

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ**  
**ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ**  
**Катедра „Здравни грижи“**

---

**ТАНЯ ВЕСЕЛИНОВА АНГЕЛОВА**

**МЕДИКО-СОЦИАЛНИ АСПЕКТИ**  
**НА ПРЕНАТАЛНИТЕ ГРИЖИ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД  
ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН  
„ДОКТОР”

Област на висше образование 7. „Здравеопазване и спорт”  
Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве”  
Научна специалност „Социална медицина и организация на  
здравеопазването и фармацията”

**НАУЧНИ РЪКОВОДИТЕЛИ:**

ДОЦ. ДЕЛЯНА ПЕТРОВА ХАДЖИДЕЛЕВА, ДМ  
ДОЦ. Д-Р ЦВЕТОМИР ИВАНОВ ДИМИТРОВ, ДМ

**РЕЦЕНЗЕНТИ**

ДОЦ. ДЕЛЯНА ПЕТРОВА ХАДЖИДЕЛЕВА, ДМ  
ДОЦ. Д-Р МАРГАРИТА ДИМИТРОВА МИТОВА, ДМ

София, 2018г.

Дисертационният труд е одобрен и насрочен за защита от разширен катедрен съвет на Катедра по Здравни грижи при Факултета по Обществено здраве при Медицински университет – София.

Дисертационният труд съдържа 180 страници и е онагледен с 10 таблици, 57 фигури, 1 схема и 11 приложения.

Библиографската справка включва 146 заглавия, от които 99 са на кирилица, 20 на латиница и 27 интернет източника.

#### **Научно жури:**

Доц. Деляна Петрова Хаджиделева, дм

Доц. д-р Цветомир Иванов Димитров, дм

Доц. д-р Маргарита Димитрова Митова, дм

Доц. Иваничка Атанасова Сербезова, дп

Проф. Христина Танчева Милчева, дп

#### **Резервни членове:**

Проф. Силвия Младенова Младенова, дм

Проф. Мими Георгиева Стойчева, дм

Публичната защита ще се състои на 25.06.2018г. от 14:00 часа в зала №7 на Факултет по обществено здраве, УМБАЛ „Царица Йоанна” – ИСУЛ, ЕАД, ул. „Бяло море” № 8, гр. София.

Материалите по защитата са на разположение в секретариата на Деканата на ФОЗ, МУ София, УМБАЛ „Царица Йоанна” – ИСУЛ, ЕАД, ул. „Бяло море” № 8, гр. София и на интернет страницата на МУ София.

Номерацията на таблиците и фигурите не отговаря на тази в дисертационния труд

## СЪДЪРЖАНИЕ

I. ВЪВЕДЕНИЕ.....	5
II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО .....	7
2.1. Цел.....	7
2.2. Задачи.....	7
2.3. Работни хипотези .....	8
2.4. Материал и методика.....	8
III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ.....	13
3.1. Мнение на бременните жени и родилките относно пренаталните грижи .....	13
3.2. Пренаталната консултация и участието на акушерката в нея от гледната точка на акушер-гинеколозите .....	29
3.3. Проблеми на пренаталната консултация според акушерките .....	34
3.4. Протокол за оценка на риска от възникване на усложнения на бременността. ....	45
3.5. Резултати и обсъждане от направената експертна оценка на „Протокол за оценка на риска от възникване на усложнения по време на бременността“ .....	50
3.6. Концептуален модел за пренатална акушерска консултация .....	51
3.7. Учебна програма за следдипломно обучение.....	57
IV. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ.....	59
IV. ПРИНОСИ .....	63
Публикации във връзка с темата на дисертационния труд.....	64

## **ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ**

**АГ** – Акушеро-гинекологичен, -а, -о; Акушерство и гинекология

**ВТР** – Вероятен термин на раждане;

**ДКЦ** – Диагностично-консултативен център;

**ЕС** - Европейски съюз;

**ЖК** – Женска консултация;

**ЗЛЗ** – Закон за лечебните заведения;

**ИУРП** – Интраутеринна ретардация на плода;

**МЗ** – Министерство на здравеопазването;

**МЦ** – Медицински център;

**НЗОК** – Национална здравноосигурителна каса;

**НРД** – Национален рамков договор;

**НСИ** – Национален статистически институт;

**НЦОЗА** – Национален център по обществено здраве и анализи;

**ОГТТ** – Орален глюкозо-толерантен тест;

**ПКК** – Пълна кръвна картина;

**ПРМ** – Последна редовна менструация;

**САГБАЛ** – Специализирана акушеро-гинекологична болница за активно лечение;

**СБАЛАГ** – Специализирана болница за активно лечение по акушерство и гинекология;

**СЗО** – Световна здравна организация;

**СПИН** – Синдром на придобита имунна недостатъчност;

**ССЗ** – Сърдечно-съдови заболявания;

**УЗД** – Ултразвукова диагностика;

**ФК** – Функционален клас;

**ЧХГ** – Човешки хорионгонадотропин;

**FIGO** – International Federation of Gynecology and Obstetrics;

## **I. ВЪВЕДЕНИЕ**

Неблагоприятните демографски процеси, съпроводени с понижаване на здравните показатели на женското и детското население, ниската раждаемост, големият процент хронична заболяемост при жените, снижаване показателите на репродуктивното здраве пораждаат тревога за бъдещето на нацията ни. В условията на политически, социални и икономически промени в България, снижениия жизнен стандарт, социалните напрежения, бременните жени и родилките се оказват една от най-уязвимите групи от населението. В тази връзка ефективността на грижите през бременността, раждането и послеродовия период добиват нова актуалност. Една от основите за оптимизацията на медико-демографската ситуация е именно укрепването на здравето на женското и детското население чрез повишаване на качеството на акушерската помощ и внедряване на съвременни управленски методи.

Адекватното проследяване на бременността и качествените грижи, последвани от правилно водене на раждането и послеродовия период гарантират благоприятен изход, както за майчиното здраве, така и за здравето на нейното дете. Акушерката е призната в много страни по света като жизненоважен и рентабилен принос към висококачествената грижа за бременната жена, майката и новороденото. Акушерските грижи се осъществяват, не само чрез точното изпълнение на лекарските назначения, чрез добрата техника при изпълнение на манипулациите и процедурите, а и посредством онова чисто човешко чувство за помощ, състрадание, милосърдие, което при хората се изразява с думи, поглед, жест. В тази връзка функциите на акушерката от ЖК са фокусирани в подпомагането на жената, семейството и общността чрез осъществяване на промотивна, здравно-възпитателна и профилактична дейност в рамките на медицинския

екип или самостоятелно за достигане на оптимално здраве и живот /стратегия на СЗО „Медицински сестри и акушерки за здраве”/. [67]

В същото време у нас акушерките остават встрани от грижите за женското здраве. Ликвидирането на съществуващите преди 1990г. женски и детски консултации пороци сериозни проблеми в майчиното и детското здравеопазване. Предлаганите у нас към момента акушерски грижи за бременни и родилки нямат планов израз. Изпълняват се предимно медицинските назначения, а грижите, комуникацията с жената са сведени до минимум. Практическите дейности са с технократичен и манипулативен характер. Ориентацията им е изключително в помощ на лекаря с изпълнителска насоченост на дейностите. Това намалява отговорностите на акушерката, обременява я с чужди такива и създава условия за неприложимост на комплексния и индивидуален подход към бременната жена или родилката.[65,67]

Подобряване на качеството на акушерските здравни грижи е задължителна предпоставка за повишаването на качеството на майчиното здравеопазване. В развитите държави, където има най-добри показатели за майчина и детска смъртност именно акушерките са основните медицински специалисти за грижа по време на нормална бременност, раждане и пуерпериум, включително за оценка на риска и установяване на усложнения.

В светлината на концепцията за клиничния мениджмънт у нас е необходим един по-задълбочен клинично-организационен подход по отношение на пренаталните грижи, фокусиран върху превенцията, здравето и доброто състояние на бременната, която е в центъра на вниманието. Един цялостен подход, гарантиращ висококачествени пренатални грижи, в основата на който стои акушерката и акушерската грижа за всяка бременна жена.

## **II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО**

### **2.1. Цел**

Целта на настоящото проучване е да се анализират медико-социалните проблеми при обгрижването на бременните жени в извънболничната помощ и да се предложат съвременни управленски методи за оптимизиране на пренаталните акушерски грижи.

### **2.2. Задачи**

За реализиране на целта на проучването са поставени следните задачи:

1. Проучване историята и съвременните български и европейски практики относно организацията и законодателната уредба на грижите за бременните жени;
2. Анализирание ролята на акушерката в съвременната здравна система по отношение на пренаталните грижи и очертаване на проблемни области;
3. Проучване мнението на отделните групи анкетирани лица относно дейността на съществуващите към момента пренатални консултации;
4. Проучване мнението на респондентите по отношение ролята и участието на акушерката в грижите при нормална бременност;
5. Установяване нагласите на респондентите за промяна в съществуващия модел на пренатална консултация и въвеждането на нови управленски методи;
6. Разработване на протокол за оценка на риска от възникване на усложнения по време на бременността;
7. Предлагане на концептуален модел на пренатална акушерска консултация;
8. Изработване на учебна програма за следдипломно обучение за прилагане на Протокола за оценка на риска в пренаталните грижи.

### **2.3. Работни хипотези**

- В здравното обслужване на бременните жени са налице дефицити по отношение на грижите по време на бременността и послеродовия период.
- Консултативната, профилактична, промотивна и превантивна дейност на акушерката е осъзната като потребност от значителна част от бременните жени и родилките.
- Регламентирането на Протокол за оценка на риска ще наложи нов модел на грижи за бременните жени и ще повиши тяхното качество.

### **2.4. Материал и методика**

**Обект на наблюдението** са бременни жени и родилки – ползватели на пренатални грижи, акушерки и акушер-гинеколози.

**Предмет на наблюдението** са грижите за бременните жени.

**Технически единици на наблюдение:** специализирани болници за активно лечение по акушерство и гинекология, АГ- комплекси от многопрофилни болници за активно лечение, медицински центрове, индивидуални АГ-практики

**Логически единици на наблюдението са:**

- Бременни жени;
- Родилки;
- Акушерки;
- Акушер-гинеколози;
- Експерти.

## **ПРИЗНАЦИ НА НАБЛЮДЕНИЕ**

- Демографска, медико-социална и професионална характеристика на респондентите;
- Удовлетвореност на бременните жени и родилките от оказаните им пренатални грижи и в частност акушерски грижи;
- Мнение на акушерките относно ролята и значимостта на акушерските грижи при наблюдението на бременните жени;
- Мнение на акушер-гинеколозите по отношение участието на акушерката в пренаталните грижи;
- Потребност и нагласи за промяна в организацията на работа в пренаталната консултация и въвеждането на нови управленски методи.

## **ОБХВАТ, МЯСТО И ВРЕМЕ НА ПРОУЧВАНЕТО**

**Обхват** – извадката включва 1107 лица , разпределени както следва:

- 238 акушерки, работещи в болничната и извънболничната помощ в София и страната.
- 770 бременни жени и родилки, получили акушерски грижи в СБАЛАГ „Майчин дом”, I САГБАЛ „Света София”, II САГБАЛ ”Шейново”, МБАЛ Шумен, УМБАЛ „Свети Георги” гр. Пловдив, МБАЛ ”Христо Ботев” гр. Враца, МБАЛ „Света Петка” гр. Видин, медицински центрове и индивидуални практики в гр. София, Пловдив, Видин, Шумен и Враца.
- 92 акушер-гинеколози, заети в болничната и извънболничната помощ от гр. София, Пловдив, Шумен, Враца и Видин.
- 7 Експерти – водещи специалисти в областта на акушерството и гинекологията

## **Време и място:**

- Проучването е ретроспективно за две годишен период - от февруари 2016г до март 2018г. Основен критерий при подбора на изследваните лица в това проучване е доброволното им желание за участие.
- Осъществено е на територията на:
  - СБАЛАГ „Майчин дом” гр. София, I САГБАЛ „Света София” гр. София, II САГБАЛ ”Шейново” гр. София, УМБАЛ „Свети Георги” гр. Пловдив, МБАЛ Шумен, МБАЛ „Христо Ботев” гр. Враца, МБАЛ ”Света Петка” гр. Видин
  - Медицински центрове в гр. София, София - област, Пловдив, Шумен, Видин и Враца.
  - Индивидуални АГ-практики в гр. София, София – област, Пловдив, Шумен, Видин и Враца.

## **МЕТОДИ НА ПРОУЧВАНЕТО**

### **Документален метод**

Използван е анализ на действащи към момента национални и международни нормативни документи, регламентиращи здравната политика в областта на майчиното здравеопазване, образователните и професионалните дейности, осъществявани от акушерките.

### **Исторически метод**

- Исторически документи;
- Литературни източници.

### **Социологически методи:**

- **Анкетен метод** - анкетно проучване за събиране, обобщаване и анализиране на информацията относно мнения и оценки чрез пряка анонимна, индивидуална анкета.

Приложен е структуриран собствен въпросник, включващ:

- Анкета за бременни жени и родилки, която съдържа 31 въпроса, касаещи удовлетвореността на жените от получените грижи при наблюдението на бременността им.
- Анкета за практикуващи акушерки в болничната и извънболничната помощ, съдържаща 22 въпроса относно мнението им за дейността на пренаталната консултация, участието на акушерките в нея и необходимостта от промяна в съществуващия модел на консултация на бременните жени.
- Анкета за лекари-специалисти по акушерство и гинекология, съдържаща 9 въпроса, свързани с пренаталната консултация на бременните жени и участието на акушерката в нея.
- Анкетна карта за изследване на експертното мнение на водещи специалисти в областта на акушерството и гинекологията, която съдържа 7 въпроса, касаещи оценката на разработения Протокол за оценка на риска от възникване на усложнения на бременността.

При разработване на анкетите въпросите са съобразени с литературни данни от подобни изследвания и е взета предвид експертната помощ на специалисти от здравната и образователната практика със значителен опит.

Подготовката за провеждане на проучването се организира 2 месеца преди началото му. Проведени са работни срещи с цел разясняване на съдържанието на анкетите, същността на провежданото проучване и необходимостта от активно участие на изследваните лица, като особено внимание се обръща на неговата анонимност.

➤ **Полуструктурирано интервю.** В хода на изследването е проведено интервю с анкетираните бременни жени, родилки, акушерки и акушер-гинеколози. Същото е използвано в съчетание с метода на анкетирането, като интервюто е проведено след обработка на данните от анкетното

проучване, въз основа на което се дава възможност за целенасочено обогатяване на информацията.

➤ **Експертна оценка по метода на Делфи** – осъществена е по отношение на разработения Протокол за оценка на риска от възникване на усложнения на бременността.

#### **Статистически методи:**

Въвеждането на данните, първоначалната обработка и графичното представяне на резултатите са осъществени с програмен продукт Microsoft Office Excel и Windows7. Статистическата обработка и анализът на данните са извършени с помощта на статистически пакет SPSS /Statistical Package for Social Science /версия 19,0/.

За обработка на данните се използвани следните статистически методи:

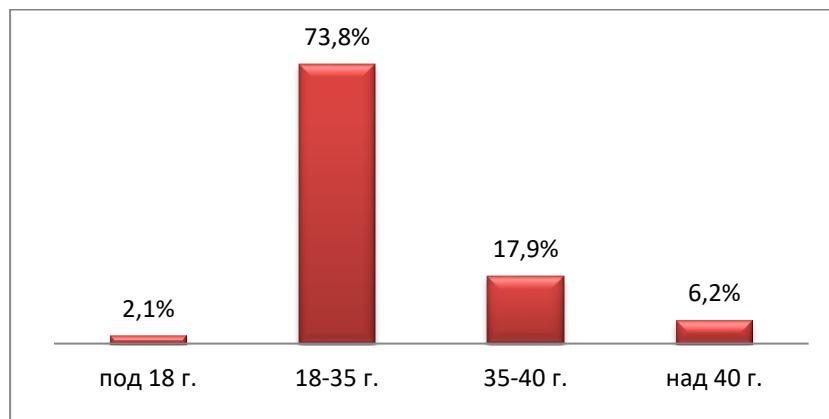
- Честотен анализ на качествени променливи, който включва изчисляването на абсолютни честоти, относителни честоти и кумулативни относителни честоти.
- Сравнителен анализ – двумерно разпределение;
- Непараметрични анализи – тест на независимост на Pearson за субективните категорийни данни от анкетите – изследвания коефициент  $\chi$  квадрат за силата на линейната връзка между две променливи, метод на Mann –Whitney и Kruskal-Wallis– за установяване на различия при независими извадки;
- Параметрични анализи – t –критерии на Student Fisher - за сравняване на средно аритметични при точно две групи;

### III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

#### 3.1. Мнение на бременните жени и родилките относно пренаталните грижи

Проучването на мнението на ползвателите на пренаталните грижи - бременни жени и родилки относно грижите по време на бременността, има съществено значение за разкриването на водещи проблеми в организацията и качеството на работа в пренаталните консултации.

Анкетирани са 770 бременни жени в последните седмици на бременността си и родилки. Целта на така направения подбор на респондентите е те да са преминали през пренаталната консултация, за да могат да изразят мнение по всички зададени въпроси от анкетата. Възрастовото разпределение на анкетираните бременни жени и родилки е представено на фиг.1.

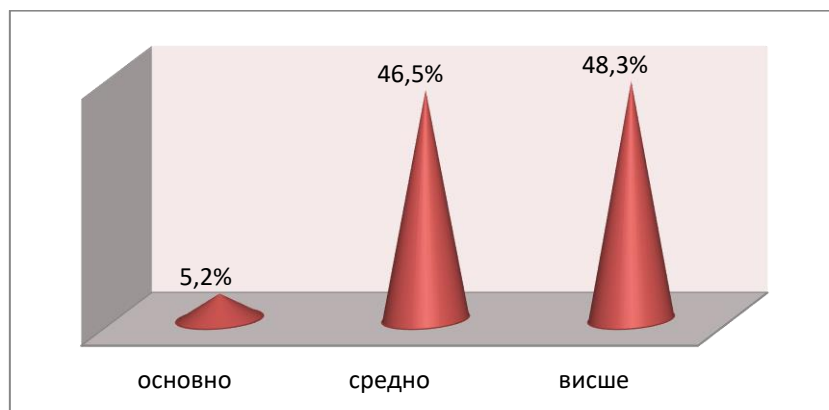


*Фиг.1 Възрастово разпределение на респондентите*

Данните от направеното проучване установиха, че преобладаващата част от анкетираните жени са във възрастовата група 18-35 години (73,8%). Това се дължи до голяма степен на факта, че жените изпълняват своята репродуктивна дейност основно до 30 годишна възраст, тъй като според повечето експерти оптималната фертилна възраст на жената е между 20 и 29 години. През последните години в резултат на социално-икономическата ангажираност на жената в обществото и ефективната антиконцепция нараства броя на жените, които планират и раждат децата си в по-напреднала възраст посочва проф. А. Димитров.[22] Доказателство

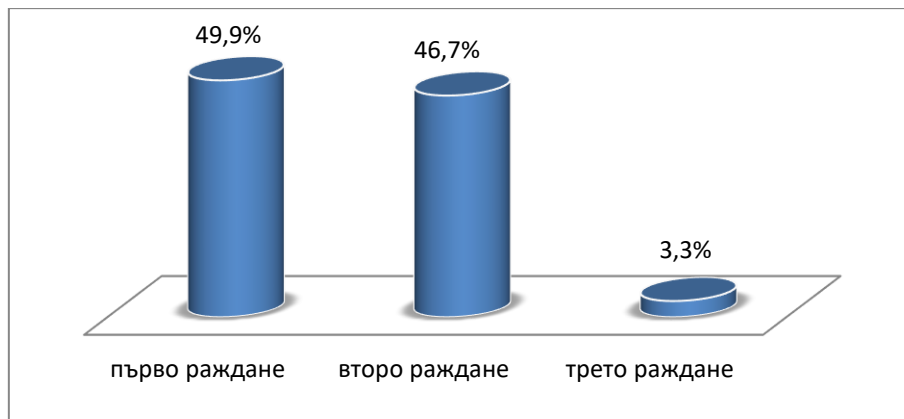
за това е делът на бременните и родилките във възрастовата група 35-40 години (17,9%). Относителният дял на респондентите в рисковите групи (под 18 години – 2,1% и над 40 години – 6,2%) е малък.

Резултатите от анализа на образователната степен на респондентите (фиг.2) показват, че бременните жени и родилките с висше образование са значителен брой (48,3%), следвани от тези със средно образование (46,5%). Жените с основно образование формират 5,2% от извадката. Образователното ниво на една жена определя в голяма степен начина ѝ на живот и хранене, нейния социално-икономическия статус. Тези фактори заедно с качеството на здравните и социалните грижи, които получава оказват съществено влияние върху шансовете ѝ за успешна бременност и раждане и предопределят до голяма степен бъдещото развитие на детето още преди раждането. [49]



**Фиг. 2 Образователен ценз на респондентите**

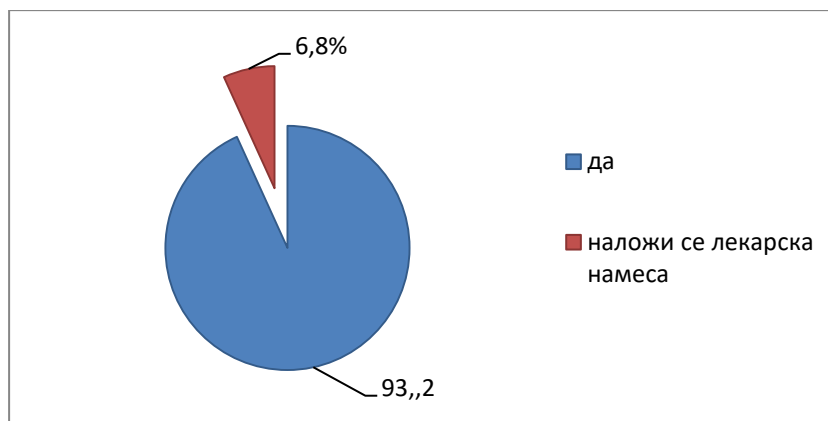
Относно паритета с лек превес преобладават първораждащите /49,9%/, следвани от жените, които раждат за втори път /46,7%/. Сравнително малък е делът на респондентите с трето и повече раждания (3,3%) (фиг.3).



**Фиг.3** *Разпределение на респондентите според паритета им*

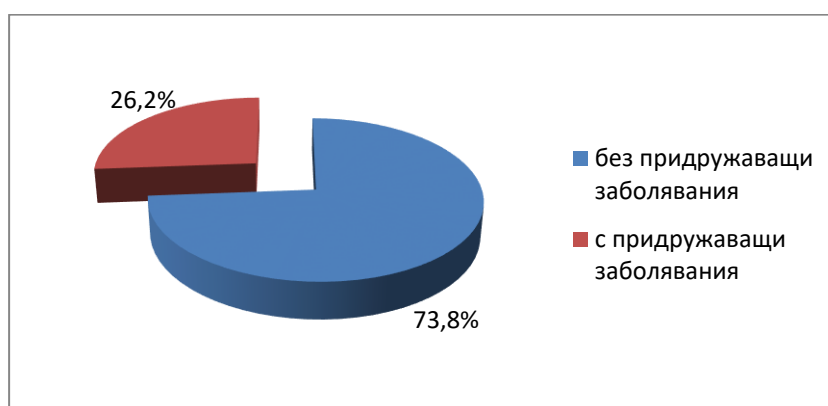
Получените резултати са израз на характерната за страната тенденция на ниска плодовитост на жените, която е една от причините за намалената раждаемост и отрицателния естествен прираст на българското население. Фактор, свързан с ниската раждаемост в страната е промяната в разбирането на българските семейства за оптимален брой деца.[20] Репродуктивният идеал в съзнанието на днешните българи, обусловен от редица причини е семейството с две деца, което според социално-медицинската теория е среднодетно семейство, недостатъчно за възпроизводството на населението.

Безплодието се очертава като сериозен медико-социален и демографски проблем. В България 10% от семействата остават бездетни, ако две години след сключване на брака при нормално протичащ полов живот не е настъпила бременност.[15] Анализът на резултатите от направеното проучване показват, че преобладаващ е относителният дял на анкетираните бременни жени и родилки (93,2%), които не са имали проблеми със забременяването. Делът на жените с диагностициран стерилитет, при които се е наложила лекарска намеса: хормонална стимулация, инсеминация или ин витро процедура формира 6,8% от извадката (фиг.4).



**Фиг.4** Разпределение на респондентите според това, спонтанно ли са забременели или се е наложила лекарска намеса

В последните две десетилетия у нас се наблюдават неблагоприятни тенденции на повишаване на общата и гинекологична заболяемост при жените. За това благоприятства и изместването на ражданията към високите възрасти 30-34 и 35-40 години.

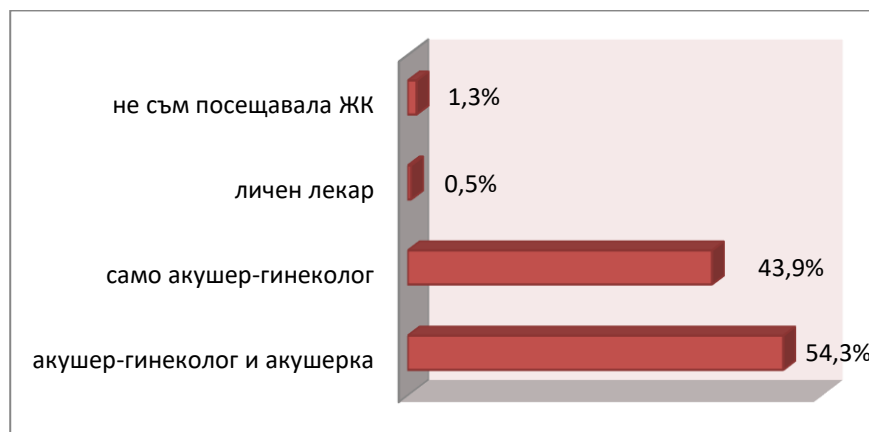


**Фиг. 5** Наличие на придружаващи заболявания

От фигура 5 е видно, че мнозинството от анкетираните бременни жени и родилки (73,8%) са здрави жени без придружаващи заболявания и прекарани операции. Прави впечатление не малкият относителният дял на респондентите (26,2%), които посочват наличието на придружаващо заболяване /най-често: тиреоидит на Хашимото, тромбофилия, хипертония,  $\beta$  таласемия/ или прекарана операция /цезарово сечение, апендектомия, лапароскопия, кистектомия/.

Съгласно действащите нормативни документи у нас наблюдението на нормално протичаща бременност се извършва от личния лекар или от

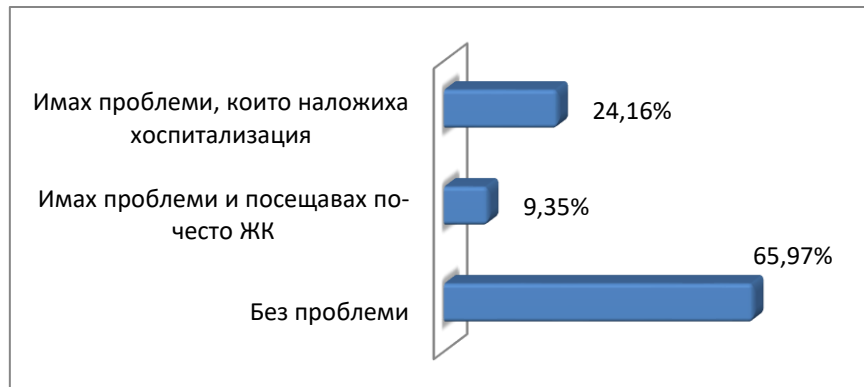
специалист по акушерство и гинекология по избор на бременната жена. В екип с лекаря, наблюдаващ бременността, обикновено работи и акушерка. Обобщеният анализ от направеното проучване показва (фиг.6), че при по-големият относителен дял (54,3%) от респондентите бременността е проследявана от акушер-гинеколог и акушерка. Впечатление прави, че е подобен дялът на жените, чиято бременност е наблюдавана само от специалист по акушерство и гинекология (43,9%). Трябва да се отбележи, че сред анкетираните бременни жени и родилки има и такива, които не са посещавали ЖК (1,3%). От сравнителния анализ на резултатите не се установява статистическа зависимост между наличието на придружаващи заболявания и избора на консултиращ бременността специалист (Тест на Ман-Уитни  $U = 14337$ ,  $p > 0.05$ ). Не съществува такава и по отношение на образователния статус (Тест на Крускал-Уолис  $\chi^2 = 1,212$ ,  $p > 0.05$ ) и паритета на респондентите (Линеен коефициент  $\chi^2 = 0.088$ ,  $p > 0.05$ ) спрямо избора на наблюдаващия бременността специалист.



**Фиг. 6** Разпределение на бременните жени според наблюдаващия бременността им

По отношение протичането на настоящата бременност, по-големият относителен дял от респондентите (65,97%) са посочили, че бременността им е протекла нормално. 1/10 (9,35%) от тях, поради установени отклонения от нормалния ход на бременността, са посещавали по-често

ЖК. При 1/4 от респондентите възникналите усложнения на бременността са наложили хоспитализация (фиг.7).



**Фиг.7 Наличие на проблеми през бременността**

Сред най-честите проблеми на бременността, посочени от жените са: маточни контракции, кървене, хипертония, проследяване на съществуващо извън бременността заболяване. В преобладаващата част от случаите (42,60%) анкетираните лица са имали оплаквания и са ги споделили в пренаталната консултация. Съвсем очаквано следва относителния дял на респондентите (29,50%), при които наблюдаващият ги акушер-гинеколог е открил отклонението на бременността. Впечатление прави, че при 1/10 от бременните жени акушерката е идентифицирала рисковия фактор за бременността им и е насочила вниманието на наблюдаващия лекар към него.

Проследяването на бременността се състои от поредица прегледи, соматични и лабораторни изследвания, които се разпределят в целия период на бременността. Въз основа на предоставената от респондентите информация бе проучено извършвани ли са тези изследвания, честотата на извършването им и медицинският специалист, който ги е осъществил (табл. 1). Анализът на резултатите показва, че при наблюдението на бременността на не малка част от жените, някои от изследванията не са извършвани нито веднъж: измерване на ръст и пелвиметрия (съответно 75,8% - лекар и 65,8% - акушерка); измерване на обиколка на корема и

височина на матката ( 95,0% - лекар, 40,0% - акушерка); преслушване/запис на ДСТ (74,2% - лекар, 43,7% - акушерка). Подобни са резултатите и по отношение на здравната промоция и предоставянето на съвети и информация във връзка с бременността и раждането (41,6% - лекар, 68,9%-акушерка). Дейности, като психофизическа подготовка според преобладаващата част от анкетираните (99,5%; 92,1%) почти не са провеждани.

**Табл.1. Изследвания и дейности, извършвани в пренаталната консултацията на респондентите**

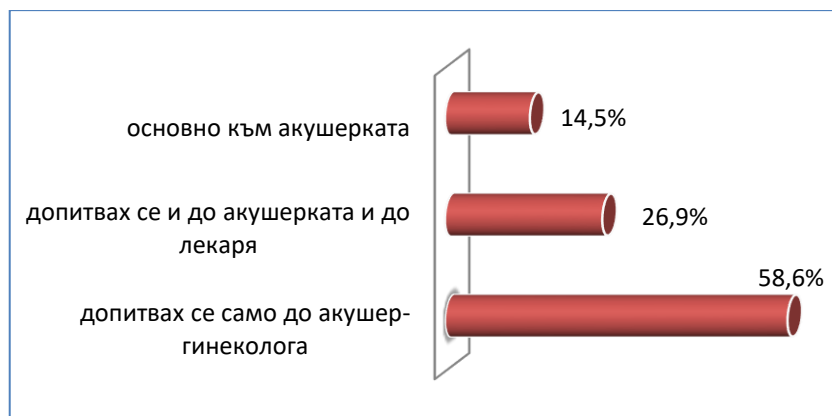
Основни дейности:	Първо посещение		Всяко посещение		Няколко пъти		Нито веднъж	
	Лекар	Акуш.	Лекар	Акуш.	Лекар	Акуш.	Лекар	Акуш.
Снемане на анамнеза	31,1%	6,1%	45,5%	17,6%	17,4%	15,0%	6,1%	61,3%
Измерване на ръст и пелвиметрия	22,9%	38,9%	-	-	-	-	75,8%	60,8%
Измерване на тегло, кръвно налягане и пулс	7,6%	53,2%	7,6%	53,2%	9,5%	15,3%	75,3%	31,3%
Измерване на корема и височината на матката	-	-	-	-	4,7%	58,4%	95,0%	40,0%
Преслушване или запис на ДСТ	-	-	-	-	23,4%	56,1%	74,2%	43,7%
УЗД		-	70,1%	-	27,3%	-	1,3%	99,8%
Съвети за хигиена, хранене, двигателен режим и др.	6,3%	1,1%	11,6%	10,0%	40,5%	20,0%	41,6%	68,9%
Психо-физическа подготовка						7,6%	99,5%	92,1%

Данните и от други проучвания, дискутирани в теоретичната част на разработката [23], определят като съществен проблем при наблюдението на бременните жени честотата на провеждане на изследванията –

показатели, които трябва да се проследяват при всяка визита на бременната жена в ЖК са отчетени няколко пъти (измерване на тегло, кръвно налягане и пулс – 9,5% -лекар, 15,3% - акушерка). От обобщения анализ става ясно, че дейности, които са в компетенциите на акушерката в част от случаите се извършват от лекар (пелвиметрия -22,9%, измерване на тегло, кръвно налягане и пулс – 9,5%, измерване на корема и височина на матката – 4,7%). Смущаващи са данните, посочени от респондентите, според които акушерката сравнително рядко комуникира с жените – не снима анамнеза (61,3%), не им предоставя съвети и здравна информация (68,9%), не провежда психоемоционална подготовка за раждането (92,1%).

Към настоящия момент, както посочва и В. Димитрова, бременността се наблюдава предимно с провеждане на ултразвуково изследване (70,1%), без спазване на единен стандарт и правила и без полагане на традиционни акушерски грижи [25].Ролята на акушерката е формална и е подчинена на акушер-гинеколога. Участието на акушерката се свежда до попълване на документи и извършване на манипулативни техники. Комуникация между бременна жена и акушерка в ЖК почти не се осъществява.

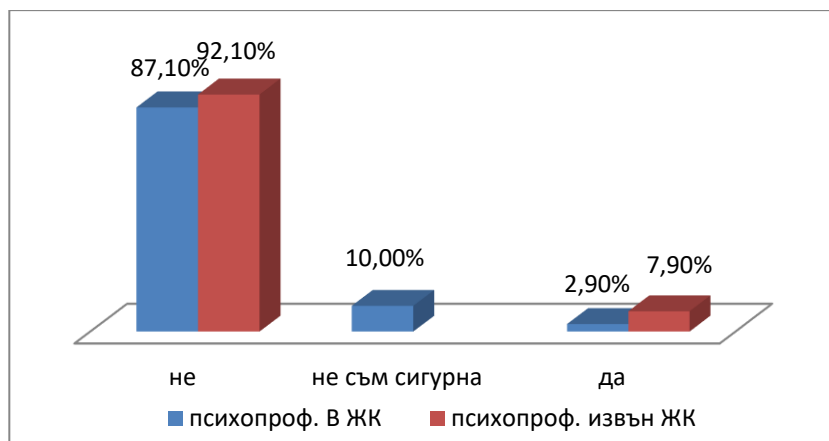
Това вероятно е една от причините преобладаващата част от бременните жени (58,6%) да се доверяват основно на акушер-гинеколога по въпроси, касаещи бременността и раждането(фиг.8). Не е малък дялът на респондентите, които първо са се обръщали към акушерката и когато не получавали задоволителен отговор, са се допитвали до наблюдаващия бременността им специалист по АГ (26,9%). Относителният дял на жените, които са търсели професионална комуникация основно с акушерката е сравнително малък(14,5%).



**Фиг.8** *Разпределение на анкетираните според това, към кого са се обръщали при въпроси, касаещи бременността и раждането*

От обобщения анализ става ясно, че акушерката е предоставяла информация само, когато бременната жена активно е търсела такава (35,8%), т.е. акушерката целенасочено не е отделяла време за информиране на бъдещите майки по важните за тях въпроси, свързани с бременността, раждането и послеродовия период. Смустващи са резултатите, според които акушерката изобщо не е отделяла време за съвети и предоставяне на информация относно бременността и раждането (36,2%).

Психопрофилактиката представлява система от мероприятия за борба с болката при раждане, част от които се осъществяват по време на бременността. Целта ѝ е чрез създаване на добра представа за раждането да се повиши активността на кората на главния мозък и прага на нейната възбудимост.[72] Психоемоционалната подготовка е от изключителна важност за бъдещата майка. На бременната жена трябва да бъдат подробно обяснени особеностите на родилния процес, етапите на раждането и усложненията, които могат да възникнат. Тези мероприятия бяха едно от основните задължения на акушерката от ЖК преди години.



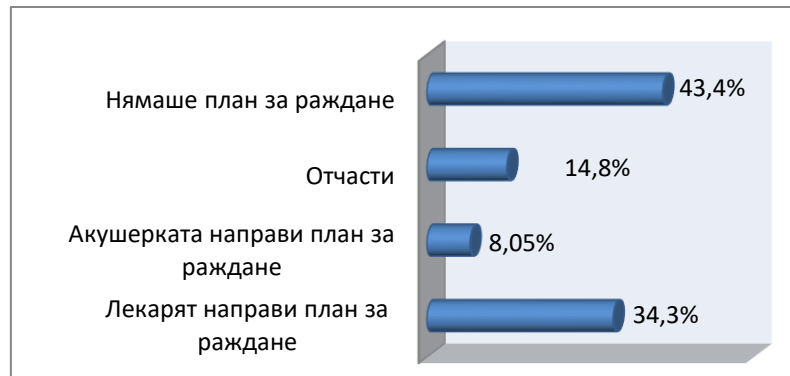
**Фиг.9 Психо-емоционална подготовка на респондентите за раждането**

Към настоящия момент според преобладаващия дял от респондентите (87,1%) в пренаталната консултация не се провежда психоемоционална подготовка за раждането. Относителният дял на анкетираните жени, които са посочили, че в ЖК им е направена психопрофилактична подготовка е сравнително малък (2,9%) (фиг.9). От графиката е видно, че част от бременните жени (7,9%) са посещавали занимания за психо-физическа подготовка за предстоящото раждане извън пренаталната консултация (основно групови срещи, предлагащи йога за бременни и техники за дишане), за което са плащали допълнително.

Независимо от това, посещавали ли са или не такива занимания, поголемият относителен дял от респондентите (57,0%) са убедени в ползата от тях и смятат, че всяка ЖК трябва да предлага психопрофилактична подготовка на бременната жена във връзка с предстоящото раждане. 1/3 от жените не могат да преценят необходима ли е такава подготовка, най-вероятно защото не са запознати със същността ѝ.

Бременната жена има право да избира КЪДЕ да роди, КАК да роди и С КОГО да роди, но само когато е добре информирана може да вземе отговорни решения, свързани със собственото си здраве и благополучието на бебето. Медицинските специалисти, наблюдаващи бременността трябва да познават основните потребности на бъдещата майка, за да могат да

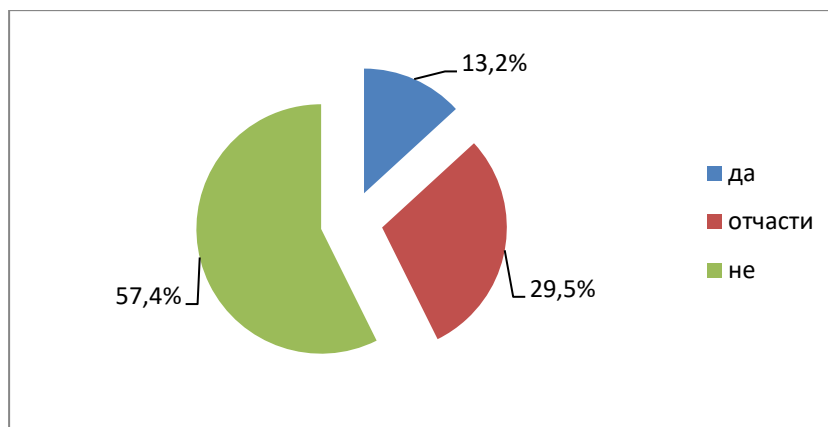
съпровождат адекватно бременността и да помогнат жената в избора ѝ.  
[26]



**Фиг. 10** План за раждане в пренаталната консултация на респондентите

Впечатление прави, че по-големият относителен дял от респондентите (43,4%) са посочили, че пренаталната консултация не им е предоставила информация „къде, как и с кого да родят”. При 1/3 от бременните жени акушер-гинекологът, наблюдавал бременността е изготвил план за предстоящото раждане. Частичен план за раждане е направен според 14,8% от респондентите. Смущаващи, но очаквани са резултатите, според които незначителен дял на анкетираните жени (8,05%) са посочили акушерката от пренаталната консултации като източник на информация за начина на раждане, управлението на болката, подготовката за бебето, както и за състоянията, изискващи спешна хоспитализация (фиг.10).

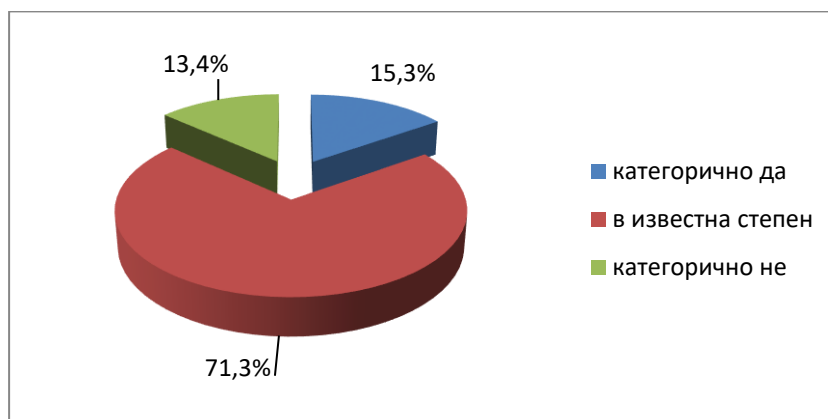
Важна задача на акушерката от пренаталната консултация е да подготви жената за послеродовия период в домашни условия - физиологичните промени в женския организъм след раждане, хранене, двигателен режим, хигиена на родилката, грижите за новороденото, кърмене, състояния, изискващи медицинска помощ и т.н.



**Фиг.11 Подготовка на анкетираните жени от ЖК за послеродовия период**

Анализът на резултатите показва, че преобладаващата част от жените (57,4%) не са получили никаква подготовка в ЖК за справяне след раждането в домашни условия. Отчасти са подготвени 1/3 от респондентите. Сравнително малък е относителният дял на тези (13,2%), които са удовлетворени от получената в пренаталната консултация информация и подготовка за послеродовия период (фиг. 11).

Обобщеното мнение на респондентите за получената от ЖК подготовка (теоретична, физическа и емоционална) за бременността, раждането и послеродовия период е представено на следващата фигура (фиг.12).

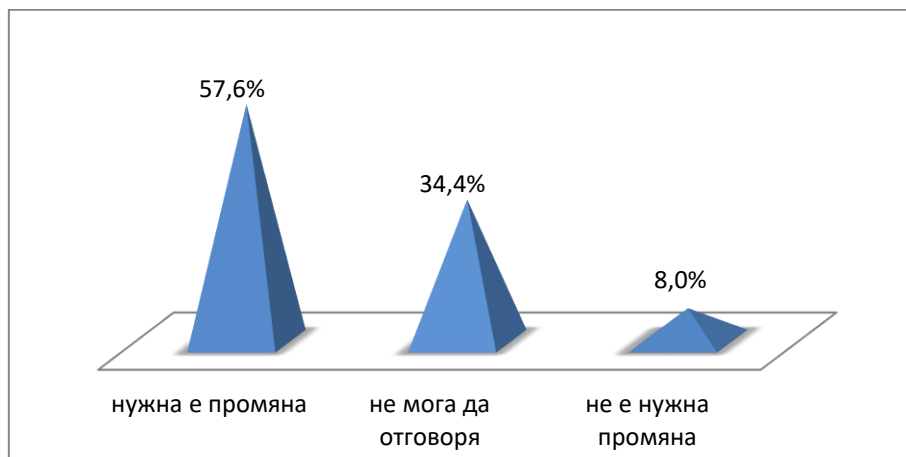


**Фиг. 12Подготовката за бременността, раждането и послеродовия период, получени в ЖК**

Преобладаващата част от анкетираните жени (71,3%) са посочили отговор „в известна степен”, което означава че предоставената от ЖК подготовка не е задоволила очакванията им. Сравнително малък е делът

на респондентите (15,3%), които смятат, че предродовата им консултация е изпълнила категорично основната си задача – да ги информира и подготви за бременността, раждането и послеродовия период. Почти толкова са жените (13,4%), които са категорични, че пренаталната консултация не ги е подготвила по никакъв начин за тези важни събития в живота им.

На въпроса „Смятате ли, че е нужна промяна в грижите за бременните жени?“ (фиг.13), по-голямата част от анкетираните лица (57,6%) са отговорили утвърдително. Сравнително малък е дялът на жените (8,0%), които смятат, че организацията на пренаталните грижи е добра. 1/3 от респондентите не са изразили мнение по въпроса.



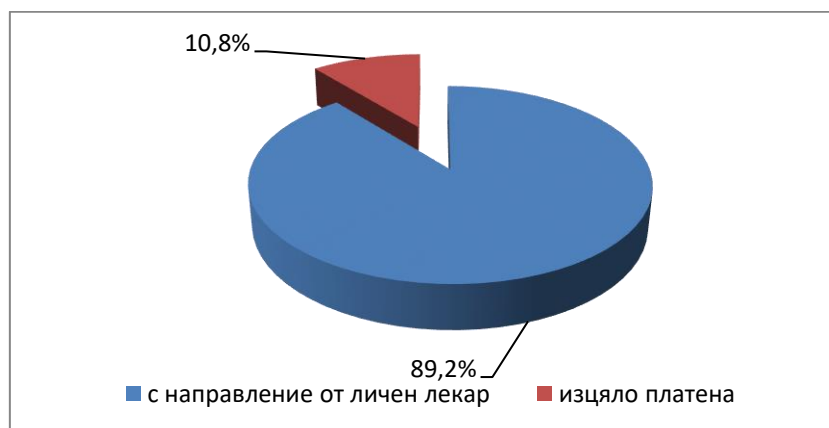
**Фиг. 13** *Необходимост от промяна в ЖК според респондентите*

Анализът на резултатите показва, че според значителна част от жените има липсващи елементи, за да бъде грижата за бременните жени пълна и завършена, а те - удовлетворени. Основните насоки за промяна според анкетираните са: грижа, основаваща се на потребностите (66,4%); предоставяне на повече информация, касаеща бременността, раждането и послеродовия период (60,3%); повече внимание и време /51,2%/; емоционална подкрепа (60,3%). От данните става ясно, че бременните жени имат нужда услугите и грижите в пренаталната консултация да им

бъдат предоставени по почтителен и емпатичен начин от персонала, който да поражда доверие, да е съпричастен и да предлага персонализирана грижа, съобразно индивидуалните потребности.

Здравната система у нас предоставя възможност за наблюдение на бременността, както по здравна каса, така и чрез персонално заплащане от ползвателите на здравните услуги.

От фиг. 14 е видно, че големият относителен дял от респондентите са били насочени към пренаталната консултация с направление от личния лекар (89,2%), като са доплащали само за допълнителни изследвания. Делът на жените, които са предпочели да заплащат изцяло консултацията на бременността си е сравнително малък (10,8%).

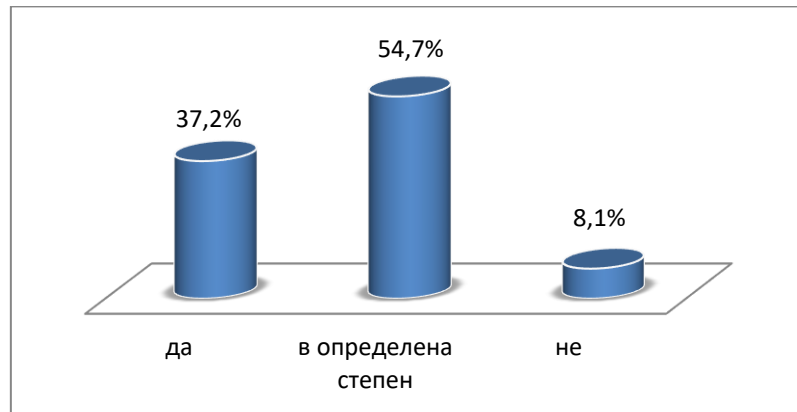


**Фиг. 14 Степен на заплащане в ЖК**

От направения статистически анализ става ясно, че няма статистически значима разлика в удовлетвореността от подготовката за бременността, раждането и пуерпериума, получени от жените, посещавали изцяло платена ЖК и тези, при които наблюдението на бременността е финансирано от НЗОК. (Линеен коефициент  $\chi^2 = 0.487$ ,  $p > 0.05$ )

Дейността на акушерката е важен фактор в майчиното здравеопазване, тъй като тя е най-близо до бременните жени и родилките, до техните потребности и със специфичната си работа спомага за опазване и възстановяване на тяхното физическо и психическо здраве.

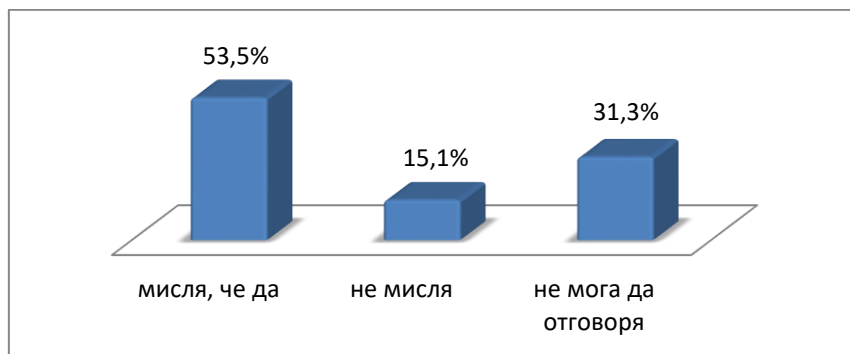
Удовлетвореността на респондентите от грижите и вниманието на акушерката от пренаталната консултация са представени на следващата графика: (фиг.15)



**Фиг.15 Удовлетвореност на респондентите от акушерските грижи в ЖК**

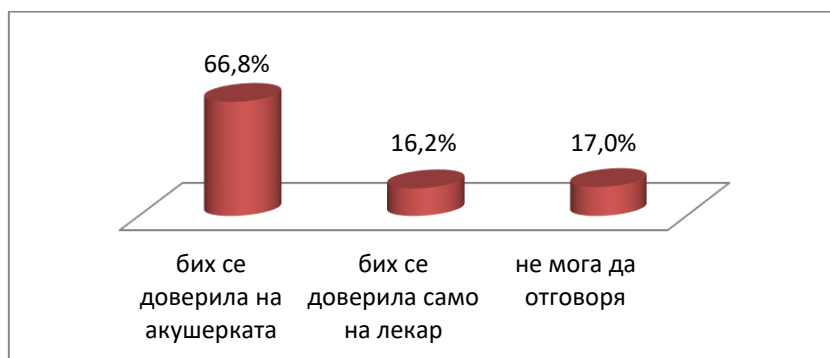
Впечатление прави, че преобладаващият относителен дял от анкетираните жени (54,7%) са доволни в определена степен от грижите на акушерката в ЖК. 1/3 от тях са изразили пълна удовлетвореност от вниманието и участието на акушерката. Не е малък делът на респондентите, които не са удовлетворени от акушерската грижа в пренаталната консултация е (8,1%). Запитани „Какви препоръки бихте дали относно грижите на акушерката от ЖК?“ най-голям е относителният дял на респондентите, които изискват акушерката от ЖК да отделя повече време за предоставяне на информация и съвети относно бременността, раждането и послеродовия период (55,5%). Голям е делът на жените, които смятат, че акушерката трябва да участва по-активно в проследяването на бременността (43,7%) и да съдейства за ранното откриване на отклоненията от нормалния ход на бременността (43,5%). Не е констатирана статистическа зависимост между получените резултати и наличието на съпътстващо бременността заболяване у анкетираните жени (Коефициент на Пирсън  $\chi^2 = 0,046$ ,  $p > 0.05$ ). Не е установена такава и по отношение на паритета на респондентите (Линеен коефициент  $\chi^2 = 0.487$ ,  $p > 0.05$ ).

На въпроса „Смятате ли, че при нормално протичаща бременност част от консултацията може да се води от акушерка?“ по-големият относителен дял от респондентите (53,5%) са отговорили положително (фиг.16).



**Фиг. 16** Преценка на жените за възможността акушерката да води част от ЖК

1/3 от жените акушерката не могат да преценят, най-вероятно защото нямат визия за правата, задълженията и професионализма на акушерката. Липсата на информация в общественото пространство по въпросите на акушерските компетенции обезличава и омаловажава акушерската професия.[27] Не е малък делът на тези, които смятат, че акушерката не може да се справи с тази отговорност (15,1%).



**Фиг. 17** Готовност за доверие на респондентите в акушерката, в случай че част от пренаталната консултация се води от нея

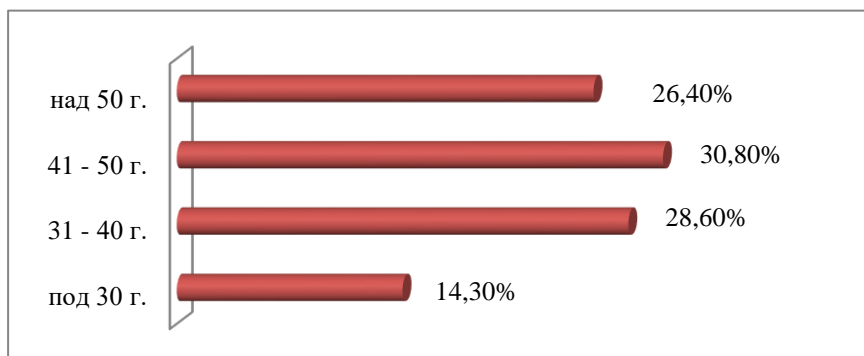
Независимо от колебливите отговори на предходните въпроси, прави впечатление, че по-големият относителен дял от респондентите (66,8%) биха се доверили на акушерката, в случай че пренаталната консултация се води от нея. Това показва, че въпреки отслабените позиции на акушерките

в обществото и разкола в гилдията, бременните жени не са ги забравили. Част от жените (16,2%) биха се доверили само на лекар, като подобен е дялът на анкетираните жени (17,0%), които не са изразили мнение по въпроса (фиг.17). Наличието на съпътстващи заболявания и/или патология на бременността при голяма част от анкетираните жени биха могли да обяснят получените резултати.

### **3.2. Пренаталната консултация и участието на акушерката в нея от гледната точка на акушер-гинеколозите**

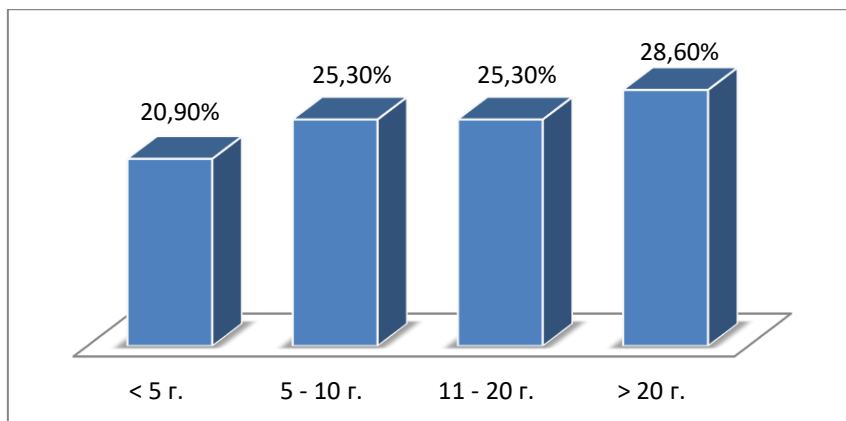
Съгласно действащите нормативни документи в България наблюдението на нормално протичаща бременност се извършва от личния лекар или от специалист по акушерство и гинекология по избор на бременната жена. Изучаването на мнението на акушер-гинеколозите по отношение на пренаталните грижи е от съществено значение за разкриването на водещи проблеми в тази област и своевременното им решаване.

Анкетираните са 92 специалисти по акушерство и гинекология. Преобладаващата част от тях са във възрастовата група 41-50 години (30,8%). На второ място с относителен дял 28,6% са тези, които са на възраст 31-40 години. Подобен е относителният дял на акушер-гинеколозите във възрастовата група над 50 години (26,4%). Най-малко са анкетираните специалисти по АГ под 30 години (фиг.18).



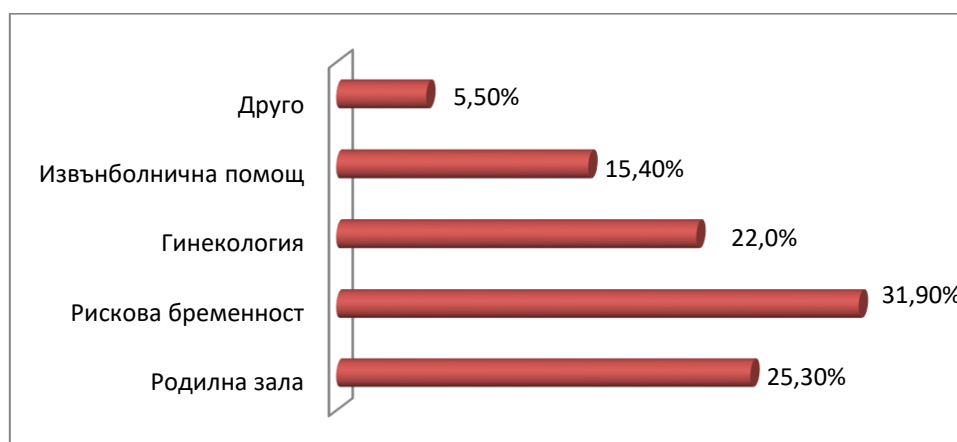
**Фиг. 18 Възрастово разпределение на респондентите**

По отношение на професионалния трудов стаж на респондентите се забелязва, че по-големият относителен дял се пада на акушер-гинеколозите със стаж над 20 години (28,6%). Еднакви относителни дялове (25,3%) имат групите с трудов стаж 5-10 години и 11-20 години. Най-малък е делът на анкетираните със стаж по-малък от 5 години (фиг 19).



**Фиг.19** Разпределение на респондентите според трудовия им стаж

Анализът на разпределението на респондентите според настоящото им работно място показва, че най-голям е относителният дял на работещите в отделение Рискава бременност, следвани от Родилна зала (25,3%) и Гинекология (22,0%). Делът на заетите акушер-гинеколози в извънболничната помощ е 15,4% (фиг.20).



**Фиг.20** Разпределение на респондентите според настоящото им работно място

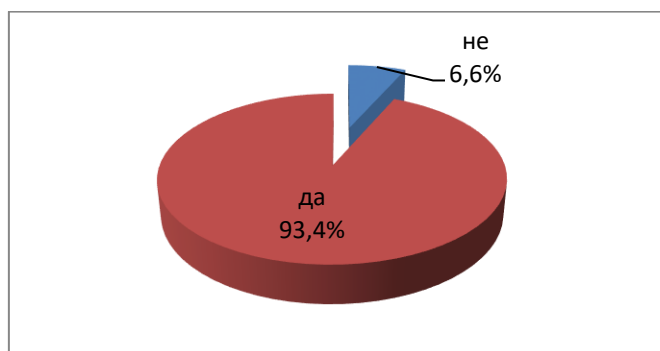
Резултатите показват, че преобладаващата част от анкетираните акушер-гинеколози работят в болничната помощ, като същевременно голяма част от тях провеждат и пренатални консултации на бременни жени в извънболничната помощ (табл.2).

**Табл.2 Сравнителен анализ между това провеждат ли респондентите пренатална консултация на бременни жени и участва ли акушерка в нея**

	Провеждате ли пренатални консултации?		С акушерка ли работите?	
	Брой	Отн. дял	Брой	Отн. дял
	n	%	n	%
Да	58	62,6 %	41	45,1 %
Не	34	37,4 %	51	54,9 %

Сравнителният анализ показва, че по-големият относителен дял от анкетираните специалисти по акушерство и гинекология провеждат пренатални консултации на бременни жени (62,6%), но преобладаващата част от тях предпочитат да осъществяват консултациите без участието на акушерка (54,9%).

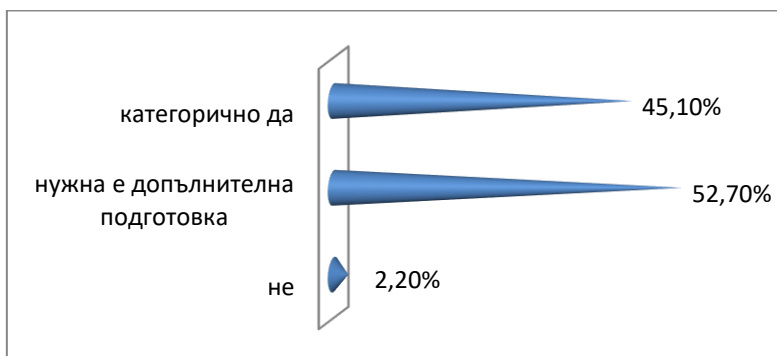
По отношение възможността част от пренаталната консултация да се води само от акушерка значителният дял от акушер-гинеколозите (93,4%) са на мнение, че акушерката може да провежда част от пренаталната консултация при нормална бременност. Сравнително малък е относителният дял на респондентите (6,6%), които са дали отрицателен отговор (фиг.21).



**Фиг.21 Мнение на респондентите относно възможността част от пренаталната консултация да се води само от акушерка**

Не се установява статистически значима зависимост между това провеждат ли пренатална консултация респондентите (с или без участието на акушерка) и мнението им относно възможността акушерката да води част от консултацията на бременните жени (Екзактен метод на Фишер,  $p > 0.05$ ).

Основна приоритетна задача по отношение на пренаталните грижи е обхващането на жените в ранни срокове на бременността и тяхното проследяване в динамика. Това позволява своевременно идентифициране на екстрагенитални патологии, рискови фактори с цел вземане на превантивни и лечебни мерки, насочени към предотвратяването на усложнения на бременността, раждането и послеродовия период. [22] Мнението на анкетираните специалисти по акушерство и гинекология относно възможността акушерката да идентифицира наличието на рискови фактори на база данните от анамнезата и обективното изследване на бременната жена е представено на следващата графика (фиг.22):

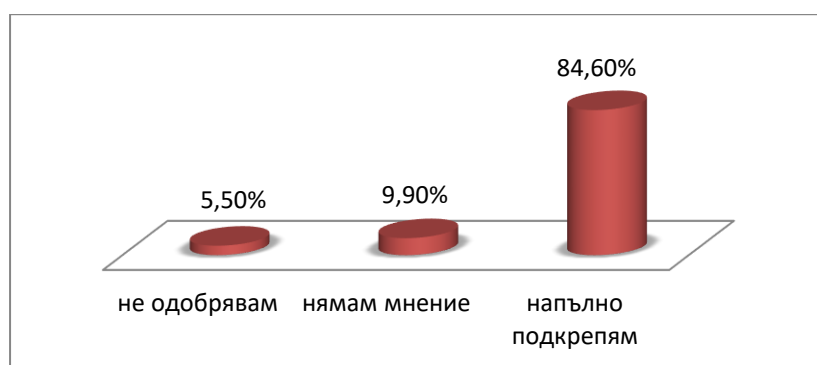


**Фиг.22 Мнение на АГ относно възможността акушерката да идентифицира наличието на рискови фактори на база данните от анамнезата и обективното изследване на бременната жена**

От резултатите е видно, че преобладаващата част от респондентите (52,7%) смятат, че е необходима допълнителна подготовка на акушерките, за да се справят с отговорността да идентифицират наличието на рисковите фактори при проследяването на бременността. По-малък е относителният дял на акушер-гинеколозите (45,1%), които са категорични, че настоящото

ниво на подготовка позволява на акушерката да се справи с тази задача. Делът на посочилите отрицателен отговор е сравнително малък (2,2%)

На въпроса „Как приемате идеята в ЖК да се въведе протокол за оценка на риска от настъпване на усложнения на бременността, който да се попълва от акушерката при всяко посещение на бременната жена?“, впечатление прави големият относителен дял на респондентите, които напълно подкрепят това предложение (84,6%). Мнение по въпроса не са изразили 9,9% от анкетираните, а 5,5% не подкрепят идеята в ЖК да се въведе протокол за оценка на риска от настъпване на усложнения на бременността (фиг. 23). Не съществува статистически значима зависимост между това, провеждат ли респондентите пренатални консултации на бременните жени в извънболничната помощ и готовността им да приемат идеята за въвеждане на протокол за оценка на риска в ЖК (Тест на Ман-Уитни( $U = 953$ ,  $p = > 0.05$ ). Такава не се установява и между трудов стаж, настоящо работно място на анкетираните специалисти по акушерство и гинекология и мнението им за въвеждането на протокол за оценка на риска в ЖК (Тест на Крускал-Уолис  $\chi^2 = 4.35$ ,  $p > 0.05$ ;  $\chi^2 = 5.138$ ,  $p > 0.05$ ).



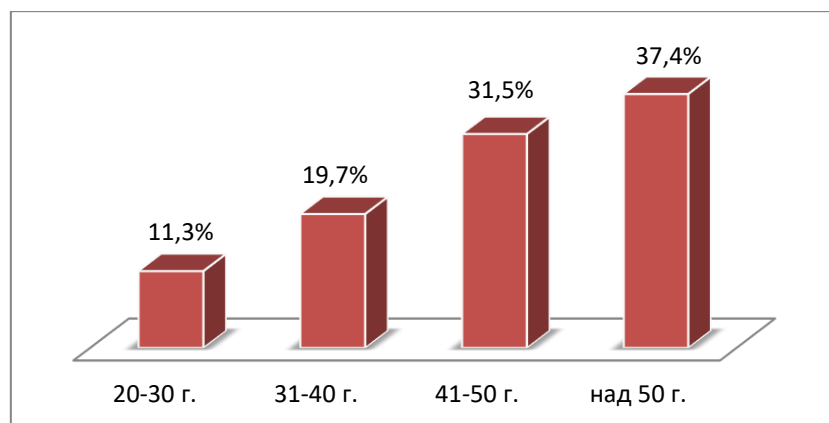
**Фиг. 23 Оценка на възможността за въвеждане в ЖК на протокол за оценка на риска, воден от акушерка**

По отношение ползите и негативите от въвеждането на такъв документ в ЖК специалистите по акушерство и гинекология са почти единодушни (87,9%), че протоколът за оценка на риска от настъпване усложнения на бременността ще подобри качеството на пренаталните

грижи. Малък е относителният дял на акушер-гинеколозите (3,3%), които са на мнение, че въвеждането на протокола за оценка на риска ще увеличи броят на документите, които се попълват в ЖК.

### 3.3. Проблеми на пренаталната консултация според акушерките

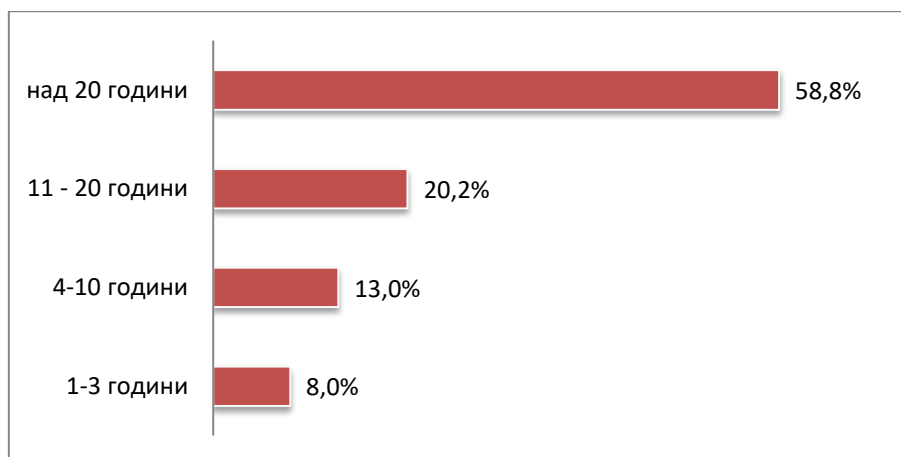
Анкетирани са 238 акушерки от цялата страна. Анализът на възрастовата структура на респондентите показва, че най-висок е относителния дял на акушерките, които са във възрастовата група над 50 години (37,4%), следвани от тези на възраст 41-50 години. Най-малък е дялът (11,3%) на медицинските специалисти, оказващи акушерски грижи във възрастовата група под 30 години (фиг. 24).



*Фиг. 24 Възрастово разпределение на респондентите*

В последните години се наблюдава застаряване на работещите в системата на акушерските грижи медицински специалисти. Това е следствие, от една страна от малкия брой желаещи да се обучават в това професионално направление и от друга, поради факта, че само част от новозавършилите кадри остават да работят в системата, най-вече поради ниските възнаграждения, които са в дисонанс с голямото натоварване и отговорност на професията. [42]

По отношение на професионалния трудов стаж на респондентите /фиг.25/ се забелязва, че по-големия относителен дял се пада на акушерките със стаж над 20 години (58,8%), след тях са тези със стаж 11-20 години (20,2%). Делът на акушерките с трудов стаж между 4-10 години е 13,0%. Най-малко са респондентите с трудов стаж 1-3 години (8,0%).



**Фиг. 25 Трудов стаж по специалността**

Мнозинството от респондентите са с голям професионален стаж, което им дава възможност изхождайки от натрупания опит да направят точна преценка на ситуацията, да я съпоставят през годините и да предоставят обективни и аргументирани отговори на зададените им въпроси.

Преобладаващата част от анкетираните акушерки са заети в болничната помощ (фиг.26), като най-голям е относителният дял на работещите в Родилна зала (37,2%), следвани от работещите в отделение Патологична бременност (19,6%), Детско отделение (12,5%), ОАИЛ (7,9%) и т.н. Сравнително малък е относителният дял на работещите в извънболничната помощ акушерки (11,2%), Спешен приемен кабинет(0,5%) и Администрация(0,5%).



**Фиг. 26** Разпределение на респондентите според настоящото им работно място

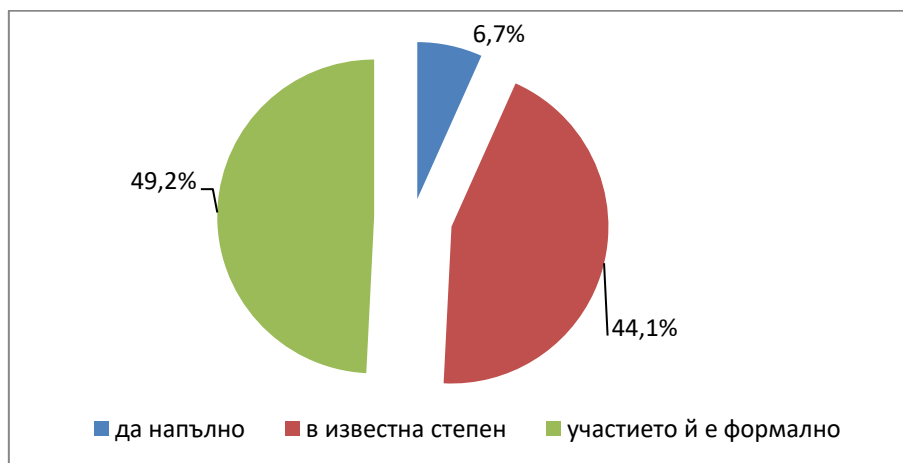
Анализът на резултатите относно настоящето работно място на анкетираните акушерки показва, че респондентите работят основно с бременни жени и родилки и са наясно с техните потребности и проблеми. Данните от сравнителния анализ на самооценката на респондентите за оказване на качествени грижи и за извършване на самостоятелни дейности при проследяване на нормална бременност (табл. 3) показват, че около 1/2 от анкетираните акушерки смятат, че подготовката им – теоретична и практическа до момента е напълно достатъчна за оказване на качествени акушерски грижи (52,9%), включително и за извършването на самостоятелни дейности при проследяване на нормална бременност (43,4%).

**Табл. 3** Сравнителен анализ на самооценката на акушерките за оказване на качествени акушерски грижи и за извършване на самостоятелни дейности при проследяване на нормална бременност

	Настоящо ниво на подготовка на акушерките за осъществяване на качествени акушерски грижи		Настоящо ниво на подготовка на акушерките за извършване на самостоятелни дейности при проследяване на нормална бременност	
	Брой отговорили n	Отн. дял %	Брой отговорили n	Отн. дял %
<b>Достатъчно</b>	126	52,9 %	103	43,3 %
<b>В известна степен</b>	101	42,4 %	125	52,5 %
<b>Недостатъчно</b>	11	4,6 %	10	4,2 %

Подобни са относителните дялове на респондентите, които смятат, че се нуждаят от допълнително обучение, за да извършват акушерските грижи на необходимото професионално ниво. 1/10 от респондентите не са удовлетворени от настоящото си ниво на подготовка, както по отношение на качеството на грижите, така и за практикуването на самостоятелни дейности в тази област. Установена е статистически значима зависимост между трудовия стаж на анкетираните акушерки и самооценката за нивото им на подготовка в полза на по-богатия професионален опит (Тест на Крускал-Уолис  $\chi^2 = 14.742$ ,  $p < 0.05$ ;  $\chi^2 = 8,259$ ,  $p < 0.05$ ). Съществува такава зависимост и между местоработата на акушерките и мнението за подготвеността им за самостоятелни дейности при проследяване на нормална бременност (Тест на Крускал-Уолис  $\chi^2 = 10.775$ ,  $p < 0.05$ ).

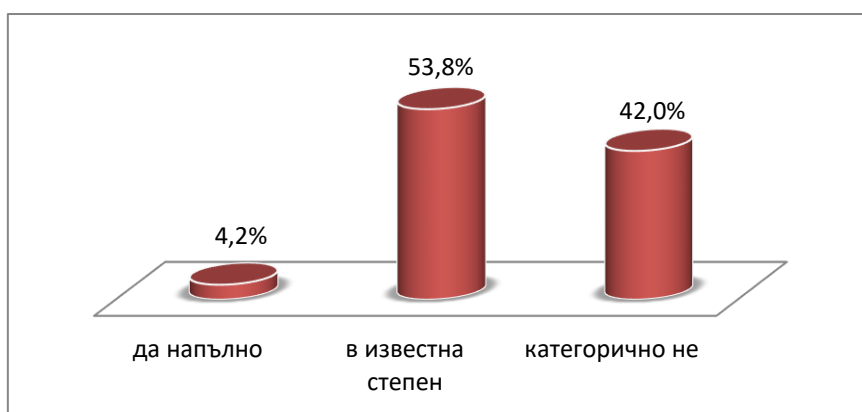
Предвид това, че полагат грижи основно за бременни жени и родилки, преобладаващата част от респондентите са добре запознати със задачите на акушерката от съществуващата към настоящия момент пренатална консултация. Това обуславя категоричните отговори на следващия въпрос „Смятате ли, че акушерката от ЖК участва пълноценно в пренаталната консултация на бременните жени?“ (фиг.27)



**Фиг. 27** Участие на акушерката от ЖК в пренаталната консултация на бременните

Половината от анкетираните акушерки (49,2%) смятат, че участието на акушерката в пренаталната консултация е формално и е подчинено на акушер-гинеколога, който наблюдава бременната жена. По-малкият относителен дял от тях (44,1%) са посочили, че акушерката участва „в известна степен” в консултацията на бременните жени. Незначителен дял от респондентите (6,7%) оценяват дейността на акушерката в пренаталната консултация като пълноценна. От анализа на резултатите става ясно, че според анкетираните лица ролята на акушерката в консултацията на бременните жени е на обслужващ персонал, който работи за лекаря, а не за жената. [25]

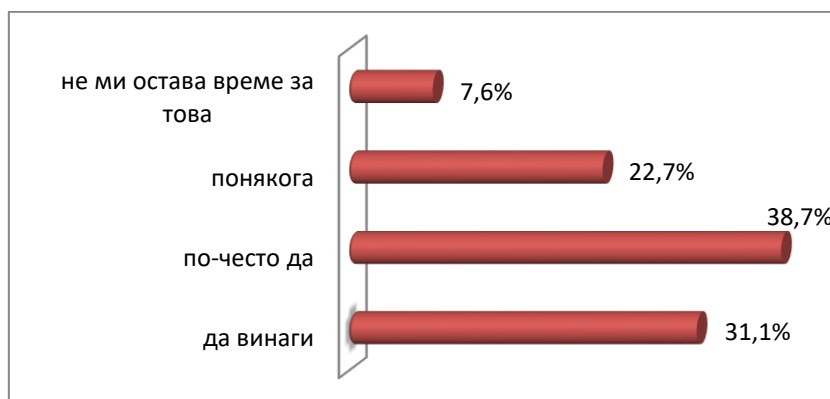
Важна част от работата на пренаталната консултация е предоставянето на здравна информация на бременните жени по въпросите на бременността и майчинството. Относно здравната промоция в ЖК, респондентите са изразили следните мнения(фиг.28):



**Фиг.28 Степен на информираност на бременните от ЖК по въпросите на бременността, раждането и послеродовия период според акушерките**

Половината от анкетираните акушерки (53,8%) смятат, че бременните жени не получават достатъчно информация от пренаталната консултация по въпросите на бременността, раждането и послеродовия период. Голям е относителния дял на тези от тях (42,0%), които са категорични, че в съществуващата към момента ЖК липсва здравна промоция по въпросите на майчинството.

Запитани за времето, което отделят за професионална комуникация със своите пациентки, 1/3 от анкетираните акушерки посочват, че винаги отделят време, за да предоставят на пациентките си необходимата здравна информация(фиг.29).



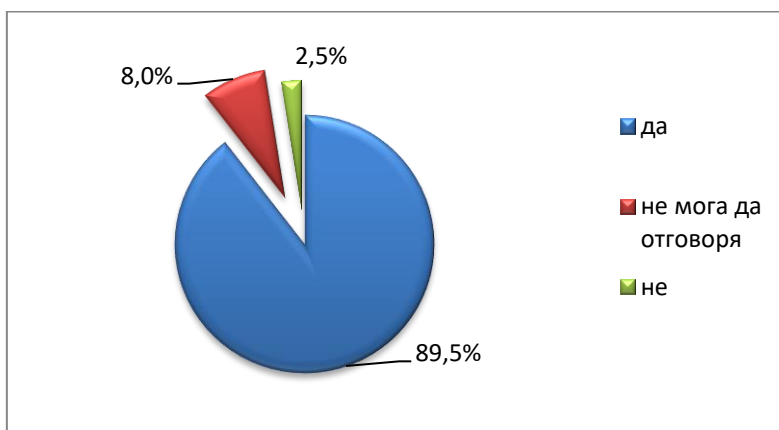
**Фиг.29** *Разпределение на респондентите според времето, което отделят на жените за здравна промоция*

Малко по-голям е относителният дял на тези, които по-често, но не винаги намират време за тази дейност (38,7%), а 22,7% са дали отговор „понякога”. Предвид това, че здравната промоция е сред основните компетенции на специалистите по здравни грижи, трябва да се отбележи, че част от анкетираните акушерки (7,6%) изобщо не намират време за комуникация с жените /бременни или родилки/. Констатира се статистически значима разлика с резултатите от анализа на същия въпрос, зададен на потребителите на пренаталните грижи – бременни жени и родилки (Линеен коефициент ( $\chi^2 = 3,808$ ,  $p < 0.05$ ). Това показва, че самооценката на акушерките за времето, което отделят за предоставяне на здравна информация е твърде субективна и не отговаря на потребностите на ползвателите на техните услуги.

В сферата на здравните грижи, поради една или друга причина общуването с пациента се подценява от здравните специалисти и не се приема като значима част от тяхната професионална дейност. За пациентите, обаче отделеното внимание, провеждането на разговори, получаването на информация, както и изслушването са също толкова

важни, колкото самото лечение и грижи.[70] Формирането на професионални умения за общуване в акушерството все още не се явява приоритетна цел.

От обобщения анализ на резултатите става ясно, че като цяло анкетираните акушерки не са удовлетворени от съществуващата към момента пренатална консултация и от участието на акушерката в нея. Това се потвърждава от отговорите на следващия въпрос: „Смятате ли, че е необходима промяна в грижите за бременните жени?“ (фиг.30).



**Фиг.30** *Необходимост от промяна в грижите за бременните жени*

Преобладаващата част от респондентите (89,5%) смятат, че е необходима промяна в грижите за бременните жени. Незначителен е дялът на тези, които са на мнение, че пренаталната консултация функционира добре и няма нужда от промяна (2,5%). Сред анкетираните лица има и такива, които са се въздържали от отговор (8,0%).

Насоките за промяна в грижите за бременните жени според анкетираните акушерки са представени на следващата графика (фиг.31):

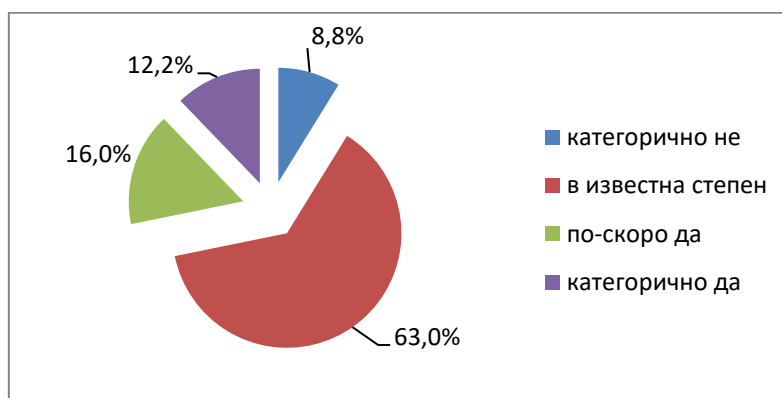


**Фиг.31 Насоки за промяна в грижите за бременните жени**

*Забележка: Отговорите на въпросите надхвърлят 100%, защото респондентите са дали повече от един отговор.*

Респондентите са дали одобрение на всички предложени насоки за промяна, като са се обединили около събирателния вариант за нов модел на пренатална консултация, в основата на който стои акушерката и акушерската грижа за бременната жена (85,7%).

Доверието към акушерската професия и уважението към акушерския труд сред бременните жени е било и продължава да бъде обект на задълбочени проучвания (фиг.32).

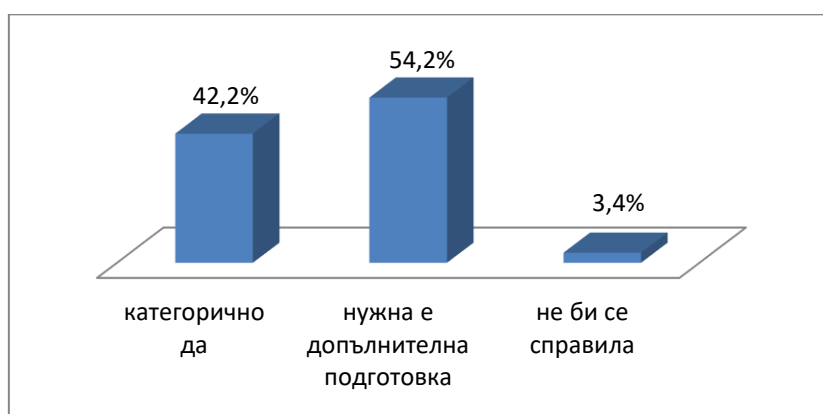


**Фиг.32 Липса на авторитет и доверие на акушерката**

По-големият относителен дял от анкетираните акушерки (63,0%) смятат, че са загубили „в известна степен” доверието и авторитета си сред жените. Положителен отговор с различна степен на категоричност са дали съответно 16,0% от респондентите - „по-скоро да” и 12,2% - „категорично да”. Дългите години на зависими акушерски функции, посочва Д. Димитрова, обезличиха акушерката като специалист, който може

самостоятелно да води нормално раждане и да проследява нормално протичаща бременност. Комерсиализирането на здравните услуги елиминира акушерката като евентуален конкурент на този пазар. [25] Това са част от причините, които обясняват получените резултати.

Според препоръките на Генералната асамблея на XIII Световен конгрес на FIGO, акушерката е „най-подходящото лице за грижа при нормална бременност и пуерпериум, включително и за оценка на риска и установяване на усложнения” [119, 136]. Мнението на акушерките относно степента им на подготовка за идентифициране на рисковите фактори на бременността е представено на следващата графика: (фиг.33).

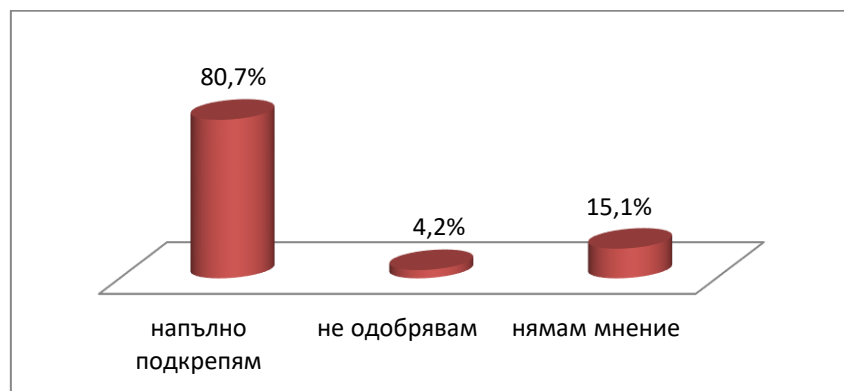


**Фиг.33 Степен на подготовка за идентифициране рисковите фактори на бременността**

Значителен дял от респондентите (42,2%) са категорични, че акушерката на база данните от анамнезата и обективното акушерско изследване, би могла да идентифицира отклонение от нормалния ход на бременността. Болшинството от анкетирани акушерки (54,2%) обаче, са на мнение че е необходима допълнителна подготовка за това с оглед нарасналия процент патология на бременността, бързото развитие на медицинската наука и практика, по-високата здравна култура на жените, които имат по-големи очаквания и са по-критични относно оказваната им медицинска помощ. Запитани в каква насока да бъде тази подготовка големият относителен дял от анкетирани акушерки (68,1%) смятат, че е

необходимо следдипломно обучение в областта на Рисквата бременност. Друга част (21,0%) посочват, че за да се справи акушерката с тази отговорност е нужно обучение за подобряване на професионалната им комуникация. Малък дял от респондентите (6,3%) са дали отговор „друго” и са предоставили собствени предложения за допълнителна подготовка на акушерките, сред които внимание заслужават: нови модели за пренатални грижи и запознаване с международния опит в грижите за бременните жени.

Анализът на мнението на анкетирани акушерки относно въвеждането на протокол за оценка на риска от настъпване на усложнения на бременността, който да се попълва от акушерката при всяко посещение на бременната в пренаталната консултация показва, че болшинството от тях (80,7%) напълно подкрепят това предложение. Относителният дял на респондентите, които не одобряват идеята е сравнително малък (4,2%), а 15,1% не са изразили мнение по този въпрос (фиг.34). При направена съпоставка с мнението на специалистите по акушерство и гинекология по този въпрос не се констатира статистически значима зависимост (Тест на Ман-Уитни  $U = 10447$ ,  $p > 0.05$ ).

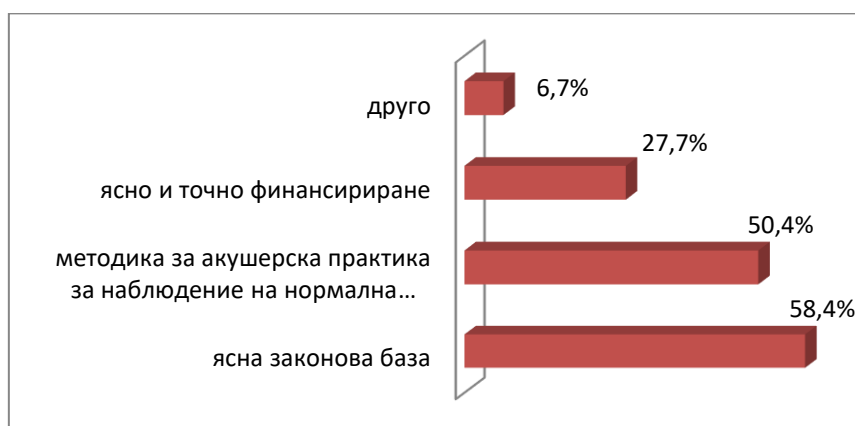


**Фиг. 34 Въвеждане на протокол за оценка на риска в ЖК**

Преобладаващата част от анкетирани акушерки (78,6%) смятат, че въвеждането на такъв документ в пренаталната консултация ще подобри качеството на грижите, ще създаде по-голямо доверие между акушерката и бременната жена, ще оптимизира приемствеността между пренаталната

консултация и родилния дом, ще даде възможност да се направи план за раждане. Голям е относителният дял и на тези, които са на мнение, че протоколът за оценка на риска ще повиши автономността на акушерката (50,8%). Всяка промяна е свързана със съпротива, която не липсва и тук. Според 1/10 от респондентите въвеждането на такъв формуляр ще увеличи излишно броя на документите, с които акушерката работи.

На въпроса „Какво би Ви мотивирало, за да работите в самостоятелна акушерска практика за наблюдение на бременни с нормална протичаща бременност?“ водещи мотиви за респондентите са: ясната законова база (58,4%), последвана от разработена методика /модел/ на акушерска практика за наблюдение на нормална бременност (50,4%) и точно регламентирано финансиране (27,7%). Малък дял от анкетираните акушерки (6,7%) са посочили отговор „друго“, като са се аргументирали, че нямат желание да работят в самостоятелна практика и нищо не би могло да ги мотивира (фиг.35).



**Фиг. 35 Мотивация на респондентите за работа в самостоятелна акушерска практика за наблюдение на нормална бременност**

*Забележка: Отговорите на въпросите надхвърлят 100%, защото анкетираните са дали повече от един отговор*

Към момента е налице накъсано осигуряване на грижата за майка и новородено, като фокусът е идентификация и лечение на патология. Необходима е промяна, необходим е цялостен подход, който да акцентира върху личността на жената - бременна или родилка, осигуряването на

максимално добро здраве за нея и детето ѝ, превенция и ранно откриване на проблемите и внимание върху емоционалните и социалните аспекти на бременността, раждането и послеродовия период.

### **3.4. Протокол за оценка на риска от възникване на усложнения на бременността.**

Клиничният мениджмънт на пренаталните грижи и оценката на риска от възникване на усложнения на бременността са ефективни съвременни подходи в пренаталните грижи за редица страни. Оценката на риска от възникването на усложнения на бременността е идеалната възможност да се осъществи дългосрочна прогноза на бременността и раждането. Това е модел на индивидуално изчислен риск за всяка бременна жена, който дава възможност за преизчисляване на риска и изработване на план за родоразрешение. Смисълът на тази рамка е :

- не да даде медицинско разрешение, а по-скоро да представи оценка на текущия медицински статус – общ и акушерски на бременната жена;
- да осигури клиничен рисков профил, който да бъде използван от медицинските специалисти, в случая акушер-гинеколога при вземането на терапевтични решения;
- да направи препоръки, касаещи оценката, мениджмънта и риска от възникването на усложнения по време на бременността.

В развитите страни, които имат най-добри показатели за майчина и детска смъртност, именно акушерките са основните медицински специалисти за грижа по време на нормална бременност и пуерпериум, включително и за оценка на риска и установяване на отклонения от физиологичния ход на бременността, раждането и послеродовия период. Акушерката притежава нужната подготовка и компетентност, за да

направи оценка на риска въз основа на данните от: анамнеза, общо изследване, акушерско изследване и лабораторни изследвания / ПКК, кръвна захар, кръвна група и Rh-фактор, серологични изследвания/.

Рисковите фактори при бременните жени са свързани с анамнезата или протичането на настоящата бременност. [21]

Щателно снетата анамнеза при първото посещение на бъдещата майка за регистрация в пренаталната консултация е от изключителна важност за идентифициране на епидемиологичните и медицинските рискови фактори. Взема се предвид не само акушерската, но и общата, и фамилната анамнеза. Въз основа на придобитата информация се оценява дали бременността е рискова или не и дали при проследяването ѝ следва да бъдат направени допълнителни изследвания и консултации.[34]

Обстойният физикален и гинекологичен преглед при първото посещение може да разкрие наличие на отклонения в общия статус на пациентката.

Адекватното проследяване на бременността /честота на пренаталните посещения, своевременно извършване на препоръчаните изследвания/ позволява навременно идентифициране на повишения и реализиран риск.

Обстойното общо и акушерско изследване при всяко посещение на жената в пренаталната консултация може да установи отклонения в статуса на пациентката, които също биха я поставили в рискова група.

Резултатите от лабораторните изследвания дават ценни данни, въз основа на които се прави оценка на риска от усложнения, които могат да възникнат през бременността. В настоящата епоха на ограничаване на разходите лабораторните изследвания, посочени в програмата „Майчино здравеопазване” са минимумът, на който да се стъпи. При необходимост (повишен риск) наблюдаващият бременността акушер-гинеколог може да поиска допълнителни изследвания.

Оценката на риска дава възможност да се планират последващите действия и да се препоръча поведение за редуциране на дългосрочния риск от усложнения на бременността. Оценката на риска е възможност за контролиране на риска. Акушерката от пренаталната консултация със своите констатации и впечатления е медицинският специалист, който първи може да установи отклонения от нормалния ход на бременността и да насочи вниманието на АГ за предприемане на нужните действия за справяне с проблема. Чуждестранният опит в тази област доказва това.

Въз основа задълбочен анализ на чуждестранни литературни източници на добрата практика в областта на пренаталните грижи, както и на емпиричните данни от настоящото проучване разработихме Протокол за оценка на риска от възникване на усложнения по време на бременността, който да се попълва от акушерката от пренаталната консултация съответно при: първата визита, при всяка следваща визита и в края на бременността. За целта са предложени три формуляра в електронен вариант.

За определянето на факторите и степените на риска е използвана адаптирана таблица, оригиналът на която се прилага в Испания (Каталуния).[114](табл.4)

**Табл.4 Фактори и степени на риска през бременността.**

Степен на риска	Фактори от анамнезата	Фактори от настоящата бременност
<b>Нисък /риск 0/</b>	липсват	липсват
<b>Среден/риск1/</b>	Аномалии на таза; ССЗ – ФК I; Възраст < 16 и >35 г.; Недостатъчни пренатални грижи; Неясна ПРМ; Мултипаритет; Нисък социално-икономически статус; Наднормено тегло преди бременността; Нисък ръст; Инфертилитет; Пушене.	Близнаци; Rh-несъвместимост; Експесивно/недостатъчно наддаване на тегло; Кръвотечение в първи триместър на бременността; Инфекции на бременната; Гестационен диабет.
<b>Висок /риск 2/</b>	Преждевременно раждане; ССЗ – ФК II и III; Употреба на алкохол и наркотици; Сериозни съпътстващи заболявания; Диабет, предшестваш бременността; Анемия; Ендокринни заболявания; Аномалии на матката; Обременена акушерска анамнеза; Повтарящи се перинатални загуби; Риск от ИУРП; Хипертония; Маточен цикатрикс.	Преждевременно раждане; Бременност след термин; Кръвотечение във втори или трети триместър; Олигохидрамнион/хидрамнион; Подозрение за аномалия на плода; Патологично предлежание; ИУРП; Rh-изоимунизация.

**Рисковите фактори са разделени в 2 големи групи:**

- фактори от анамнезата;
- фактори от настоящата бременност.

Всеки един от посочените **рискови фактори има определена тежест**, обозначена с рисков индекс:

- рисков индекс „0” – липса на рисковия фактор;
- рисков индекс „1” – среден риск;
- рисков индекс „2” – висок риск.

Едно и също състояние/заболяване в зависимост от тежестта на изявата си може да постави съответната бременна в различни групи на риска.

За онагледяване и насочване на вниманието към рисковия фактор е **предвидена цветна сигнализация:**

- ✓ в зелено – рисков индекс „0”;
- ✓ в жълто – рисков индекс „1”;
- ✓ в червено – рисков индекс „2”.

Въз основа на рисковите индекси се **определят три степени на риска:**

- **нисък** – липсват анамнестични рискови фактори и такива от настоящата бременност;
- **среден** – наличието на поне един рисков фактор с рисков индекс 1;
- **висок** – наличието на три и повече рискови фактора с рисков индекс 1 или наличието на поне един рисков фактор с рисков индекс 2.

При регистрирането на бременната жена в пренаталната консултация акушерката сменя подробна анамнеза, прави оглед и антропометрия, измерва соматични показатели, интерпретира резултатите от лабораторните изследвания. Въз основа на получената информация попълва Протокол за оценка на риска – първи скрининг. Нивото на риска се ревизира при всяка пренатална визита и се попълва формуляра за оценка на риска в хода на бременността. В края на бременността преди да се издаде Обменната карта се изготвя Протокол за оценка на риска - последен скрининг, въз основа на който АГ може да направи план за раждане.

Акушерката работи в тясна колаборация с АГ, при който по електронен път се препраща Протокола за оценка на риска за конкретната бременна жена при всяка нейна визита. Въз основа информацията от протокола за оценка на риска и от направения преглед, акушер-гинекологът оценява състоянието на бременната жена и плода и определя плана на грижи.

### **3.5. Резултати и обсъждане от направената експертна оценка на Протокол за оценка на риска от възникване на усложнения по време на бременността**

Осъществена е експертна оценка на изготвения Протокол за оценка на риска от усложнения по време на бременността, основан на анализирания данни от проведеното изследване и проучения положителен опит в тази насока. Оценката е изработена от 7 експерти в областта на акушерството и гинекологията. Анализът на получените експертни мнения показва, че протоколът за оценка на риска се приема без забележки от повечето експерти.

Всички експерти одобряват предложените формуляри за оценка на риска и смятат, че са съобразени с компетенциите и подготовката на акушерките и са практически приложими в работата на ЖК.

Експертите са на мнение, че разработеният протокол за оценка на риска ще бъде ефективен инструмент за повишаване качеството на пренаталните грижи и ще направи лекарите и акушерките партньори в грижата за бременните жени. Протоколът за оценка на риска може да се използва и за преценка потребностите и нуждите на всяка бременна жена, както и за идентифициране на компонентите на качествена грижа, които трябва да бъдат основа за разработване на стандарти за акушерски грижи на национално равнище.

Силните страни на Протокола за оценка на риска според експертите са: актуалност, уникалност – за първи път се разработва такъв формуляр за оценка на риска с научно-приложен характер в областта на акушерските грижи. Структуриран е добре. За определянето на факторите и степените на риска е използвана адаптирана таблица, оригиналът на която се прилага в Испания, която притежава сходни с нашите характеристики на популацията, специфика на организацията на пренаталните грижи и качество на медицинските грижи.

Като слаби страни са посочени: липсата на разработени системи и правила за оценка на риска, съобразени с националните особености и организацията на пренаталните грижи у нас.

Единодушно е мнението на експертите, че предложеният протокол за оценка на риска ще оптимизира работата на пренаталната консултация, ще осигури екипна ефективност и по-високо качество на грижите за бременните жени.

Според експертите протоколът за оценка на риска при бременни жени отговаря на явните потребности за оптимизиране на пренаталните грижи. Прилагането му в практиката ще съдейства за повишаване престижа на професията „Акушерка” и ще интегрира успешно акушерската грижа в пренаталните грижи.

### **3.6. Концептуален модел за пренатална акушерска консултация**

Въз основа на предложения Протокол за оценка на риска от възникване на усложнения на бременността изработихме концептуален модел на акушерска консултация, обособена като структура към съществуваща Женска консултация. (Схема 1)



*Схема 1. Концептуален модел на акушерска консултация*

Моделът на акушерска консултация има за цел оптимизиране на акушерските грижи за всяка бременна жена, като се фокусира върху превенцията, здравето, доброто състояние чрез своевременно идентифициране на рисковете на бременността във всеки конкретен случай.

#### *Описание*

Моделът представлява акушерска практика, създадена и функционираща като структура към пренаталната консултация. Предметът на дейност е насочен към оказване на професионални дейности и грижи съгласно Наредба №1/08.02.2011г. за Професионалните дейности, които акушерките могат да извършват самостоятелно или по назначение от лекар.

В основата на модела стои оценката на риска от възникване на усложнения на бременността, която се осъществява чрез Протокол за оценка на риска. Този формуляр се попълва при всяко посещение на бременната жена от акушерката в акушерската консултация в електронен вариант, който се препраща към наблюдаващия бременността акушер-гинеколог.

#### *Предимства*

- ✓ Моделът на акушерска консултация се фокусира върху превенцията, здравето и доброто състояние на бременната жена, която е в центъра на внимание като уникална личност.
- ✓ В основата на модела стои акушерката и акушерската грижа за всяка бременна жена, съчетани с ценностите – уважение, общуване, съобразяване със социалните и психологическите потребности на жената, т.е. персонализирана грижа съобразно индивидуалните нужди.
- ✓ Разработеният модел представя възможност за ефективно оползотворяване на човешкия ресурс в областта на пренаталните грижи, като посочва акушерката като основен доставчик на грижи при нормална бременност, включително и за оценка на риска и установяването на усложнения.
- ✓ Този модел може да се използва за преценка на потребностите и нуждите на всяка бременна жена, както и за идентифициране на компонентите на качествена грижа, които трябва да бъдат основа за разработване на стандарти за акушерски грижи на национално равнище.
- ✓ Моделът се основава на необходимостта от интердисциплинарна работа в екип и сътрудничество. Въвеждането на модела за акушерска консултация ще направи лекарите и акушерките

партньори в пренаталната грижа и ще повиши авторитета на акушерската професия.

- ✓ Предложеният модел ще има положително въздействие, особено в контекста на ефективните системи на майчиното здравеопазване, които са доказали, че при нормална бременност акушерската грижа е най-достъпна, рентабилна и устойчива.

### *Потребители*

Потребители са всички бременни жени, посещаващи съответната пренатална консултация, към която е разкрита акушерската консултация. След направена оценка на риска се отдиференцират нискорисковите бременности, които остават за наблюдение в акушерската консултация, а средно и високо рисковите се насочват към акушер-гинеколог, който преценява степента на риска и определя плана на грижи, съобразно конкретните им потребности.

### *Организационни аспекти*

Практиката се ръководи от акушерката от пренаталната консултация след завършен курс за следдипломно обучение на тема „Съвременни подходи и модели на пренатални грижи”.

Използват се помещенията, оборудването и апаратурата, с която разполага пренаталната консултация.

След установяване на бременността от акушер-гинеколог жената се насочва към акушерската консултация. Въз основа на щателно снета анамнеза и проведени изследвания /общо, акушерско и лабораторни/, акушерката изготвя **Протокол за оценка на риска**, който по електронен път се препраща до наблюдаващия бременността акушер-гинеколог. Информацията от направената оценка на риска е максимално изчерпателна, обхваща основните аспекти от наблюдението на

бременността /анамнеза, общи, акушерски и лабораторни изследвания/, като предоставя възможност за цветна сигнализация при наличието на рисков фактор. Така представената информация може да бъде основа за бъдещо проследяване състоянието на плода и майката, както и за прогнозиране на изхода от бременността и раждането. Акцентирането върху евентуални отклонения и усложнения на бременността позволява своевременно идентифициране на повишения и реализирания риск и предприемането на конкретни мерки.

Нивото на риска се ревизира при всяка пренатална визита. При липсата на рискови фактори – от анамнезата и от протичането на бременността - бременността се определя като **нискорискова**. В този случай бременната жена се наблюдава основно от акушерката в акушерската консултация. Спазва се периодичността на прегледите и изследванията, посочени в програмата „Майчино здравеопазване” при нормална бременност. Акушерката извършва дейностите, които са в сферата на нейната компетентност, като обръща особено вниманиена здравната промоция и психоемоционалната подготовка на жената за предстоящото раждане.

При **рискова /средно и високо рискова/** бременност, т.е. когато са налице анамнестични данни за предшестващо бременността заболяване или за фамилна обремененост с наследствени заболявания, за абнормно протекли предишни бременности и/или раждания, или за отклонения в протичането на настоящата бременност, бременната жена се изпраща при акушер-гинеколога, който преценява степента на риска в конкретния случай, планира последващите действия и препоръчва поведение за редуциране на дългосрочния риск от усложнения на бременността. Неговата оценка определя дали бременната може да се наблюдава в акушерската консултация /при среднорискова бременност напр./ или е

необходимо лекарско наблюдение. В зависимост от вида на риска се назначават допълнителни консултации със специалисти и изследвания.

Рискът, както посочва доц. В. Димитрова е конкретен, обратим, но може и да еволюира.[24] При преценка на наблюдаващия бременността акушер-гинеколог, че рисковите фактори са овладяни, бременната жена отпада от групата на риска и продължава да се наблюдава в акушерската консултация.

Моделът на акушерска консултация е съвременен модел на пренатална консултация, който посочва акушерките като основните медицински специалисти за грижи при нормална бременност, включително и за оценка на риска и установяване на отклонения. Той разширява правомощията на акушерката, като ѝ дава възможност да определя степени на риска /според определени критерии/ под непрекъснатия контрол от страна на акушер-гинеколога, което гарантира своевременно идентифициране на риска и оптимално качество на пренаталните грижи. Моделът ще подобри професионалната комуникация между акушерката и бременната жена, ще върне доверието на жените в акушерките и ще повиши авторитета на акушерската професия.

#### *Връзка с други звена*

Позиционирането и организацията на работа на акушерската консултация предоставя възможност за своевременно насочване на бременните жени към акушер-гинеколог и лаборатория (клинична, микробиологична, цитологична).

#### *Финансиране*

Дейността на акушерската консултация ще се финансира целево от НЗОК/РЗОК, като за всяка пациентка е предвиден пакет акушерски грижи, съобразно групата на риска в която попада.

### **3.7. Учебна програма за следдипломно обучение**

Въз основа на емпиричните данни от настоящото проучване, а именно големият относителен дял на акушерките и акушер-гинеколозите, които смятат, че е необходима допълнителна подготовка за оказване на качествени акушерски грижи, разработихме учебна програма за следдипломно обучение на акушерки на тема „Съвременни методи и модели на пренатални грижи”.

Програмата е напълно приложима и съобразена с нивото на теоретични познания на акушерките, получени по време на базовото им образование. Обхваща теми, които ще допълнят знанията и уменията им и ще ги направят по-конкурентноспособни в грижите за бременните жени.

*Тема на курса на обучение:*

**„Съвременни методи и модели на пренатални грижи”**

*Времетраене на курса на обучение – 6 академични часа*

*Участници в обучението – акушерки, работещи в системата на здравеопазването от цялата страна*

#### **Цел на програмата**

Надграждане на нивото на компетентност на акушерките в областта на пренаталните грижи и формиране на знания за съвременните методи и модели на грижи за бременните жени, както и умения за прилагането им.

#### **Задачи на програмата**

- ✓ Акушерките да получат допълнителни теоретични знания относно грижите за бременни жени у нас и в международен аспект.
- ✓ Трансформиране на теоретичните познания относно съвременните методики за пренатални грижи в практически умения за прилагането им.
- ✓ Да формира компетенции за изготвянето на оценка на риска от възникването на усложнения по време на бременността.

## **Описание на курса**

Курсът се състои в 6 академични часа, реализирани в лекции и дискусии.

**Формиране на оценката** – чрез заключителен контрол

**Методи за изпитване и оценяване** – писмено /тестово/

**Учебно-технически средства за преподаване:** схеми, таблици, данни от проучвания, интерактивни средства.

#### **IV. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ**

Ролята на пренаталните грижи през последните десетилетия нарасна във връзка с намаления брой бременности, раждания и деца в семейството и произтичащата от това необходимост да се осигури почти всяка бременност и дете. Съвременното акушерство и гинекология се развиват в профилактична насока. Превенцията на здравето на бременната, плода, родилката и новороденото изисква прогнозиране и възможно най-ранно диагностициране на настъпилите усложнения. За целта е необходима стратегия за оптимално наблюдение на бременната и на плода.

Получените резултати свидетелстват за снижени критерии при проследяването на бременността, наличие на съществени различия при оказването на акушерските грижи и неизяснена и силно маргинализирана роля на акушерката при оказването им.

Традиционната работа на акушерката в женската и детската консултация са доказали в годините своята значима роля за женското и детското здраве. В развитите държави с най-добри показатели на майчина и детска смъртност именно акушерките са основните медицински специалисти, които се грижат за здравите жени и бебета. Акушерските грижи са не само ефективни, но и значително по-евтини от висококвалифицирания лекарски труд.

За повишаване качеството и постигането на по-добри резултати в областта на пренаталното наблюдение на бременните е необходимо интегриране на акушерските грижи в контекста на съвременни управленски подходи и ефективни механизми за работа в екип.

## ИЗВОДИ

Въз основа направения анализ на данните от проведеното емпирично проучване могат да се формулират следните основни изводи:

1. Значителен дял от бременните жени и родилките (71,3%) не са получили от пренаталната консултация необходимите според тях грижи, внимание и информация относно бременността и не са достатъчно подготвени – физически и психически за предстоящото раждане и послеродов период.

2. Преобладаващата част от анкетираните бременни и родилки (66,8%) имат доверие на акушерката и нейната професионална компетентност, но и изискват от нея осъществяване на ефективно професионално общуване, основано на личната грижа към човека, изразена в отношение на внимание, съчувствие, емоционална топлина, зачитане и подкрепа.

3. Голяма част от анкетираните жени-ползватели на акушерски грижи (53,5%) и наблюдаващите към момента бременността акушер-гинеколози (93,4%) смятат, че при нормално протичаща бременност част от пренаталната консултация може да се води само от акушерка, която да се грижи за бременната, да проследява състоянието и потребностите ѝ, да я напътства в ролята ѝ на бъдеща майка.

4. По-големият относителен дял от анкетираните акушерки (63,0%) смятат, че в известна степен са загубили доверието и авторитета си сред жените, което намалява професионалното им самочувствие. Поради маргинализираната роля на акушерката значим дял от анкетираните жени – ползватели на пренатални грижи (58,6%) предпочитат да се обърнат към акушер-гинеколога от пренаталната консултация за информация и съвет, отколкото към акушерката.

5. По-големият относителен дял от анкетираните акушер-гинеколози (54,9%) предпочитат да провеждат пренаталните консултации на бременните жени без участието на акушерка. Когато в ЖК участва

акушерка, ролята ѝ е формална, сведена до негов асистент и се изразява предимно във водене на документация.

6. Част от задълженията на акушерката са свързани с умението ѝ да изгражда ефективни професионални взаимоотношения, да мотивира жената за активно участие и съдействие в процеса на акушерските грижи, да поддържа системно емоционална връзка с нея, да ѝ вдъхва увереност, да я учи и помага в поддържането на подходящо за нея здравно поведение. Данните от направеното проучване установяват в голяма степен незадоволителна професионална комуникация между акушерката от пренаталната консултация и бременната жена.

7. Сравнително голям е относителният дял на анкетираните бременните жени и родилки (57,6%) и акушерки (89,5%), според които е необходима промяна в организацията на работа в пренаталните консултации, нова рамка на качествена грижа за бременните жени, която да поставя нуждите и потребностите на жената – бременна или родилка в центъра си.

8. Значителна част от акушерките (54,2%) и специалистите по акушерство и гинекология (52,7%) са на мнение, че на база данните от анамнезата и обективното акушерско изследване, акушерките биха могли да идентифицират отклонения от нормалния ход на бременността. Повече от половината (68,1%) считат, че поради нарасналия процент патология на бременността и по-големите очаквания на жените относно оказваната им акушерска помощ, е необходима допълнителна подготовка в областта на рисковата бременност.

9. Преобладаващата част от анкетираните акушерки (80,7%) и акушер-гинеколози (84,6%) напълно подкрепят идеята в пренаталните консултации да се въведе протокол за оценка на риска от настъпване на усложнения на бременността, който да се попълва от акушерката при всяко посещение на бременната жена. Това според тях ще повиши качеството на пренаталните грижи.

## **ПРЕПОРЪКИ**

### **Към Министерство на образованието**

✚ Обучението на акушерките да оправдава възможностите и правомощията им за прилагане на акушерските грижи и да е перманентно чрез следдипломни курсове и квалификации.

✚ Повишаване на общото образователно равнище, демографската информираност и сексуалната култура на населението.

### **Към Министерство на здравеопазването**

✚ Да се направят промени в Стандарта по АГ с право на провеждане на пренатална консултация при нормална протичаща бременност от акушерка.

✚ Да се разработят нормативни документи указващи правила и системи за оценка на риска по време на бременност, съобразени с характеристиката на популацията, спецификата на организацията на пренаталните грижи и качеството на медицинската помощ в страната.

### **Към НЗОК**

✚ Финансиране от НЗОК на регламентирани от ЗЛЗ звена в извънболничната помощ за оказване на акушерски грижи и за акушерски патронаж.

✚ Разработване на пакети по акушерски грижи за наблюдение на бременни, които да дават възможност за остойностяване на труда и грижите на акушерките.

### **Към БАПЗГ:**

✚ Изработване на национални стандарти по здравни грижи и в частност по акушерски грижи.

✚ Законово регламентиране на акушерски модел на грижа, съгласно директивите на СЗО.

### **Към всички институции**

✚ Тясно сътрудничество между държавния и неправителствения сектор, както и консенсус между различните медицински и други специалисти, ангажирани с майчиното и детското здраве

#### **IV. ПРИНОСИ**

##### С теоретично-познавателен характер

1. Анализирани, събрани и систематизирани са научната литература относно грижите за бременните жени в България в исторически план, настоящата нормативната уредба и организацията им при нормална бременност и бременност в риск, както и организационния опит на други държави по отношение на пренаталните грижи.

2. Проведено е комплексно, представително изследване на мнението на потребители на пренатални грижи - бременни жени и родилки и медицински специалисти, предоставящи такива грижи – акушер-гинеколози и акушерки, относно модела на съществуващата към момента ЖК и нагласите им за въвеждането на съвременни организационни методи в грижите за бременните.

##### С практико-приложен характер

1. Разработени са 3 формуляра /в електронен вариант/ за оценка на риска от възникване на усложнения на бременността – при първото посещение на бременната в пренаталната консултация, в хода на бременността и в края на бременността.

2. Предложен е съвременен модел за пренатална консултация, който посочва акушерките като основните медицински специалисти за грижи при нормална бременност, включително и за оценка на риска и установяване на отклонения.

3. Изработена е програма за следдипломно обучение на акушерките на тема „Съвременни модели на пренатална консултация” в рамките на 6 академични часа.

## Публикации във връзка с темата на дисертационния труд

1. **Веселинова Т., Д. Хаджиделева, Б. Трайчева, А. Димитрова – Участие на акушерката в пренаталните грижи за бременните жени**, сп. Акушерство и гинекология, т. 55( 2), 2016, с.54-60, ISSN 0324-0959, **IF/SJR – 0.119**
2. **Veselinova T., D. Hadjideleva, M.Ilieva, Emergence and development of obstetrics as a profession**, MEDICUS, ISSN 2409-563 X, №2(20), March 2018
3. **Веселинова Т., Ил. Соколова, М. Станоева, Нагласи и готовност на акушерките за въвеждане на съвременни методи за пренатални грижи в женска консултация**, сп. Сестринско дело, бр.1, 2018г, ISSN 1310-7496
4. **Веселинова Т., Д. Хаджиделева, А. Димитрова, Качество на акушерските грижи в послеродовия период**, сп. „Акушерство и гинекология”, т. 54, (2), 2015, част III, с. 45-50,ISSN 0324-0959, **IF/SJR – 0.119**