Варна - СБАГАЛ „Проф. д-р Д. Стаматов” ЕООД
 - МБАЛ „Света Анна - Варна” АД;
 - в град Шумен - МБАЛ Шумен АД;
 - в град Добрич - МБАЛ Добрич АД;
 - в град Търговище - МБАЛ Търговище АД
- ❖ отделение/ сектор Патологична бременност
 - в град Варна - СБАГАЛ „Проф. д-р Д. Стаматов” ЕООД
 - в град Шумен - МБАЛ Шумен АД;
 - в град Добрич - МБАЛ Добрич АД;
 - в град Търговище - МБАЛ Търговище АД

Критерии за допускане в проучването

Първа група – попълнили доброволно декларация за информирано съгласие, изявили съгласието си за участие, които към момента на проучването са пълнолетни;

Втора група – попълнили доброволно декларация за информирано съгласие, изявили съгласието си за участие, които към момента на проучването са пълнолетни;

Трета група – попълнили доброволно декларация за информирано съгласие.

2.4. Инструментариум

За постигане на научно-изследователската цел и за реализиране на предварително поставените задачи е използван собствено разработен инструментариум. Разработени са три въпросника, съответно за бременни и първораждащи; за многораждали; за акушерки, като са създадени възможности за сравняване на резултатите и последващ анализ.

❖ Анкетна карта № 1 за проучване мнението на бременна и жена, родила първо дете.

Анкетната карта проучва мнението, очакванията и нагласите на бременните жени и първораждащите относно акушерските грижи след раждане у дома. Анкетната карта съдържа 32 въпроса, от които 23 затворени и 9 от тях са полуотворени. В съответствие с поставените задачи анкетната карта поставя на фокус:

- осигуреността и достъпа до качествени здравни грижи в пуерпериума;
- социалните аспекти на майчинството и необходимостта от персонална подкрепа;
- потребността на жените от продължаващи акушерски грижи;
- нагласите на жените за приемане на патронажна грижа от акушерка;
- готовността на жените за справяне с грижите след раждане.

❖ Анкетна карта № 2 за пациентка, родила второ/ следващо дете.

Анкетната карта изследва мнението на родилките, свързано следродилен период на предишното им раждане, потребностите и проекцията на потенциални проблемите във връзка с предстоящото раждане, с оглед уточняване на средства и начини за справяне у дома. Анкетната карта съдържа от 38 въпроса, от които 28 са затворени и 10 полуотворени. Проучването в тази група е насочено към:

- очаквания към акушерските грижи;
- потенциални проблеми, свързани с необходимост от специализирани грижи;
- социални аспекти на майчинството и необходимостта от персонална подкрепа;

- потребността на жените от продължаващи акушерски грижи;
- нагласите на жените към предоставяне на патронажна грижа от акушерка.

❖ **Анкетна карта № 3 за акушерка, работеща в АГ сектори с бременни и родили жени.**

Анкетната карта има за цел да проучи позицията, свързана с нагласите и ролята на акушерката за прилагане на извънболнична грижа за родили жени. Анкетната карта съдържа 31 въпроса, от които 23 са затворени и 8 полуотворени. Анкетната карта проучва мнението на професионалистите по здравни грижи относно:

- възможностите на акушерките да предоставят продължаващи акушерски грижи в пуерпериума;
- медицинските аспекти на грижите за жени след раждане;
- потребността на жените от продължаващи акушерски грижи;
- нагласите на жените към предоставяне на патронажна грижа.
- социалните аспекти на грижите за жени след раждане;
- въвеждане на медицинска документация за акушерски грижи в пуерпериума.

❖ **Информирано съгласие**

Изготвено е информирано съгласие за участие в изследването, съдържащо подробни данни за същността на проучването. Анонимността на участниците е гарантирана. Представен е състава на изследователския екип и контакти, в случай на допълнително възникнали въпроси или потребност от информация.

❖ **Информация за изследваните лица**

На всеки участник в проучването бе предоставена информация за изследваните лица, описваща целта на изследването, ползи за участника в проучването, поверителност на информацията. Участието в изследването е доброволно и лицето може да се откаже във всеки момент

2.5. Методи на проучването

Целта на настоящото проучване наложи използването на комплекс от социологически и статистически методи:

- ❖ *Исторически метод* - проучване на литературни източници в изучаваната област.
- ❖ *Документален метод* - проучване на нормативни документи, документи от международни литературни източници, свързани с предоставянето на здравни грижи на родили жени у дома.
- ❖ *Социологически методи:*
 - *анкетен метод* – пряка индивидуална анонимна анкета с акушерки, работещи в сферата на болничната помощ, бременни и родили жени;
 - *дълбочинно интервю* - качествен метод за събиране на данни, да се достигне до дълбочината на изследвания предмет.
- ❖ *Статистически метод* за обработка и анализ на получената информация. Данните в анкетното проучване са обработени със статистически пакет **IBM Statistics-SPSS** for Windows, ver. 19. при обработката на резултатите бяха използвани:
 - *корелационен анализ* – за установяване на степен на свързаност между две променливи. Измерване на коефициент на Пийърсън, за установяване и определяне на степен на праволинейна корелационна зависимост между количествени променливи и коефициент на Стюдент за качествени.
 - *хи-квадрат* (параметрични и непараметрични тестове) – за оценка на хипотези – връзка между качествени променливи. Критичното ниво на зависимост в изследванията е $\alpha=0,05$;
 - *сравнителен анализ* – за сравнение на измененията в показателите на променливите.
 - *графичен анализ* – показва графично обработените от анкетата данни. За графичния анализ са използвани MS Excel 2019 и IBM Statistics 19.0
 - *Алфа на Кронбах*
- ❖ *Експериментален метод* – модел за проспективно проучване на грижите за родили жени след изписването им от родилно отделение.

2.6. Описание на експеримента

Паралелно със социологическото проучване бе планирано провеждането на контролиран експеримент „*Акушерките в подкрепа на майчинството*“ със 100 пациента на родилно отделение от гнездата за наблюдение в град Варна (експериментална група - 50 родили жени и контролна група - 50 родили жени) при спазени критерии за включване и изключване на участниците в него. Експерименталната работа предвиждаше след получаване на писмено информирано съгласие за участие в експерименталната програма да бъде събрана информация за потребностите на пациента от акушерски грижи след раждането посредством собствено разработена и попълнена „*Карта за планиране на акушерските грижи*“ от водещия изследовател.

Картата беше попълвана при първото домашно посещение и представлява модел на чек карта, съдържаща въпроси и отговори, насочени към събиране и анализ на информацията относно:

- ❖ анамнестични данни за протичането на бременността, раждането и пуерпериума (в родилно отделение), установяващи специфични потребности на пациента;
- ❖ моментното състояние на родилата жена по отношение на адаптацията в домашни условия, процес на възстановяване и тревожност в периода след раждане;
- ❖ състояние на новороденото и потребности от специални умения на майката;
- ❖ социален статус на майката – наличие на друго дете в семейството и семейна подкрепа;
- ❖ данни за утежнен семеен статус;
- ❖ финансова стабилност и битови условия

В нея, на базата на изходните данни и анализ на събраната информация бяха планирани медицински дейности чрез изготвен план за акушерски грижи в периода след раждането, включващ определен минимален брой домашни посещения на експерименталната група и възможност за непрекъснат контакт с водещия изследовател.

За преценка на потребностите на пациентите и ефективността от осъществените акушерски грижи бе предвидено попълването на „*Тест за*

тревожност“ (адаптиран по тест на Zung от Duke University) – входно ниво. В края на експерименталния период (42 дни след раждането) на всяка родилка бе проведено повторно изследване на степента на тревожност – изходно ниво, със възможност за сравнимост на резултатите както в експерименталната, така и между двете групи, включени в експеримента.

Детайлизирането на проблемите на жените след раждане и индивидуализирането на акушерските грижи бе постигнато чрез провеждане на дълбочинно интервю с предварително заложените въпроси, съобразно спецификата на всеки отделен случай, чрез водене на подробни записки. При провеждане на наблюдението след раждане бяха предвидени:

- ❖ първоначална визита в дома на пациентката от акушерка (водещия изследовател) до 48 часа след изписването от родилно отделение;
- ❖ междинно посещение в дома на пациентката в зависимост от спецификата на случая и желанието на участниците в експеримента;
- ❖ финална визита в дома на пациентката при приключване на участието в експеримента - 42 дни след раждането;
- ❖ възможност за непрекъсната консултация по телефон (при нужда).

Критерии за включване на лица в експеримента:

- родили жени;
- декларирали писмено Информирано съгласие за включване в експеримента;
- възраст над 18 години;
- живущи във Варна.

Критерии за изключване на лица от експеримента:

- лица, които не са подписали информирано съгласие;
- лица под 18 години;
- лица, живеещи извън района на Варна.

2.7. Етапи на проучването

Проучването сред акушерките е проведено в естествена работна среда – родилно отделение и отделение /сектор патология на

бременността в определените гнезда за наблюдение, в периода септември 2020 г. – февруари 2021 г.

Проучването сред пациентите е проведено по време на хоспитализация в съответните отделения, в деня преди изписване.

Експерименталната работа протече с променлива интензивност, в рамките на планирания период, във връзка с изискването за доброволно включване на пациентите в експеримента. Етапите на проучването са отразени в *таблица 4*.

Органи на проучването

Основната част от проучването е извършено самостоятелно от автора. Привлечени са сътрудници - главни и старши медицински сестри и акушерки от определените лечебни заведения. Всички сътрудници бяха предварително запознати с целта и методиката на проучването и обучени за работа с инструментариума.

Табл. 4. Етапи на планиране и провеждане на проучването

Етап	Дейност	Място на провеждане	Инструментариум	Период
1	Анализ на специализирана литература във връзка с актуалността на изучавания проблем	гр. Варна	Специализирана литература; публикации	ноември 2019г. – януари 2020г.
2	Изготвяне на методика на дисертационното изследване	гр. Варна	Въпросници с Информирано съгласие	януари 2020 г
3	Уведомяване на ръководителите на гнездата за наблюдение	гр. Варна	Писма до ръководителите на гнездата за наблюдение	март 2020 г
4	експеримент	гр. Варна	Информация за пациента; Супервизия за интервенция по програма „Акушерката в подкрепа на майчинството“	42 дни
5	Провеждане на изследване	гр. Варна, гр. Шумен,	Информация за пациента;	септември 2020 –

		гр. Добрич, гр.Търговище	Анкетни карти	февруари 2021 г.
	Обработка и анализ на резултатите		SPSS v.20.0 Microsoft Excel	март 2021г.
	Формулиране на изводи			март 2021 г.
	Огласяване на резултатите, формулиране на препоръки и приноси			май - октомври 2021 г.

2.8. Понятиен апарат

- ❖ *Подход* - съвкупност от начини и средства за пристъпване към определен проблем;
- ❖ *Модел* - нов обект (реален, информационен или въображаем), различен от изходния, който притежава съществени за реализиране на поставените цели свойства и в рамките на тези цели напълно заменя изходния обект;
- ❖ *Стандарт* - документ, създаден чрез консенсус или одобрен от признат орган за стандартизация, който определя за общо и повтарящо се прилагане правила, насоки или характеристики за дейности или техните резултати, за да се постигне оптимален ред в дадена съвкупност от обстоятелства;
- ❖ *Консултиране* - двустранен процес на комуникация, при които консултирания помага на консултирания да идентифицира определени свои нужди и да вземе оптимално решение по определен проблем;
- ❖ *Тревога* - емоционална състояние, възникващо в ситуация на неопределена опасност и проявяващо се в очакване на неблагоприятно развитие на събитията. Тревогата е генерализиран, дифузен или безпредметен страх, който е локализиран в бъдещето;
- ❖ *Страх* е реакция към някаква заплаха, чиято времева локализация е в личното настояще. Той е от най-често срещаните емоционални реакции при здрави хора и има защитна функция;
- ❖ *Стрес* е състояние на силно физическо, нервно напрежение, предизвикано от негативни фактори или отрицателно физическо, или емоционално въздействие и усещане. Това най-вече се отнася до високите и дори много високите нива на стрес, които могат да имат негативен ефект върху физиката, емоциите и умствената концентрация, докато по-ниските нива могат да бъдат фактори на адаптация и справяне;
- ❖ *Патронажни грижи* – предоставяне на здравни грижи в домашни среда;
- ❖ *първоражда* – жена, родила за първи път;
- ❖ *многоражда* – жена, родила повече от едно дете.

III. Резултати и обсъждане

3.1 Социо-демографска характеристика на изследваните групи

❖ бременни и първораждащи жени

Потърсено е мнението на жени без опит по отношение на раждането и следродилния период в посочените лечебни заведения (табл. 5).

Табл.5. Характеристики на бременните и родилите за първи път жени

Характеристики	Брой изследвани лица (n)	Относителен дял (%)
Възраст		
до 25 г.	n=119	31,2%
от 26 до 36 г.	n=226	59,2%
над 37 г.	n=37	9,7%
Образование		
висше	n=181	47,4%
средно	n=163	42,7%
основно	n=27	7,1%
начално	n=11	2,9%
Населено място		
град	n=291	76,2%
село	n=80	20,9%
вилна зона	n=11	2,9%
Местоживеене по области		
Варна	n=169	44,2%
Шумен	n=77	20,2%
Добрич	n=56	14,7%
Търговище	n=80	20,9%

Отчитайки влиянието на възрастта на жените, попаднали в извадката в контекста на натрупания опит и необходимост от обучение и тренинг беше необходимо да установим какви са възрастовите характеристики на анкетираните. Въпреки твърде широките граници на биологичната репродуктивна възраст, очаквано, най-голям е дялът на жените на възраст от 25 до 36 години и тази група формира повече от половината от извадката (59,2%). Следва групата на респондентите на възраст до 25 години (31,2%),

които са с най-малък опит и възрастовата група на жените над 37 години - 9,7%.

Образователният статус на респондентите има пряко отражение върху общата и медицинската култура и ефективността на комуникативния процес. Консултирането на жени след раждането е процес на интензивна комуникация с пациентите, за да бъдат изведени индивидуалните потребности на всеки конкретен случай. По отношение на образованието, жените с висше образование формират най-голям дял (47,4%). Респондентите със средно образование са 42,7%, а с основно образование са 7,1%. Най-малък е дялът на анкетираните с начално образование (2,9%). Образователният статус на жените, попаднали в извадката е индикация за ефективна комуникация с пациентите и извличане на ценна за проучването информация.

Местоживеенето на респондентите, попаднали в извадката има значение във връзка с установяване на възможностите за достъп до квалифицирани здравни грижи и осигуреност на населеното място със специализирани кабинети от извънболничната помощ. Повечето от респондентите от тази група живеят в град (76,2%), следвани от живеещите в село (20,9%) и 2,9% живеят във вилни зони.

❖ **родили второ и следващо дете жени**

Паритетът на жените, попаднали в извадката е важен както по отношение на миналия опит и свързаните с него проблеми и решаването им, така и като фактор за формиране на очакванията на пациентите при настоящата бременност и раждане (табл. 6)

Табл. 6. Характеристика на родилите второ и следващо дете жени

<i>Характеристики</i>	<i>Брой изследвани лица (n)</i>	<i>Относителен дял (%)</i>
Възраст		
<i>до 25 г.</i>	n=34	17,3%
<i>от 26 до 36 г.</i>	n=125	63,8%
<i>над 37 г.</i>	n=37	18,9%
Образование		
<i>висше</i>	n=84	42,9%
<i>средно</i>	n=89	45,4%

<i>основно</i>	n=18	9,2%
<i>начално</i>	n=5	2,6%
Населено място		
<i>град</i>	n=159	81,1%
<i>село</i>	n=34	17,3%
<i>вилна зона</i>	n=3	1,5%
Местоживеене по области		
<i>Варна</i>	n=87	44,4%
<i>Шумен</i>	n=39	19,9%
<i>Добрич</i>	n=30	15,3%
<i>Търговище</i>	n=40	20,4%

Резултатите показват, че най-голям е дялът на анкетираните многограждали жени от гр. Варна 44,4% (n = 87), следван от родилите в гр. Търговище – 20,4% (n = 40), гр. Шумен 19,9% (n = 39) и гр. Добрич – 15,3% (n = 30). По отношение на възрастовото разпределение е установено, че най-голям е дялът на респондентите във възрастовата група от 26 до 36 г. (63,8%), следвана от родилките над 37 годишна възраст (18,9%). Най-младата група многограждали до 25 години формират 17,3% от извадката. По отношение на образованието, дялът на пациентките със средно образование е почти половината от анкетираните (45,4%), следван от респондентите с висше образование (42,8%). Сравнително малък е дялът на жените с основно образование – 9,2%, а с начално образование са едва 2,6%. Разпределението по населено място се припокрива с демографските особености на репродуктивното поведение на жените у нас, като се установява висок дял на многограждали, живеещи в градовете - 81,1% (n=159) и по-нисък дял на родилките, живеещи в села – 17,3% (n = 34) и вилни зони – 1,5% (n = 3).

❖ **Акушерки**

В процеса на планирането на дизайна на научното изследване бе направено обстойно проучване на действащите в гр. Варна АГ кабинети, като изпълнители на постнаталните грижи в извънболничната помощ. От публичния регистър на РЗИ стана ясно, че на територията на града функционират 33 индивидуални и групови амбулатории за специализирана извънболнична АГ помощ, в които липсват назначени

акушерки както и 14 ДКЦ и МЦ. След допълнителна справка с ръководствата на тези структури се оказва, че в тях работят 95 лекари и едва 21 акушерки, като се наблюдава значително текучество на персонала. От друга страна акушерките в лечебните заведения (Родилно отделение) са здравните специалисти, които трябва да допълнят знанията и уменията на родилките, получени по време на бременността и да бъдат коректив на подготовката на жените за справяне в дома след изписването. Тези изисквания към акушерските грижи в лечебното заведение и ниската обезпеченост с акушерки в извънболничната помощ ни накарала да подберем професионалисти по здравни грижи от Родилно отделение и/или Патологична бременност като специалистите, които последни контактуват с пациентите преди изписването им и имат възможно най-точна преценка за знанията и уменията на родилите жени (табл. 7).

Табл. 7 Характеристика на изследваните акушерки

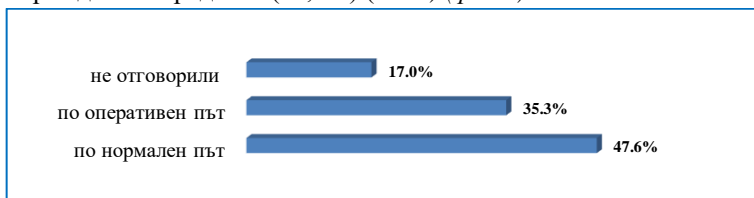
<i>Характеристики</i>	<i>Брой изследвани лица (n)</i>	<i>Относителен дял (%)</i>
Възраст		
<i>до 30 г.</i>	n=14	14,9%
<i>от 31 до 50 г.</i>	n=48	51,1%
<i>над 51 г.</i>	n=32	34,0%
Трудов стаж		
<i>до 3 г.</i>	n=14	14,9%
<i>4 – 20 г.</i>	n=26	27,7%
<i>над 21 г.</i>	n=54	57,4%
Местоживее по области		
<i>Варна</i>	n=38	40,4%
<i>Шумен</i>	n=20	21,3%
<i>Добрич</i>	n=16	17,0%
<i>Търговище</i>	n=20	21,3%

Повече от половината от акушерките, попаднали в извадката са на възраст между 31 до 50 г. (51,1%), а малко повече от 1/3 са акушерките на възраст над 51-години (34,0%), което свидетелства за натрупан житейски и професионален опит и е предпоставка за ценна информация във връзка с целите на проучването. Делът на акушерките на възраст до 30 години е 14,9%. Значителна част от работещите акушерки имат трудов стаж повече от 21 години (57,4%). Около 1/3 е делът на анкетираните акушерки с трудов стаж между 4 и 20 години е 27,7%, а на работещите със стаж до 3 години е 14,9%. Най-голям е относителният дял на респондентите от гр.

Варна (40,4%), което е разбираемо, тъй като пропорционално в най-големия град от гнездата на проучването работят най-много професионалисти по здравни грижи. Делът на анкетираните акушерки от гр. Търговище и гр. Шумен е (21,3%), а от гр. Добрич респондентите формират 17% от извадката

3.2. Фактори, оказващи влияние на постнаталното наблюдение

От медицинска гледна точка е логично да приемем, че бременните и първораждащите имат сходен опит за протичането на пуерпериума, затова сме ги поставили в една група. За по-задълбочен анализ на изследването попитахме респондентите как е приключило раждането им. Начинът на родоразрешение е от значение за планирането на необходимите грижи във възстановителния период след раждането. Почти половината от анкетираните са посочили естественото раждане като изход от бременността им 47,6% (n=182). Значителен е делът на жените с оперативно родоразрешение – 35,3% (n=135). Делът на анкетираните, които не са отговорили на този въпрос се формира от бременните, на които раждането предстои (17,0%) (n=65) (фиг. 1).



Фиг.1. Начин на родоразрешение при бременни жени и първораждащи

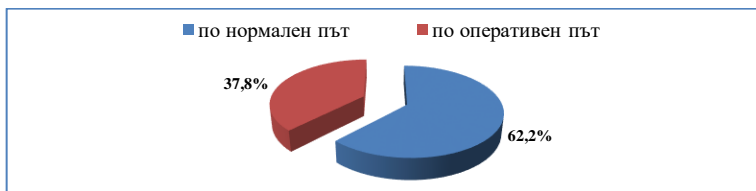
Родилите второ и следващо дете са изследвани в една група, заради наличието на минал опит във връзка с предходното им раждане и влиянието на проблемите, които са имали върху очакванията към акушерските грижи при настоящата бременност и раждане. Изследването на паритета при многораждалите сочи, че значителна част от респондентите са родили второ дете (83,2%), а делът на родилите трето дете е 15,8%. Наличието на богат опит по отношение на протичането на следродилното наблюдение е предпоставка за получаването на ценна информация относно потребностите на пациентите, най-честите

проблеми, с които са се сблъскали, техните очаквания и удовлетвореност. Тази информация може да се разглежда като отправна точка при планиране на промени в организацията на постнаталното наблюдение (фиг. 2).



Фиг. 2. Поредност на раждането при многораждащите жени

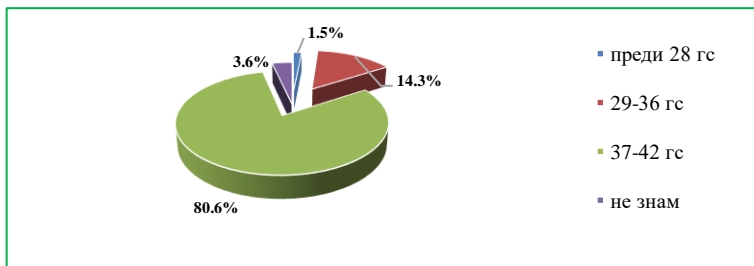
Начинът на родоразрешение има определящо значение както за възстановяването на родилката, така и за идентифицирането на явни и потенциални проблеми в периода след раждането. Получените данни сочат, че повече от половината от анкетираните са родили по нормален път (62%), а при малко над 1/3 е приложено цезарово сечение (37,8%). Големият дял на жените след нормално раждане свидетелства за необходимост от прилагане на рутинни грижи за тях през периода на пуерпериума. Отговорът на респондентите посочва и значителен дял жени, които са имали нужда от по-интензивни грижи след раждането във връзка с оперативното родоразрешение (фиг.3).



Фиг. 3. Начин на родоразрешение при многораждащите жени

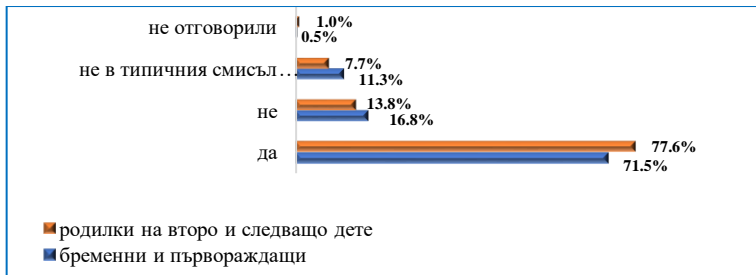
Друг фактор, който има определящо значение за обема на грижите през пуерпериума е срока на бременността, в който е настъпило раждането. Значителен е дялът на анкетираните, родили около вероятния термин на раждане - между 37 и 42 г.с. (80,6%). Резултатите показват, че преждевременните раждания са по-малко от 1/6, а тези с неясен термин са

3,6% от всички отговорили пациентки. Отговорът на анкетираните потвърждава заключението, че повечето от жените се нуждаят от рутинни акушерски грижи в пуерпериума (фиг.4).



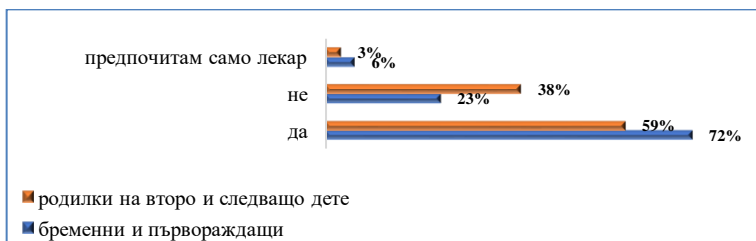
Фиг. 4. Срок на бременността при раждане (многораждали)

Осъществяването на ефективно постнатално наблюдение изисква създаване и поддържане на мрежа от лечебни заведения за извънболнична помощ, които да извършват консултирането на родилката след изписването ѝ от родилно отделение. По време на наблюдението на бременността, женската консултация има за задача да извърши подготовката на бременната за предстоящото раждане и следродилния период. Отговорите на двете групи респонденти - бременни и първораждащи и многораждали по отношение на осигуреност с възможности за пренатално и постнатално наблюдение се припокриват. Почти 3/4 от респондентите отговарят положително (бременни и първескини 71,5%, многораждали 77,6%). Незначителен е дялът на респондентите, които твърдят, че имат затруднен достъп и отговарят отрицателно (многораждали 13% и бременни и първескини 16%). Задълбочаването на анализа по въпроса сочи, че в около 1/10 от женските консултации по местоживеене екипът не е в типичния състав и липсва участие на акушерка (многораждали 7,7% бременни и първескини 11.3%) (фиг.5).



Фиг. 5. Наличие на женска консултация по местоживеене

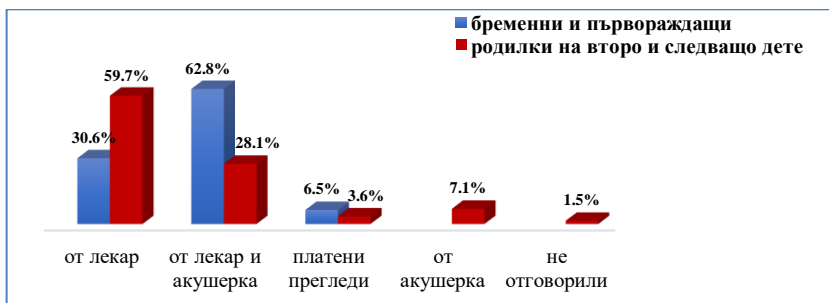
За идентифициране на необходимост от реорганизация на акушерските грижи след раждане потърсихме информация за участието на акушерка в наблюдението на бременността им. При по-голяма част от респондентите консултирането на бременността се е осъществило от лекар и акушерка (бременни и първораждали 72% и многораждали - 59%). При наблюдението на бременността на около 1/3 от жените не е участвала акушерка (бременни и първораждали 23% и многораждали 38%). Нищожен е делът на анкетираните, при които наблюдението на бременността е осъществено само от лекар, според личното им желание (бременни и първораждали 6% и многораждали - 3%). Отговорът на анкетираните свидетелства, че повечето от пациентите имат впечатления за акушерските грижи по време на бременности в следродилния период, което ни дава основание да считаме тяхното мнение за значимо по отношение на нуждите от промени на акушерските грижи у нас (фиг.6).



Фиг. 6. Участие на акушерка в наблюдението на бременността

Известно е, че изборът на специалист за наблюдение на бременността у нас е свободен и всяка бременна може да реши кой и къде

да го осъществява. Потърсихме информация какви са били предпочитанията на жените по отношение на специалист, който да ги консултира във връзка с бременността и раждането. Почти 2/3 от бременните и първораждалите са предпочели ЖК с лекар и акушерка (62,8%), което може да се разглежда като наличие на значими очаквания към работата на акушерката в екипа. Едва около 1/3 от многораждалите са предпочели стандартна ЖК (28,1%), което може да се разглежда като разминаване с очакванията, които са имали по отношение на ролята на акушерката в екипа. Почти огледални са резултатите в предпочитанията за наблюдение на бременността само от лекар (бременните и първораждалите – 30,6% и родилки на второ и следващо дете – 59,7%). Вероятно поради силно ограничените възможности на този етап и липса на подобни структури е изключително нисък делът на анкетираните, посочили предпочитание наблюдението на бременността им да се извърши само от акушерка (7,1%). Анализът на данните показва, че водеща фигура в наблюдението на бременността към настоящия момент у нас е лекаря и участието на акушерката не е гарантирано (фиг. 7).

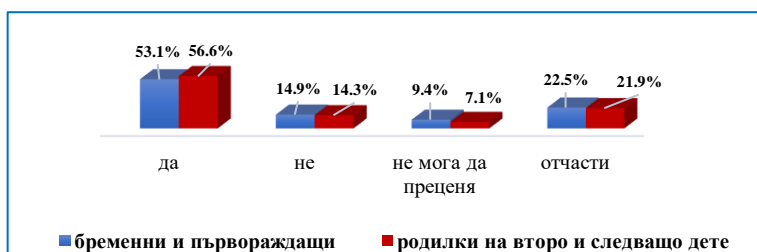


Фиг. 7. Предпочитания за наблюдение на бременността

3.3. Готовност на бременни и родилки за периода след раждането

Една от основните задачи на акушерката в ЖК е да обучава и информира жените по всички въпроси, свързани с бременността и раждането. Акушерката притежава знания, умения и компетентност да извършва такава консултативна дейност. Попитахме респондентите дали

са получили достатъчно информация по въпросите на бременността и периода след раждането. Малко повече от половината от анкетираните отговарят положително (бременни и първораждали - 53,1% и родили второ и следващо дете – 56,6%), което свидетелства за занижени функции на акушерката по отношение на обучение и информиране на пациентите. Около 1/5 споделят за недостатъчност на получената информация, посочвайки отговор „отчасти“ (бременни и първораждали -22,5% и родили второ и следващо дете - 21,9%). Близко 15% от респондентите и от двете групи са категорично недоволни от информираността си по време на бременността и раждането, а малка част не могат да преценят (бременни и първораждали 9,4% и родили второ и следващо дете 7,1%). Отговорът на анкетираните свидетелства за силно занижени функции на екипа по отношение на обучение и информация на пациентите. Ако си позволим да интерпретираме в съвкупност дела на жените, които твърдят, че не са получили информация или са я получили отчасти, ще се окаже, че почти половината от анкетираните жени са били в информационен вакуум, както по време на бременността и при постъпване за раждане така и прибирайки се у дома след него. Мнението на респондентите е доказателство, че знанията и уменията на акушерките за консултиране и обучение на пациентите са недостатъчно използван ресурс при дефиниране на функциите на членовете на екипа в ЖК (фиг. 8).



Фиг. 8. Достатъчност на информацията за пуерпериума, получена по време на бременността (пациенти)

За целите на изследването беше важно да се сравни мнението на пациенти и акушерки достатъчна ли е информацията и подготовката на жените за възстановителния период след раждане, получени при

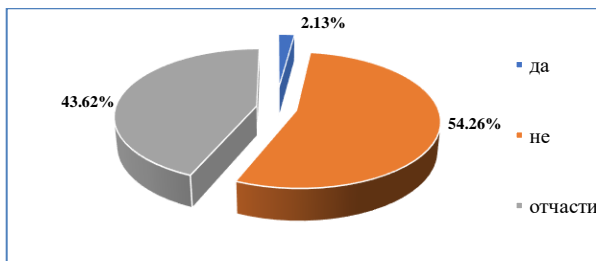
наблюдението на бременността. Отговорите на акушерките значително се различават от тези на пациентите. Повече от половината от пациентите считат, че са получили достатъчно информация за периода след раждането по време на бременността (бременни и първораждали 53,1% и родили второ и следващо дете 56,6%), докато нищожен дял от акушерките са на същото мнение 2,13%. Отговорът на акушерките може да означава, че компетенциите на акушерките са неефективно използван ресурс във връзка с подготовката и обучението на пациентите. Доказателство за това е и доста категоричния отрицателен отговор на специалистите по здравни грижи по въпроса (54,26%), докато пациентите, които считат, че получената информация е недостатъчна са около 14% и за двете групи (бременни и първораждали 14,9% и родили второ и следващо дете 14,3%). Различията в мнението на акушерки и пациенти може да означават от една страна, че пациентите не са наясно каква подготовка им е необходима и приемат за много добра, тази която са получили, а акушерките са наясно, че тя е недостатъчна. Изразяващите колебание акушерки (43,62%) също са значително повече от пациентите (бременни и първораждали 9,4% и родили второ и следващо дете 7,1%), което е още едно доказателство за дезориентация на пациентите и силно подценена роля на акушерката при обучение на жените в ЖК за периода след раждането (фиг.9).



Фиг.9. Достатъчност на получена информация по време на бременността за периода след раждането (пациенти и акушерки)

За да получим повече информация относно подготовката на бременните за периода след раждане, потърсихме мнението на акушерките, работещи в родилно отделение и отделение/ сектор патология на бременността. Те са в пряк контакт с бременните и са в

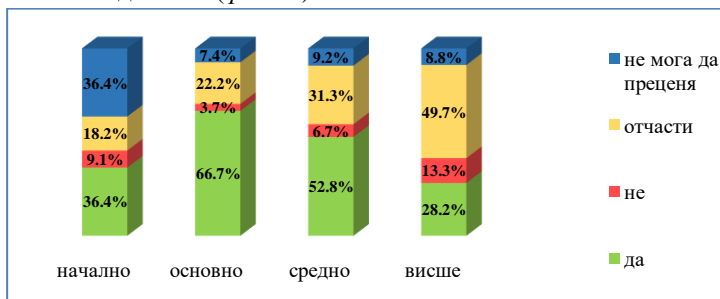
състояние да получат добра представа за готовността на жените за справяне сами в пуерпериума. От получените данни става ясно, че повече от половината от анкетираните акушерки считат, че жените не са подготвени за периода след раждането (54,26%). По-малко от половината отговарят положително (43,62%), а отговор „отчасти“ са дали 2,13%. От мнението на акушерките следва, че значителна част от бременните не са подготвени да се справят сами в периода след раждането (*фиг. 10*).



Фиг. 10. Мнение на акушерките, относно готовност на бременните за справяне сами в пуерпериума

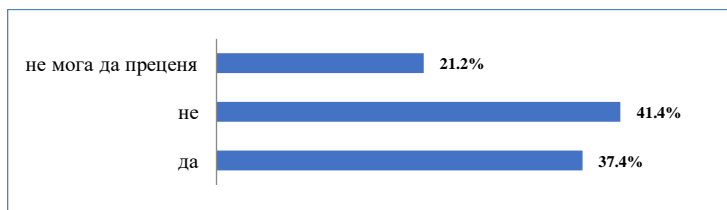
Опитахме се да установим съществува ли зависимост между увереността в знанията и уменията относно грижите в дома на бременните и родили първо дете и образованието им. Получените данни показаха статистически значими различия в отговорите ($\chi^2 = 41,095$, $n = 382$, $r = -0,148$). С повишаване на образователния ценз намалява чувството за сигурност в получените знания и умения относно полагането на грижи в дома след раждане - основно образование (66,7%), средно образование (52,8%) и висше образование (28,2%). Повишаването на образованието се свързва и с увеличаване на колебанието - начално образование (18,2%), основно образование (22,2%), средно образование (31,3%) и висше образование (49,7%). При анкетираните с начално образование незрелостта и тоталната липса на готовност за майчинство проличава както от по-ниския дял на положителните отговори (36,4%), така и от изразената несигурност (36,4). При отрицателните отговори не се регистрира съществена динамика спрямо образователния ценз на майката. Анализът е доказателство, че повишаването на образованието е

предпоставка за повишена отговорност и критичност към знанията, уменията и поведението (фиг.11).



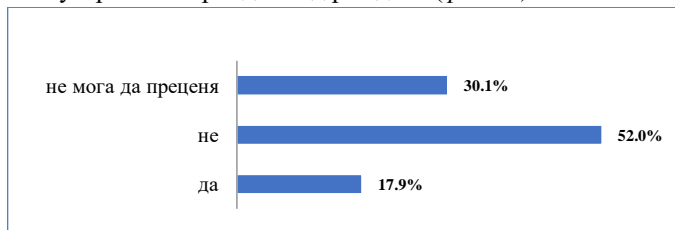
Фиг.11. Увереност в знанията и уменията относно грижите в дома според образованието (бременни и родили първо дете)

Пуерпериумът е период, в който се наслагват грижите за новороденото и грижите за собственото възстановяване след раждането. Потърсихме мнението на бременните и родили първо дете относно притесненията им свързани с възстановяването след раждане. Отрицателен отговор (липса на притеснение) са изразили почти половината от пациентите (41,4%). Повече от 1/3 от респондентите дават положителен отговор (37,4%), а колебание изразяват около 1/5 от жените (21,2%). Мнението на анкетираните сочи, че повече от половината от родилите жени имат притеснения във връзка с възстановяването си след раждане при напускане на родилното отделение, което е доказателство за необходимостта от активни акушерски грижи в този период (фиг.12).



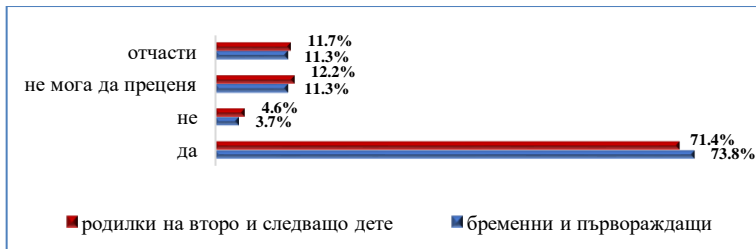
Фиг.12. Мнение относно притесненията за възстановяването след раждане (бременни и първораждащи)

С оглед на наличието на минал опит при предходното раждане, същия въпрос зададохме и на пациентките, родили второ и следващо дете. Липса на притеснения посочват малко повече от половината от анкетираните (52,0%). Значителен е дялът на респондентите, които не могат да преценят (30,1%) или открито декларират притеснение (17,9%). Отговорите на респондентите са доказателство, че без подкрепа дори миналият опит не позволява на пациентите да се чувстват напълно спокойни и уверени в периода след раждане (фиг. 13).



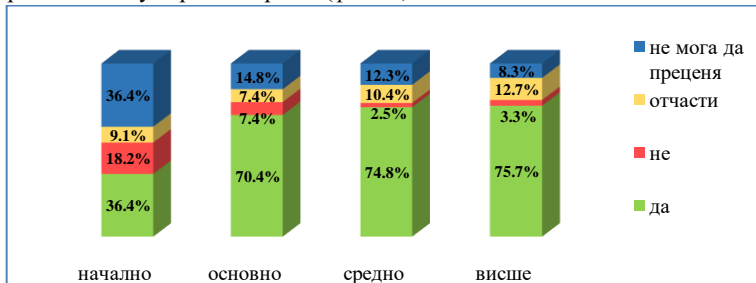
Фиг. 13. Мнение относно притеснения за възстановяване след раждане (родили второ и следващо дете)

Пациентите, попаднали в извадката изказват огромно доверие към акушерката като специалист, оказващ грижите за жените в пуерпериума. Значителен дял от респондентите отговарят положително на въпроса биха ли се доверили на акушерките за полагане на грижи след изписването им от родилно отделение (бременни и първораждали 73,8% и родили второ и следващо дете 71,4%). Дялът на колебаещите се, посочили отговор „не мога да преценя“ е малък (бременни и първораждали 11,3% и родили второ и следващо дете 12,2%), както и на пациентите, избрали отговор „отчасти“ (бременни и първораждали 11,3% и родили второ и следващо дете 11,7%). Категоричен отказ да се доверят на акушерка изразяват нищожен дял от анкетираните (бременни и първораждали 3,7% и родили второ и следващо дете 4,6%). Мнението на респондентите може да се приеме като висока оценка на компетенциите на акушерските във връзка с грижите в пуерпериума и като готовност да приемат грижи от акушерка, ако бъдат създадени условия за полагането им (фиг. 14).



Фиг.14. Доверие на пациентите към акушерка за полагане на грижи след изписването от родилното заведение

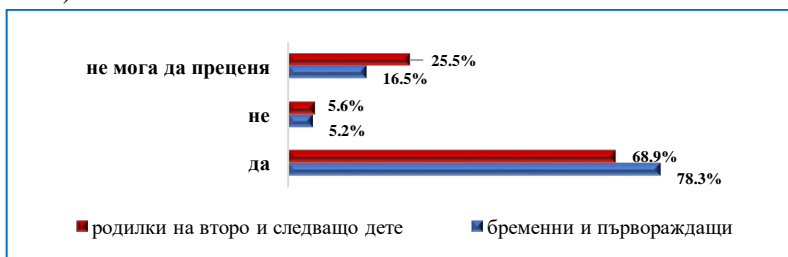
За да задълбочим анализа на научното изследване се опитахме да установим съществува ли зависимост между доверието на бременните и родили първо дете към акушерка за полагане на грижи в пуерпериума и образованието на пациентите. Установи се статистическа зависимост ($\chi^2 = 19,182$; $n = 382$; $r = 0,1680,107$): с начално образование положителен отговор са дали 36,4% от анкетираните, с основно образование – 70,4%, със средно – 74,8% и с висше – 75,7%. Съответно отрицателните отговори и тези, които не могат да преценят намаляват с увеличаване на нивото на образование. В обобщение - с увеличаване на образователния ценз на жените (бременни и родили първо дете) се покачва доверието към акушерските грижи (фиг.15).



Фиг.15. Доверие към акушерка за полагане на грижи след изписването от родилното заведение според образованието (бременни и родили първо дете)

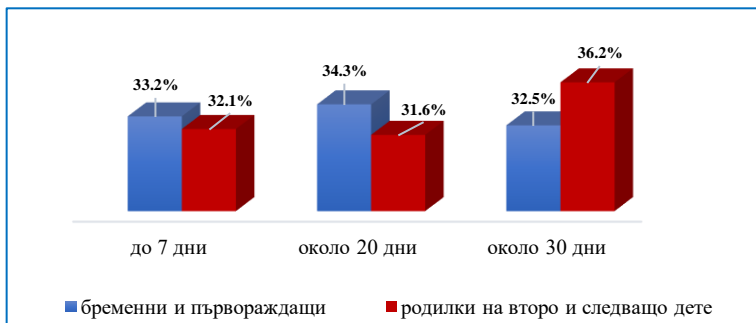
Потвърждение на доверието към акушерските грижи е отговорът на анкетираните на въпроса ще се чувстват ли по-спокойни в дома след посещение от акушерка и предоставяне на необходимите акушерски грижи. Положителните отговори са показателни (бременни и

първораждали 78,3% и родили второ и следващо дете 68,9%). Делът на посочилите отрицателен отговор е незначителен (бременни и първораждали 5,2% и родили второ и следващо дете 5,6%). Делът на респондентите, които не могат да преценят е сравнително нисък за бременни и първораждали (16,5%) и малко по-висок за родили второ и следващо дете (25,5%). Отговорът на респондентите е още едно потвърждение, че акушерските грижи след раждане ще доведат до повишаване на спокойствието, увереността и удовлетвореността на пациентите, което безспорно ще се отрази на качеството на живот (фиг.16).



Фиг. 16. Наличие на спокойствие след посещение от акушерка в дома след изписването от болницата

Значителен брой от анкетираните пациенти имат доверие към акушерските грижи след изписване от лечебното заведение и смятат, че това ще им донесе нужното спокойствие в пуерпериума. За целите на изследването беше важно да установим периода, в който родилките имат нужда от подкрепа след раждане. Най-много отговори получихме от бременните и първораждалите за период около 20 дни (34,3%) и от родилите второ и следващо дете, посочили период около 30 дни (36,2%). Около 1/3 от двете групи респонденти посочват период около 7 дни. Многоораждалите, опирайки се на опита, който имат считат, че 30 дни е оптимален период, в който имат нужда от подкрепа след раждане. Пациентите без предходен опит бременни и първораждащи са посочили около 20 дни, като нужда от подкрепа у дома. Анализът на получените данни показва, че мнението на повечето пациенти, особено на многоораждалите доста се доближава до приетия от академичната теория срок за наблюдение през пуерпериума 42 дни (фиг. 17).

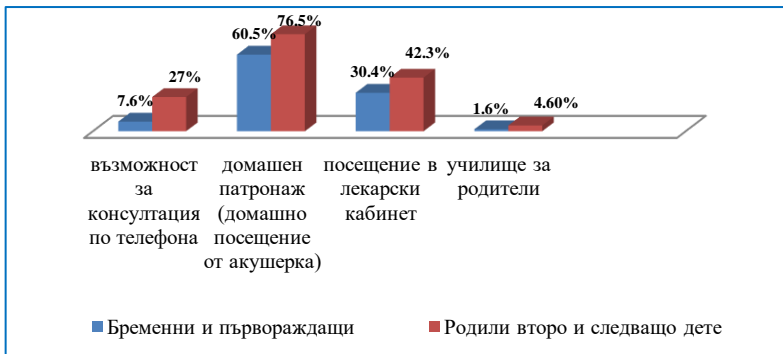


Фиг. 17. Мнение на пациентите за продължителност на периода за наблюдение след раждане

(бременни и първораждали и родили второ и следващо дете)

3.4. Мястото на домашния патронаж в съвременното здравеопазване

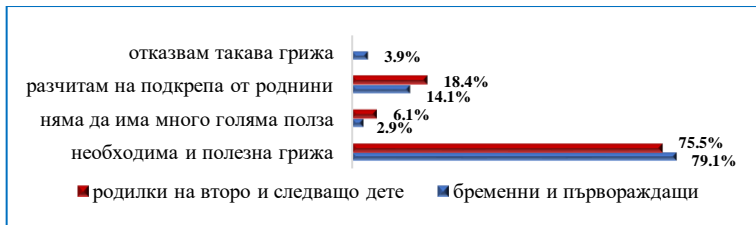
Медицинската наука и практика се развиват в унисон с развитието на новите технологии и повишените изисквания на пациентите. Това ни провокира да попитаме бременните и родили жени какви са техните предпочитания за комуникация с медицинските специалисти, осъществяващи наблюдението след раждане. Предоставихме множество възможности за отговори като домашни посещения (домашен патронаж), където получихме най-много отговори - бременни и първораждали (60,5%) и родили второ и следващо дете (76,5%). Посещение в лекарски кабинет са предпочели около 1/3 от анкетираните (бременни и първораждали 30,4% и родили второ и следващо дете 42,3%). Консултация по телефона са предпочели по-малка част от анкетираните, като очаквано по-смели са многораждалите (бременни и първораждали 7,6% и родили второ и следващо дете 27,%). Нищожен дял от респондентите предпочитат училище за родители (бременни и първораждали 1,6% и родили второ и следващо дете 4,6%) (фиг. 18)..



Фиг.18. Предпочитания за извършване на медицинско наблюдение след раждане

% надхвърля 100%, тъй като анкетираните са давали повече от един отговор

С оглед на възможностите на домашния патронаж да създаде условия за прилагане на активни акушерски грижи в пуерпериума и да подобри досъпа до тези грижи като ги доведе максимално близо до пациентите, интерес за проучването представляваше мнението на пациентите относно регламентиране на извършването на домашен патронаж от акушерка. Отговорите на анкетираните са категорични – мнозинството от бременните и първорождалите подкрепят идеята със 79,1%, а многораждалите 75,5%. Нищожен дял от анкетираните бременни и първорождали не са убедени в необходимостта от такава грижа (3,9%). Отговорите „разчитам на подкрепа от роднини“ (18,4%) и „няма да има много голяма полза“ (6,1%) са посочени в по-голяма степен от многораждалите жени, в сравнение с бременните и родилите първо дете (14,1% и 2,9%). Макар, делът на пациентите, които са посочили алтернативни източници на подкрепа след раждането да е малък (под 1/5) тяхното мнение заслужава внимание. Търсенето на помощ от роднини още веднъж потвърждава потребностите на жените от активни здравни грижи в пуерпериума. На *фигура 34* се вижда, че повече от 3/4 от респондентите имат нужда от акушерска подкрепа след раждане в дома и я определят като необходима и полезна грижа (*фиг.19*).



Фиг. 19. Мнението на пациентите за регламентиране на домашен патронаж, извършван от акушерка, след раждането

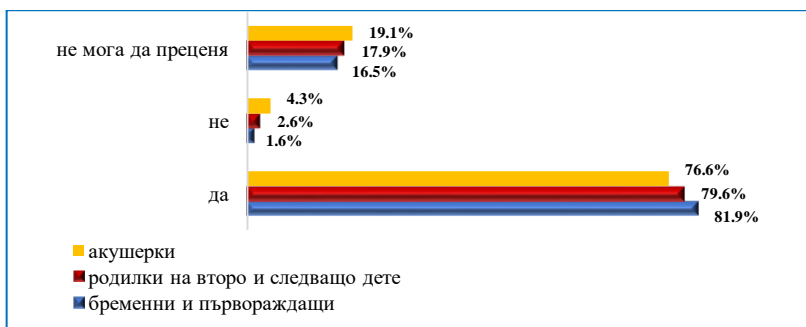
За целта на изследването поискахме мнението и на акушерките, работещи в Родилните отделение и отделенията/сектори Патология на бременността подкрепят ли идеята за въвеждане на патронажна акушерска грижа. Отговорите им са категорично положителни – почти единодушно акушерките са за въвеждане на патронажни акушерски грижи (97,9%). Важно е да се отбележи, че отрицателно мнение по въпроса няма. Делът на колебаещите се е нищожен (2,1%). Анкетираните акушерки категорично подкрепят утвърждаването на патронажни грижи в следродилния период. Мнението им може да се разглежда както в подкрепа на необходимостта от създаване на условия за оказването на такива грижи, така и като готовност да работят в структури за акушерски грижи в пuerпериума (табл.8).

Табл. 8. Подкрепа на идеята за въвеждане на патронажни акушерски грижи

Възможни отговори (акушерки)	Относителен дял %	Брой n = 94
да	97,9%	n = 92
не мога да преценя	2,1%	n = 2
не	0	n = 0

Поради завишения интерес в обществото за възстановяване на патронажните акушерски грижи в самостоятелни акушерски практики, решихме да потърсим мнението на респондентите по този въпрос. Трите

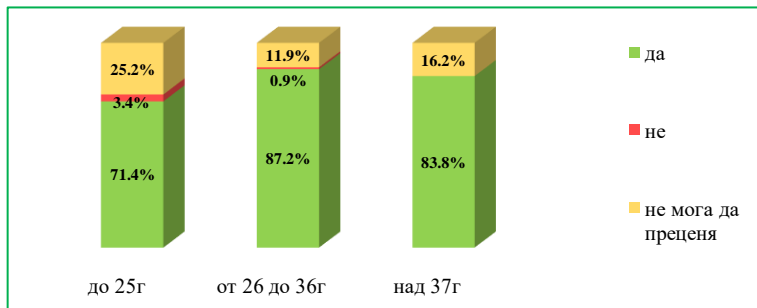
анкетирани групи (акушерки, бременни и първораждащи и родили второ и следващо дете) дават почти еднакви положителни отговори – акушерките (76,6%), бременни и първораждали (81,9%) и многораждалите жени (79,6%). Отрицателните отговори са нищожни – от 1,6% до 4,3% за трите групи. Респондентите, които изразяват колебание са акушерки (19,1%, бременни и първораждащи 16,5% и многораждали (16,5%). Единството в мнението на акушерки и пациенти е доказателство за необходимостта от регламентиране на акушерски грижи с приложение на домашен патронаж в пуерпериума (фиг. 20).



Фиг. 20. Място на патронажните акушерски грижи в съвременното медицинско наблюдение (акушерки и пациенти)

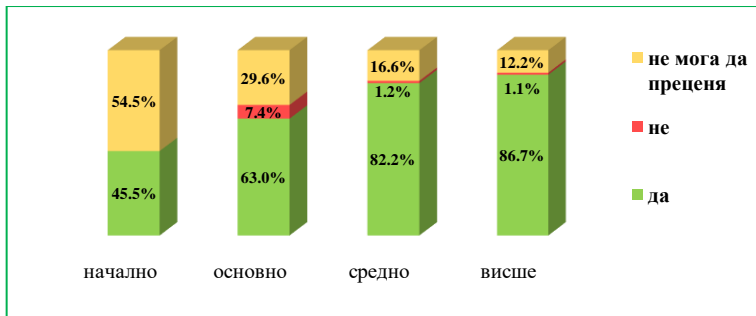
За целта на научното изследване потърсихме има ли зависимост между възрастта на бременните и родилите първо дете и мнението им за мястото на патронажните гирижи в съвременното здравеопазване. Установени са статистически значими различия ($\chi^2 = 15,773$; $n = 382$; $r = -0,142$). Най-голям дял от всички възрастови групи от анкетираните посочват положителен отговор, но делът им се увеличава с нарастването на възрастта (до 25 г. – 71,4%, от 26 – 35 г. – 87,2%, над 36г. – 83,8%). Отрицателният отговор е посочен от нищожен дял от анкетираните от най-младата възрастова група (до 25 г. – 3,4%), намалява още при средната възрастова група (0,9%) и напълно липсва при пациентите над 36 г. Делът на посочилите отговор „не мога да преценя“ при най-младата възрастова група е около 1/4 (25,2%), намалява при пациентите от

средната възрастова група до 11,9%, след което незначително се покачва до 16,2%. От анализа на получените резултати се установява положителното отношение на респондентите към патронажните акушерски грижи, което нараства с възрастта и натрупването на житейски опит (фиг.21).



Фиг.21. Място на патронажните акушерски грижи в съвременното медицинско наблюдение според възрастта на пациентите

Опитахме се да установим зависимост между мнението на бременните и родилките по отношение на патронажните акушерски грижи и мястото им в съвременното медицинско наблюдение според образованието. Получените данни показаха статистически значима разлика в отговорите ($n = 382$, $\chi^2 = 9,470$, $r = -0,031$). С повишаване на образователния ценз се увеличава дела на положителните отговори (начално образование – 45,5%, основно – 63,0%, средно – 82,2% и висше – 86,7%). В противоположна посока е динамиката на отговорилите „не мога да преценя“ (начално образование – 54,5%, средно – 29,6%, средно – 16,6% и висше – 12,2%). Респондентите, посочили отрицателни отговори намаляват с покачване на нивото на образование. В групата на начално образование липсват отрицателни отговори. Анализът на данните показва, че с покачване на образованието се увеличава доверието към акушерските грижи (фиг. 22).



Фиг.22. Място на патронажните акушерски грижи в съвременното медицинско наблюдение според образованието на бременните и родили първо дете

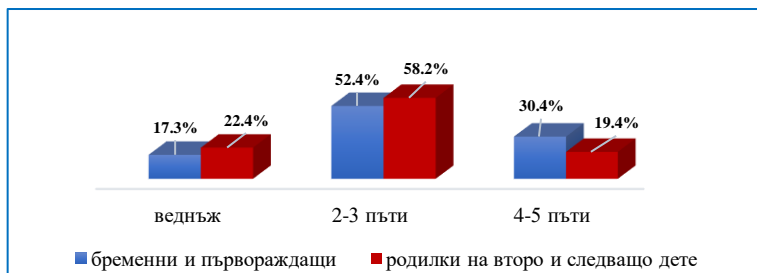
За да установим нагласите на акушерките по отношение на действащите в момента регламенти, поискахме тяхното мнение за необходимостта от оптимизиране на акушерските грижи. Положително отговорилите са почти всички от анкетираните (94,7%). Отрицателно е отговорила една акушерка (1,1%), а колебание изразяват (4,3%). Отговорите на респондентите категорично показват, че е необходима оптимизация на акушерските грижи в пуерпериума (табл. 9).

Табл.11. Мнение на акушерките за оптимизиране на акушерските грижи в пуерпериума

Възможни отговори (акушерки)	Относителен дял (%)	Брой (n)
да	94,7%	n=89
не	1,1%	n=1
не мога да преценя	4,3%	n=4

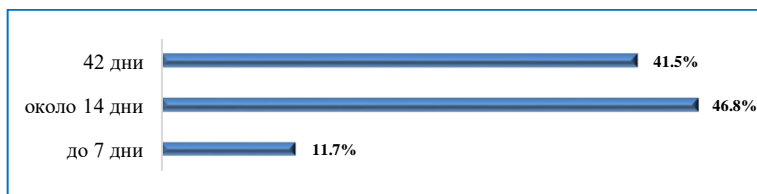
За да установим какъв е оптималния брой домашни посещения при регламентиране на домашен патронаж, попитахме пациентите колко често биха желали да бъдат посетени от акушерка в дома след изписване от родилно отделение. Повече от половината от респондентите са посочили 2 – 3 пъти като необходим брой посещения (бременни и

първораждали 52,4% и родили второ и следващо дете 58,2%) Около 1/3 от бременните и родили първо дете посочват като необходим брой посещения 4 – 5 домашни визити (30,4%). Третият предложен отговор „веднъж“ е предпочетен от около 1/5 от родилите второ и следващо дете (22,4%). Най-често срещаният отговор на двете групи респонденти на този въпрос е 2 – 3 домашни посещения след раждане като достатъчни за покриване на нуждите им (фиг.23).



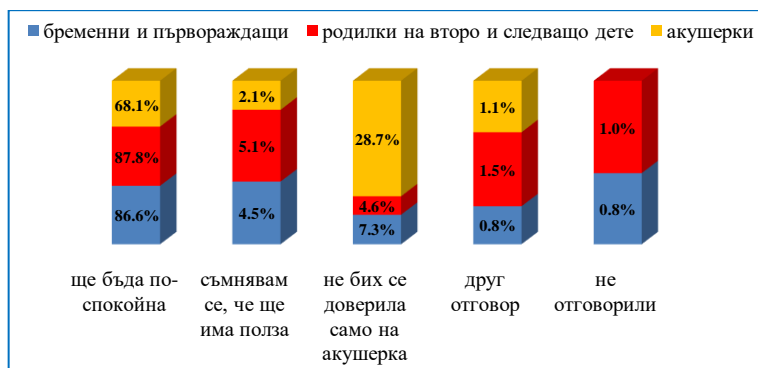
Фиг. 23. Честота на посещенията от акушерка в първия месец след раждане при регламентиран домашен патронаж (бременни и родили първо дете и родили второ и следващо дете)

За по-задълбочен анализ на темата, зададохме същия въпрос на акушерките, за да установим тяхното мнение и сравним с мнението на пациентките. Най-много отговори се събраха около оптимален срок 14 дни (46,85), следван от 42 дни с 41,5%, а отговорът до 7 дни е посочен от 11,7 % от анкетираните акушерки. Мнението на акушерките съвпада с мнението на родили второ и следващо дете по отношение на по-дългия оптимален срок за нужна акушерска подкрепа (фиг.24).



Фиг.24. Оптимален срок след раждането, в който жените имат нужда от подкрепа в дома (акушерки)

Проучването на ползите от реорганизацията на постнаталните грижи наложи да изследваме мнението на трите групи респонденти по въпроса какъв ще бъде ефекта от регламентиране на патронажни акушерски грижи след раждане. Най-често срещаният отговор и в трите групи е „ще бъде по-спокойна“ - бременни и първораждали (86,6%), родилите второ и следващо дете (87,8%), акушерките (68,1%). Почти 1/3 от акушерките са проявили съмнение, че пациентките ще се доверят само на акушерка (28,7%), което свидетелства за намалено самочувствие на част от специалистите по здравни грижи. Много нисък дял от бременните и родили първо дете (4,5%) и от родилите второ и следващо дете (5,1%) се съмняват, че от регламентирането на патронажни акушерски грижи ще има полза. Незначителна част не са отговорили или са дали друг отговор (около 1 %). Анализът на резултатите сочи, че основен ефект за пациентите от регламентиране на патронажната грижа ще бъде свързан с осигуряване на тяхното спокойствие, което пък от своя страна ще увеличи удовлетвореността им и качеството на живот (фиг.25).



Фиг.25. Ефект от регламентиране на патронажна акушерска грижа след раждането (пациенти и акушерки)

Задълбочихме изследването като предложихме на пациентите да изразят предпочитанията си към различни форми за консултиране след раждане. Най-много отговори от анкетираните получи домашният патронаж (домашно посещение от акушерка), като е предпочетен от

76,5% от родилки на второ и следващо дете и 62,3% от бременните и първораждали жени. Посещение в лекарски кабинет са посочили 42,3% от родилите второ и следващо дете и 25,1% от бременните и родили първо дете. Друга предложена възможност беше консултация по телефона/ Вайбър група, предпочетена от малка част от родилите второ и следващо (27,0%) и бременните и първораждали жени (8,9%). Изключително нисък е дялът на посочилите „училище за родители“ и „видео уроци“ – под 5%. В анкетните карти на този въпрос дадохме възможност на родилите второ и следващо дете да дават повече от един верен отговор, за да имат възможност да бъдат по-креативни в избора си. Прави впечатление, че двете групи респонденти имат аналогични отговори, като консултирането след раждане чрез домашно посещение се откроява като най-предпочитана форма от родилките с минал опит (фиг.26).

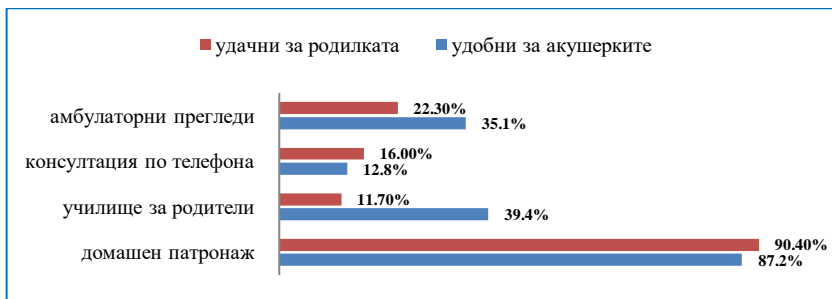


Фиг. 26. Предпочитани форми за консултиране след раждане (нациенти)

% надхвърля 100, тъй като анкетираните са давали повече от 1 отговор

Разширихме проучването като зададохме същия въпрос на анкетираните акушерки и поискахме мнението им кои от предложените форми на консултиране ще са удачни за родилата жена и удобни за акушерките. Категорично отговор „домашен патронаж“ е посочен като най-удачен за родилките (90,4%) и най-удобен за акушерките (87,2%). Акушерките определят като удобни форми за тях и „училището за родители“ (39,4%) и „амбулаторните прегледи“ (35,1%). Професионалистите по здравни грижи си дават сметка за предимствата и недостатъците на всяка една от формите на консултиране и определят

различни нива на комфорт за себе си и за пациентите, което свидетелства за професионализъм и отдаденост към професията (фиг. 27).



Фиг. 27. Форми за консултиране след раждане (акушерки)
% надхвърля 100, тъй като анкетираните са давали повече от 1 отговор

Въвеждането на иновации в медицинската практика изисква да се апробират различни модели, за да се направи преценка на ползите и рисковете и да се предприемат корективни действия. Попитахме родилите второ и следващо дете желаят ли да се включат в експериментална програма за предоставяне на акушерски патронажни грижи. Положителни отговори са дали почти половината от анкетираните 46,9% (n = 92). Категорично отрицателен отговор са посочили около 1/5 от пациентите 20,9% (n = 41), а не могат да преценят 32,1% (n=63). Въпреки осъзнаването на необходимостта от промени и изразяване на одобрение към активните акушерски грижи и домашния патронаж в пуерпериума значителен дял от анкетираните не са готови да се включат в експериментална програма. Отговорът на респондентите свидетелства, че при значителен дял от респондентите липсва нагласа за активно участие в процесите на промяна. Мнението на анкетираните може да означава, че до този момент никой не се е интересувал от тяхното мнение, което е сигнал, че е необходимо да се интензифицира проучването на мнението на пациентите, за да се създаде култура за участие и да се формира активна гражданска позиция. Колебанието, които пациентите посочили отговор „не мога да преценя“ се дължи на неясните перспективи, а не недоверие към иновациите. Те са още един израз на дезориентацията на

пациентите и необходимостта от промяна на начина на оказване на грижи за жените и семействата след раждането (табл. 12).

Табл. 12. Желание за включване в експериментална програма

Възможни отговори (родили второ и следващо дете)	Относителен дял %	Брой n = 196
да	46,9%	n=92
не	20,9%	n=41
не мога да преценя	32,1%	n=63

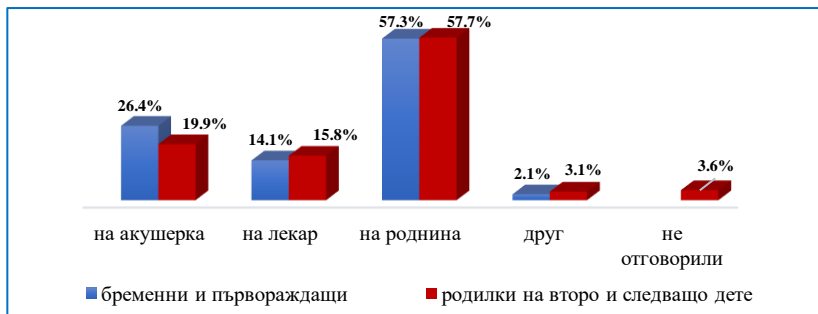
3.5. Психоемоционално състояние на родилите жени

Психо-емоционалното състояние на пациента е съществен компонент на цялостния му здравен статус, има определящо значение както за успеха на прилаганите грижи, така и за удовлетвореността тях. С цел задълбочаване на научното изследване, решихме да потърсим мнението на респондентите от двете групи (бременни и родили първо дете жени, родили второ и следващо дете жени) относно тревожността им по отношение на явни и потенциални проблеми в следродилният период. Проучихме и мнението на акушерките относно оптималните нива на тревожност при пациентите по същите проблеми. Получените данни са представени цифрово в дисертационния труд в табличен вид. Посочени са проблеми като „възстановяване на рана“, „Повишаване на температура“, „проблеми с кърменето“, „кървене след раждане“, „болка от различно естество“, „липса на опит в грижите за новороденото“ и др. Възможните отговори са в изброена пет степенна скала: „не се притеснявам“, „малко“, „умерено“, „значително“, „много се притеснявам“. Тревожността на бременните и родили първо дете (n=382) е по-силно изразена и обхваща в голяма степен всички пет степени на отговори на голяма част от посочените явни и потенциални проблеми в послеродовия период. Родилите второ и следващо дете най-често не се притесняват (n=196), като незначителна част от тях изпитват малка или умерена тревожност. Акушерките (n=94) предвиждат тревожността на пациентките като умерена и значителна преди да бъдат изписани от родилно отделение. Значителното разминаване в мнението на акушерки и пациенти по

отношение на прогнозата за тревожност при родилите жени би могла да бъде свързано със:

- недостатъчно знания и умения за норма и патология в пуерпериума;
- липса на знания и умения у пациентите за самонаблюдение;
- недостатъчно осъзнаване на основни рискове за собственото здраве в пуерпериума;
- недостатъчно осъзнаване на основни рискове по отношение на грижите за новороденото;
- липса на знания и умения за спешна самопомощ и търсене на помощ;
- предпоставка за увеличен дял на закъсняло търсене на помощ;
- провеждане на ненужни консултации.

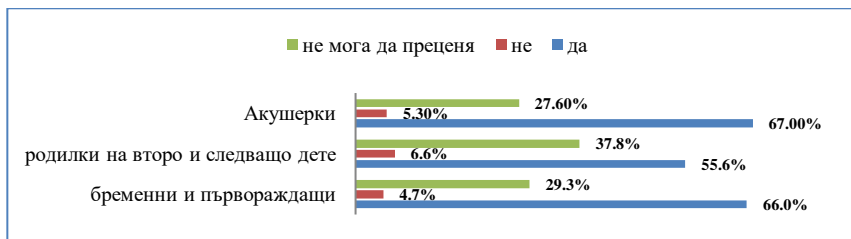
На фона на изброените по-горе явни или потенциални проблеми и новата роля на майки, родилите жени се нуждаят от стабилна емоционална подкрепа. Интерес за проучването представляваше към кого възнамеряват да се обърнат при необходимост от емоционална подкрепа. Повече от половината от бременните и родили първо дете (57,3%) и от родилите второ и следващо дете (57,7%) при нужда от емоционална подкрепа избират роднина (съпруг, роднина, приятелка). На следваща позиция бременни и първораждали посочват акушерка (26,4%), а дялът на родили второ и следващо дете е по-малък (19,9%). Търсенето на лекар за емоционална подкрепа е поставено на трета позиция със съответните бременни и първораждали (14,1%) и родили второ и следващо дете (15,8%). Поставяйки акушерката веднага след роднините като човек, от когото могат да получат емоционална подкрепа, пациентите очертават значими очаквания към акушерския труд. Мнението на пациентите може да се разглежда като висока оценка на акушерските грижи и доверие към професионалните знания и умения на акушерката (фиг.28).



Фиг.28. Избор на доверие при нужда от емоционална подкрепа

Към настоящия момент в България няма регламент за функциониране на самостоятелни акушерски практики, а възможностите акушерка да участва в патронажни грижи са силно ограничени. Поискахме да се уверим като какви пациентите оценяват отношенията си с акушерките и осъзнати ли са потребностите от акушерски грижи след раждането. Попитахме пациентите биха ли избрали акушерка от самостоятелна акушерска практика за съвет в периода след раждане. Интерес представлява и мнението на акушерките по този въпрос. Положителните отговори на бременните и първораждащите (66,0%), родилите второ и следващо дете (55,6%) и акушерките (67,0%) се открояват на фона на останалите отговори. Отрицателно мнение изказват много малък дял от анкетираните - бременни и първораждали (4,7%), родилите второ и следващо дете (6,6%) и акушерки (5,3%). Делът на тези, които не могат да преценят е около 1/3 - бременни и първораждали (29,3%), родилите второ и следващо дете (37,8%) и акушерки (27,6%). Анализът на данните показва, че българските родили жени биха погърсили съвет от акушерка по въпроси, свързани с грижи в периода след раждането. Резултатите са доказателство, че акушерските грижи са очаквана грижа в пуерпериума и е необходима реорганизация на акушеро-гинекологичната практика у нас с регламентиране на автономни акушерски функции. Колебанието на пациенти и особено на акушерките е обяснимо, поради твърде дългия период на реформиране и

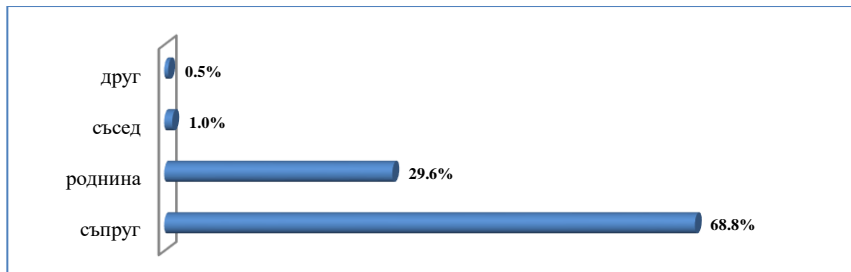
невъзможността за реализиране на част от дейностите, визирани в Наредба №1/2011 г. на МЗ. (фиг.29).



Фиг. 29. Избор на акушерка от самостоятелна акушерска практика за съвет в периода след раждане

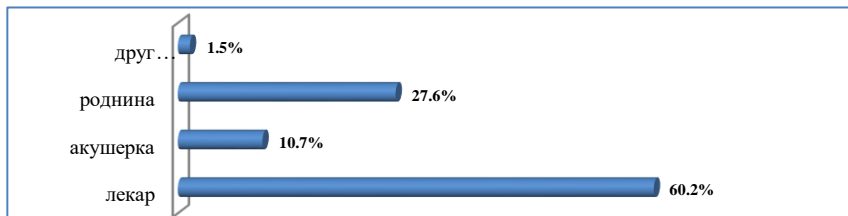
3.6. Оценка на потребностите на пациентите от здравни грижи в пуерпериума

За да направим по-задълбочен анализ на акушерските грижи през пуерпериума към настоящия момент и потребностите и очакванията на пациентите, попитахме бременните и родили първо дете на кого ще разчитат за подкрепа в дома след изписването им от лечебното заведение. Около 2/3 от анкетираните са посочили съпруга си (68,8%), около 1/3 ще разчитат на друг роднина (29,6%) и около 0,5% са избрали отговор „друг“, като са посочили отговор „приятелка“. Мнението на пациентите, че основно ще разчитат на роднини е още едно доказателство, че организацията на акушерските грижи към момента способства за пълно изключване на акушерките при осъществяването им. Отговорът доказва, че акушерските грижи в пуерпериума са липсващото звено в удовлетворяването на потребностите на пациентите след раждане (фиг. 30.)



Фиг.30. Мнение на пациентите за подкрепа у дома (бременни и родили първо дете)

Вземайки предвид миналия опит от предходното раждане, попитахме родилите второ и следващо дете жени от кого биха потърсили помощ, при нужда, след изписването им от лечебното заведение. С най-много отговори анкетираните са посочили „лекар“ (60,2%), следващ отговор е роднина (27,6%), а помощ от акушерка биха потърсили едва 10,7% от пациентите. Отговорът на анкетираните особено ярко очертава реалностите на акушерските грижи у нас. При положение, че в повечето случаи връзката родилка – акушерка прекъсва след изписването от Родилно отделение, и въпреки, че имат доверие на акушерките и желаят тяхната помощ и подкрепа, пациентите не могат да разчитат на помощ от акушерка. Множество изследвания през последните години публикуват данни, че в повечето амбулатории за специализирана медицинска помощ (АГ кабинети) или не е наета акушерка или тя е заета да документира дейността на лекаря. В този смисъл е възможно отговорът на респондентите да отразява какъв е реалния достъп на жените до акушерски грижи в смисъл на консултиране от акушерка (фиг. 31).



Фиг. 31. Мнение на пациентите за избор на помощ при нужда след изписването (родили второ и следващо дете)

Изводът, който следва от получените данни е, че бременните и първораждалите разчитат в голяма степен на подкрепа от съпруга си, но при следващо раждане почти същия дял предпочитат помощта от лекар (педиатър).

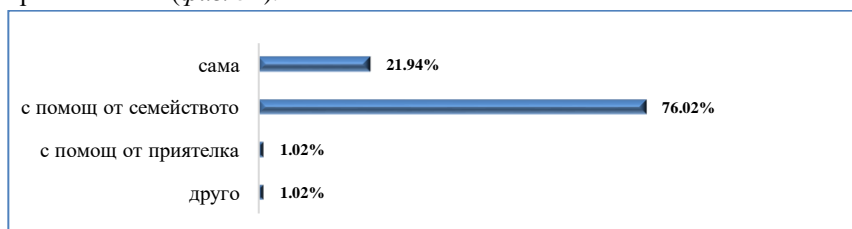
Съществуването на множество групи в социалните мрежи дава бърз достъп до много голям обем информация, която не винаги е с нужното качество и достоверност. Попитахме респондентите одобряват ли ползването на информация от интернет форуми и групи. Положителните отговори на бременните и родили първо дете са повече от 1/3 (35,3%), а родилите второ и следващо дете (28,1%). Почти 1/3 от анкетираните са по-умерени в увереността си и са склонни да потърсят информация, но не във всички случаи, посочвайки отговор „по скоро да“ (бременни и родили първо дете 31,7% и от родилите второ и следващо дете 32,1%). Много малка част от анкетираните не одобряват използването на форуми - бременните и родили първо дете (5,5%), както и от родилите второ и следващо дете (23,5%). Избралите отговор „по скоро не“ осъзнават, че информацията от форумите може да е подвеждаща и предпочитат друг източник - бременни и родили първо дете (27,5%) и родили второ и следващо дете (16,3%). От получените данни прави впечатление, че 2/3 от респондентите търсят или са склонни да потърсят информация за следродилния период от форуми, което показва, че има създаден информационен дефицит и потребност от консултиране на пациентите след раждане. Това е доказателство за недостатъци в сегашната организация на акушерските грижи след раждането и необходимост от оптимизиране ролята на акушерката (табл. 14).

Табл. 14. Одобрение на използването на интернет форуми

<i>отговори</i>	<i>бременни и родили първо дете (%)</i>	<i>бременни и родили първо дете (n = 382)</i>	<i>родили второ и следващо дете (%)</i>	<i>родили второ и следващо дете (n = 196)</i>
<i>да</i>	35,3%	n=135	28,1%	n=55
<i>не</i>	5,5%	n=21	23,5%	n=46
<i>по скоро да</i>	31,7%	n=121	32,1%	n=3
<i>по скоро не</i>	27,5%	n=105	16,3%	n=32

3.7. Проблеми в следродилното наблюдение

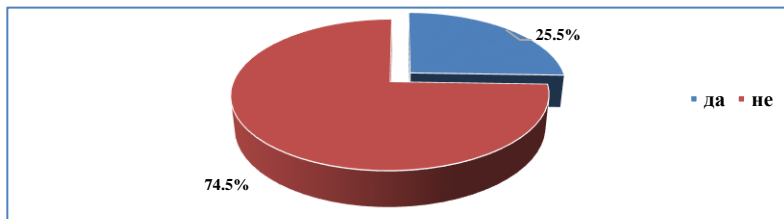
Установяването на съществуващите явни и потенциални проблеми на родилите жени наложи да задълбочим анализа на информацията от пациентите, като поискаме да посочат как са се справили с грижите в дома след предишното раждане. Категорично младите майки са разчитали на помощ от семейството си (76,02%), следван от отговор „сама“ (21,94%). Другите предложени отговори като „помощ от приятелка“ или „други“ са посочили нищожен дял от анкетираните (1%). Отговорите са показателни, че в най-честите случаи съпругът или родителите на младото семейство са главна опора на младата майка при справяне в дома. Липсата на алтернатива за родилите жени води до натоварване на семейството и в съчетание с отсъстваща подкрепа от акушерка неизбежно би довела до намаляване на качеството на живот и увеличаване на тревожността (фиг. 32).



Фиг.32. Справяне с грижите в дома след предишно раждане

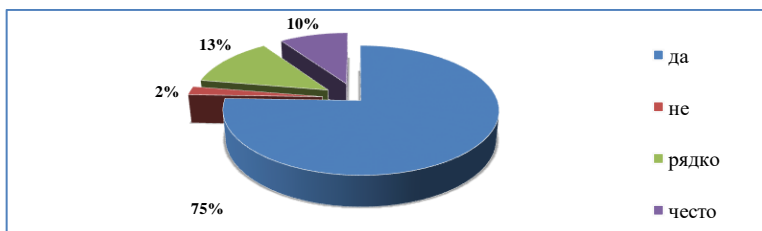
Контактите на родилата жена с акушерка в България, в повечето случаи прекъсва с изписването от лечебното заведение. Често прилагана практика е позната акушерка да бъде поканена на неформално посещение при нужда от съдействие и съвет в дома. Попитахме респондентите търсили ли са съдействие от акушерка след изписването им от родилно отделение. Около $\frac{1}{4}$ от анкетираните са търсили консултация от акушерка за оказване на подкрепа в дома (25,5%) Почти $\frac{3}{4}$ от анкетираните отговарят отрицателно (74,5%). Анализът на резултатите доказва, че всяка четвърта родила жена е намерила начин да проведе консултация с акушерка. Ниският дял на пациентите, осъществили контакт с професионалист по здравни грижи след раждането е още едно

доказателство за необходимостта от реорганизация на постнаталните грижи у нас и оптимизиране на участието на акушерките в тях (фиг.33).



Фиг.33. Потърсено съдействие от акушерка след предходно раждане

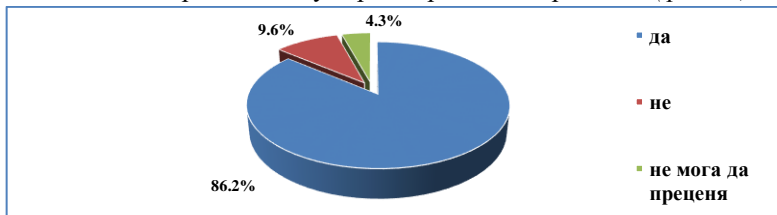
Потърсихме същата информация от акушерките от родилно отделение и отделение/ сектор Патологична бременност, като ги попитахме търсена ли е помощта им от пациенти след изписването от родилно отделение. Мнозинството от анкетираните са отговорили положително (75%), а категорично отрицателно са отговорили едва 2%. Сравнително нисък е дялът на посочилите отговор „рядко“ (13%) и отговор „често“ (10%). Тези данни показват, че акушерските грижи са предпочитани от родилите жени за продължаване на акушерските грижи и след изписване от родилно отделение (фиг.34).



Фиг.34. Потърсена акушерска помощ след изписване от РО

Друг аспект на разглеждания въпрос са нагласите и мотивацията на акушерките да полагат грижи в дома на родилата жена в периода на пуерпериума. Отговорите на респондентите са красноречиви. Болшинството от анкетираните акушерки отговарят положително (86,2%). Отрицателните отговори са 9,6%, а дялът на колебаещите се е

нищожен (4,3%). Анализът на получените данни категорично потвърждава положителна нагласа и мотивация от страна на акушерките за полагане на патронажни акушерски грижи след раждане (фиг.35).

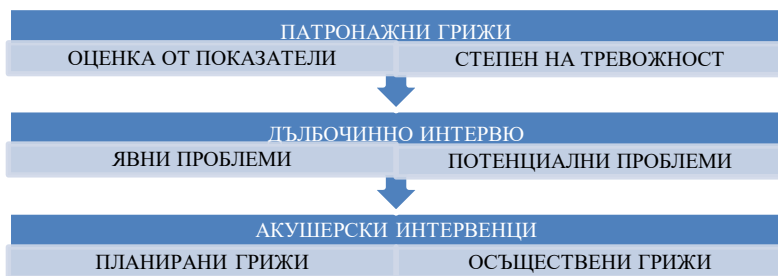


Фиг.35. Желание за полагане на акушерски грижи в дома на родилката след раждане

IV. Експериментална програма

„АКУШЕРКИТЕ В ПОДКРЕПА НА МАЙЧИНСТВОТО“

В рамките на научното проучване бе въведена експериментална програма „Акушерките в подкрепа на майчинството“, осъществена с родили жени от гр. Варна за установяване необходимостта и организационните аспекти на акушерски патронажни грижи след раждане и извеждане на ролята на акушерката при осъществяването им. Критериите за включване и изключване на лица в проучването бяха подробно дефинирани при планирането на експеримента, като бяха съблюдавани законодателните и етични норми при провеждане на медицински изследвания. В експерименталната програма „Акушерките в подкрепа на майчинството“ бяха включени родили жени, декларирали писмено Информирано съгласие за включване в експеримента, навършили 18 години и живеещи във Варна. Участието в програмата беше доброволно и критерии за изключване на лица в проучването бяха нежелание за участие в експеримента (неподписана декларация за информирано съгласие), ненавършено пълнолетие и местоживеене извън района на гр. Варна. На *фигура 36* са визуализирани стъпките при осъществяването на патронажни грижи в рамките на експеримента.

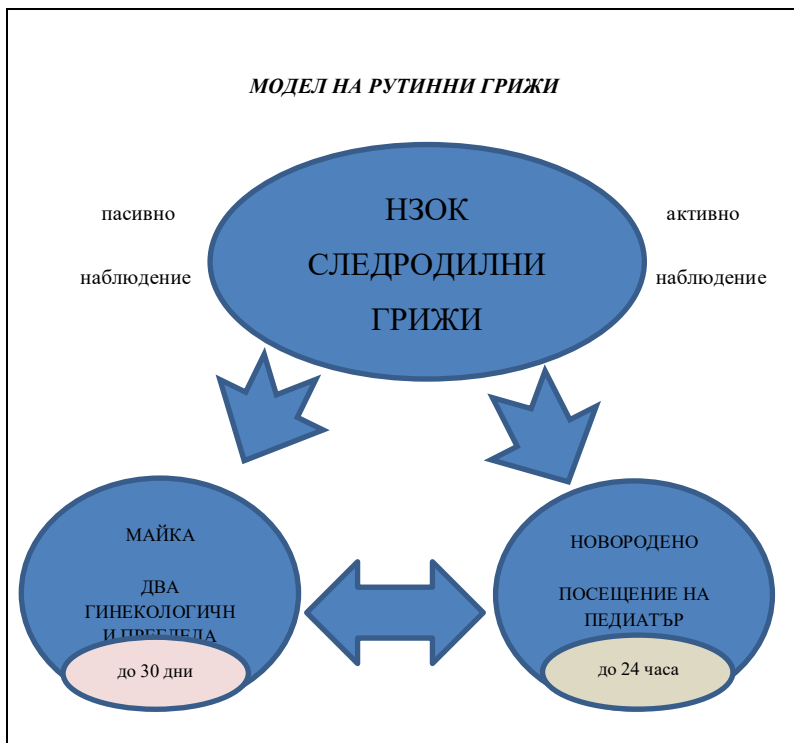


Фиг. 36. Модел за акушерски патронажни грижи

4.1. Характеристика на участниците

За изпълнението на експерименталната програма „Акушерките в подкрепа на майчинството“ бяха сформирани две групи родили жени –

експериментална група (n=50) със средна възраст 30 год. и 4 мес. и контролна група (n=50) със средна възраст 31 год. и 4 мес., живеещи в гр. Варна и подписали Информирано съгласие за включване в експерименталната програма. В изследването респондентите са разпределени по възраст, с цел да установи наличието на потенциална зависимост и детайлизиране на потребностите от подкрепа в следродилния период. Първата възрастова група в експерименталната програма е до 25 години, в която попадат 10 родили жени, втората група (26 – 35 г) се състои от 31 родили жени, а в третата (над 36 годишни) 9 родили жени. В експеримента, по модел за проспективно проучване на грижите за родили жени след изписването им от родилно отделение, акушерски грижи получиха 37 жени, родили първо дете и 13 жени, родили второ и следващо дете. В тази група 33 от ражданията са станали по оперативен път, като от тях родилите първо дете са 26, а многоораждалите – 7. Останалите 17 жени са родили по нормален път, като 10 от пациентите раждат за първи път и 7 са многоораждали. Паралелно с експерименталната група се сформира и контролна. В първата възрастова група до 25 години попадат 8 родили жени, във втората група (от 26 – 35г.) са включени 32 пациентки и останалите 10 са на възраст над 36 години. В контролната група са включени 24 жени, родили първо дете и 26 жени, родили второ и следващо дете, които получиха стандартни грижи според сега действащото законодателство (фиг.37).



Фиг. 37. Модел на рутинни грижи

4.2. Период на провеждане на експерименталната програма

Участието в Експерименталната програма започна от момента на изписване на родилата жена от лечебното заведение и продължи до 42-я ден от датата на раждане. Експерименталната програма стартира в началото на м. септември 2020 г. и протече с променлива интензивност, поради усложнението на епидемичната обстановка от КОВИД-19 и прилагане на противоепидемични мерки. През м. юли 2021 г. постигнахме планирания брой пациентки в двете групи.

4.3. Описание на експерименталната програма

След получаване на Информираното съгласие за включване в експерименталната програма „*Акушерките в подкрепа на майчинството*“ бе създаден списък на участниците, който позволи безпристрастното и обективно разпределение на пациентите в експерименталната и контролна група (в контролната група попадаха лицата, вписани под четен номер в списъка на участниците).

Във връзка с осигуряване на ефективността на експерименталната програма беше въведена следната, собствено разработена акушерска документация: *Карта за планиране на акушерските грижи*; План за наблюдението на родилата жена; Супервизия за интервенция по програма „*Акушерката в подкрепа на майчинството*“.

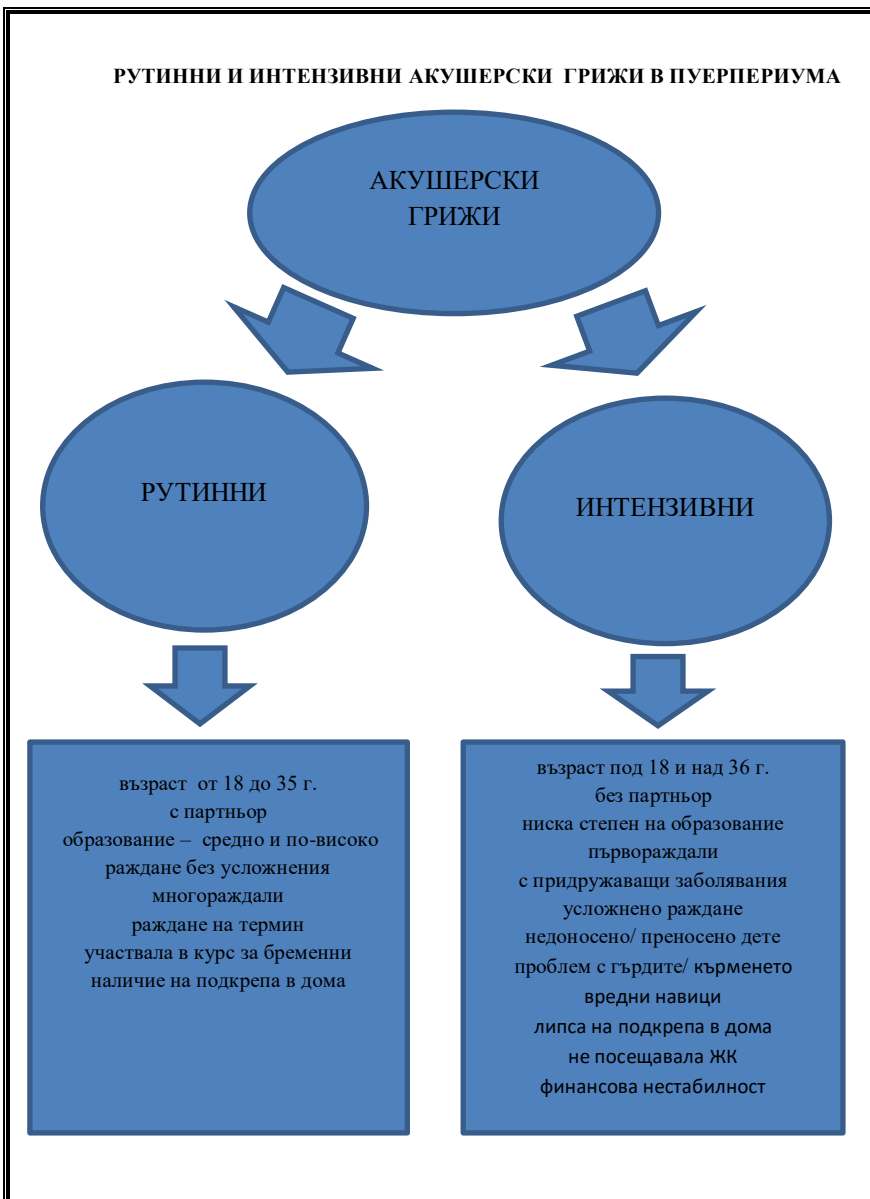
В началото на експеримента при всеки пациент, независимо дали попада в експерименталната или контролната група беше провеждан *Тест за тревожност*, попълнен непосредствено преди изписването от лечебното заведение. Същият тест бе попълван и в края на програмата. За всеки пациент, попаднал в експерименталната група, при първото домашно посещение, в рамките на първите 48 часа след изписването от родилно отделение беше попълвана *Карта за планиране на акушерските грижи, която съдържаща въпроси и отговори, насочени към събиране и анализ на информацията относно: анамнестични данни за протичането на бременността, раждането и пуерпериума (в родилно отделение), установяващи специфични потребности на пациента; моментното състояние на родилата жена по отношение на адаптация в домашни условия, процес на възстановяване и тревожност в периода след раждане; състояние на новороденото и потребности от специални умения на майката; социален статус на майката – наличие на друго дете в семейството и семейна подкрепа; данни за утежнен семеен статус; финансова стабилност и битови условия. Картата е собствено разработена и представлява модел на чек листа за събиране на информация за пациента и идентифициране на явни или потенциални рискове и свързани със съставянето на прогноза за протичането на пуерпериума. Информацията от картата беше използвана за база, на която да се изведат индивидуалните потребности на пациента и планиране на наблюдението (фиг.38).*

КАРТА ЗА ПЛАНИРАНЕ НА АКУШЕРСКИ ГРИЖИ

на
 родида на в
 телефон e-mail

№	Показатели	Отговор		Оценка
		0 точка	1 точка	
1	възраст	<input type="checkbox"/> 18 – 35 г..	<input type="checkbox"/> над 35 г.	
2	семеино положение	<input type="checkbox"/> с партньор	<input type="checkbox"/> без партньор	
3	образование	<input type="checkbox"/> средно/ висше	<input type="checkbox"/> начално/основн о	
4	породност на раждането	<input type="checkbox"/> второ/трето	<input type="checkbox"/> първо	
5	придружаващи заболявания на жената	<input type="checkbox"/> не	<input type="checkbox"/> да	
6	раждане със секцио цезарea	<input type="checkbox"/> не	<input type="checkbox"/> да	
7	нормално раждане с усложнение	<input type="checkbox"/> не	<input type="checkbox"/> да	
8	наличие на проблеми с гърдите	<input type="checkbox"/> не	<input type="checkbox"/> да	
9	редовно посещение на ЖК	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	
10	участие в курс за бременни	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	
11	допълнителен престой в РО	<input type="checkbox"/> не	<input type="checkbox"/> да	
12	наличие на подкрепа у дома	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	
13	признаци на зрялост и доношеност на новороденото	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	
14	естествено хранене на бебето	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	
15	новороденото пролежало в СИГ	<input type="checkbox"/> не	<input type="checkbox"/> да	
16	наличие на друго дете в семейството	<input type="checkbox"/> не	<input type="checkbox"/> да	
17	наличие на финансова стабилност	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	
18	наличие на дете отглеждано в институция	<input type="checkbox"/> не	<input type="checkbox"/> да	
19	наличие на лице с медицинско образование в семейството	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не	
20	член на семейството с група инвалидност	<input type="checkbox"/> не	<input type="checkbox"/> да	
21	вредни навици	<input type="checkbox"/> не	<input type="checkbox"/> да	
22	брой домакинства в жилището	<input type="checkbox"/> едно	<input type="checkbox"/> повече	
НИВО НА ГРИЖИ -		ОБЩ СБОР: точки		
<i>Легенда</i>		<i>Рутинни акушерски грижи - от 0 до 9 точки</i>	<i>Интензивни акушерски грижи - от 10 до 22 точки</i>	
<i>Минимален брой посещения в дома на родилката</i>		<i>2 посещения</i>	<i>3 + посещения</i>	
<i>Дата</i>				

РУТИННИ И ИНТЕНЗИВНИ АКУШЕРСКИ ГРИЖИ В ПУЕРПЕРИУМА



Фиг. 39. Планиране на акушерски грижи

Осигурена беше възможност за 7 дневна, 24 часова комуникация по телефона, чрез електронна поща, Вайбър, месинджър за целия период на наблюдението. За всеки пациент, попаднал в експерименталната група беше изготвяна *Супервизия за интервенция* по програма „*Акушерките в подкрепа на майчинството*“ (фиг.40). По време на провеждане на експеримента се извършваше подробен запис, на хартиен носител, на всякакви форми на комуникация с пациентите.

СУПЕРВИЗИЯ ЗА ИНТЕРВЕНЦИЯ
по програма „Акушерките в подкрепа на
майчинството“

на родила на В
 телефон
 e-mail друго

резултати от „Карта за планиране на акушерски грижи“:

- сбор от точки
- предвиден минимален брой домашни посещения.....броя

<i>Комуникация с пациента</i>	<i>Дата / час</i>	<i>Начин на провеждане</i>	<i>Цел</i>	<i>Интервенции/ Препоръки</i>
Първо				
Второ				

Фиг.40. Супервизия за интервенция

В продължение на 42 дни водещият изследовател беше на разположение на включените в експерименталната група родили жени. Освен определените домашни посещения, ежедневно имаше въпроси, зададени по електронен път. Някои от участниците предпочитаха комуникация чрез електронни средства и изпращаха снимки за онагледяване на въпросите си. В края на експерименталния период на всички от контролната и експерименталната група бе предоставен *Тест за тревожност* (идентичен с пърия) за сравняване на резултатите.

4.4. Оценка на ефективността на експерименталната програма

Оценката на ефективността на експерименталната програма „*Акушерките в подкрепа на майчинството*“ беше постигната при непрекъснато мониториране на следните показатели:

- ❖ начин на извършване на консултирането - активно или пасивно;
- ❖ честота на консултирането;
- ❖ сформирани на навици и умения;
- ❖ създаване на емоционално стабилна и подкрепяща домашна среда
- ❖ ползи и потенциал на програмата „*Акушерките в подкрепа на майчинството*“.

4.5. Резултати от експерименталната програма

❖ Активно и пасивно консултиране

При започване на проучването до м. декември 2020 г. в експерименталната програма се включиха 52 родили жени, съответно 26 в експерименталната група и 26 родили жени в контролната група. Проведени бяха домашни визити на болшинството от пациентите (18 броя), но в периода имаше 8 бр. пациенти, които изрично настояваха за превес на консултирането по електронен път и по телефона заради усложнената епидемична обстановка от КОВИД-19 инфекцията. На следващ етап в изследването се включиха други родили жени – до попълване на планирания брой родилки в експерименталната и контролната група, което беше постигнато през м. юли 2021 г. След попълването на *Картата за планиране на акушерските грижи* и сумирането на точките от скалата за оценка на състоянието за всички

пациенти, включени в експерименталната програма бяха планирани минимален брой домашни посещения - 2 за всеки пациент, попаднал в извадката.

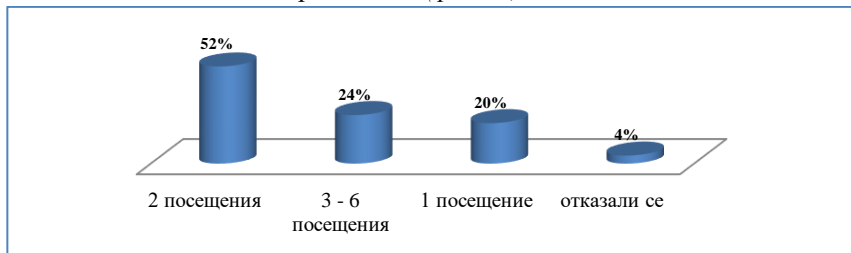
Една седмица след проведената първа домашна визита, болшинството от пациентите имаха възникнали въпроси и затруднения, заради което беше осъществена комуникация по телефон или чрез Вайбър (64%) (n=32). Най-честите затруднения на пациентите бяха свързани с неумение за къпане на новороденото и обработка на пъпния остатък, съвети за болки при уриниране, обработка на ОП рана, необходимост от емоционална подкрепа, създаване на режим на новороденото, тренинг за кърмене и др. Около 1/3 от родилки се чувстваха добре и не изпитваха затруднения в грижите към този момент (36%). Към края на периода, при запитване по Вайбър или телефонно обаждане, бяха доволни от навременната помощ и отчетоха като положително съдействието от акушерка в първите дни след изписването им от родилно отделение.

Приложените интервенции и направените препоръки за всяка жена при посещение или консултиране записвахме и съхраняваме в *Супервизия за интервенция*.

❖ *Честота на консултиране*

Предвидената честота на консултиране, на базата на информацията в *Карта за планиране на акушерските грижи* и *Тест за тревожност* наложи планиране на минимален брой - 2 акушерски визити, разпределени в началото и края на периода. По изрично желание на пациенти и при възникнали проблеми беше предвидено провеждането на допълнителни домашни посещения, без поставяне на ограничения на техния брой. При анализа на данните установихме, че на 52% (n=26) от жените в групата са били проведени 2 консултации с проведена домашна визита от водещия изследовател през 42-дневния период на наблюдение. При останалата част от пациентите, по тяхно желание или при възникване на проблеми, са проведени по-голям брой (от 3 до 6) домашни визити (24%) (n=12). При малка част от пациентите поради въведените противоепидемични мерки и по изрично тяхно настояване е проведена само първата визита (20%), (n=10) след това преминахме на електронна комуникация. Незначителна част от пациентите 4% (n=2) използваха

правото си да се откажат в следствие от участие в експерименталната програма като отказаха по-нататъшен контакт, но съдействаха за попълването на теста за тревожност (*фиг 41*).



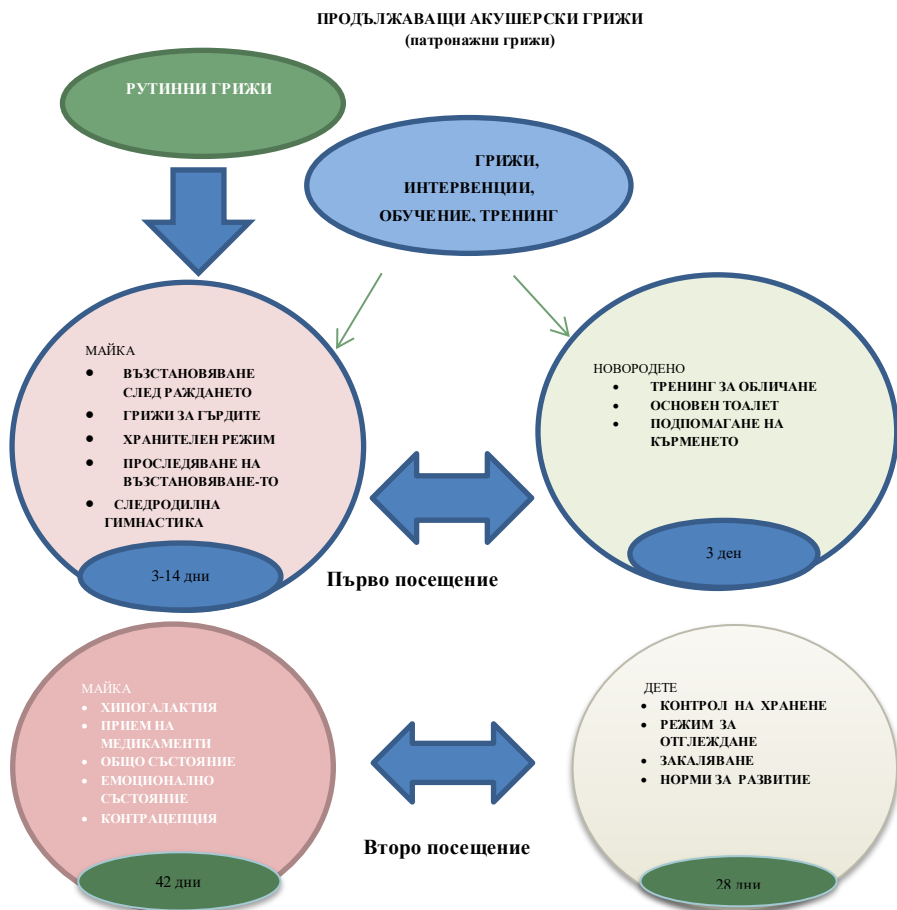
Фиг. 41. Осъществени домашни посещения

За периода на експеримента са проведени 117 консултации по телефона, електронна поща, вайбър и месинджър, като минимален брой - 2 консултации на пациент са прилагани за 76% (n=38) от родилките, а 24% (n=12) от пациентите са пожелали по-голям брой консултации (от 3 – до 8) за този период.

❖ **Сформиране на навици и умения**

По време на провеждане на първата акушерска консултация в дома, 48 часа след изписването акушерските грижи включваха измерване на артериално налягане, съвети за хранителен и хигиенен режим, сън и почивка, съвети по повод на главоболие, преглед за отоци по долни крайници и мерки за облекчаване, преглед на състоянието на гърдите, преглед на фундус утери и лохии, преглед на оперативната рана (ако има такава). Друга важна задача бе съдействие за създаване на умения у младата майка/ семейство за грижи, свързани с новороденото като правилен захват на детето при полагане на грижи, основен и локален тоалет, дезинфекция на пълния остатък, грижа за кожата и кожните гънки, омазняване, избор на козметика за новороденото, температура на стаята по време на къпане и сън, пози при кърмене. Майките имаха нужда от подкрепа в създаването на умения за подготвяне и съхранение на адаптирано мляко, хигиена на гърдите, ползване и съхранение на аксесоари за кърмене и др.

При следващата акушерска визита, след покана от страна на майката, затрудненията се обединиха около регулирането на лактацията, даване на съвети за повишаване на количеството кърма, създаване на умения у жените за самонаблюдение и преценка на ефективността на кърменето, съвети за носене на колан, извършване на следродилна гимнастика, грижи за гърдите при мацерация на гърдните зърна и профилактика на рагади, създаване на режим за кърмене и дохранване на детето (фиг.42).



Фиг. 42. Продължаващи акушерски грижи

При изписването на новородените след раждане 74% (n=37) от новородените са били на естествено хранене. По време на експеримента, 10% от тях преминаха на смесено хранене поради хипогалактия на майката. Останалите 26% от новородените бяха изписани на смесено хранене, като 15% от тях преминаха на изкуствено хранене по време на експерименталната програма. Всички желящи да кърмят жени бяха стимулирани и подкрепяни в кризисни моменти да удължат максимално дълго периода на лактация.

❖ *Създаване на емоционална стабилност в домашна среда*

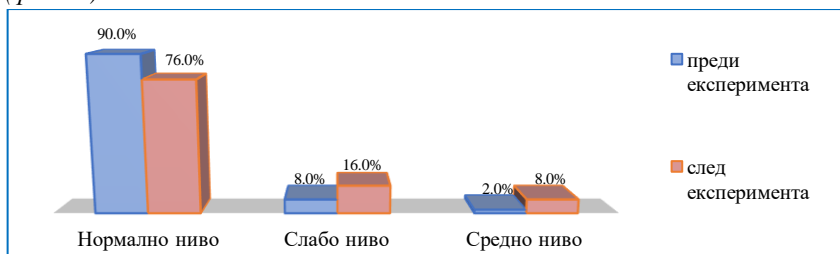
Емоционалната стабилност на майката е ключов фактор както за нейното възстановяване, така и за успешното ѝ реализиране в новата роля на майка. Емоционалното състояние на майката след изписването от родилно отделение зависи от множество ендогенни и екзогенни фактори, трудно се измерва, няма ясни граници, което налага прилагането на активни акушерски грижи за идентифициране на факторите, които могат да бъдат отстранени или при които е възможно минимизиране на въздействието.

Избрахме стандартен *Тест за тревожност*, като възможност за проверка на нивото на стрес при жените попаднали в извадката. Първоначалният *Тест за тревожност* беше прилаган при родилките и от двете групи – експериментална и контролна, като беше попълван при изписване от родилно отделение. Тестът е взаймстван от американския психиатър Zung, работил в Duke University. Според него скалата на тревожност има 4 степени: от 0 до 7 точки се приема за „нормално“ ниво на тревожност, от 8 до 10 като „слабо“, от 11 до 14 точки - „средно“ и от 15 до 21 точки „сериозно“.

Анализът на данните на родилите жени, които се включени в експерименталната програма показва, че 90% (n=45) са с нормално ниво на тревожност преди напускане на родилно отделение. Само на 4 родили жени (8%) се установи слабо ниво на тревожност и една пациентка е със средно ниво на тревожност (2%). Изчисленият среден резултат на тревожност показва 4,08 точки от 21 точки. Ниските нива на тревожност при пациентите си обясняваме с подкрепата, която жените имат от

акушерките в родилно отделение, малкия опит и липсата на ясна визия за предстоящия период.

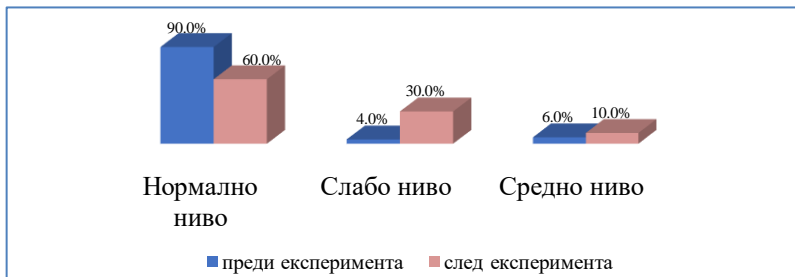
В края на експерименталната програма всички жени попълниха отново същия тест за тревожност. Получихме следните резултати: след възстановителния период 76% (n=38) са с нормално ниво на тревожност. Наблюдава се увеличение на тревожността на другите нива 16% за слабо ниво на тревожност и 8% за средно ниво на тревожност в края на експеримента. Установеният среден резултат на тревожност от попълнения тест е 5,52 точки. Анализът на резултатите може да си обясним с липсата на яснота по отношение на периода на пуерпериума и тотална липса на подготовка. Отражение на крайната оценка е оказал и големия дял на първораждателите (на които липсва минал опит) в експерименталната програма (n=37), при които въпреки ниските нива на тревожност се наложи провеждане на по-чести консултации след първата седмица в дома. Доказателство за това е повишаването на нивата на тревожност при малък дял от жените, които едва след като са се срещнали с някои от проблемите са си дали сметка за рисковете, свързани с тях. (фиг.43).



Фиг. 43. Нива на тревожност на експериментална група

Включените в контролната група родили жени също попълниха Тест за тревожност преди да бъдат изписани от родилно отделение. Анализът на данните показва, че 90% показват нормално ниво на тревожност, при 4% от родилите жени се установява слабо ниво на тревожност и 6% са със средно ниво на тревожност към момента на изписване от родилно отделение. В края на експерименталната програма резултатите от направения повторен тест показаха съществена промяна.

Делът на пациентите с нормално ниво на тревожност има чувствителен спад – 60%. Забелязва се увеличение на жените със слабо ниво на тревожност (30%), а тези със средно ниво спадат на 10%. Получените резултати са доказателство за необходимостта от подкрепа в дома след раждането (фиг.44).

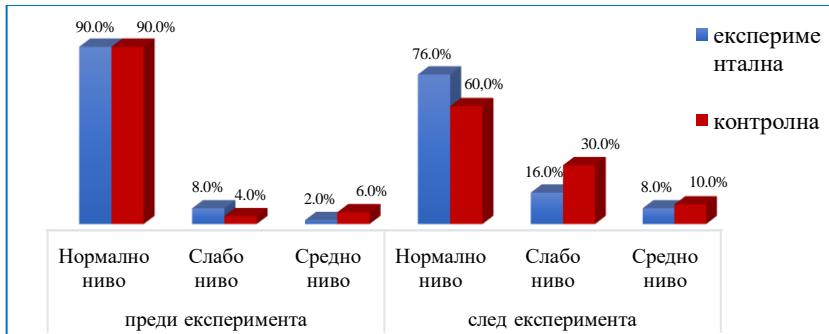


Фиг. 44. Нива на тревожност на контролна група

Сравнителният анализ на резултатите между двете групи (експериментална и контролна) показва различия в динамиката на нивата на тревожност по време на пуерпериума. При родилите жени от групата, в която са имали възможност да им бъдат прилагани акушерски грижи се установява по-малък спад на дела на пациенти с нормално ниво на тревожност в края на експерименталния период. При пациентите от контролната група се установява по-ниско ниво на нормална тревожност в края на периода. Прави впечатление, че с течение на времето на програмата в експерименталната група се увеличава дела на пациентките със слабо и средно ниво на тревожност, което си обясняваме с липсата на предишен опит и по-сериозно навлизане в проблемите на периода след раждане. Нивата на слабо и средно ниво на тревожност при контролната група имат по-висок растеж в края на експеримента.

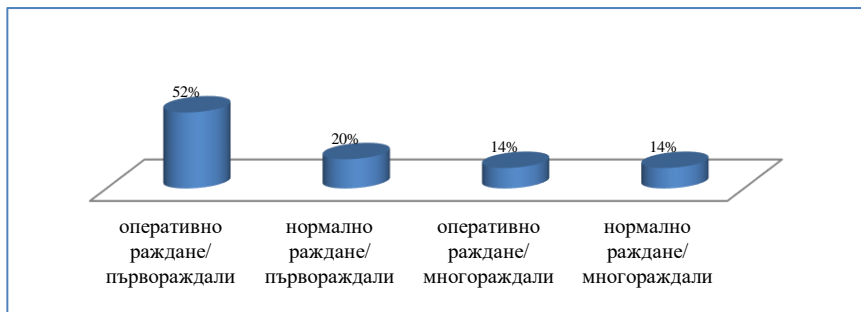
Получените резултати ни дават основание да заключим, че преди изписване от родилно отделение голяма част от пациентките нямат реална представа за протичането на възстановителния период и са сравнително спокойни за него. Друго обяснение на сравнително ниските нива на тревожност при изписването от родилно отделение може да се дължи на почакваната одкрепа от роднини в дома, каквато са заявили

значителен дял от респондентите. Увеличаването на дела на пациентите със слабо и средно ниво на тревожност след експеримента свидетелства, че тревожността на повечето пациенти се увеличава на по-късен етап след прибиране в дома, което е доказателство за нуждата от акушерски грижи след раждането. За ефективността на акушерските грижи за жените в експерименталната група може да се съди по сравнително ниските промени на нивата на тревожност във възстановителния период (фиг. 45).



Фиг. 45. Нива на тревожност

Необходимостта от подкрепа след раждането до голяма степен се определя от начина на раждането и паритета на жените. Задълбочихме анализа като изследвахме разпределението на жените, дали положителен отговор според начина на родоразрешение. С най-значим дял, подкрепата си за възстановяване на домашния патронаж след раждане са изразили първораждали, родили по оперативен път (26,92%), което е разбираемо с оглед на липсата на опит и по-дългия период, необходим за възстановяване. Следващ резултат в подкрепата са заявили първораждали, родили по нормален път и многораждали, родили с цезарово сечение (15,38%). Най-малък е дялът на жените, подкрепили идеята от страна на многораждали, родили по нормален път (11,53%). Мнението на респондентите, дали положителен отговор и техния дял в позитивния отговор напълно логично се разпределят според необходимостта от подкрепа в периода след раждане, което е още едно доказателство за осъзнаване на потребностите от акушерски грижи в пуерпериума (фиг.46).



Фиг. 46. Разпределение на родилките, изразили желание за възстановяване на домашния патронаж според начина на родоразрешение

❖ Ползи и потенциал на програмата „Акушерките в подкрепа на майчинството“

В края на програмата проведохме планираното качествено изследване като запитахме родилите жени за ползата от програмата „Акушерките в подкрепа на майчинството“. Повече от половината от участващите в програмата подкрепят идеята за възстановяване на патронажна акушерска грижа (70%). Пациентите убедително заявяват потребностите си от подкрепа от акушерка като начин за постигане на сигурност и спокойствие в периода след раждането.

Проведено е качествено проучване за по-задълбочено изследване на проблемите и затрудненията, свързани с грижите в пуерпериума с пациенти след раждане в края на експерименталната програма. Въпросите са структурирани в зависимост от идентифицираните затруднения на майката. Потърсихме мнението им за ползите и потенциала на програмата. Макар майките да показаха ниски нива на тревожност, повечето от тях изпитаха различно притеснение в дома, относно грижите за себе си или за детето. Останала сама с новороденото си дете всяка млада жена би имала нужда от някой, който да ѝ даде напътствия, да ѝ вдъхне увереност и самочувствие в полагането на грижите.

По време на провеждането на експеримента проведохме дълбочинно интервю с пациентите от експерименталната група. Те бяха отправна точка за изясняване на потребностите на родилите жени и

индивидуализиране на здравните грижи. Ще обобщим мнението на пациентите чрез изказванията на някои от тях:

„Смятам, че периодът след раждането, в който вече е сама с бебето е доста стресиращ за всяка майка. Според мен е необходимо присъствието на акушерка в този период. Така винаги можеш да потърсиш съвет от професионалист - да ти обясни, да ти покаже това, което представлява трудност в даден момент. Имайки такава подкрепа в този период мога да кажа, че чувството за тревога намалява значително. Наистина се надявам тази програма да продължи. Смятам, че е хубаво дори след този период при нужда всяка майка да може да потърси помощта на акушерка. Радвам се, че се включих в тази програма! Ще се радвам да се срещнем отново след следващото ми раждане!“ (респ. 63).

Интерес за проучването представлява мнението на участник в експеримента за опита си от предишно раждане в Германия: *„Предното ми раждане беше в Германия, преди 4 години. Преди да ни изпрат на 3-я ден трябваше да си изберем акушерка, която да ни посещава в дома. Не ги познавах, затова изборът беше случаен. Първата седмица акушерката идваше по 2 пъти дневно. Втората седмица по веднъж дневно, а третата седмица през ден. Така постепенно дойде момента да откажем нейната подкрепа. По време на визитите преглеждаше бебето (кожа, уста, хранене, тегло...) и мен (възстановяването ми, кръвно налягане, хранене, хигиена,...). Бях много доволна и спокойна, а тази грижа не ми струваше нищо“ (респ. 95).*

„Благодаря за съдействието! Оценявам много добре вашите отговори и съдействие. Според мен е добре да има подкрепа от акушерка, която да помаза с неща, които една млада майка не знае или се чувства объркана и стресирана и иска да разчита на някого!“ (респ. 81)

„Благодаря ви за помощта! Оценявам много добре тази проглама и възможността, която имах за съдействие от ваша страна. Според мен е необходимо да има подкрепа от акушерка, която да напътства една млада майка, когато се чувства объркана и стресирана и иска да се обърне към някого!“ (респ. 11).

„Първата седмица след като ни изписаха ми беше най-трудно, заради кърменето. Благодаря ви много!“ (респ. 85)

„Притеснена съм! Искам съдействие за изцеждане на гърдите след кърмене и профилактика на рагади.“ „Труден първи месец. Надявам се проекта да има желаня успех и младите майки да имат повече подкрепа и грижа от здравната система“ (респ. 77).

„Единственото неразположение е една болка и напрежение в дясната ми гърда, която бебето предпочита повече Изпитвам затруднения с кърпането. Не мога да я хвана и не се справям изобщо с банята. Там ще имам нужда от помощ.“ „Изпитвам затруднения да поставя малката по корем. .. Ако си спомняш на мен много ми помогна с кърпането, като то с твоя помощ се превърна от ужасно изживяване в удоволствие. Оценявам с отличен програмата и желая успех! Благодаря много!“ (респ. 83)

Резултатите от проведеното проучване доказаха необходимостта от създаване на условия за осъществяване на активни акушерски грижи след раждането и регламентирането на акушерските патронажни грижи би било крачка към повишаване на качеството и удовлетвореността както на пациентите, така и на акушерките. От мнението на акушерките стана ясно, че те подхождат с голямо внимание и респект към този въпрос и желанието на голяма част от тях да се включат в различни форми на следдипломно обучение е доказателство за това. Мнението на акушерките и пациентите ни подтикна да подготвим програма за провеждане на курс за следдипломно обучение за акушерки. В теоретичния модул се разглеждат параметрите на нормално и патологично протичащ пуерпериум, съставяне на план за акушерски грижи в пуерпериума, задълженията на акушерката при първо посещение на родилата жена в дома, оценка на психичното и емоционално здраве на семейството, новости в областта на кърменето и др. В курса предлагаме въвеждане на документация, която подпомага планирането и осъществяването на акушерските грижи в пуерпериума.

4.6. Курс за следдипломно обучение

Акушерски грижи в пуерпериума

1. Въведение

1.1. Наименование на курса: АКУШЕРСКИ ГРИЖИ В ПУЕРПЕРИУМА

1.2. Продължителност на обучението: **35 академични часа**

1.3. Изисквания: **базово образование за допускане до обучение в курса - придобита професионална квалификация „Акушерка”**

1.4. Анотация на курса: Курсът за следдипломно обучение „Акушерски грижи в пуерпериума“ има за цел да надгради вече усвоени знания и умения на професионалистите по здравни грижи и представлява съвкупност от компетенции и умения за извършване на дейности по консултиране на жени в пуерпериума за прилагане на активни акушерски грижи, насочени към ранно откриване на патологични отклонения и извършване на качествена, ефективна, профилактична, експертна дейност.

2. Цел на обучението

След завършване на курса за следдипломно обучение обучението, акушерката да е усвоила и усъвършенствала знания и умения, присъщи за специалист по акушерски грижи в пуерпериума и да е в състояние да оказва самостоятелно или в екип с лекар висококвалифицирана и специализирана медицинска помощ на родили жени в послеродовия период, във връзка с:

- ❖ подобряване на физическо състояние;
- ❖ подобряване на емоционално състояние;
- ❖ обучение в грижите за новороденото;
- ❖ подобряване на семейната динамика;
- ❖ специални грижи при придружаващи заболявания;
- ❖ подобряване на общото и репродуктивното здраве;
- ❖ профилактика на усложнения.

Пълната програма на курса за СДО може да се намери в дисертационния труд!

V. Изводи, препоръки и предложения

5.1 Изводи

Полученият резултат дават основание да се направят следните изводи:

1. Патронажната акушерска грижа през пуерпериума е утвърдена и успешно работеща практика в страните от ЕС като са разработени сходни форми на наблюдение.
2. Водеща фигура в наблюдението на жените след раждане към настоящия момент у нас е лекарят, а участието на акушерката е силно ограничено.
3. Установен е дисбаланс между компетенциите на акушерката при наблюдение на жени с нормален и патологичен пуерпериум, утвърдени от Наредба №1 и законовия регламент за извършване на акушерски дейности и грижи в този период.
4. Знанията и уменията на акушерките за консултиране и обучение на жени след раждането са недостатъчно използван ресурс за удовлетворяване потребностите на пациентите.
5. Организацията на постнаталните грижи у нас е предпоставка за пропуски и дезориентация на пациентите в следродилния период, а повечето от родилките у нас се изписват от родилно отделение без да са подготвени за справяне в домашни условия.
6. Домашният патронаж е най-предпочитаната форма за медицинско наблюдение след раждане и има място в съвременното медицинско наблюдение според всички участници в изследването.
7. Акушерките са категорично убедени в необходимостта от регламентиране на патронажни акушерски грижи след раждане.
8. Пациентите имат доверие на акушерка за полагане на грижи след изписване, като е установена осъзната потребност от акушерска подкрепа след раждане в дома, която родилките определят като необходима и полезна грижа.
9. Регламентирането на консултативната, профилактична, промотивна и превантивна дейност на акушерката ще подобри качеството на живот на жените след раждането.

5.2. Препоръки

Въз основа на получените резултати и направените изводи след прилагане на Модел за патронажни грижи направим следните предложения:

Към Министерството на здравеопазването

- ❖ Да се утвърдят стандарти за добри акушерски практики в пуерпериума;
- ❖ Да се създадат условия за организиране и финансиране на акушерски грижи в извънболничната помощ;
- ❖ Да се утвърди Модел за прилагане на патронажни акушерски грижи за жени след раждането;
- ❖ Съвместно с местната изпълнителна власт да се създаде пазар за медико-социални услуги в домашни условия на базата на държавно-частно партньорство, осигуряване на допълнителни кадри и материални ресурси.

Към БАПЗГ и медицинските университети

- ❖ Да се създаде работна група за изготвяне на стандарт за добри акушерски практики в извънболничната помощ;
- ❖ Да се обсъдят и предложат Модели за грижи за жените в пуерпериума;
- ❖ Да се утвърди индивидуален план за грижи в домашна среда за родили жени.

Към Медицинските университети

- ❖ Да се предложи курс за СДО за практикуващи акушерки за извършване на патронажно наблюдение в пуерпериума.

5.3. Приноси:

На базата на направените изводи, препоръки и резултати от собствените проучвания могат да бъдат очертани приноси с теоретико - познавателен и практикоприложен характер.

С теоретико - познавателен характер:

- ❖ Проученени са медико-социалните аспекти на акушерските грижи след раждането и компетентностите на акушерките за прилагането им чрез патронажни грижи.
- ❖ Проучен е международен опит при оказване на грижи за жени след раждане.
- ❖ Анализирана е действащата нормативна уредба у нас, касаеща предоставянето на акушерски грижи след раждането.
- ❖ Предложен е собствено разработена акушерска документация за осъществяване на акушерски грижи в пуерпериума.
- ❖ Обоснована е необходимостта от домашни посещения за жени след раждане;
- ❖ Изготвена е Програма за курс в рамките на следдипломно обучение за акушерки, осъществяващи консултирането на жени в пуерпериума.

С практико-приложен характер

- ❖ Разработен е Модел за патронажни грижи за жени след раждане.
- ❖ Въведена е методика за унифицирана оценка на потребностите на жени след раждане.
- ❖ Разработени са Карта за планиране на акушерски грижи;
- ❖ разработена е Супервизия за интервенции по програма „Акушерките в подкрепа на майчинството“, подпомагаща планирането на грижи в домашни условия.
- ❖ Апробиран е авторски модел за грижи в домашна среда за родили жени, водещ до повишаване на качеството на живот.

Публикации свързани с дисертационния труд:

- ❖ **Лалева, Р.**, Мнението на варненските майки относно нуждата им от акушерски грижи в дома, Сборник доклади „Нови подходи в общественото здраве и здравната политика“, МУ Плевен, 2021, с. 264, **ISBN - 978-954-756-254-7**
- ❖ **Лалева, Р.**, Акушерска помощ – ключевой ресурс в подготовке беременных женщин к послеродовому периоду, Сборник материалов „Исследовательский потенциал молодых ученых: взгляд в будущее“, Тула , 2021, с. 117, **ISBN 978-5-6045159-4-5**
- ❖ **Лалева, Р.**, В. Димитрова, Т. Боева, Нагласите на акушерките от североизточна България за откриване на самостоятелни акушерски практики, IX Научна сесия за преподаватели и студенти, МУ Варна, Варненски медицински форум, т 10, 2021, прил. 1, с. 411, **ISSN 2367-5519**
- ❖ **Лалева, Р.**, В. Димитрова, Домашния патронаж в съвременното здравеопазване, сп. "Здравни грижи", 3, 2021, **ISSN 1312-2592**