



**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
„Проф. д-р Параскев Стоянов” –гр. Варна**

**ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ“
КАТЕДРА „ЗДРАВНИ ГРИЖИ“**

Теодора Йорданова Тодорова

**Отлагане на родителството – роля на
акушерката за преодоляване на причините**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд за присъждане
на образователна и научна степен „Доктор“

Научна специалност:

„Управление на здравните грижи“

Научен ръководител:

Доц. Теодора Евтимова, д.оз.

Официални рецензенти:

Проф. д-р Елена Шипковенска, д.м.н.

Проф. д-р Соня Гончева, д.оз.н.

Варна, 2023 г.

Дисертационният труд съдържа 182 страници и е структуриран в пет глави. Включва 50 фигури, 12 таблици и 6 приложения. Библиографският списък включва 209 литературни източника, от които 108 са на кирилица, 79 на латиница и 22 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 17.01.2023 г.

Публичната защита на дисертационния труд ще се проведе на 28.04.2023г. от 14:00 ч. 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
ВЪВЕДЕНИЕ	6
I. СТРУКТУРА НА ЛИТЕРАТУРНИЯ ОБЗОР	7
II. МЕТОДОЛОГИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ НА НАУЧНОТО ПРОУЧВАНЕ.....	7
1. Цел и задачи на проучването.....	7
2. Работни хипотези:	8
3. Организация, време и място на дисертационното проучването.....	9
3.1. Предмет	9
3.2. Обект на проучването.....	9
3.3. Обхват на проучването.....	10
3.4. Логически единици на проучването.....	12
3.5. Технически единици	13
3.6. Критерии за включване на лицата в проучването .	14
3.7. Организация на проучването – етапи и място.....	15
3.8. Органи на наблюдението.....	17
3.9. Източници за набиране на информация	17
3.10. Инструментарий на изследването	19
4. Методи на проучването	24
III. РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ.....	28
1. Социо-демографска характеристика на изследваните групи	28
2. Информираност на пациентите относно репродуктивно здраве	34

3. Клинични и социално-икономически причини за отлагане на родителство	38
4. Доверието към акушерката – предпоставка за успешна консултативна дейност в ЦРМ	42
5. Компетентности на акушерката за преодоляване на причините за отлагане на родителството	45
6. Мотивация и демотивация на старши и редови акушерки/медицински сестри за работата им в ЦРМ	49
7. Предиизвикателствата за пациенти в ЦРМ.....	50
8. Промяна в посоката на търсените медицински услуги от страна на пациентите в ЦРМ-мнение на АГ-специалисти	52
9. Влияние на COVID-19 върху раждаемостта.....	54
10. Нагласи и готовност на студентките-майки от специалност „Акушерка“ и „Медицинска сестра“ за профилактика на репродуктивното здраве (ПРЗ).....	56
IV ПРАКТИЧЕСКИ ПОДХОДИ ЗА ПРЕДОТВРАТЯВАНЕ НА КЪСНОТО РОДИТЕЛСТВО, КАТО ПРЕВЕНЦИЯ НА РЕПРОДУКТИВНОТО ЗДРАВЕ	59
1. Модел на акушерски център за подкрепа на бъдещи родители (АЦПБР)	59
2. Помощни средства на АЦПБР	63
V. ИЗВОДИ, ПРИНОСИ, ПРЕДЛОЖЕНИЯ И ПРЕПОРЪКИ	72
Списък с публикации, свързани с темата на дисертационния труд	77

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

ЦРМ	Център по репродуктивна медицина
ЛЗ	Лечебно заведение
АРТ	Асистираны репродуктивны технологии
НЗОК	Национална здравно-осигурителна каса
МЗ	Министерство на здравеопазването
МОН	Министерство на образованието и науката
БАПЗГ	Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи
НСИ	Национален статистически институт
ПБр.	Отделение Патологична бременност
РО	Родилно отделение

ВЪВЕДЕНИЕ

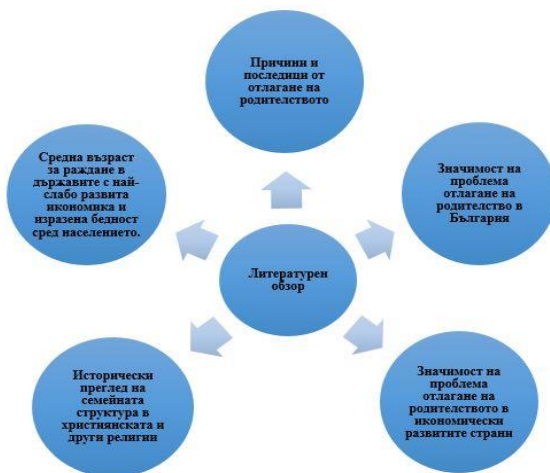
Семейният живот и родителството са основна част от живота на едно човешко съществуване. В последните десетилетия с прогресивното намаляване на социалния натиск за прилагане на общоприетите семейни норми, се промениха схващанията, относно брака и традициите за създаване на семейство. Традиционното семейство все повече се замества от съвместно съжителство без брак, а създадените бракове имат кратка продължителност.

Родителството е нов, непознат етап от живота на всеки човек. То е въпрос на избор, на взаимно съгласие между партньорите относно настоящи и бъдещи събития и цели. Въпреки, че съществуват общо установени норми за идеалната възраст, в която да се планира етапът на родителството, стремежът към професионално израстване, кариерно развитие и финансова независимост, налагат промяна на приоритетите на бъдещите родители.

Раждаемостта е биологичен и социално обусловен процес, върху който оказват влияние множество фактори. Стремежът към независимост при увеличените възможности за кариера, също влияе върху времето на родителство по редица косвени начини. Тенденциите са стремеж към реализация обаче, имат пряко отражение върху негативният прираст на раждаемостта във всички индустриализирани общества. Често периодът, прекаран в образование се възприема като несъвместим със семейната формация. Дилемата „дете или кариера” все повече се решава от жените в полза на кариерата. На фона на високата смъртност и застаряващото население на нашата страна, тези обстоятелства ще продължат да влошават демографската ситуация, което от своя страна води до застрашаване на икономическата и политическа независимост на нацията ни в бъдеще.

I. СТРУКТУРА НА ЛИТЕРАТУРНИЯ ОБЗОР

Първа глава на дисертационния труд включва литературен обзор, представящ в структуриран вид различни аспекти на проблемите свързани с отлагане на родителството (фиг.1).



Фиг.1. Структура на литературния обзор

II. МЕТОДОЛОГИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ НА НАУЧНОТО ПРОУЧВАНЕ

1. Цел и задачи на проучването

Цел: Да се анализират причините, водещи до отлагане на родителството и да се определи ролята на акушерката за преодоляването им чрез прилагане на модел на **Акушерски център за подкрепа на бъдещи родители.**

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

1. Да се направи преглед на документи, засягащи демографската характеристика в България, в частта раждаемост.
2. Да се проучат факторите, предполагащи отлагане на родителството при мъжете и жените във фертилна възраст в градовете Шумен, Варна, Пловдив, София и Тутракан.
3. Да се анализира информираността на мъжете и жените във фертилна възраст, относно рисковете за бъдещата майка и плода при отлагане на родителството.
4. Да се проучат и анализират нагласите, относно оптималния възрастов период за планиране на първо дете.
5. Да се проучи готовността на медицинските професионалисти за осъществяване на акушерски грижи в екипа за работа с пациенти с репродуктивни проблеми .
6. Да се проучи мнението на лекари и професионалисти по здравни грижи относно ролята на акушерката за преодоляване на причините, водещи до отлагане на родителство при жени и мъже във фертилна възраст;
7. Да се разработи модел на **Акушерски център за подкрепа на родители (АЦПР)**, ограничаващ отлагане на родителството.

2. Работни хипотези:

- Акушерката притежава умения да насърчава и съветва мъже и жени във фертилна възраст, които отлагат родителството и

има нужните компетенции да осъществява дейност в центрове и организации с репродуктивна насоченост.

- Компетенциите на акушерката за работа с мъже и жени, отлагащи родителството по отношение насърчаване, съветване, мотивиране, както и за работа в центрове и организации от различен тип с репродуктивна дейност, (в т.ч. водене на специфичната за същите документация) са ограничени и недостатъчни.
- Повишаването на информираността за здравните рискове при отлагане на родителството, ще допринесе значително за идентифициране на причините и тяхното отстраняване.

3. Организация, време и място на дисертационното проучването

3.1. Предмет

Ролята на акушерката при преодоляване на причинните за отлагане на родителството.

3.2. Обект на проучването

За обект на изследването определихме:

- Пациентки, хоспитализирани в Отделение Патологична бременност и Родилно отделение в градовете Варна, Шумен, Пловдив и Велико Търново;
- Пациенти, (жени/ мъже) в центрове по репродуктивна медицина (ЦРМ) във Варна, Шумен, Пловдив, София и Тутракан;

- Експерти – лекари акушер-гинеколози, ембриолози и старши акушерки/ медицински сестри от центрове по репродуктивна медицина във Варна , Шумен, Пловдив, София и Тутракан;
- Редови акушерки/медицински сестри, работещи в центрове по репродуктивна медицина във Варна, Шумен, Пловдив, София и Тутракан ;
- Студентки-майки от специалностите „Медицинска сестра“ и „Акушерка“ (от I, II, III и IV курс) , обучаващи се във филиалите на Медицински университет-Варна - Шумен, Велико Търново и Сливен;

3.3. Обхват на проучването

В проучването се включиха 405 души, разпределени в пет групи респонденти:

Първа група – пациентки, хоспитализирани в отделение Патологична бременност и Родилно отделение на УСБАЛАГ „Селена“ – гр. Пловдив; СБАГАЛ „Проф. д-р Д. Стаматов“ ЕООД – гр. Варна; „МБАЛ - Шумен“ АД – гр. Шумен; МОБАЛ „Д-р Стефан Черкезов“ – гр. Велико Търново; Медицински комплекс „Майчин дом“ – гр. Варна (патологичен сектор) (n= 200).

Пловдив	Варна	Шумен	Велико Търново
40	80	35	45

Втора група – пациенти (жени/мъже), регистрирани за изследвания/хоспитализирани в центровете по репродуктивна медицина в Медицински център „Св. Иван Рилски“ – гр. Шумен; УСБАЛАГ „Селена“ – гр. Пловдив; Медицински комплекс „Майчин дом“ – гр. Варна; Медицински комплекс „Д-р Щерев“ – гр. София; Медицинският център „Св. Иван Рилски“ – гр. Тутракан (n= 100).

МЦ „Св.Ив.Рилски гр. Шумен	УСБАЛАГ „Селена“ гр. Пловдив	МК „Майчин дом“ гр. Варна	МК „Д-р Щерев“ гр. София	МЦ „Св.Ив. Рилски“ гр. Тутракан
15	30	25	20	10

Трета група – експерти (лекари акушер-гинеколози, ембриолози и старши акушерки/медицински сестри) подбрани с цел да бъде установено тяхното становище, относно отлагане на родителството при мъже и жени във фертилна възраст и пътят за преодоляване на причините чрез дейността на акушерката. Избраните експерти са от центровете по репродуктивна медицина от Медицински център „Св. Иван Рилски“ – гр. Шумен; УСБАЛАГ „Селена“ – гр. Пловдив; Медицински комплекс „Майчин дом“ – гр. Варна; Медицински комплекс „Д-р Щерев“ – гр. София; Медицинският център „Св. Иван Рилски“ – гр. Тутракан (n=20)

МЦ „Св.Ив.Рилски гр. Шумен	УСБАЛА Г „Селена“ гр. Пловдив	МК „Майчин дом“ гр. Варна	МК „Д-р Щерев“ гр. София	МЦ „Св.Ив. Рилски“ гр.Тутракан
4	4	4	4	4

Четвърта група – редови акушерки/ медицински сестри, работещи в центрoвете по репродуктивна медицина от Медицински център „Св. Иван Рилски“ – гр. Шумен; УСБАЛАГ „Селена“ – гр. Пловдив; Медицински комплекс „Майчин дом“ – гр. Варна; Медицински комплекс Д-р Щерев“ – гр. София; Медицинският център „Св. Иван Рилски” – гр. Тутракан (n= 25)

МЦ „Св.Ив.Рилски гр. Шумен	УСБАЛАГ „Селена“ гр. Пловдив	МК „Майчин дом“ гр. Варна	МК „Д-р Щерев“ гр. София	МЦ „Св.Ив. Рилски” гр. Тутракан
5	5	5	5	5

Пета група – студентки-майки, от специалностите „Медицинска сестра“ и „Акушерка“ (от I, II, III и IV курс), обучаващи се във филиалите на Медицински университет-Варна – Шумен, Велико Търново и Сливен; (n=60).

Филиал Шумен	Филиал Сливен	Филиал Велико Търново
25	20	15

3.4. Логически единици на проучването

- **Първа логическа единица** – всяка пациентка над 26 годишна възраст, хоспитализирана в отделение Патологична бременност и Родилно отделение на лечебни заведения в градовете Шумен, Варна, Пловдив и Велико Търново.
- **Втора логическа единица** – всеки пациент (жена/мъж) в центрoвете по репродуктивна медицина в градовете Шумен, Варна, Пловдив, София и Тутракан.

- **Трета логическа единица** – всеки акушер-гинеколог, ембриолог и старша акушерка/ медицинска сестра, работещи в центрoвете по репродуктивна медицина в Шумен, Варна, Пловдив, София и Тутракан.
- **Четвърта логическа единица** – всяка акушерка/ медицинска сестра, работеща в център по репродуктивна медицина в Шумен, Варна, Пловдив, София и Тутракан.
- **Пета логическа единица** – всяка студентка-майка от специалностите „Медицинска сестра“ и „Акушерка“ от филиалите на МУ Варна – Шумен, Велико Търново и Сливен;

3.5. Технически единици

Многопрофилни болници

- „МБАЛ -Шумен“ АД– гр.Шумен
- МОБАЛ „Д-р Стефан Черкезов“ – гр.Велико Търново

Университетски болници

- УСБАЛАГ „Селена“ – гр.Пловдив

Специализирана болница

- СБАГАЛ „Проф. д-р Д. Стаматов“ ЕООД – гр. Варна

Медицински комплекс/център

- Медицински комплекс „Майчин дом“ – гр. Варна
- Медицински комплекс „Д-р Щерев“ – гр. София
- Медицинският център „Св. Иван Рилски” – гр.Тутракан
- Медицински център „Св. Иван Рилски“ – гр. Шумен

Филиали на МУ Варна

- Шумен

- Велико Търново
- Сливен

3.6. Критерии за включване на лицата в проучването

Първа група – пациентки

- възраст над 26 години (тази възраст е критерий, защото е над средната за страната възраст за раждане на първо дете)
- хоспитализирани в отделение Патологична бременност
- хоспитализирани в Родилно отделение
- попълнили декларация за информирано съгласие

Втора група – пациенти (жени/ мъже)

- пациенти с репродуктивни проблеми
- пациенти на ЦРМ
- попълнили доброволно декларация за информирано съгласие

Трета група – експерти

- лекари акушер-гинеколози, работещи в ЦРМ
- ембриолози, работещи в ЦРМ
- старши акушерки/медицински сестри, работещи в ЦРМ
- попълнили декларация за информирано съгласие

Четвърта група – редови акушерки/ медицински сестри

- с базово медицинско образование „Акушерка“ и „Медицинска сестра“
- работещи в ЦРМ
- попълнили декларация за информирано съгласие

Пета група – студентки

- обучаващи се в специалност „Акушерка“ и „Медицинска сестра“
- да бъдат майки
- студентки от I, II, III и IV курс
- попълнили декларация за информирано съгласие

3.7. Организация на проучването – етапи и място

Проучването е проведено в пет етапа, като са определени инструментариум, място и период на провеждане, представени в табл.1.

Табл.1. Етапи на проучването

Етап	Дейност	Място на провеждане	Инструментариум	Време
Етап 1	Анализ на специализирана литература във връзка с актуалността на изследвания проблем.	гр. Шумен	Специализирана литература; Специализирани бази данни с публикации.	януари 2020 г. –септември 2020 г.
Етап 2	Определяне целите и задачите на дисертационното изследване; Избор на подходящи методи;	гр. Шумен	Въпросник №1 Анкетна карта №1 Анкетна карта №2 Анкетна карта №3 Анкетна карта №4 Анкетна карта №5	октомври 2020г.– април 2021г.

	Изработване на инструментариум за провеждане на научното изследване.			
Етап 3	Анализ и оценка компетентностите на акушерката, относно участието и в преодоляване причините за отлагане на родителството. Организиране и провеждане на същинско проучване след оценка на КЕНИ МУ-Варна	гр. Варна гр. Шумен гр. София гр. Пловдив гр. Тутракан	Въпросник №1 Анкетна карта №1 Анкетна карта №2 Анкетна карта №3 Анкетна карта №4 Анкетна карта №5	май 2021г. – юни 2022г.
	Провеждане на дълбочинни интервюта.	гр. Варна гр. Шумен, гр. София, гр. Тутракан	Въпросник №1	юли 2022г. – август 2022г.
Етап 4	Статистическа обработка и анализ на резултатите.	гр. Шумен	Данните в анкетното проучване са обработени със статистически пакет IBM Statistics - SPSS for Windows, ver. 19 и MS Excel 2019	септември 2022г. – ноември 2022 г.

Етап 5	Формулиране на изводи, приноси, препоръки, изведени от дисертационния труд.	гр. Шумен		декември 2022г. – януари 2023 г.
---------------	---	-----------	--	----------------------------------

3.8. Органи на наблюдението

В своята основна част проучването е извършено самостоятелно, с оглед постигане на по-голяма точност. Използвано е сътрудничество на старшите акушерки от отделение Патологична бременност, Родилно отделение и тези, които работят в центровете по репродуктивна медицина.

Подбраните сътрудници, предварително са запознати с целта, методиката за провеждане на изследването и обучени за работа с инструментариума (известие за защита на данните на изследваните лица, информация за респондентите, формуляр за информирано съгласие за участие, анкетни карти).

3.9. Източници за набиране на информация

- Мнение на лекари акушер-гинеколози, ембриолози и старши акушерки/медицински сестри, работещи в центровете по репродуктивна медицина от Медицински център „Св. Иван Рилски“ – гр. Шумен; УСБАЛАГ „Селена“ – гр. Пловдив; Медицински комплекс „Майчин дом“ – гр. Варна; Медицински комплекс „Д-р Щерев“ – гр. София; Медицинският център „Св. Иван Рилски“ – гр. Тутракан.
- Мнение на старши и редови, акушерки и медицински сестри, работещи в центровете по репродуктивна медицина от Медицински център „Св. Иван Рилски“ – гр. Шумен; УСБАЛАГ „Селена“ – гр. Пловдив; Медицински комплекс „Майчин дом“ – гр. Варна; Медицински комплекс „Д-р Щерев“ – гр. София; Медицинският център „Св. Иван Рилски“ – гр. Тутракан,

• Мнение на жени/мъже, регистрирани за изследвания/хоспитализирани в центрoвете по репродуктивна медицина в Медицински център „Св. Иван Рилски“ – гр. Шумен; УСБАЛАГ „Селена“ – гр. Пловдив; Медицински комплекс „Майчин дом“ – гр. Варна; Медицински комплекс „Д-р Щерев“ – гр. София; Медицинският център „Св. Иван Рилски“ – гр. Тутракан

• Мнение на пациентки, хоспитализирани в Родилно отделение и Отделение патологична бременност в „МБАЛ-Шумен“ АД ; МБАЛ „Света Анна-Варна“ АД и УСБАЛАГ „Селена“ гр. Пловдив,

• Мнение на студентки, които са майки от I, II, III и IV курс, от специалностите „Медицинска сестра“ и „Акушерка“, обучаващи се във филиалите на МУ- Варна - Шумен, Велико Търново и Сливен,

• Законови и нормативни актове, регламентиращи държавната здравна политика, образователните и професионалните дейности, осъществени от акушерките.

✓ Наредба №1 от 8 февруари 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравни асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно. (Обн. ДВ. бр.15 от 18 Февруари 2011г., изм. ДВ. бр.50 от 1 Юли 2011г.)

✓ Наредба № 28 от 20 юни 2007г. за дейностите по асистирана репродукция (Обн. ДВ. бр.55 от 6 Юли 2007г., изм. ДВ. бр.44 от 10 Юни 2011г., изм. ДВ. бр.58 от 29 Юли 2011г.)

✓ Постановление № 86 от 15 април 2016 г. за изменение и допълнение на Наредбата за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите „Медицинска сестра“ и „Акушерка“ за образователно-квалификационна степен „бакалавър“, приета с Постановление № 248 на Министерския съвет от 2005 г.

(Обн., ДВ, бр. 95 от 2005 г.; изм., бр. 82 от 2006 г. и бр. 88 от 2010 г.)

- ✓ Закон за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, на зъботехниците и на помощник-фармацевтите (Загл. изм. - ДВ, бр. 91 от 2018 г.)
- ✓ Наредба № 1 от 22 януари 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, Обн. ДВ, бр.7 от 2015 г.;
- ✓ Наредба № 19 от 22.12.2014 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Акушерство и гинекология" Издадена от министъра на здравеопазването (Обн., ДВ, бр. 106 от 23.12.2014 г.); Закон за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, на зъботехниците и на помощник-фармацевтите (Загл. изм. - ДВ, бр. 91 ОТ 2018 г.)
- ✓ Наредба № 39 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията
- ✓ Наредба № 40 от 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. Те посочват прегледи и изследвания за проследяване на нормална бременност, бременност в риск и в следродилния период.
- ✓ Директива 2005/36/ЕО за признаването на професионални квалификации, в сила от 20.10.2007 г.;

3.10. Инструментарииум на изследването

За постигане на научноизследователските цели и за решаване на предварително формулираните задачи е изработен собствен инструментариум за провеждане на изследването на петте групи респонденти(табл.2).

Табл.2. Инструментарииум на социологическото проучване

Инструментарииум на социологическото проучване	Въпроси		
	Общ брой	Закрити	Открити
1. Анкетна карта №1 <i>За жени и мъже, регистрирани за изследване/хоспитализирани в центрове по репродуктивна медицина</i>	33	25 <i>При въпрос №33 е използвана скала за оценка от 1 до 10</i>	8 <i>Комбинирани-закрити+възможност за свободен отговор</i>
2. Анкетна карта №2 <i>За пациентки, хоспитализирани в отделение Патологична бременност и Родилно отделение</i>	26	18 <i>При въпрос №25 и №26 е използвана скала за оценка от 1 до 10</i>	8
3. Анкетна карта №3 <i>За експерти</i>	3	10 <i>При въпрос №25 е използвана скала за оценка от 1 до 10</i> <i>При въпрос №1 е използвано ранжиране на възрастовите групи на пациентите</i> <i>При въпрос №4 е приложена</i>	15

		<i>възможност за ранжиране по скала за честота на случаите</i>	
4. Анкетна карта №4 <i>За редови акушерки/ медицински сестри от центровете по репродуктивна медицина</i>	22	11 <i>При въпрос №22 е използвана скала за оценка от 1 до 10</i>	11
5. Анкетна карта №5 <i>За студенти</i>	25	13 <i>При въпрос №36 е използвана скала за оценка от 1 до 10</i>	12
7. Въпросник №1 <i>За лекари акушер- гинеколози и ембриолози</i>	5		6 <i>Реализирани под формата на дълбочинно интервю</i>

❖ *Анкетна карта за пациенти от центрове по репродуктивна медицина.*

- *Анкетна карта №1 с 33 въпроса, насочени към пациенти-жени и мъже, регистрирани за изследвания/ хоспитализирани в центрове по репродуктивна медицина. Анкетна карта №2 с 26 въпроса, насочени към пациентки, хоспитализирани в*

отделение Патологична бременност и Родилно отделение на възраст над 26 години, в градовете Пловдив, Варна, Шумен, Велико Търново.

❖ ***Анкетна карта за експерти***

- ***Анкетна карта №3 за лекари акушер-гинеколози, ембриолози и старши медицински сестри и акушерки с 25 въпроса, насочени към лекари акушер-гинеколози и ембриолози.***
- ***Анкетна карта №4, разработена с 22 въпроса, насочени към редови акушерки/медицински сестри от центровете по репродуктивна медицина в градовете София, Пловдив, Варна, Шумен и Тутракан.***

❖ ***Анкетна карта за студентки- майки***

1. ***Анкетна карта №5, за студентки, които са майки от специалностите „Акушерка“ и „Медицинска сестра“ във филиалите на МУ-Варна.***

❖ ***Въпросник №1 за провеждане на дълбочинно интервю.***

Приложеният метод за събиране на информация е проведено с лекарите акушер-гинеколози от центровете по репродуктивна медицина, доказани експерти в областта на репродуктивната медицина. по репродуктивна медицина.

Набирането на информация се проведе чрез непринуден разговор, в естествена среда за участниците на работното им място. Участниците в настоящото проучване бяха 8. В проучването са включени по 2-ма респонденти от четири клиники по репродуктивна медицина в градовете Варна, София, Шумен и Тутракан.

За целите на дълбочинното интервю е разработен специфичен изследователски инструментариум. Формулирани са:

- един основен изследователски въпрос насочен към целта на провежданото изследване – определяне на ролята на

акушерката за преодоляване на причините при отлагане на родителството.

- последващите подвъпроси поставяни на респондентите, без да се следва строга последователност са насочени към професионалните компетентности на акушерката и водещите причини за репродуктивни проблеми сред мъжете и жените.
- завършващият въпрос към всеки интервюиран беше: „ В кое звено на профилактична и терапевтична дейност (здравно възпитание, кабинет по семейно планиране, ин витро център), акушерката има компетентности за въздействие относно преодоляване на причините за отлагане на родителството в репродуктивна възраст“.

Интервютата са проведени от изследователя в периода от м.юли 2022 г. до м.август 2022 г. Участниците са поканени лично от изследователя. Отправена е молба към респондентите, интервютата да бъдат записани. Продължават средно около 60 минути.

❖ ***Информирано съгласие; известие за личните данни на субектите; информация за участника в проучването***, които са предоставени на всеки от респондентите, участвали доброволно в проучването, за да бъдат запознати с целта на изследването, конфиденциалността на изследваните и доброволно съгласие за участие.

❖ ***Помощни средства***

- ***Тетрадка за обучение и упражнение на ученици***, разработена

с цел повишаване и проверка на знанията на подрастващите в насока анатомо-физиологични особености на мъжа и жената и опазване на репродуктивното здраве.

- ***Наръчник за двойки с репродуктивни проблеми***
-

4. Методи на проучването

❖ Социологически методи:

- **Документален метод** – проучване на медицинска документация, наредби, медицински стандарти.
- **Дълбочинно интервю** с експерти в областта на асистираната репродукция, по предварително подготвен въпросник, съдържащ 6 въпроса относно компетенциите и ролята на акушерката за работа с мъже и жени с репродуктивни проблеми.
- **Анкетен метод** – използвани са преки анонимни анкети за събиране и и анализиране за целите на докторантското проучване. Изготвени са шест анкетни карти за проучване на мнението на респондентите от различните групи.

❖ Статистически методи:

- **Данните в анкетното проучване са обработени** със статистически пакет IBM Statistics - SPSS for Windows, ver. 19 и MS Excel 2019. Тъй като всички променливи са качествени, в описателния анализ са представени като относителни дялове, а при проверката на хипотези е използван непараметричния тест хи квадрат. За ниво на значимост е използвано ниво на значимост на нулевата хипотеза $\alpha = 0.05$. При обработката на резултатите бяха използвани:
- **Сравнителен анализ** – за сравнение на измененията в показателите на променливите;
- **Параметрични и непараметрични тестове** - за оценка на хипотези – статистическо сравнение χ^2 анализ за проверка на хипотези за връзка между качествени променливи. Критичното ниво на значимост в изследванията е $\alpha = 0,05$;
- **Вариационен анализ** - измерва различията в съвкупността по определен признак. Измерване на показателите средноаритметична стойност (\bar{x}), Мода и медиана на статистическия ред, и средно квадратичното отклонение.;

- **Корелационен анализ** – за установяване на степен на свързаност между две променливи. Измерване на коефициент на **Пиърсън** (r), за установяване и определяне на степен на праволинейна корелационна зависимост между количествени променливи и коефициент на **Крамър** (V) или на **Стюдант** за качествени променливи;
- **Графичен анализ** – показва графично обработените от анкетата данни. За графичния анализи са използвани MS Excel 2019 и IBM Statistics 19.

❖ **Статистически анализи**

Материалът е обработен статистически с компютърна програма IBM SPSS Statistics, версия 19, като са използвани следните анализи:

- **Дескриптивна статистика:** Средна стойност, стандартно отклонение, минимум-максимум, медиана, персентили, интервал на доверителност, относителен дял;
- **Графичен анализ;**
- **Процедура за изчисляване на надеждност** на скала (Кромбах Алфа);
- **Параметрични анализи:** t - test на Стюдънт (двустранен), корелационен анализ (изчисляване на коефициента на корелация на Пиърсън);
- **Непараметрични анализи:** U на Ман-Уитни Наличие на статистическа значимост се приема при двустранното ниво на вероятност $p < 0.05$.
- **p -ниво на значимост**, т. е. вероятността връзката между двете променливи да е случайна. Колкото е по-малка r -стойността, толкова е по-висока статистическата значимост (достоверността) на връзката между двете променливи и $p = 0.000$, което се цитира като $p < 0.001$ и се записва по следния начин: $\chi^2(6, 541) 83.75 N =, p < 0.001$. Тъй като p -стойността е по-малка от 0.05 се отхвърля нулевата хипотеза H_0

При измерване теснотата на връзката между явления, представени на номинални или смесени номинални и ординални скали, се прилагат предимно корелационни коефициенти, чиято формула използва χ^2 характеристиката. Универсален от тази група коефициенти се счита коефициента на Крамер, тъй като той е стандартизиран в граници [0; 1] и се интерпретира като обикновен корелационен коефициент. Широко приложение при зависимости между явления, представени на дихотомни скали, намират коефициентите на асоциация. Познати са също коефициенти на конкордация и други (табл. 3).

Табл.3. Стойност на коефициент на корелация и степен на зависимост

Стойност на коефициента на корелация Value of the correlation coefficient	Степен на зависимост Degree of dependence
до 0,3	слаба/poor
над 0,3 до 0,5	умерена/moderate
над 0,5 до 0,7	значителна/significant
над 0,7 до 0,9	голяма/high
над 0,9	много голяма/very high

❖ **Понятиен апарат**

Поради многообразието от понятия, които често се използват еднозначно, но се различават в съдържателен аспект по смисъл, считаме за необходимо да представим понятиен апарат и възприетите от нас понятия:

• **Брак/Брачност (според семеен кодекс)**

Чл. 5. Бракът се сключва по взаимно, свободно и изрично съгласие на мъж и жена, дадено лично и едновременно пред длъжностното лице по гражданското състояние.

Чл. 17. Съпрузите са длъжни чрез взаимно разбирателство и общи усилия и съобразно своите възможности, имущество и доходи да осигуряват благополучието на семейството и да се грижат за отглеждането, възпитанието, образованието и издръжката на децата.

- **Семейно планиране** - според експертите на СЗО (1970) терминът „семейно планиране“, включва тези дейности, които имат за цел да помогнат на хората и двойките за постигане на определени резултати: избягване на нежелана бременност, създаване на желаният брой деца, регулиране на интервала между бременностите, контролиране на времето за създаване на дете, в зависимост от възрастта на родителите и желаният брой деца в семейството.

- **Семейство** (при човека) се нарича група индивиди, които живеят съвместно с ангажимент и обвързаност едни с други, формират обща икономическа единица, може да полагат грижи за деца, а идентичността им е значимо свързана с групата.

- **Отговорно родителство** - процесът на възпитание, отглеждане, насърчаване и подкрепата на децата, на тяхното физическо, емоционално, социално, финансово и интелектуално развитие от ранна детска възраст до зряла възраст. Законът за лицата и семейството гласи 1.1. 84. (Изм. - Изв., бр. 89 от 1953 г.) Родителите са длъжни да се грижат за децата си до навършване на 18-годишната им възраст и да ги подготвят за обществено полезна дейност.

**Правото на семейно планиране или на свободно и отговорно родителство е неотменимо право на всеки човек (ООН, 1968).*

- **Репродуктивно здраве** – „Репродуктивното здраве се определя като състояние на пълно физическо, умствено и социално благосъстояние във всички сфери, свързани с репродуктивната система и нейните функции и процеси. То предполага разбирането, че хората притежават способност за репродукция и правото на избор дали, кога и колко често да я използват“

(Актуализирана национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012-2030г.), Министерство на труда и социалната политика, София, с. 104).

- **Възрастна първеския** - бременна за първи път, на възраст 35 и повече години.

- **Сексуално здраве** - Съществува тясна връзка между сексуалността и здравето. Понятието „сексуално здраве“ (дефинирано от Световната здравна организация) означава, че даден човек се чувства добре по отношение на своята сексуалност. Има се предвид не само физическото здраве, но и емоционалното, умственото и социалното му състояние. Не само да отсъства болест, но и да не съществуват ограничения под една или друга форма. Условието за сексуално здраве са положителният и уважителен подход към сексуалността и сексуалните връзки, както и възможността за сигурни и изживени с наслада доброволни сексуални контакти, без принуда, дискриминация и насилие. За постигането и запазването на сексуалното здраве е необходимо да се уважават и пазят сексуалните права на всички хора.

- **Стерилитет** - Стерилитетът е заболяване или състояние на репродуктивната система, най-често диагностицирано, когато двойката е имала една година полови контакти без предпазни средства и въпреки това не се е получило забременяване или ако жената в семейството е преживяла няколко спонтанни аборта.

III. РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ

1. Социо-демографска характеристика на изследваните групи

- **Социо-демографска характеристика на пациенти от ЦРМ**
Проведено бе проучване на пациенти (n=100), жени и мъже, регистрирани за изследвания в Медицински център „Св. Иван Рилски“ гр. Шумен и хоспитализирани в УСБАЛАГ

„Селена“ - гр. Пловдив; Медицински комплекс „Майчин дом“- гр. Варна; Медицински комплекс „Д-р Щерев“- гр. София; Медицински център „Св. Иван Рилски“- гр. Тутракан, относно установяване на основните причини за късно родителство и идентифициране на предразполагащите фактори, водещи до него (табл.4).

Табл. 4. Социо-демографска характеристика на пациенти от ЦРМ

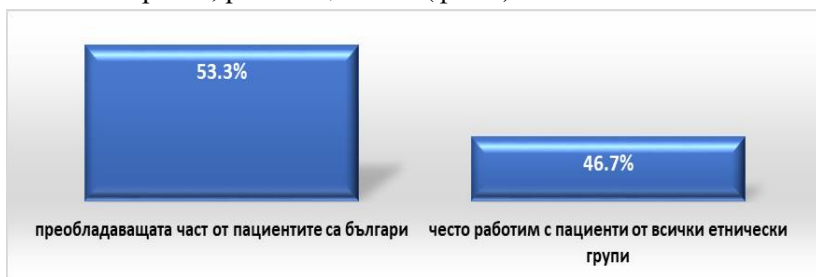
Демографски характеристики	n (брой)	%
Възраст		
20-25г.	8	8%
26-30г.	18	18%
31-35г.	33	33%
36-40г.	19	19%
Над 41г.	22	22%
Пол		
Мъже	17	17%
Жени	83	83%
Етническа принадлежност		
Българи	85	85%
Българо-мохамедани	2	2%
Роми	2	2%
Турци	6	6%
Не споделили	5	5%
Образование		
Висше	64	64%
Средно	18	18%
Основно	8	8%
Религиозна принадлежност		
Православно християнство	69	69%
Ислям	13	13%
Католицизъм	2	2%
Протестантство	0	0

Не желая да споделя	9	9%
Не изповядвам религия	7	7%
Деца в семейството		
Без деца	67	67.0%
Дете от предишна връзка	9	9.0%
Партньора има от предишна връзка	10	10.0%
Двамата партньори имат от предишна връзка	4	4.0%
Вторичен стерилитет в семейството	8	8.0%
Не отговорили	2	2%
Доходи		
По-малко от 1000лв.	0	0
1000-1500лв.	24	24%
1600-2000лв.	22	22%
2100-2500лв.	15	15%
2600-3000лв.	12	12%
3100-3500лв.	6	6%
3600-4000лв.	4	4%
Над 4100лв.	15	15%
Не отговорили	2	2%

По отношение на възрастовото разпределение на пациентите от ЦРМ, най-голям е дялът на пациентите във възрастова група от 31-35 години (33%), последвани от тези над 41 години (22%). С незначителна разлика в процентно съотношение са на възраст 36-40г. (19%) и респондентите на възраст 26-30г. (18%).

Анализът на етническата принадлежност показва, че преобладаващата част от анкетираните от ЦРМ са от български етнос (85%). Значително по-малко са представителите на турски етнос (6%).

За валидизиране на резултатите, относно етноса на преобладаващата част от потребители на ЦРМ, проучихме мнението на експертите, работещи в тях (фиг.2).



**Фиг.2. Етническа принадлежност на пациенти от ЦРМ
(мнение на експерти)**

По-голяма част от експертите са посочили, че преобладаващата част от пациентите са българи (53,3%), но често работят с пациенти от всички етноси (46,7%). Факта, че сред пациентите на ЦРМ преобладават пациенти от българския етнос потвърждава и направената социо-демографска характеристика на тази група респонденти.

Образованието е фактор, сочен от много демографи като определящ репродуктивното планиране. Доказват го и резултатите от анкетата. Най-висок е делът на респондентите от ЦРМ със висше образование (64%), което предполага добра здравна култура по въпросите на репродуктивното здраве и семейно планиране.

Преобладаващата част от пациентите от ЦРМ са посочили, че нямат деца (67%). Минимална е разликата в процентното съотношение на тези, при които партньорът има дете от предишна връзка (10%) и/или че те имат дете от връзка преди настоящата (9%). Отлагането на родителство е предпоставка за раждането на единствено дете в семейството.

За целите на научното изследване основна група респонденти бяха пациентки, хоспитализирани в Отделение Патологична бременност и Родилно отделение (n=200) на

УСБАЛАГ „Селена“ – гр. Пловдив; СБАГАЛ „Проф. д-р Д. Стаматов“ ЕООД – гр. Варна; „МБАЛ - Шумен“ АД; МОБАЛ „Д-р Стефан Черкезов“ – гр. Велико Търново; Медицински комплекс „Майчин дом“ – гр. Варна (Патологичен сектор). Съобразно условието за включване в анкетното проучване, пациентите са на възраст 26 и повече години (възраст над средната за раждане на първо дете за страната) .

Табл. 5. Социо-демографска характеристика на пациентки от ПБр. и РО

Демографски характеристики	п(брой)	%
Възраст		
26-30г.	99	49,5%
31-35г.	51	25,5%
36-40г.	31	15,5%
Над 41г.	19	9,5%
Етническа принадлежност		
Българи	127	63,5%
Турци	38	19%
Арменци	1	0,5%
Роми	12	6,0%
Друго	9	4,5%
Не споделили	13	6,5%
Религиозна принадлежност		
Православно християнство	117	58,8%
Ислям	36	18,0%
Католицизъм	1	0,5%
Протестантство	7	3,5%
Атеист	13	6,5%
Друго	7	3,5%
Не желая да споделя	19	9,5%
Образование		

Без образование	9	4,5%
Начално	3	1,5%
Основно	17	8,5%
Средно	73	36,5%
Висше	98	49,0%
Доходи		
По-малко от 1000лв.	41	20,5%
1000-1500лв.	48	24,0%
1600-2000лв.	48	24,0%
2100-2500лв.	30	15%
2600-3000лв.	17	8,5%
3100-3500лв.	4	2,0%
3600-4000лв.	8	4,0%
Над 4100лв.	1	0,5%
Не посочили	3	1,5%

Значителна разлика се открива при възрастовата характеристика на пациентките от отделение ПБр. и РО в сравнение с пациентите от ЦРМ. Една втора от анкетираните са на възраст 26-30г. (49,5%), следвани от тези на 31-35г. (25,5%). Делът на пациентките, които попадат във възрастова група 36-40г. намалява (15,5%) и сравнително малък брой са анкетираните над 41г. (9,5%).

По отношение на образователната степен, сред пациентките от ПБр. и РО преобладават тези с висше образование (49,0%), следвани от респондентите със средно образование (36,5%). Значителни по-малко са тези, които са посочили, че имат основно образование (8,5%). Съществено по-малък е делът на тези, които нямат образование (4,5%) или са с начално образование (1,5%).

Преобладаващият дял на жените с първа бременност в напреднала възраст потвърждава зависимостта: кариера - висок доход - късно родителство.

- ***Социо-демографска характеристика на студентки-майки***

Анкетното проучване обхваща студентки от специалностите „Медицинска сестра“ и „Акушерка“ от I, II, III и IV курс на филиалите Шумен, Велико Търново и Сливен към МУ-Варна. Всички студенти, участвали в проучването са със статут „майка“ (n=60).

По отношение на възрастта, преобладаващата част от студентките са над 41г. (30%), следвани от тези, във възрастовите граници 20-25г. и 31-35г. (21,7%). Сравнително малко са респондентите на възраст между 36 и 40г. (16,7%) и 26-30г. (10%).

2. Информираност на пациентите относно репродуктивно здраве

Редица медицински издания и проучвания за нивото на здравна култура сред населението и здравното образование в ранна детска възраст сочат, че в тези направления има дефицит. През последните десетилетия здравето на населението е на челни позиции в негативната статистика при сърдечно-съдови заболявания, онкологични заболявания, употреба на тютюневи изделия в ранна юношеска възраст и др.

Изследвахме информираността, относно подходящата възраст за създаване на първо дете сред пациентите с различна религиозна принадлежност.

За респондентите, които изповядват ислям, най-подходящата възраст за раждане на първо дете е 20-25 г.(23,1%), защото колкото по-млада е жената, по-леко протичат бременността и раждането (33,3%).

Изразеното мнение на пациентите, изповядващи православно християнство е в сравнително широк диапазон: от възраст 25-30 г. (84,6%) до 30-35г. (88,9%). Макар и по-висока тази възраст не превръща нормално протичащата бременност в рискова, ако няма други усложнения.

Получените резултати имат пряка връзка с религиозните догми, които проповядва исляма. Основна характеристика на брака в мюсюлманската общност, е че идеалният модел препоръчва брак във фертилна възраст.

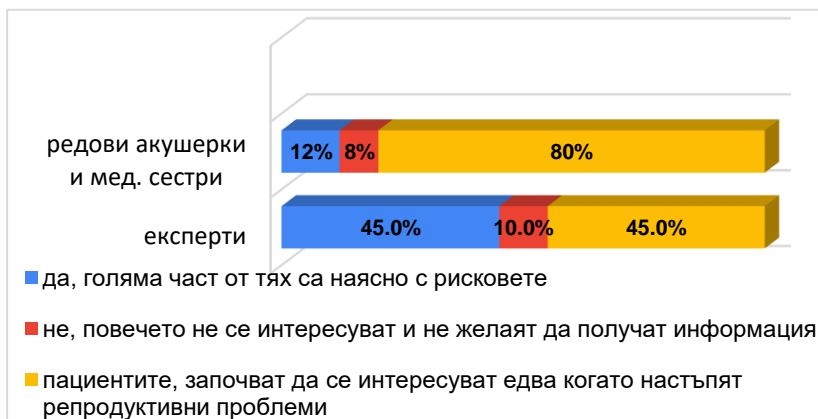
Здравната информираност е от особено значение за репродуктивното поведение сред младите хора и планирането на подходящото време за създаване на семейство и дете. Предоставена бе възможност на експертите и здравните специалисти да изкажат мнение, относно здравната информираност на пациентите (фиг.3).



Фиг.3. Информираност на пациентите, относно подходящата възраст за създаване на първо дете и религия (мнение на експерти и редови акушерки/мед.сестри)

Експертите убедено изказват мнение, че пациентите са наясно с подходящата възраст за създаване на първо дете, но го отлагат във времето (75.0%). Редовите акушерки/медицински сестри са на противоположното мнение – те считат, че при пациентите съществува дефицит по отношение на информираност и познания в тази насока и това е потенциална причина за здравен риск.

Потърсихме мнение на експерти и редови акушерки/медицински сестри, относно информираността на пациентите за рисковете при бременност след 35г. (фиг.4).



Фиг.4. Информираност на пациентите за рисковете при бременност след 35г.

(мнение на експерти и редови акушерки/мед.сестри)

Отлагането на родителството може да се определи като здравен риск по отношение на бременността и раждането на живо и доносно новородено. Преобладаващата част от редовите акушерки и медицински сестри са на мнение, че пациентите започват да се интересуват от тези неща едва когато настъпят репродуктивни проблеми (80%). За разлика от тях приблизително ½ от експертите споделят същото мнение (45%) и още толкова са посочили, че пациентите са запознати с рисковете (45%).

Формирането на знания относно рисковете при бременност и раждане след 35г. е приоритет на всяко общество.

Проучихме информираността на респондентите (от ЦРМ, ПБр. и РО) относно риска от бременност и раждане след 35 годишна възраст (фиг.5).



Фиг.5. Информираност на пациентите за рисковете при бременност и раждане след 35годишна възраст

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

Анализът на резултатите потвърди приетото в обществото схващане, че всяка бременност и раждане крият риск. Приблизително еднакъв е делът на респондентите от ЦРМ (44%) и хоспитализираните пациентки в ПБр. и РО (41%), които са посочили, че рискова може да бъде бременността и раждането във всяка възраст.

Основните рискове за анкетираните от ЦРМ са свързани с генетични увреждания на новороденото, аномалии и вродени дефекти на невралната тръба (31%), които са свързани с възрастта на бременната. Същите рискове посочват и хоспитализираните пациентки (21%).

Установен е дефицит на здравна информираност относно рисковото репродуктивно поведение сред двете групи респонденти, което може да бъде компенсирано от автономната дейност на акушерката в АЦПБР.

3. Клинични и социално-икономически причини за отлагане на родителство

Проучихме клиничната причина за отлагане на родителство при жени с репродуктивни проблеми от ЦРМ (фиг.6).



Фиг.6. Клинични причини за отлагане на родителство при жени от ЦРМ с репродуктивни проблеми*% надхвърля 100, тъй като анкетираните са посочили повече от един отговор

Респондентите са посочили, като най-честа диагностицирана причина за стерилитет -запушени маточни тръби (36%), следвани от хормонални нарушения (19%), нарушения в овулацията (16%) и ендометриоза (9%). За значително по-малка част от респондентите причината за стерилитет е изчерпване на яйчниковия резерв и влошено качество на яйцеклетките (6%), генетични причини (4%), имунологични фактори (3%) и др.

Важно е при двойката с репродуктивни проблеми, да се установи причината за стерилитет и сред мъжете, регистрирани за изследване и/или хоспитализирани в ЦРМ (фиг.7).

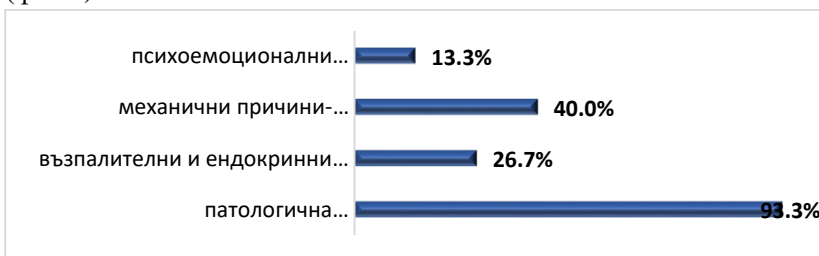


Фиг.7. Клинични причини за репродуктивни проблеми при мъже от ЦРМ*% надхвърля 100, тъй като анкетираните са посочили повече от един отговор

Недиагностицирана е причината за репродуктивни проблеми от страна на мъжа при 1/3 от респондентите (28%). За водеща причина за безплодие е посочена патологична сперматогенеза (20%), възпалителни и ендокринни заболявания (8%) и психо-емоционални проблеми (7%).

Една от причините мъжете да бъдат безучастни в процеса на „търсене“ на причината за безплодие е факта, че при тях не се наблюдават симптоми на нарушение в сексуалната функция и общото здравословно състояние.

При определяне на основна причина за репродуктивни проблеми при мъжете, експертите са посочили повече от един отговор, като са ги степенували по честота на случаите (n=15) (фиг.8).



Фиг.8. Клинични причини за стерилитет при мъжете (мнение на експертите от ЦРМ)

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

За основна причина за стерилитет сред мъжете, експертите, посочват патологичната сперматогенеза (93,3%). Следващи по честота са механичните причини - хидроцеле; варикоцеле (40%). Сравнително по-малко са възпалителните и ендокринни заболявания (26,7%). С най-малък дял, но не и за пренебрегване са психо-емоционалните проблеми (13,3%).

За жените причините за стерилитет според мнението на експертите са по-многобройни. При определяне на основна причина за репродуктивни проблеми при жените, респондентите са посочили повече от един отговор, като са ги степенували по честота на случаите (n=15) (фиг.19).



Фиг.9. Клинични причини за стерилитет при жените (мнение на експерти от ЦРМ) *% надхвърля 100, тъй като анкетираните са посочили повече от един отговор

При анализът на получените резултати установихме, че най-честата причина за стерилитет сред жените в ЦРМ е запушени маточни тръби (80%), а изчерпване на яйчниковия резерв и влошаване качеството на яйцеклетките е следваща по честота причина за стерилитет (60%).

Интерес представляваше да установим какви са най-честите социално-икономически фактори сред пациентите от ЦРМ, които могат да влияят на решението за отлагане на родителството (фиг.10).



Фиг.10. Социално-икономически причини за отлагане на родителство (мнение на пациенти от ЦРМ)

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

Преобладаващата част от респондентите (жени/мъже) са посочили по равно разпределени в процентно съотношение социално-икономически причини: липса на подходящ партньор и липса на достатъчно финансови средства (29%).

Сравнително малка част от респондентите са посочили, продължаващо образование като причина за късна бременност (20%). Еднакъв дял заемат анкетираните, които са посочили, че не са искали да имат дете и тези, които са работили/учили в чужбина и са изчаквали да се завърнат в родината си (9%).

Мнението на експертите, относно най-честата причина за отлагане на родителството сред хората в репродуктивна възраст, е проучено и чрез провеждане на дълбочинно интервю. С цел запазване на анонимността на интервюираните, отговорите са представени с номера от P1 до P8.

В отговор на въпроса „Кои са най-честите причини за отлагане на бременност и раждане при млади хора във фертилна възраст?“, преобладава мнението, че те са свързани с финансови проблеми, стремеж към кариерно развитие и липса на подходящ партньор.

„Икономически и финансови причини, както и стремеж към кариерно развитие.“ (P2)

„Липсата на финанси, провокира амбицията за повишаване на професионалната квалификация, като мотив за подсигуряване на по-високи доходи. Това неминуемо се отразява и на планирането на семейния живот сред младите хора.“ (P3)

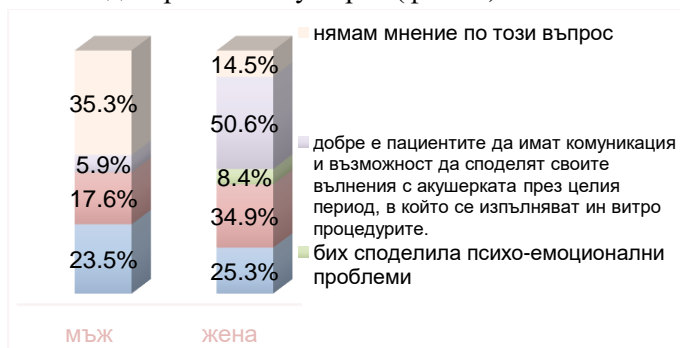
„Липсата на подходящ партньор е основна причина за създаване на деца в рискова възраст“ (P4)

„Една от най-честите причини според мен е стремежът към професионална реализация“. (P5)

„Хората често живеят с неподходящ партньор, което ги кара да се чувстват несигурни за своето бъдеще, това налага и отлагане на раждането.“ (P7)

4. Доверието към акушерката – предпоставка за успешна консултативна дейност в ЦРМ

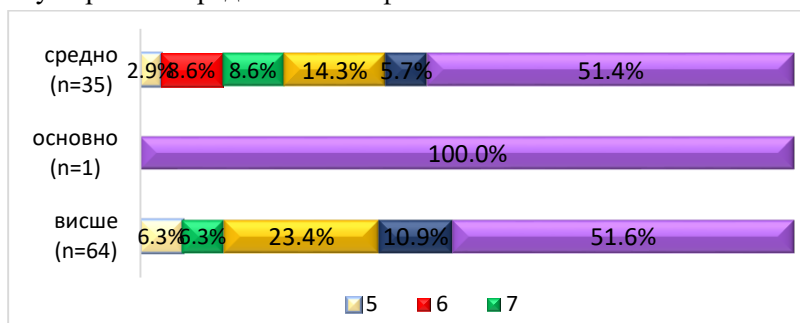
За да може акушерката да бъде част от екипа, който ще работи за преодоляване на причините за отлагане на родителство, пациентите трябва да имат доверие към нея. Потърсихме мнението на пациентите (жени и мъже) от ЦРМ, за кои въпроси биха се доверили на акушерка (фиг.11).



Фиг.11. Доверие на пациентите (жени и мъже) от ЦРМ към акушерка

За жените от двойката с репродуктивни проблеми е важно да има изграден механизъм, чрез който да поддържат непрекъснатата комуникация с акушерка, за да споделят своите вълнения, притеснения, радост при успех от процедурите през целия период на осъществяване на репродуктивни дейности (50,6%).

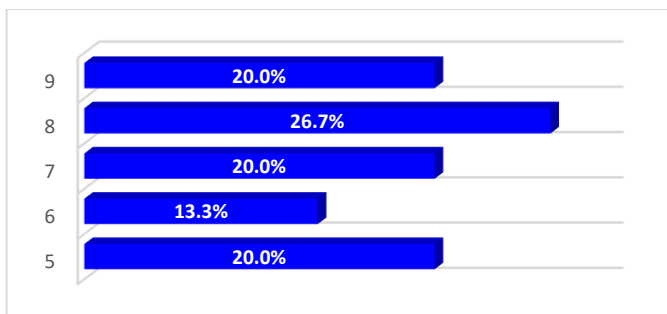
Корелацията на образователната степен и доверието към акушерката е представена на фиг. 12.



Фиг.12. Влияние на образованието върху доверието към акушерката (пациенти ЦРМ)

Акушерките от ЦРМ получават безрезервно доверие от пациентите от ЦРМ с висше (51,6%) и средно образование (51,4%), оценявайки ги с най-високата оценка 10. Сравнително по-малка част от пациентите с висше образование (23,4%) и тези със средно (14,3%) споделят удовлетворяваща оценка 8 за доверието към акушерката.

Важно беше за нас да установим, доверието на експертите от ЦРМ към акушерките (фиг.13).



Фиг.13. Оценка на доверието на експертите към акушерките

Доверието на експертите към акушерките в почти равни дялове е оценено с оценки 8 (26,7%), 9 , 7 и 5 (20,0%).

Получените резултати дават основание да направим извод за изграденото високо ниво на доверие към акушерската дейност от страна на експертите от ЦРМ.

В дълбочинното интервю, експертите посочиха необходимостта от надграждане на знанията на акушерката, за да работи в направление превенция на репродуктивното здраве.

„Да участва поне два пъти годишно в обученията и семинари“ (P2)

„Повечето акушерки пренебрегват продължаващото образование, но то е основен критерий за повишаване авторитета на професията и налагане на дълго-желаната от тях автономност“ (P3)

„Акушерките трябва да се включват в специализации и обучения“ (P4)

„Считам, че само акушерки с опит в професията са готови за това“ (P6)

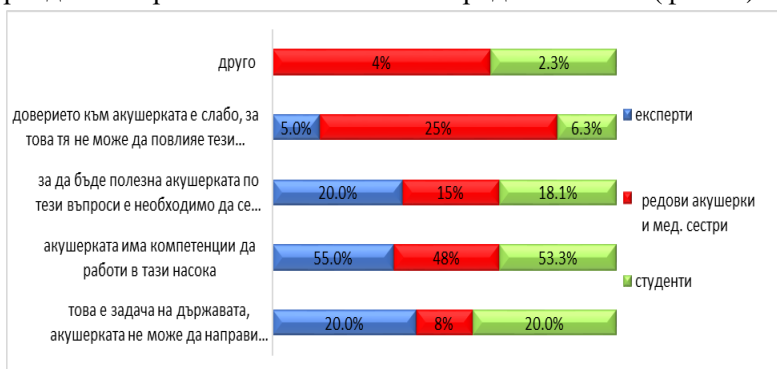
„Задължително е надграждането , ако акушерката е решила да работи в тази насока“ (P8)

Все още мотивацията за повишаване на квалификационната степен и следдипломно обучение на акушерката са недостатъчни. Това вероятно е продиктувано от

неадекватното заплащане спрямо допълнителна квалификация, специализация, следдипломно обучение на здравните професионалисти.

5. Компетентности на акушерката за преодоляване на причините за отлагане на родителството

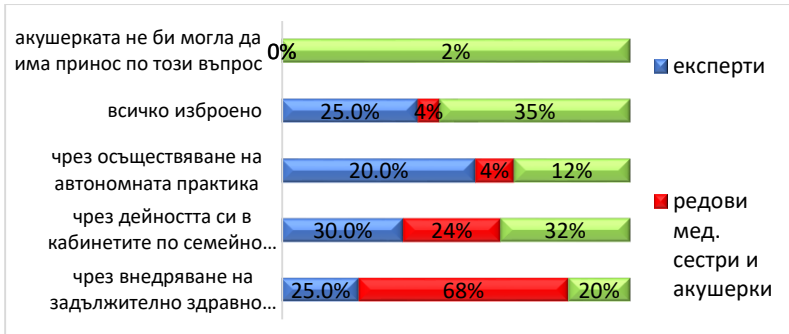
Потърсихме мнението на респондентите (експерти, редови акушерки/медицински сестри и студентки-майки) относно професионалните възможности и компетентности на акушерката да съдейства на хората в репродуктивна възраст да преодолеят причините за отлагане на родителството (фиг.14).



Фиг.14. Компетентности на акушерката за преодоляване причините за отлагане на родителство

Преобладаващо е мнението на респондентите, че акушерката има компетенции да работи за преодоляване на причините за отлагане на родителство. Положително категорични в тази посока са експертите (55%), студентките-майки (53,3%) и здравните професионалисти (48%).

Дейностите, които са рамките на акушерската компетентност могат да бъдат прилагани чрез различни здравни практики, но всички те са насочени за преодоляване на причините за отлагане на родителството (фиг.15).



Фиг.15. Дейности на акушерката, въздействащи върху причините за отлагане на родителството

Промоцията и профилактиката на репродуктивното здраве е процес, който трябва да започне в ранна детска възраст и да продължи през целия фертилен период. Това изразяват и като мнение здравните специалисти, според които задължителното здравно образование в училищата е начина, чрез който акушерката може да въздейства за преодоляване на причините за отлагане на родителството (68%). Това може да бъде осъществено чрез предложения модел за АЦПБР.

Ценно за нас беше мнението на експертите – според които начина по който акушерката може да въздейства за преодоляване на причините за отлагане на родителство е в няколко направления - кабинет по семейно планиране (30%), повишаване на здравното образование (25%).

Ролята на акушерката за преодоляване на причинните за отлагане на родителството, беше уточнена в осъщественото дълбочинно интервю със експерти от ЦРМ.

„Основната роля на акушерката се изразява в повишаване на здравното възпитание сред младите хора, без здравно възпитание и добиване на здравни знания не можем да постигнем добри резултати в тази насока.“ (P2)

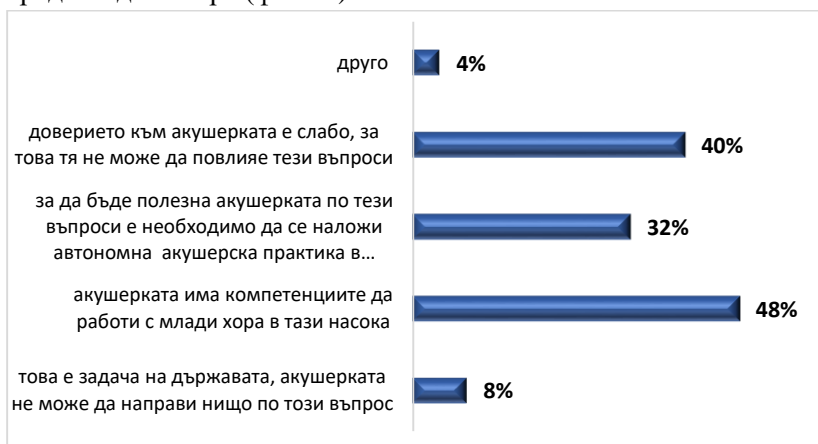
„Младите хора нямат здравно възпитание и за това акушерката може да има висок принос, защото когато дойде

пациент в кабинета не е редно аз да започна да му обяснявам неща, за които той има пропуски от години по отношение на репродуктивното здраве. (P3)

„Профилактиката, а тя се осъществява чрез повишаване знанията сред учениците за полово съзряване, сексуално-трансмисивни заболявания, предпазване от нежелана бременност и запознаване на момичетата с репродуктивните възможности на жената.“ (P4)

„Може би в повишаване на дейността в кабинетите по семейно планиране, считам че там акушерката ще бъде най-полезна.“ (P6)

Компетенциите и уменията на акушерката, оценени от експертите от ЦРМ, идентифицират ролята на акушерката за преодоляване на причините за отлагане на родителство. Проучихме мнението на редовите акушерки/медицински сестри от ЦРМ, относно здравно регламентираните възможности за промотивни дейности, повишаващи репродуктивната култура сред младите хора (фиг.16).



Фиг.16. Компетентности на акушерките за промотивни дейности

Почти половината от анкетираните редови акушерки/медицински сестри са потвърдили категорично, че

акушерката има компетентности да осъществява промотивна дейност (48%), но не са малко и тези, които са на мнение, че доверието към акушерката е слабо и тя не би могла да повлияе на въпроси повишаващи репродуктивната култура (40%).

Законовото регламентиране на автономна дейност на акушерките (*Постановление № 248 на Министерския съвет от 2005 г.*) в страната на този етап не е осъществено поради неясно финансиране.

Представена бе възможност на експертите да изкажат мнение, относно ролята на акушерката за преодоляване на причините за отлагане на родителството (фиг.17).



Фиг.17. Роля на акушерката за преодоляване на причините за отлагане на родителство

Еднакъв е делът на тези, които са посочили, че ролята на акушерката е да бъде консултант на жената по въпросите за бременността и раждането и провеждане на здравно възпитание (40%). Сравнително по-малък е делът на респондентите, които

считат, че приноса на акушерката при профилактика на репродуктивното здраве е с по-малка значимост (20%).

В дълбочинно интервю проучихме мнението на експертите с въпрос, свързан с учебния план на студентите от специалност „Акушерка“. Попитахме експерти, дали са необходими специфични знания и практически умения за работа в ЦРМ, които да бъдат заложили в учебната им програма. До този момент такава дисциплина не е включена в четири годишния курс за обучение по специалността.

„Да, репродуктивната медицина отдавна е наложена в нашата страна. Задължително е! Това е една от причините в нашите клиники да има високо текучество на акушерки-трудно се адаптират към високата специфичност на работата“ (P1)

„По-скоро специализация в тази насока за акушерки, които са решили да осъществяват дейност в ин-витро център“ (P2)

„Разбира се-задължително е!“ (P3)

„Още с удължаване на периода за обучение на акушерката и образователно-квалификационната степен, трябваше да го наложат в учебната програма“ (P4)

„Категорично да!“ (P7)

Мнението на експертите за необходимостта от повишаване знанията на акушерките в посока на репродуктивното здраве е категорично „за“.

6. Мотивация и демотивация на старши и редови акушерки/медицински сестри за работата им в ЦРМ

Специфичната работа в ЦРМ налага като изискване надграждане на базовите и усвояване на знания за високотехнологично и комплексно лечение, което гарантира успешните резултати на репродуктивната практика.

Предвид спецификата на работа в ЦРМ, предоставихме възможност на акушерките/медицинските сестри да споделят факторите, които ги мотивират да работят в тази среда (фиг.18).



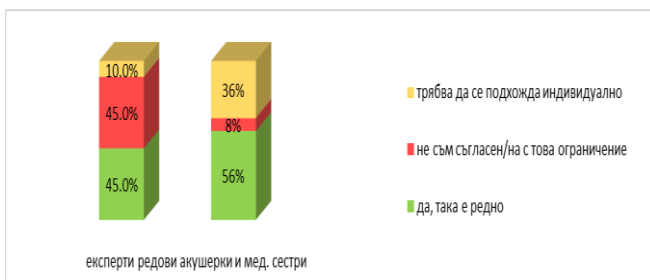
Фиг. 18. Фактори, мотивиращи акушерките за работа в ЦРМ

Работата в ЦРМ е динамична и специфична, което е свързано с необходимост от адаптация и мотивация на всички редови акушерки/медицински сестри с професионална реализация в това звено.

7. Предизвикателствата за пациенти в ЦРМ

Специфичността на работата в ЦРМ е съпътствана с различни по вид предизвикателства. Наред с изпълнение на задълженията, които изискват висока прецизност и познаване на тяхната специфичност, медицинските специалисти от ЦРМ, трябва да имат изграден добър психологически подход в работата с жени и мъже с репродуктивни проблеми.

Едно от предизвикателствата, с които се срещат пациентите е ограничението по *Наредба 28 на МЗ чл. 27, ал. 1, т. 3 и ал. 2*, според което жени, навършили 43 години нямат право да получат финансиране от държавата за ин витро процедура. Потърсихме мнението на експерти и редови акушерки/медицински сестри, до колко е основателно въвеждане на възрастово ограничение (фиг.19).



Фиг.19. Възрастова граница за ин-витро процедура, финансирана от държавата

По-голямата част от респондентите експерти и редови акушерки/ медицински сестри подкрепят поставянето на възрастово ограничение (46,7%:56%), което е професионално отговорно по отношение на рисковете за късна бременност. В много по-широк диапазон са отговорите, свързани с несъгласие на ограничението на възрастта (46,7%:8%) и прилагането на индивидуален подход (6,7%:36%).

Възрастовата граница е различна в страни с развити асистиранни репродуктивни технологии (АРТ) в света:

- Германия, Испания, САЩ, Израел, Турция – законодателството в тези страни не поставя граница за възрастта на жената при частно финансирани АРТ процедури;
- Великобритания и Естония - законодателството в тези страни определя 50 годишна възраст на жената, като граница при АРТ процедури;
- Холандия, Гърция – законодателството в тези страни определя граница за възраст 45 годишна възраст на жената при АРТ процедури.

Предизвикателство, както за медицинския екип, така и за пациентите е резултата от асистираната репродукция. Безспорно моментът, в който пациентите установят, че ин витро процедурата е неуспешна и поредният опит за реализиране на

бременност е мираж, е труден както за пациентите, така и за медицинският екип. Реакцията на пациентите след неуспешна ин витро процедура може да се окаже предизвикателство за редовите акушерки/медицински сестри (фиг.20).



Фиг.20. Мнение на редовите акушерки/медицински сестри за реакциите на пациентите след неуспешна процедура

Приблизително $\frac{1}{4}$ от респондентите, посочват че обвиненията на пациентите от ЦРМ са насочени към медицинския екип (24%). И в малка част реакцията е свързана със самообвинения (16%).

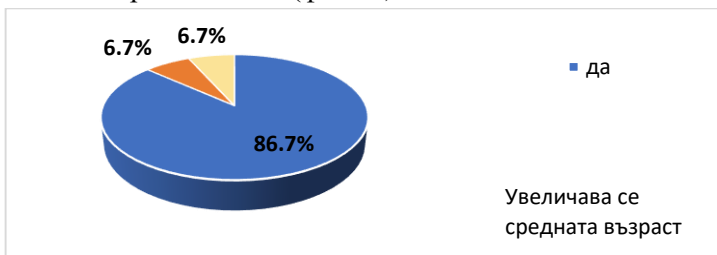
Необходим е висок професионализъм и добър психологически подход от страна на здравните специалисти за справяне в такива моменти.

8. Промяна в посоката на търсените медицински услуги от страна на пациентите в ЦРМ-мнение на АГ-специалисти

Начало на ин витро технологията е поставено през 1978 г. в Англия от д-р Робърт Едуардс и Патрик Степто. За това постижение, дало надежда на милиони бездетни двойки по целия свят, д-р Едуардс получава нобелова награда по медицина през 2010 година.

В България методът е въведен през 1987 г., като първите деца, заченати инвитро, се раждат в началото на 1988г. С решение на Министерски съвет през 2009г. е създаден Фонд за асистирана репродукция, който подпомага финансово лечението на двойки с репродуктивни проблеми в България.

За да бъде потвърдена тезата, че е налична промяна, която нараства тенденциозно, потърсихме мнението на експерти дали има промяна в потребителите на репродуктивни услуги в сравнение с преди 10-15г. (фиг.21).



Фиг.21. Промяна в търсенето на репродуктивни услуги в ЦРМ (мнение на експерти)

Почти единодушно е мнението на експерти, че е налична промяна в търсенето на репродуктивни услуги (86,7%) - потребители са не само двойки с репродуктивни проблеми, но и жени, планиращи бременност с донорски материал, еднополови двойки и други. (6,7%). Минимален е делът на тези, според които не се наблюдават значителни промени, но всяка година се увеличава средната възраст за раждане на първо дете (6,7%) .

Интерес за нас представляваше да конкретизираме промените сред търсените услуги в ЦРМ. Въпросът беше свързан с репродуктивна процедура, осъществена с донорски материал при жени без партньор.(фиг.22).



Фиг.22.Ин витро процедура с донорски материал при жени без партньор

Малко повече от половината експерти потвърждават, че има такива единични случаи (53,3%) и сред тях има и еднополови двойки (13,3%).

Започнала, тази практика може да наложи модел на млади хора с потомство, но без партньорско обвързване. Макар и малък, делът посочен за асистирана репродукция при еднополови двойки решава проблемът за бездетност сред еднополовите съжителства.

Влиянието на религията за решението да се използва чужд донорски материал е статистическо значимо ($\chi^2 = 20,718$, $p < 0,05$). Зависимостта е слабо изразена ($V = 0,263$) (фиг.23).



Фиг.23. Влияние на религията за решението да се използва чужд донорски материал

Пациентите, изповядващи ислям и католицизъм са категорични в мнението си, че не желаят донорски материал (46,15%: 50%), което е предпоставка при клиничен проблем (особено от страна на мъжа) шансовете на двойката да бъдат биологични родители е невъзможна.

9. Влияние на COVID-19 върху раждаемостта

Ковид-19 повлия на обществото по много и различни начини. В посока на общественото здраве, вирусът беше повод да бъде отменен плановият прием на пациенти за лечение и операции, повиши се икономическата несигурност в световен

мащаб, а лечението на хора с репродуктивни проблеми, както и манипулации за асистирана репродукция бяха преустановени.

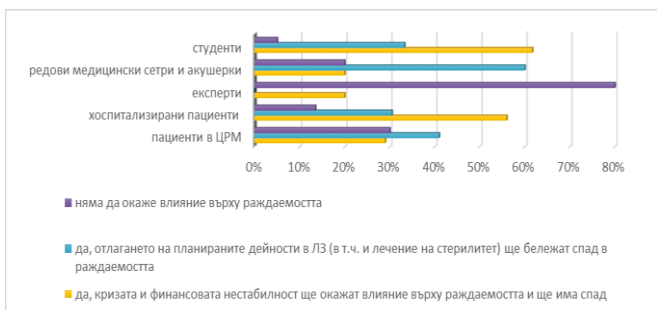
В специализираното списание *European Society of Human Reproduction and Embryology* са публикувани резултати от проучване на Абърдийския университет - Шотландия. Анализирани са данните при 10 000 жени, които са оценили влиянието на отложените процедури, заради пандемията от Covid-19 върху успешността на асистираната репродукция на по-късен етап. Получените резултати са групирани според срока на отлагане: с 6 месеца и 1 година при 5 възрастови групи.

Установено е, че колкото по-висока е възрастта в съответната група, толкова по-голямо е влиянието от отложената *in vitro* процедура за 6 месеца и 1 година. Колкото по-дълъг е периода за отлагане, толкова по-нисък е процента на живородените деца (табл.7).

Табл. 7. Разпределение на възрастта по групи на жените с отложени *in vitro* процедури

Група	Възраст/жени	Понижение на живородените деца в % (при отлагане с 6 месеца)	Понижение на живородените деца в % (при отлагане 1 година)
I група	до 30 години	0,6%	0,9%
II група	между 30 и 35г.	2,4%	4,9%
III група	между 36 и 37г.	5,7%	11,9%
IV група	между 38 и 39г.	9,5%	18,8%
V група	между 40 и 42г.	11,8%	22,4%

Във връзка с изложените данни, интерес за нас представляваше да разберем дали според анкетираните COVID пандемията ще окаже влияние с върху раждаемостта (фиг.24).



Фиг. 24. Мнение на анкетираните относно влияние на пандемията върху раждаемостта

Според данните от сравнителния анализ на респондентите относно влиянието на пандемията върху раждаемостта най-голям е делът на пациентите от ЦРМ, посочили „отлагането на планираните дейности в ЛЗ ще бележи спад в раждаемостта“ (41%), на същото мнение са и редови медицински сестри и акушерки (60%). По-голямата част от анкетираните студенти (61%) и хоспитализирани пациенти (56%) са на мнение, че кризата и финансовата нестабилност ще окажат влияние върху раждаемостта.

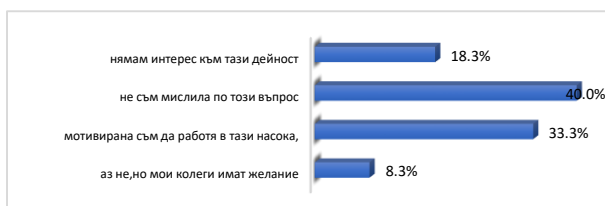
Показателно висок е делът на анкетираните експерти, според които пандемията няма да окаже влияние върху раждаемостта (80%), вероятно познавайки хода на историята във връзка с минали пандемии, белязали човечеството.

10. Нагласи и готовност на студентките-майки от специалност „Акушерка“ и „Медицинска сестра“ за профилактика на репродуктивното здраве (ПРЗ)

Дейността на акушерката за профилактика на репродуктивното здраве е различна от стандартно извършваните задължения в РЗ, където всичко протича по алгоритъм. При работата с пациенти с репродуктивни проблеми поради високата чувствителност и деликатното положение, в което са двойките, посещаващи ЦРМ се набляга на психо профилактика и

отношение към пациентите с чувство за съпричастност и съдействие. Същевременно акушерката трябва да познава добре технологията на репродуктивната методология, да извършва своята дейност с висока прецизност и да се запознава с новите технологии, които често се променят и осъвременяват в асистираната репродукция.

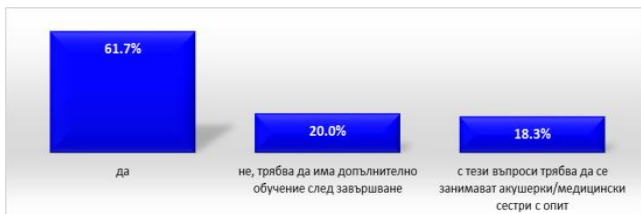
Във връзка с това попитахме студентките-майки от специалностите „Акушерка“ и „Медицинска сестра“ за тяхната нагласа и готовност да участват в профилактиката на репродуктивното здраве (фиг.25).



Фиг.25. Участие на студентките-майки в профилактика на репродуктивното здраве

По-голямата част от анкетираните са споделили, че не са мислили по този въпрос (40,%), 1/3 са потвърдили, че са мотивирани да работят в тази насока (33,3%) и по-малко от 1/5 са категорични, че нямат интерес към тази дейност.

Интерес за нас представляваше да разберем дали студентките-майки се чувстват уверени в знанията, уменията и практическата подготовка, които получават по време на своето обучение, за да работят в ЦРМ (фиг.26).



Фиг.26. Увереност в знанията, които се получават по време на обучение за работа в насока ПРЗ

Повече от половината са абсолютно убедени, че професионалистите по здравни грижи още със завършването си са подготвени да бъдат включени за провеждане на профилактика на репродуктивното здраве (61,7%). Еднозначни са отговорите на респондентите, посочили необходимост от провеждане на допълнително обучение за ПРЗ (20%) и тези, според които опитни здравни професионалисти трябва да работят в насока на репродуктивното здраве (18,3%).

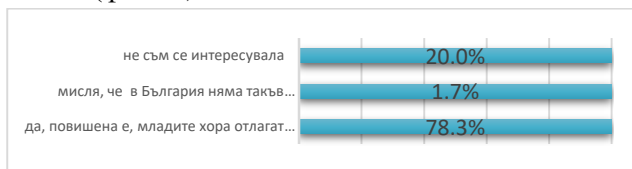
Попитахме студентите дали във връзка със затрудненията, които имат, родителството трябва да бъде отложено до завършване на образованието (фиг.27).



Фиг.27. Образованието, фактор за отлагане на родителството

Обнадеждаващ е факта, че въпреки повишените затруднения, за които споделят студентките-майки, по-голямата част от тях са на мнение, че раждането не трябва да бъде отлагано (68%). Предполага се, че в резултат на своето обучение, респондентите са добре запознати с рисковете които крие отлагането на родителството и бременност в напреднала възраст.

Интерес за нас представляваше до колко студентките-майки са информирани за демографските данни, свързани с раждаемостта (фиг.28).



Фиг.28. Информираност на студентите, относно повишение средната възраст за раждане на първо дете в България

Данни на НСИ сочат, че за 2021 г. средната възраст за раждане на първо дете в страната е 27 г., като най висока е за София 30,1 г. Преобладаващият дял от анкетираните са информирани, че средната възраст за раждане на първо дете в страната е повишена и е трайно налагаща се тенденция, младите хора да отлагат родителството (78,3%).

IV. ПРАКТИЧЕСКИ ПОДХОДИ ЗА ПРЕДОТВРЯВАНЕ НА КЪСНОТО РОДИТЕЛСТВО, КАТО ПРЕВЕНЦИЯ НА РЕПРОДУКТИВНОТО ЗДРАВЕ

1. Модел на Акушерски център за подкрепа на бъдещи родители (АЦПБР)

За преодоляване на причините за отлагане на родителството се поражда необходимост от включването на акушерката в различните нива на профилактика на репродуктивното здраве.

Създаването и дейността на АЦПБР, цели да осъществи:

- **Здравно възпитание**- профилактика на репродуктивното здраве - има за цел да обхване юноши и младежи от момента на започване на полово съзряване 11-12 г. до неговото завършване – 18 г.

- **Работа с двойки с репродуктивни проблеми** - екипът се запознава със случая, анализира данните и изготвя план за работа с двойката, спрямо идентифицираните нужди.

❖ **Здравното възпитание и образование ще се осъществява на два етапа:**

Етап I - целевата група е на възраст 11-14г.

Дейностите на акушерката ще бъдат свързани със повишаване на здравното образование, чрез задължителното изучаване на дисциплината „Здравно образование“ и повишаване на здравните знания относно:

- устройство и характер на репродуктивните органи;
- съзряване на момчета и момичета;
- първични и вторични полови белези;
- първа поява на менструацията;
- хигиена-грижа за тялото, лицето, устна кухина, очите, правилно хранене, спорт и здраве;
- предотвратяване на насилието-физически и психологически аспекти, сексуално насилие. Разпознаване на насилието и насилника- в другите и себе си. Домашно и училищно насилие;
- рисково сексуално поведение;
- употреба на наркотични вещества, алкохол и прекомерна употреба на тютюневи изделия.

Етап II - целевата група е на възраст 15-18г.

Дейностите на акушерката ще бъдат свързани с повишаване информираността по въпроси свързани със семейното планиране:

- методи на контрацепция и предпазване от нежелана бременност;
- предпазване от сексуално- трансмисивни инфекции;
- семейно планиране;
- употреба на наркотици и алкохол и влиянието им върху репродуктивните функции;

- очертаване на рисковете при поддържане на паралелни сексуални отношения и кратка продължителност на сексуалните партньорства;
 - трафик за сексуална експлоатация на мъже и жени-разпознаване на лица и събития, извършващи трафик. Предпазни мерки.;
 - фактори и поведение, очертаващи клиничен и психологически стерилитет;
 - изграждане на отношения между мъж и жена на база отговорност, доверие и равнопоставяне на личността;
 - хигиена на половия живот.
- ❖ **Работа с двойки с репродуктивни проблеми- има за цел повишаване на здравните знания, сформирани на здравна култура и подкрепа на мъже и жени с репродуктивни проблеми.**

Психо-емоционална подкрепа

- предоставяне на услуги за психическо здраве и психоемоционална подкрепа.

Съдействие при процедури на двойка с репродуктивни проблеми

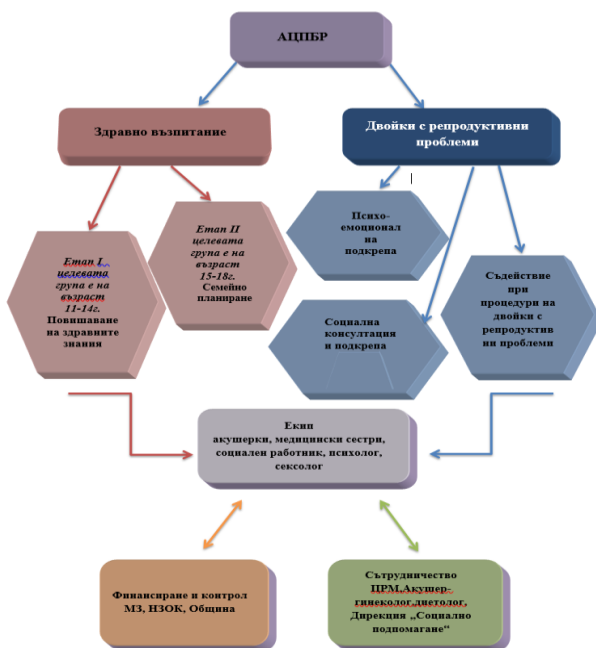
- пояснения, относно изследванията и процедурите, които предстоят;
- извършване на манипулации в рамките на акушерските компетенции, свързани със стимулация на яйчниците;
- психическа подготовка за фоликуларната пункция;
- психическа подготовка на мъжа за предстоящото оплождане на отделената яйцеклетка и пояснения, свързани с нуждата от отделяне на семенна течност и от полово въздържание;
- пояснения, относно предстоящия ембриотрансфер;
- психологическа подкрепа на двойката през целия период;
- проследяване на бременост;

- предоставяне на услуга за непрекъсната 24-часова връзка с акушерка чрез мобилно приложение за онлайн кореспонденция.

Социална консултация и подкрепа

- консултации на жени и мъже с репродуктивни проблеми, както и услуги за пренатална грижа на бременни жени, ползващи репродуктивни техники;
- подкрепа за финансиране на инвитро процедура от бизнес сектора, при отказ за държавно финансиране.

Дейностите, извършвани в АЦПБР са представени на фиг. 29.



Фиг.29. Модел на АЦПБР

Финансирането и контролът ще се осъществяват от МЗ, НЗОК, МОИ, Община и бизнес.

Екипът ще се състои от:

- акушерка-управител на АЦПБР с минимален стаж 5 години и ОКС „Магистър“ по „Управление на здравните грижи“;
- акушерки/медицински сестри;
- психолог;
- социален работник;
- сексолог;
- стажант-акушерки

Специализирано сътрудничество с ЦРМ, акушер-гинеколог, семеен психо-терапевт, диетолог, правителствени и неправителствени организации за борба с насилието, дирекция социално включване, бизнес, в качеството на източник за дарение и фирми-работодатели.

Контролни органи

Дейността на АЦПБР следва да бъде публично представена и контролирана. Контролни функции могат да имат:

- Министерство на здравеопазването;
- Общини-Дирекция „Социална политика и здравеопазване“; Дирекция „Образование, наука и култура“, Дирекция „Икономика, общинска собственост и европейски програми“
- БАПЗГ
- НЗОК
- Бизнес

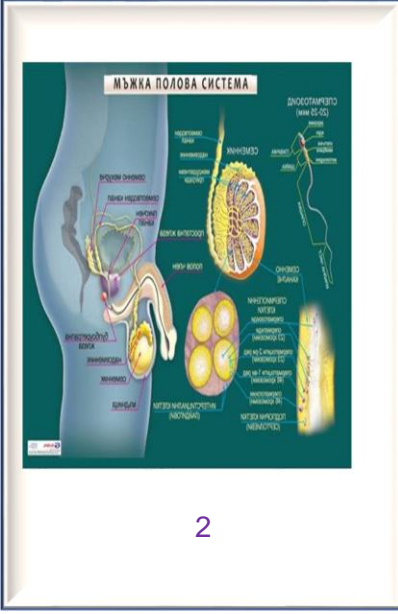
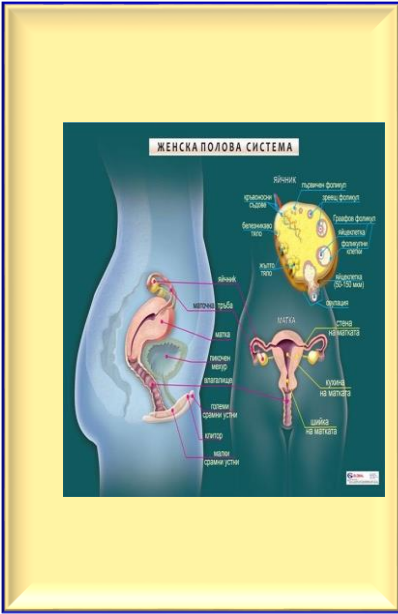
Функционирането на АЦПБР и дейностите, осъществявани от него ще компенсират липсващите звена по изпълнение на здравно възпитание, семейно планиране и репродуктивно здраве.

2. Помощни средства на АЦПБР

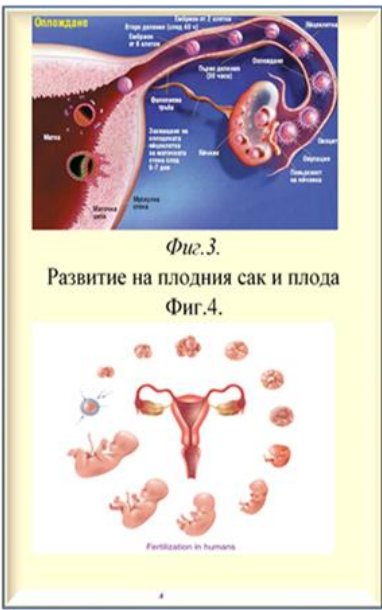
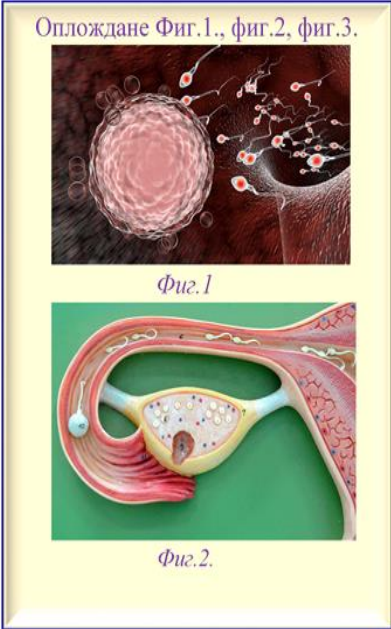
- ❖ Тетрадка „Здравно възпитание“ за ученици 11-14 годишна възраст

Здравно образование
11-14г
Обучителна тетрадка





2



Упражнение

Зад.1. Моля запишете, кои вътрешни полови органи на женска полова система се виждат на изображението?



Зад.2. Кои външни полови органи на ЖПС виждате на изображението?



5

Зад.3. В коя част на ЖПО се случва оплождането?

.....
.....

Зад.4. Моля, попълнете празните места.

Женската полова клетка се нарича....., мъжката полова клетка се нарича..... Яйцеклетката след оплождане започва да се и се нарича.....

Зад.4. Поставете знак >, < или = на оставеното празно място на твърдението.

Яйцеклетката по размери е, спрямо сперматозоида.

6

Промени по време на пубертета

1. Първични полови белези

Първичните полови белези са половите органи на организмите, които служат за копулация и размножаване. Такива са например вагината, яйчниците и матката при женските организми, и тестисите с техните придатъци, еякулаторния канал, семенните мехурчета, простатата и булбо-уретралната жлеза, скротума и пениса при мъжките организми.

2. Вторични полови белези

Вторичните полови белези са чертите, които отличават двата пола на един биологичен вид, но не са част от полова система.

7

Зад. 1. Избройте вторичните полови белези на жените.

.....
.....
.....

Зад.2. Избройте вторичните полови белези на мъжете.

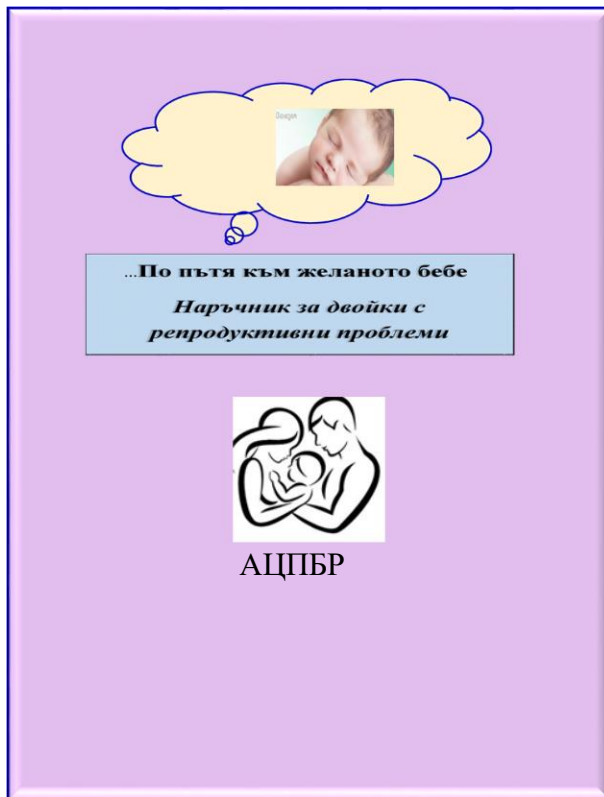
.....
.....
.....

Зад.4. Настъпват ли емоционални промени сред момичетата и момчетата по време на пубертета и кои са те?

.....
.....
.....

8

❖ Наръчник за двойки с репродуктивни проблеми



Приложението ще изтеглите, като изпишете: АЦПБР. Ще го откриете със следния символ:



- ✓ При нас ще получите подкрепа за финансиране на инвитро процедура от бизнес сектора, при отказ за държавно финансиране.
- ✓ Следващата страница е прикрепена към наръчника с пунктир. Нейното предназначение е да бъде Вашето писмо, адресирано към нашият екип, в случай, че се затруднявате да говорите за вашите проблеми по чувствителни теми, като сексуално насилие, еректилна дисфункция и др.

15

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Що е то стерилитет?

Една двойка може да се определи, че е със стерилитет, при невъзможност за забременяване за период от 12 месеца, през които двойката води редовен полов живот и не се употребяват контрацептивни средства.



Стерилитетът може да се дължи на всеки от двамата партньори – мъжки и женски фактор.




Мъжки фактор - до 50% от случаите на стерилитет се дължат на мъжкия фактор-нарушения в сперматогенезата. Сперматогенезата може да е засегната при:

1

- ендокринни нарушения – промени в хипоталамо-хипофизарната ос, хиперпролактинемия, вродена надбъбречнокорова хиперплазия, смущения във функцията на щитовидната жлеза;
- генетични нарушения – гонадна дисгенезия (вродено нарушение в развитието на тестисите), синдром на Клайнфелдър, микроделеции на Y-хромозомата и др.;
- увреждане на тестисите при прекаран възпалителен процес (орхит), варикоцеле (патологично разширена венозна мрежа на тестисите), хидроцеле (събиране на серозна течност в скроталния сак между двата листа на серозната обвивка на тестисите), крипторхизъм (задръжане на тестисите в коремната кухина), травма и др.;

2

<ul style="list-style-type: none"> • осъществяване на сперматогенезата при висока температура – вследствие на повишена телесна температура, носене на неподходящо облекло, често и продължително седнало положение; • въздействие на лекарства и токсини – химиотерапевтици, анаболни стероиди, симетидин, спиронолактон и др. • Нарушена функция на аксесорните жлези (простата, семени мехурчета, булбоуретрални жлези). • Непроходимост на семепроводителни фактори, затрудняващи достигането на сперматозоните до влагалището – аномалии на мъжките полови органи (хипоспадия), еректилна дисфункция, преждевременна еякулация и др. 	3
--	---

 <p>Женски фактор</p>	<p>1. Тубарен фактор (30-40% от случаите) – нарушена проходимост и/или транспортна функция (мотилитет) на маточните тръби вследствие на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • прекарани инфекции на тръбите (с причинители <i>гонококи, хламидии, стрептококи, трихомонас</i> и др.); • сраствания в областта на маточните тръби поради прекаран възпалителен процес в съседство или претърпяни операции; • притискане на тръбите от туморни формации; • <i>ендометриоза</i>. <p>2. Липса на овулация (ановулация) – 10-15% от случаите на стерилитет. Дължи се на ендокринни нарушения.</p> <p>3. Цервикален фактор – нарушено взаимодействие между секретата на маточната шийка и еякулата.</p>	4
--	---	---

<ul style="list-style-type: none"> • <i>променена позиция на маточната шийка (проlaps, ретроверзия на матката);</i> • <i>хронична инфекция, при която се променят характеристиките на цервикалния секрет;</i> • <i>предхождащи манипулации върху маточната шийка и последваща стеноза на шийката;</i> • <i>наличие на антисперматни антитела в цервикалния секрет.</i> <p>4. Маточен фактор:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>вродени аномалии на матката – синдром на Рокитански (липса на матка и горната част на влагалището при наличие на функциониращи яйчници и развити вторични полови белези) или по-малки дефекти – двойна матка, аркуатна матка, двурогова, еднорова матка;</i> • <i>придобити дефекти – наличие на сраствания в маточната кухина (синдром на Ашерман) вследствие вътрематочни манипулации, възпаление;</i> 	5
--	---

<ul style="list-style-type: none"> • <i>субклиozни миоми, възли и др.</i> <p>Фактори, имащи значение и при двата пола:</p> <ul style="list-style-type: none"> • напреднала възраст; • тютюнопушене; • алкохол; • радиация. <p>За да бъде установена причината за Вашия стерилитет, предстоят редица изследвания. Те ще бъдат назначени, въз основа сно вашия здравен статус и начин и стил на живот. Информацията ще бъде взета от двама Ви.</p> <p>За откриване на точната причина за стерилитет е необходимо на мъжа да бъде извършена оценка на мъжкия фактор чрез спермограма.</p>	6
--	---

Как се извършва спермограмата?

Правят се няколко **спермограми** в една и съща лаборатория, тъй като резултатите могат да варират в широки граници. Изследването се извършва след няколко дена на полово въздържание. Спермограмата дава информация за количеството и качеството на спермата и включва следните показатели:

- обем на еякулата;
- количество на сперматозоидите;
- подвижност на сперматозоидите;
- морфология на сперматозоидите;
- **витацитет** на сперматозоидите;
- **pH** на спермата;
- вискозитет;
- количество на фруктозата;
- брой левкоцити и др. *Фиг. 1.*



Фиг. 1. Факторите, които се наблюдават при спермограма.

7

За да бъде установена причината при жената е необходимо:

1. да бъде установено наличието или липсата на **овулация** при жената чрез:

- **ехографско проследяване** *големината и нарастването на яйчниковите фоликули чрез серийни изследвания (фолулометрия);*
- **измерване на базалната температура** – търси се **термогенният ефект** на **прогестерона**, който води до покачване на **базалната температура** след **овулация**. Провежда се за няколко последователни менструални цикъла. Температурата се мери сутрин след събуждане;
- **серумни нива на прогестерона** – изследва се през **лутеалната фаза**, около седем дена преди предполагаемото начало на следващата менструация. Например при 28-дневен цикъл **прогестеронът** се изследва на 21-вия ден;
- **ендометриална биопсия** – доказване на **секреторни промени** в **ендометриума** вследствие действието на **прогестерона** през **лутеалната фаза**.

8

2. Оценка на проходимостта на тръбите (губарен фактор):

- **хистеросапхинография**;
- **хидрогубация** под ултразвуков контрол – **ултразвуково изследване с въвеждане на физиологичен разтвор в маточната кухина**, играеш ролята на контрастно вещество, и **проверяване проходимостта на тръбите**;
- **лапароскопия**.

3. Други изследвания:

- **изследване за подово-предавани болести** (**хламидии, гонококи и др.**);
- **хормонални изследвания** – **щитовидни хормони, пролактин**;
- **постконтален тест** – **изследване за сперматозоиди в цервикален секрет, взет 2-12 часа след полов акт**;
- **генетични изследвания**.

9

След установяване на конкретна причина за стерилитет ще се пристъпи към лечение.

Съобразно причината за стерилитет **при мъжете**, се предприемат следните дейности:

- **оперативно** – напр. при **варикоцеле**;
- **медикаментозно** – при **хормонални нарушения**;
- **антибиотично** – при **инфекции**;
- **лечение на еректилната дисфункция** и **преждевременната еякулация**;
- **асистирана репродукция** – **сперматозоидите** могат да се получат след **нормална еякулация** или да се **извлекат от тестисите** или **надсеменниците**, както и да се използва **донорска сперма**.

10

След това може да се извърши вътрематочна инсеминация (IUI – intrauterine insemination), in vitro оплождане с трансфер на яйцеклетката или директно инжектиране на един сперматозоид в яйцеклетката (ICSI – intracytoplasmic sperm injection).

Съобразно причината за стерилитет **при жените**, ще се предприемат следните възможни дейности:

- хормонална заместителна терапия;
- медикаментозна стимулация на **овулацията**;
- антибиотично лечение;
- оперативно лечение – при непроходимост на тръбите (възстановяване на проходимостта или отстраняване на тръбите и последваща **in vitro инсеминация**), при някои аномалии на матката, сраствания в матката;
- асистирана репродукция – с използване на собствена или донорска яйцеклетка.
- при синдром на **подкислородните** яйчници – медикаментозно стимулиране на **овулацията**, съпътствано с лечение.

11

Какво Ви предстои при нас?

- ✓ Ние ще Ви предложим услуги за психическо здраве и психо-емоционална подкрепа.

Наш специалист ще Ви помогне да преодолеете сътътствачото Ви психо-емоционално неразположение. Ще работи индивидуално и в екип с двамата. Моля бъдете максимални откровени-това е от значение за подобрене на вашето емоционално здраве. Отбележете с **трикух** Вашите емоции, след всяка среща с нашия консултант.

Форма за жената

дата			
Място за лични бележки:			

12

Форма за мъжа

дата			
Място за лични бележки:			

В зависимост от това как сте водили Вашите бележки, нашият специалист ще предприеме допълнителни мерки за работа с Вас или ще приключи терапията, в случай, че Вие се чувствате добре.

- ✓ В зависимост от това какви изследвания предстоят на единият от вас (или двамата), при нас ще получите пълно пояснение, относно това какво представлява Вашето изследване, как се извършва и как трябва да сте подготвени за него.

13

- ✓ В случай, че на жената предстои стимулация на яйчниците, ние ще извършим всички манипулации, които включва стимулацията и ще Ви дадем пълна информация какво представлява **фолликуларната** пункция.
- ✓ Ще получите пълни пояснения, относно - какво представлява предстоящи **ембриотрансфер** и относно него заедно ще обсъдим Вашите притеснения и въпроси.
- ✓ Ние Ви предлагаме 24 часа непрекъсната консултация. Можете да споделяте, промяна във Вашето състояние, и всичко, което Ви тревожи. Компетентна Акушерка ще прегледа Вашето състояние и ще Ви насочи-дали е необходимо да посетите лекар, или всичко, което се случва с Вас е нормално.
- ✓ Непрекъснатата комуникация с нашите акушерки, можете да стартирате, като изтеглите приложението от google play.

14

V. ИЗВОДИ, ПРИНОСИ, ПРЕДЛОЖЕНИЯ И ПРЕПОРЪКИ

Изводи

1. Здравното образование и запазване на репродуктивната функция е от съществено значение в жизнения цикъл на жената. Здравната информираност е предпоставка потребителя на здравни услуги да направи правилен избор, да планира времето и взема решения за своето репродуктивно поведение.
2. Анализът на факторите, предполагащи отлагане на родителството при жените и мъжете във фертилна възраст могат да бъдат групирани като:
 - клинични (при жените, причини за стерилитет са: запушени маточни тръби (36%), хормонални нарушения (19%), нарушения в овулацията (16%), ендометриоза (9%), изчерпване на яйчниковия резерв и влошено качество на яйцеклетките (6%), при мъжете, най-често причината за репродуктивни проблеми не е диагностицирана (28%), но водеща е патологична сперматогенеза (20%).
 - социално – икономически (липса на подходящ партньор, липса на достатъчно финансови средства, кариерното развитие и продължаващо образование). Потвърждава се зависимостта: кариера - високи доходи - късно родителство.

3. Установяват се дефицити на информираност сред респондентите, относно най-подходящия период за раждане на първо дете. Респондентите от двете основни групи (пациентки от отделение Патологична бременност и Родилно отделение и пациенти от ЦРМ) свързват рисковете при отлагане на родителството с генетични увреждания на новороденото, аномалии и вродени дефекти на невралната тръба (31%), свързани с възрастта на бременната. Пациентките (от ПБр. и РО) оценяват и риска по отношение на физиологичното протичане на раждането (34%). За пациентите от ЦРМ, рискът от физиологично протичане на раждането е оценен като минимален (23%), което може да се обясни с факта, че бременност настъпила след асистирана репродукция завършва с оперативно родоразрешение.
4. Липсата на познания по отношение репродуктивните възможности на жената в отделните възрастови групи са причина за преминаване на биологичната граница за създаване на първо дете. Различията на респондентите могат да бъдат обобщени в три направления: образование, етнос и възраст.
5. Професионалистите по здравни грижи (акушерки/медицински сестри) имат нагласи и компетенции в осъществяването на промотивна дейност (48%) , консултанти на жената по въпросите за бременността и раждането и провеждане на здравно възпитание (40%) и

профилактика на репродуктивното здраве (20%). Дейности, които са предиктор за преодоляване на причините, водещи до отлагане на родителството при жени и мъже във фертилна възраст. Техните компетенции са високо оценени и от експерти

6. Изготвените информационни материали (Тетрадка „Здравно възпитание“ за ученици 11-14 годишна възраст и Наръчник за двойки с репродуктивни проблеми) повишават знанията на учениците и информираността на двойките с репродуктивни проблеми.
7. Анализът на проблемите, свързани с отлагане на родителството, обхваща следните насоки:
 - потребност от информация и консултиране в областта на сексуалното и репродуктивно здраве
 - повишаване на компетентностите на акушерката относно ролята ѝ за преодоляване на причините за отлагане на родителството
 - автономна дейност на акушерката

и ни насочи към предложение за създаване на иновативна форма на АЦПБР. Дейностите, осъществявани в него, ще компенсират липсващите звена за здравно възпитание, семейно планиране и репродуктивно здраве.

5.2. Приноси:

На базата на направените изводи и резултати от собствените проучвания могат да бъдат очертани приноси с теоретичен и практико-приложен характер.

С теоретичен характер:

1. Направен е анализ на литературните източници, засягащи демографските характеристики в България, в частта раждаемост.
2. Проучени са факторите, предполагащи отлагане на родителството при жени и мъже във фертилна възраст.
3. В теоретичен аспект е обоснована необходимост от допълнително разширяване на компетенциите на акушерките, работещи в училищен здравен кабинет, ЦРМ.
4. Проучени са готовността, нагласите и мотивацията на акушерките за осъществяване на автономна акушерска дейност.

С практико-приложен характер

1. Разработени са информационни брошури за здравно възпитание на ученици от 11- 14 години и Наръчник за двойки с репродуктивни проблеми
2. Разработен е иновативен модел за предоставяне на автономни акушерски грижи чрез обучителна и консултативна дейност в организационна форма – АЦПБР.
3. Моделът на АЦПБР има икономическа ефективност, за преодоляване на медицинските и социални причини за отлагане на родителството.

4.Функционирането на АЦПБР в страната ще допринесе за издигне престижа на акушерската професия.

5.3. Предложения и препоръки към институциите

➤ Към Министерство на образованието и науката

- Въвеждане в средния курс на образователната система на обучения за повишаване на информираността на младите хора за намаляване на рисковете за репродуктивното здраве сред младите хора.

➤ Към Национална здравноосигурителна каса

- Финансиране на автономната дейност на акушерката, насочена към репродуктивното здраве и остойносттаване на дейностите, осъществявани от нея.

➤ Към Медицинските университети и БАПЗГ

- Обучение на студенти от специалностите „Акушерка“ и „Медицинска сестра“ (с въвеждане на свободно-избираема дисциплина от учебния план) за промоция и профилактика на женското здраве.
- Провеждане на краткосрочно следдипломно обучение на акушерки/медицински сестри за консултанти по сексуално и репродуктивно здраве.

Списък с публикации, свързани с темата на дисертационния труд

1. Кюлева, Т., „Фактори, влияещи върху решението за раждане на дете“, бр.2/2019 г. ISSN1312-2592 на сп. „Здравни грижи“

2.Кюлева, Т., „Отлагане на родителството-причини и последици“ - Втора конференция с международно участие „Здравните грижи-принос за качеството на живот“ , 7-8 юни, 2019г., гр. Варна (сборник с доклади 92-97стр.)

3.Тодорова, Т., „Компетентност на жените за разпознаване моментите на спешност по време на бременност“, ВМФ, ТОМ 10, прил.1.- 2021г.стр.449-453