Таня Веселинова Ангелова

ПРЕНАТАЛНИ ЗДРАВНИ ГРИЖИ



София, 2020

Пренатални здравни грижи

© Таня Ангелова, автор, първо издание, 2020

Рецензенти: ***Проф. Б. Маринов, дм***
Доц. Д. Хаджиделева, дм

ISBN 978-619-7491-19-7

Езикова редакция: *В. Цъклева*
Коректура: *Св. Цветанова*
Страниране
и дизайн на корица: *Д. Александрова*

© Издател: *Централна медицинска библиотека*
Медицински университет

РЕЦЕНЗИЯ

Неблагоприятните демографски процеси, съпроводени с понижаване на здравните показатели на женското и детското население; ниската раждаемост; големият процент хронична заболяемост при жените; снижаването на показателите на репродуктивното здраве пораждат тревога за бъдещето на нацията ни. В условията на политически, социални и икономически изменения в България, понижения 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 добива нова актуалност.

В настоящия монографичен труд е представен задълбочен анализ на тази така актуална тематика, а именно пренаталните трижи. След кратка историческа ретроспекция на грижите за бременните жени в България и тяхната нормативна регламентация са разгледани в детайли пренаталните грижи при нормална бременност. Специално внимание е отделено на акушерската грижа в пренаталната консултация у нас и в някои от страните с най-добри показатели за майчина и детска смъртност. Въз основа задълбочен анализ на чуждестранни литературни източници за добрата практика в областта на пренаталните грижи, както и на емпиричните данни от собствени проучвания, авторът е предложил конкретни насоки и мерки за оптимизиране на дейността на пренаталната консултация, за осигуряване на екипна ефективност и по-високо качество на грижите за бременните жени.

Традиционната работа на акушерката в женската и детската консултация са доказали в годините своята значима роля за женското и детското здраве. Представеният съвременен модел на акушерска консултация посочва акушерките като основните медицински специалисти за грижи при нормална бременност, включително и за оценка на риска и установяване на отклонения, като предлага цялостна персонализирана грижа по време на бременността, съобразена с индивидуалните нужди на всяка жена. Моделът на акушерска консултация е един разумен клинико-организационен подход по отношение на пренаталните грижи, особено в контекста на ефективните системи на майчиното здравеопазване, които са доказали, че при нормална бременност акушерската грижа е най-достъпна, рентабилна и устойчива.

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.

Проф. Д-р Борислав Маринов, дм

РЕЦЕНЗИЯ

Монографичният труд на Таня Веселинова предоставя задълбочен и детайлен анализ на превенцията на здравето на бременната, плода, родилката. Прогнозирането и възможно най-ранното диагностициране на евентуални усложнения налагат нова стратегия за оптимално наблюдение на бременната и на плода, в основата на който стои акушерката и акушерската грижа за всяка бременна жена. Активната роля на акушерките е от съществено значение за благоприятния изход от бременността и раждането на живо дете. Темата за пренаталните грижи и ролята им за понижаване на майчината и детската смъртност и превенцията на усложненията на бременността е особено навременна във връзка с постоянно намаляващия брой на акушерките. Значимостта на проблема отговаря на вниманието, което се отделя на този въпрос в нашето общество през последните години.

Поредно доказателство за това са обобщените резултати от направените от автора емпирични проучвания за удовлетвореността на бременните и родилките от оказаните им пренатални и в частност акушерски грижи. Те сочат, че липсата на участие на акушерка в консултативната дейност води до неудовлетворяване на потребности от промотивно-профилактични дейности по опазване на здравето и благосъстоянието на майките и децата.

Авторката очертава важни за теорията и практиката проблемни области, като поставя акцент върху образователните аспекти и нагласата на акушерките за включване в иновативни форми за работа с жените.

Представеният в монографията „Концептуален модел за пренатална акушерска консултация“ е иновативен, добре обоснован и разработен въз основа на теоретикометодологично и емпирично проучване на изследвания проблем. Концептуалните идеи на авторката предоставят база за развитие на правомощията на акушерката с възможност по установени критерии да определя степента на риска, неговото своевременно идентифициране и оптимално качество на пренаталните грижи. Моделът обосновава и необходимостта от интердисциплинарна работа в екип и сътрудничество, и ще направи лекарите и акушерките партньори в пренаталната грижа.

Затова бих определила монографията „Съвременни пренатални грижи” на Таня Веселинова като ценен съветник в областта на оптимизирането на акушерските грижи за бременната жена, което от своя страна ще доведе до връщане на доверието на жените в акушерките и ще повиши авторитета на акушерската професия.

Доц. Деляна Хаджиделева, дм

СЪДЪРЖАНИЕ

ПРЕДГОВОР 7
ИСТОРИЧЕСКИ ПРЕГЛЕД НА ГРИЖИТЕ ЗА БРЕМЕННИТЕ ЖЕНИ 10
СЪВРЕМЕННИ ТЕНДЕНЦИИ НА ОСНОВНИТЕ ДЕМОГРАФСКИ ПРОЦЕСИ 20
НОРМАТИВНА РЕГЛАМЕНТАЦИЯ НА ПРЕНАТАЛНИТЕ ГРИЖИ 34
ПРЕНАТАЛНИ ГРИЖИ ПРИ НОРМАЛНА БРЕМЕННОСТ 39
Вид и периодичност на прегледите и изследванията при наблюдението на бременните жени 42
Здравна промоция по време на бременността 52
Психоемоционална подготовка за предстоящото раждане 60
Схема на заниманията 63
Физическата подготовка – част от превенцията на бременността и раждането 68
АКУШЕРСКА ГРИЖА В ПРЕНАТАЛНАТА КОНСУЛТАЦИЯ 75
АКУШЕРКАТА – ОСНОВЕН ДОСТАВЧИК НА ПРЕНАТАЛНИ ГРИЖИ ПО СВЕТА 81
БРЕМЕННОСТ С РИСК – ДЕФИНИЦИЯ, ФАКТОРИ И СТЕПЕНИ НА РИСКА 88
ПРОТОКОЛ ЗА ОЦЕНКА НА РИСКА ОТ ВЪЗНИКВАНЕ НА УСЛОЖНЕНИЯ ПРЕЗ БРЕМЕННОСТТА – ИНСТРУМЕНТ ЗА ПОВИШАВАНЕ КАЧЕСТВОТО НА ПРЕНАТАЛНИТЕ ГРИЖИ 94
КОНЦЕПТУАЛЕН МОДЕЛ ЗА ПРЕНАТАЛНА АКУШЕРСКА КОНСУЛТАЦИЯ 107
ЗАКЛЮЧЕНИЕ 113
БИБЛИОГРАФИЯ 115

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

АГ	–	Акушеро-гинекологичен, акушерство и гинекология
ВТР	–	Вероятен термин на раждане
г.с.	–	гестационна седмица
ДСТ	–	детски сърдечни тонове
ЕС	–	Европейски съюз
ЖК	–	Женска консултация
ЗЗО	–	Закон за здравното осигуряване
ЗЛЗ	–	Закон за лечебните заведения
ЗСС	–	Здравносъвещателни станции
ИУРП	–	Интраутеринна ретардация на плода
МЗ	–	Министерство на здравеопазването
НЗОК	–	Национална здравноосигурителна каса
НРД	–	Национален рамков договор
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
HIV	–	Human Immunodeficiency Virus
FIGO	–	International Federation of Ginecoligy and Obstetrics
m.l.	–	Mensis lunaris

ПРЕДГОВОР

Бременността е един от най-прекрасните периоди от живота на жената, но той изисква повишено внимание и специализирана грижа за здравето на бременната и плода.

Пренаталните (антенаталните) грижи се дефинират като медицински грижи, предоставяни преди и по време на бременността, чиято цел е превенция на усложненията както за плода, така и за майката, което ще осигури нормален ход на бременността и раждането на живо, здраво и добре развито дете.

Пренаталните грижи са постижение на общия напредък на медицината и обществото като цяло. До края на XIX век грижите за бременните се свеждат само до помощ при раждане. По това време обаче започва да се изяснява връзката между протичането на бременността и някои усложнения в хода на раждането. Пренаталните грижи водят началото си от края на XIX и началото на XX век, когато в Париж се организират първите консултации на бременни и на жени кърмачки.

В исторически аспект за пръв път John Ballantyne (1901 г.) свързва пренаталните грижи с превенцията за плода от вродени аномалии. Петнадесет години по-късно друг известен лекар и учен – J. Whitridge Williams, подкрепя потенциалните ползи от пренаталната грижа с твърдението си, че квалифицираните грижи през бременността намаляват смъртността при майката, плода и новороденото, както и риска от преждевременно раждане.

Значимостта на пренаталната консултация в майчиното и детското здравеопазване продължава за нараства. През ноември 1982 г. във Франция е организирана първата Национална асоциация за пренатално образование. Подобни асоци-

ации се създават и в Испания, Португалия, Гърция, Норвегия и Белгия. Няколко години по-късно тези шест асоциации се обединяват и създават Световната организация за пренатално образование, която фокусира своето внимание не само към пренаталното образование, но и към семейството и обществото като цяло (Цв. Христова).

И днес въвеждането на най-добри практики по майчина и детска грижа е приоритет в световен мащаб.

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. Необходим е по-задълбочен клинико-организационен подход по отношение на пренаталните грижи; подход, фокусиран върху превенцията, здравето и доброто състояние на бременната, която е в центъра на вниманието; цялостен подход, гарантиращ качествени пренатални грижи, в основата на който стоят акушерката и акушерската грижа за всяка бременна жена.

Тази проблематика е в основата на настоящата монография. След кратка историческа ретроспекция на грижите за бременните жени в България и тяхната нормативна регламентация са разгледани в детайли пренаталните грижи при нормална бременност. Специално внимание е отделено на акушерската грижа в пренаталната консултация у нас и в някои от страните с най-ниски показатели за майчина и детска смъртност. Разглежданата проблематика дава възможност да се изведат конкретни насоки и мерки за оптимизиране дейността на пренаталната консултация, за осигуряване на екипна ефективност и по-високо качество на грижите за бременните жени.

Изследвания, проведени през периода от 2016 до 2018 година, обхващат 1107 лица, от които 770 бременни жени и родилки, получили пренатални грижи в медицински центрове и индивидуални практики на територията на градовете София, Пловдив, Видин, Шумен и Враца, 238 акушерки и 92 акушер-гинеколози, работещи в болничната и извънболничната помощ в София и страната. Целта на направените проучвания бе да се установят и да се анализират медико-социалните проблеми при обгрижването на бременните жени в извънболничната помощ.

През 2018 г. във връзка с изследователски проект „Грант-2018“ бе проведено проучване сред 100 родилки, получили грижи в три акушеро-гинекологични заведения в София. Изследването бе насочено към проучване влиянието на психопрофилактиката по време на бременността като средство за намаляване на поведенческите разстройства в постпарталния период.

През 2020 г. обект на проучване са 70 родилки. Насоката на изследване е физическата подготовка на бременните жени като част от превенцията на бременността и раждането.

През годините акушерката в женската и детската консултация е доказала своята значима роля за женското и детското здраве. В развитите държави с най-ниски показатели на майчина и детска смъртност имено 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 за 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.

ИСТОРИЧЕСКИ ПРЕГЛЕД НА ГРИЖИТЕ ЗА БРЕМЕННИТЕ ЖЕНИ

Най-ранните старобългарски текстове, свързани с грижите при бременност и раждане и по-точно указания за опазване здравето при бременните, родилките и новородените, са средновековните молитви от IX-X век. Климент Охридски (около 840-916 г.) изнася проповеди по въпросите на половата, личната и обществената хигиена, а темите за човешкия живот, за раждането и смъртта са систематизирани в „Шестоднев" от Йоан Екзарх (IX век). Въпроси за бременността и раждането, за майката и детето намират място в съчиненията и на други от най-ранните представители на славянобългарската писменост в Средновековна България като Черноризец Храбър, Презвитер Козма и др. [28].

Богомилите, които се борят против религиозните догми на своето време, също говорят в проповедите си за раждането и отглеждането на детето. В забранените апокрифи на богомила Йеремия се коментират болести на родилката и новороденото. С големите си медицински познания през XI век се прочува Василий Врач (1028-1114 г.) – българин от Охридската епархия, който след Поп Богомил става идеолог и водач на богомилите и е изгорен на кладата поради хуманните си идеи [57].

По време на османското владичество медицината в българските земи преживява общия упадък на епохата. Но в тези мрачни години на духовен гнет и изостаналост за чест на българското акушерство трябва да се отбележи заслугата на големия български учен и енциклопедист д-р Петър Берон, който през 1831 г. в Мюнхен защитава първата докторска дисертация от областта на акушерството на тема „Върху нов

тазомер и ембриометър". Научният труд предлага оригинален метод за определяне на размера на плода преди раждането. Прави силно впечатление, че изтъквайки предимствата на своя метод, Берон показва грижа за емоционалното състояние на бременната жена, която не трябва да бъде излагана на стрес. В този метод съзнателно се търси възможност за нормално протичане на родилния процес чрез предварително изследване, което не крие опасности за плода или майката [8].

До Освобождението в България не може да се говори за квалифицирани пренатални грижи и родилна помощ. Векове наред тези дейности се извършват от т.нар. „баби", които се ползвали с голямо уважение в традиционното българско общество. Те владеели различни практически умения за оказване на акушерска помощ. Тези познания за раждането, за успокояването и обезболяването на родилния процес, за корекция с външни прийоми на неправилни положения на плода и др., се предавали от майка на дъщеря или от учителка на ученичка. С други думи грижите за бременните жени по това време се свеждат основно до помощ при раждане [4].

Възникването на квалифицирани акушерски грижи в България малко преди и след Освобождението е свързано с името на Райна Попгеоргиева Футекова, известната национална героиня Райна Княгиня [31, 57]. През 1876 г. тя ушива и развява знамето на Априлското въстание, за което е арестувана и изпратена в турските затвори. По-късно след настойчивото искане на консулите на европейските държави тя е освободена и заминава за Русия, където се лекува и учи в Държавния медицински институт в Москва. През 1879 г. завършва акушерските курсове и става първата българска дипломирана акушерка. Завръща се в България и започва работа като акушерка в София, като обслужва най-бедните

софийски квартали и води неумолима борба срещу старите родилни обичаи, като организира подвижни „Школи за здравно възпитание". През 1903 г., след откриването на „Майчин дом", едновременно работи като акушерка и ръководи курсове за млади кадри. Нейни ученички са Елиза Капон, Рахила Ангелова, Иванка Венева и др.

В този начален етап оказването на родилна помощ от малкото на брой лекари и акушерки е ставало предимно по домовете. Голяма част от бременните и родилките продължавали по традиция и неизживени предразсъдъци да търсят помощта на „бабите". Райна Княгиня и организацията, която създава – Дружество „Акушерка", водят упорита борба „да се забрани практикуването на бабите там, където има акушерки". Те настояват за обществен характер на родилната помощ, за повишаване на квалификацията, за подобряване на обществената хигиена и разгръщане на широка здравна просвета [5].

Втората българска дипломирана акушерка, която продължава делото на Райна Попгеоргиева, е Христина Хранова (1851-1922). Нейният живот е образец за искрен патриотизъм и саможертва. Тя е родена в село Клисура, Самоковско. Взема активно участие в революционното движение, съратничка е на Васил Левски, удостоена е с орден за храброст като участничка в Сръбско-българската война. След Освобождението е изпратена да следва в Акушерския институт при Императорския университет „Свети Владимир" в Киев. През 1881 г. завършва Университета с отличие и още същата година се завръща в България, за да работи като акушерка в София, Лом, Силистра и Варна [31, 48].

Началото на стационарната акушеро-гинекологична помощ в България се поставя през 1893 г., когато се разкрива първото Акушеро-гинекологично отделение с 25 легла към Алек-

сандровска болница в София. Въпреки скромното оборудване това отделение, заедно с разкритото малко по-късно към него от д-р Стаматов Акушерско училище изиграват важна роля в развитието на акушерската помощ в България [57].

Първата специализирана Акушеро-гинекологична болница у нас е създадена от княгиня Мария-Луиза, която през 1893 г. решава със свои средства да построи „Матернитет“, който да се състои от родилен дом и детско отделение. Тържественото откриване на болницата, която с основание се свързва с името на българската княгиня – Майчин дом „Княгиня Мария Луиза”, става през 1903 г. [57].

Израз на възгледите на българските лекари по проблемите на майчиното и детското здраве е програмата на Българския лекарски съюз от 1912 г., която се отличава със своята профилактична насоченост. В нея се поставят въпроси за: безплатно здравно обслужване на децата, грижи за майките и децата, борба с инфекциозните заболявания и др. [24].

Ключова роля в оказването на здравни грижи за майките и децата в България по това време има Съюзът за закрила на децата. По негова инициатива се полага началото на т.нар. *здравно-съвещателни станции* (ЗСС) за бременни и деца (1924 г.), които са първообразът на женската и детската консултация. Тези станции представляват организирани звена с дейност, насочена към повишаване здравната грамотност на жените – бременни и майки. В тази връзка главната задача на здравно-съвещателните станции е да дават здравни съвети на бременни и майки, да проследяват здравния статус на децата чрез антропометрични измервания и текущо наблюдение. Проф. Стоян Ватев определя ЗСС като „институти за социална хигиена и здравно възпитание“ [15].

В тези структури с подчертана профилактична насоченост се използват различни форми на здравна просвета като:

✓ Здравно-просветни курсове за деца, млади момичета и майки;

✓ Здравни пиеси, представления и забави;

✓ Здравни табла, картини;

✓ Организират се изложби, илюстриращи правилното отглеждане, хранене и възпитание на децата, грижи за бременната жена, грижи за новороденото и др. [24].

Пациентите на здравно-съвещателните станции се обслужват от лекар с допълнителна квалификация по детски болести и сестра-посетителка, подпомагана при нужда от акушерка или самарянка.

Дейността в тези станции се осъществява в самата станция и чрез посещения по домовете.

В следващите години броят на ЗСС се увеличава и до 1944 г. достига 540. Значителен брой от консултациите съществуват само номинално, регистрирайки и наблюдавайки несистемно много малка част от бременните в съответните райони [60].

Началото на действителната охрана на майчинството у нас се поставя след 1944 г., когато настъпват коренни промени в страната. Създава се първото Министерство на народното здраве. През 1946 г. се приема Закон за здравна защита на майчинството и децата, регламентиращ цялостни грижи от държавата за майките и децата. Женското и детското здраве заемат водещо място в новата система на здравната организация.

Съществуващите дотогава здравно-съвещателни станции, заедно с цялата система от здравни заведения, се преустрояват коренно. След 1951 г. ЗСС приемат наименованието „женски и детски консултации“. Министерството на народното здраве издава нов правилник за тяхната дейност, според който основната им цел е предпазване на бремен-

ните жени, кърмачетата и децата до 7-годишна възраст от заболявания [24].

В лицето на създадените женски консултации бременната и родилката получават домашни лекари, акушерки и висококвалифицирани грижи.

Женска консултация е „комплексно многопрофилно поликлинично звено от диспансерен тип с подчертана профилактична насоченост“ (Г. Стоименов), която осъществява специализирана акушерска и гинекологична лечебно-профилактична помощ.

Женските консултации се утвърждават като здравни заведения с най-широк достъп за цялото женско население, дори и в най-малките и отдалечени селища. Броят им нараства бързо и през 1976 г. те достигат 2455, от които 211 – женски консултации, 2244 – женско-детски консултации [60].

Особено подчертано в дейността на ЖК е приложението на профилактичния принцип. Бр. Папазов посочва, че в ЖК съвсем естествено започва превантивната работа по отношение здравето и развитието на човека още в първите дни на неговото съществуване. Чрез опазване здравето на майката се осигуряват съответни условия и се полагат грижи за правилното развитие на нейната рожба. Полагат се усилия за създаване на подходяща среда за майката и детето в техния домашен бит и в трудовата среда на жената и майката [47, 50].

Съобразно степента на специализацията и обема на развиваната дейност консултациите имат различно устройство и се разделят на няколко типа:

- Специализирана женска консултация (женска поликлиника). Тя е висококвалифицирано поликлинично звено от диспансерен тип за обслужване на бременните и нуждаещите се от гинекологична помощ жени, за разпространение на

здравна култура и пропаганда на майчинството, за защита на труда и правата на жената и майката. Този тип ЖК се развива към най-големите АГ заведения, за да обслужва поликлинично контингентите на обединеното заведение, а също така и нуждаещите се от консултативна помощ и специализирано извънболнично лечение, изпратени от други ЖК бременни и гинекологично болни.

➢ Окръжна женска консултация (консултация от окръжен тип). Тя се развива като съставно звено на АГ отделения в окръжните и големите градски болници, обслужва населението от района на болницата и оказва консултативна и методична помощ на женските консултации в съответния окръг или градски район.

➢ Градска женска консултация (от районен тип). Тя се развива към районната болница и е по-малка по отношение обема на развиваната дейност и специализацията.

➢ Женско-детска консултация на село. Тя обединява дейността на женската и детската консултация. В контингента ѝ се включват освен жените, нуждаещи се от акушеро-гинекологична помощ, още и децата до 3-годишна възраст, за които се полагат всестранни грижи и съответно наблюдение. Отговорник и ръководител на консултацията е участъковият лекар, който освен общата медицинска подготовка има и известна подготовка по детски болести или акушерство и гинекология. Участъковата акушерка на практика е не само технически помощник на лекаря в консултацията, но много често тя извършва основната работа в нея.

➢ Подвижна женско-детска консултация. Развива се като филиал на селската женско-детска консултация. Тя осъществява много по-ограничена по обем и качество дейност. Г. Стоименов изтъква, че в този тип консултация основна е ролята на

участъковата акушерка. Веднъж седмично съответното село се посещава от акушерката, екипирана с необходимите медицински уреди и пособия. Откритите съмнителни за заболяване жени и деца се изпращат при лекаря в централната здравна служба. Селските консултации като звена на най-предната линия правилно и резултатно решават редица въпроси на майчиното и детското здравеопазване, с което допринасят за благоприятно повлияване на здравните показатели и подобряване на здравното състояние на населението [60].

Основна структурна единица на ЖК е единният акушеро-гинекологичен териториален или цехов участък. Той представлява особена организационна система в рамките на ЖК, която осигурява цялостна акушеро-гинекологична амбулаторно-поликлинична, патронажна и домашна помощ на жените в даден участък. Единният АГ участък се ръководи от лекар, който работи под непосредственото ръководство на обединеното АГ отделение или амбулаторно-поликлинично заведение. На него са подчинени акушерките, работещи в съответния участък [47, 60].

Прегледите на бременните и гинекологично болните се извършват от участъковия акушер-гинеколог. „На акушерките може да се възлага извършването на пресяващи гинекологични прегледи; вземането на материали за изследване; външна пелвиметрия; снемане на ориентировъчна анамнеза; измерване на артериално налягане; извършване на основни лабораторни изследвания на кръв и урина с рутинни и експресни методи; оглед и палпация на млечни жлези с онкологична насоченост; наблюдение и провеждане на профилактика в условията на трудовата и битовата среда на бременната и гинекологично болната жена; обучението на жените за използване на противозачатъчни средства; попълването и об-

работването на учетната и отчетната медицинска документация; оказване на съдействие за социално подпомагане на нуждаещите се жени и др." (Г. Стоименов) [60].

За жените, неработещи в промишлени предприятия, амбулаторно-поликлиничната акушеро-гинекологична помощ се осъществява изцяло от единния АГ участък в района, в който живеят. За жените, работещи в промишлени предприятия, тази помощ се осъществява от участъка, към който принадлежи предприятието [80].

Основна форма на работа в женската консултация е патронажът, който се провежда особено по отношение на бременните и родилките, съответно дородов и послеродов патронаж. Той е основно задължение на акушерката. Тя развива своята патронажна дейност по указание на лекаря, като проявява и лична инициатива. В някои по-особени случаи патронажът може да се проведе съвместно от акушерката и лекаря, за да се изяснят по-добре специфичните социално-битови, трудови и други фактори, които влияят върху развитието на бременността.

Персоналът, обслужващ работещите жени по месторабота и по местоживеене, взаимно писмено се информира: за резултати от прегледи, при откриване на бременност, за констатирани състояния, при необходимост от домашно лечение и т.н. Създадена е стройна система за цялостно обслужване с акушеро-гинекологична помощ за всяка жена, която обединява обслужването на участъка, женската консултация и стационара. Прилага се единен метод на базата на единна доктрина в акушерството и гинекологията и еднакъв подход към бременните жени и към съответните заболявания [60, 80].

В периода 1990-1999 г. майчиното и детското здравеопазване запазват външно своя облик. Значителни промени в

създадената организация на грижите за бременните жени и майките настъпват след проведената през 2000 г. реформа в извънболничната помощ, в резултат на която системата на здравни участъци отпада и дейностите по майчино и детско здравеопазване влизат в задълженията на новосъздадената институция на общо практикуващите лекари [24].

Важен акцент от осъществената реформа е разработването на програмата „Майчино здравеопазване", която регламентира промотивно-профилактични дейности, насочени към опазване и укрепване здравето на жената преди забременяването, по време на бременността и в следродилния период, с цел ранно откриване на отклоненията и предотвратяване на усложненията за бъдещата майка и плода.

Историческата ретроспекция на пренаталните грижи показва, че грижите за здравето на майките и децата в България имат традиции и са се развивали в съответствие с най-добрите практики, които днес възприемаме като модел, към който се стремим [24].

СЪВРЕМЕННИ ТЕНДЕНЦИИ НА ОСНОВНИТЕ ДЕМОГРАФСКИ ПРОЦЕСИ

Г. Стоименов посочва, че поради естеството на своята дейност пренаталната консултация е свързана с демографски явления, имащи отношение към динамиката и регулирането на основните демографски процеси и показатели [60]. Демографското и здравното състояние на българското население са резултат от продължителното действие на редица фактори и влияния. Част от тях са свързани с общи тенденции в демографското развитие на европейските страни, други – със специфични особености на историческото, социално-икономическото и културното развитие на България. Влияние върху демографското развитие на населението оказват общите за развитите страни демографски процеси – намалена раждаемост, по-малко бракове, засилена урбанизация, както и специфичните за развиващите се страни и страните в преход по-високи нива на смъртност и интензивна външна миграция. Съвкупното действие на посочените фактори предизвика сериозна демографска криза в страната ни през последните десетилетия. Едновременно с това е налице недостатъчно и неустойчиво подобряване или влошаване на част от показателите на здравното състояние на населението [13].

Анализът на данните за основните здравно-демографски показатели в ежегодните доклади за здравето на гражданите ясно показва, че към момента България в сравнение със страните от Европейския съюз е изправена пред сериозни предизвикателства, свързани със: *влошаване на демографската структура и застаряване на населението; неблагоприятно съотношение между раждания и аборти; високо ниво на майчина и детска смъртност; високо ниво на обща и*

преждевременна смъртност; нарастваща заболяемост от хронични незаразни болести, свързани с начина на живот; високо ниво на психични разстройства и т.н. [42].

По данни на НСИ населението в България към 31.12.2018 г. възлиза на 7 000 039 души. Броят на жените за 2018 г. е 3 604 338, или 51,5%, а мъжете са 48,5%. Въпреки общия превес на жените в по-ниските възрастови групи те са по-малко от мъжете, което обуславя по-ниски нива на демографско възпроизводство на населението [131].

Продължава процесът на застаряване на нацията, характеризиращ се с незначително нарастване през последните години на броя и дела на населението до 15-годишна възраст и увеличаването на дела на населението след 65-годишна възраст. Проблемите със застаряването на населението в България и деформираната възрастова структура са изключително важни и значими, тъй като те ще определят възпроизводството на населението и работната сила в следващите десетилетия [43].

Емиграцията също оказва силен негативен ефект както върху броя на населението, така и върху неговото възпроизводство, тъй като страната напускат жени и мъже в репродуктивна възраст, с което се понижава равнището на потенциалната бъдеща раждаемост за дълъг период от време. През 2018 г. страната са напуснали 33 225 души, като най-големи са броят и делът на лицата във възрастовата група 25-29 години, следвани от 20-24-годишните, 30-34-годишните, и лицата във възрастовия диапазон – 35-39 години [131].

Един от основните показатели, които формират демографския статус и демографската прогноза на страната, е раждаемостта. За оценка нивото на раждаемостта се използва следната скала [52]:

– ниска раждаемост – под 15 ‰;
– средна – 15- 25 ‰;
– висока – над 25 ‰.

Коефициентът на обща раждаемост през 2018 г. е 8,9‰, за 2017 г. – 9,0‰, за 2016 г. – 9,1‰, а за 2015 г. – 9,2‰, което поставя страната ни в графата „ниска раждаемост" (табл. 1).

Таблица 1. Раждаемост през периода 2015-2018 г. (източник НСИ)

Година	Общ брой раждания	Живородени			Коефициент на обща раждаемост ‰
		Общо	Момчета	Момичета	
2015	66 370	65 950	34 069	31 881	9,2
2016	65 446	64 984	33 375	31 609	9,1
2017	64 446	63 955	32 787	31 168	9,0
2018	62 576	62 197	32 144	30 053	8,9

През последните години се очертава ясно изразена тенденция към понижаване на раждаемостта при всички етнически общности, но тя не е равномерна. Дълготрайната тенденция за намаляване на раждаемостта е изразена както в селата, така и в градовете [13, 131].

Броят на родените през 2018 г. е 62 576, от които живородените са 62 197 (99,4%), а мъртвородените – 379 (0,6%). Спрямо предходната година броят на живородените е намалял с 1758 деца. Данните на НСИ демонстрират, че през последните години в България са се родили повече момчета, отколкото момичета. За 2018 г. броят на живородените момчета (32 144) е с 2091 по-голям от този на живородените момичета (30 053), или на 1000 родени момчета се падат 935 момичета [131].

Според Евростат коефициентът на общата раждаемост в България се доближава до нивото в повечето европейските страни, макар че остава по-нисък от този за ЕС (9,9‰ за 2017

г.). Най-високо равнище на раждаемост от европейските страни има във: ***Ирландия*** – 12,9‰, ***Швеция*** – 11,5 ‰, ***Обединеното кралство*** – 11,4 ‰ и ***Франция*** (11,4 ‰). С най-нисък коефициент на раждаемост в ЕС са: ***Италия*** – 7,6‰, ***Гърция*** – 8,2‰, ***Португалия*** – 8,4‰, ***Испания*** – 8,4‰, ***Хърватия*** – 8,9‰ [133].

За страната ни регионалните различия по отношение на раждаемостта се запазват. В регионален аспект най-висока раждаемост се отчита в областите: ***Сливен*** – 12,0‰, ***София (столица)*** – 9,8‰, ***Ямбол*** – 9,8‰, ***Пловдив*** – 9,5‰. В деветнадесет области раждаемостта е по-ниска от средната за страната, като най-ниски стойности се наблюдават в областите ***Смолян*** (6,3 ‰), ***Габрово*** и ***Видин*** (6,8‰) [13, 131].

Разликата между живородените и умрелите съставлява естествения прираст на населението [11]. След 1990 г. демографското развитие на страната се характеризира с отрицателен естествен прираст (табл. 2).

Таблица 2. Коефициент на естествен прираст на 1000 души население за периода 2008-2018 г. (източник НСИ)

Година	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Коефициент на естествен прираст в ‰	-4,3	-3,5	-4,6	-5,1	-5,5	-5,2	-5,7	-6,2	-6,0	-6,5	-6,5

Намалението на населението в страната в резултат от отрицателния естествен прираст се дължи главно на високите нива на общата смъртност и на продължителния акумулиращ ефект на ниската раждаемост, която не може да компенсира значително по-високите нива на смъртност [43]. След 1964 г., когато е регистрирана най-ниска стойност на обща смърт-

ност в страната (7.9‰), показателят трайно нараства. За 2018 г. коефициентът на смъртност е 15,4 ‰ – значително по-висок от средния за ЕС, който за 2017 г. е 10,3‰ [131, 133].

По данни на НСИ през 2018 г. всички области в страната имат отрицателен естествен прираст. В селата естественият прираст е близо четири пъти по-голям по абсолютна стойност от този в градовете. С най-ниски по стойности коефициенти на отрицателен естествен прираст са областите ***София-град*** (-1.9‰) и ***Сливен*** (-3,6‰). С най-голямо намаление на населението вследствие на високия естествен прираст е област Видин (-16,4‰), следвана от Монтана (-14,0‰) и Кюстендил (-13,4‰).

Данни на Евростат сочат, че в Европа освен нашата страна с отрицателен естествен прираст на населението са Латвия и **Хърватия** (-4,1‰) и ***Литва*** (-4,0‰). Страната с най-висок положителен естествен прираст в ЕС е ***Ирландия*** (6,6‰).

Фактор, който е пряко свързан с ниската раждаемост в страната, е промяната в разбирането на семействата за оптимален брой деца. Семейството с две деца е репродуктивен идеал в съзнанието на днешните българи. Налице е обаче съществено разминаване между съществуващия идеал и неговата реализация. За около 70% от семействата желанието за две деца не се осъществява, най-вече поради икономически трудности [43].

Според статистически проучвания през последните години незначително нараства относителният дял на родените деца от по-висок ранг – втори, трети и по-висок. За 2018 г. 50,1 от ражданията са първи за майката, 37,1% – втори, а 12,6% – трети и от по-висок ранг.

Броят на жените във фертилна възраст (15-49 години) или размерът на родилните контингенти и тяхната плодовитост оказват съществено влияние върху равнището на ражда-

емостта и определят характера на възпроизводство на населението [42].

Броят на жените във фертилна възраст към 31.12.2018 г. е 1491 хил., като спрямо предходната година намалява, което ще дава отражение върху възпроизводството на населението и през следващите десетилетия [43].

Съществено значение за намалението на раждаемостта оказват измененията във възрастовата структура на родилните контингенти посочва Националната стратегия за демографско развитие на Република България (2006-2020 г.). Близо 90% от ражданията се осъществяват от жени на възраст от 15 до 34 години. Броят на жените в тази възрастова група намалява основно поради по-малкия брой момичета, които влизат във фертилна възраст и емиграционните процеси.

През последните години се наблюдава изместване на ражданията към по-високите възрастови групи 25-29 и 30-34 години. Средната възраст на жените при раждане на първо дете се увеличава от 27,1 за 2017 г. на 27,2 години за 2018 г.

Значим социален риск крият ранните раждания на девойки между 15 и 19 години. Стратегията за демографското развитие определя явлението раждане на „деца от деца“ като „социално рисково както от гледна точка на физическото изпитание, така и от гледна точка на психичната неподготвеност за изпълнение на социалната функция с икономически измерения – „отговорно родителство”. Броят на децата, родени от майки до 18 години за 2018 г. е 3073 и намалява спрямо предходните години. В продължение на 20 и повече години у нас се отбелязва постепенен спад на ражданията във възрастовата група под 20 години, но въпреки това България е с едни от най-високите показатели сред страните от ЕС [43, 117].

Запазва се тенденцията на увеличаване на броя на децата, родени от жени на възраст 40 и повече навършени години (2108 за 2017 г., 2154 за 2018 г.) [131, 132]. Изместването на ражданията към по-високите възрасти се дължи както на изменените социално-икономически условия, така и на ценностни промени – на преден план излизат приоритети като завършване на образованието и осигуряване на работа [43].

Тоталният коефициент на плодовитост е един от основните показатели, характеризиращи плодовитостта на жените. През 2018 г. средният брой живородени деца от една жена е 1,56 и спрямо 2017 г. остава непроменен. Тоталният коефициент на плодовитост е по-висок в селата, отколкото в градовете. Най-ниската стойност на този показател е регистрирана през 1997 г. – 1,12. През последните години (от 2009 г. насам) стойностите на тоталния коефициент на плодовитост са най-високите след 1990 г., когато този коефициент е бил 1,81 деца [13, 43].

В периода до 2020 г. очакванията са тенденция на плавно увеличаване на тоталния коефициент на плодовитост. Отчасти това ще е резултат от компенсаторното поведение на жените, които са отлагали раждането на дете в предходното десетилетие, и в края на прогнозния период се очаква плодовитостта на жените да възстанови равнището от началото на 90-те години на XX век [42, 131, 132].

България има регресивен тип възпроизводство [11]. Нетният коефициент на възпроизводство, който показва средния брой момичета, които би родила една жена през фертилния си период и които биха доживели до нейната възраст при раждането, за 2018 г. е 0.730.

Развитието на репродуктивните технологии през последните години доведе до увеличаване на многоплодните ражда-

ния. През 2018 г. са регистрирани 1117 случая на многоплодни раждания. При 1107 от случаите са родени по две, а при 10 – по три деца [131, 132].

От 1991-1992 г. започна да се формира тенденция за увеличаване на абсолютния брой и относителния дял на извънбрачните раждания [43]. Тази тенденция е в съответствие с промяната от традиционния семеен модел за сключен брак към свободно съжителство. Новият семеен модел променя и семейните отношения, и мястото и ролята на семейството в обществото в посока на намаляване на тяхната икономическа, социална и традиционно-ценностна тежест и значимост [14]. През 2018 г. броят на живородените извънбрачни деца е 36 656, или 58,6% от всички раждания. Относителният дял на извънбрачните раждания е по-висок в селата, отколкото в градовете. По-често при тях е раждането на деца с по-висок ранг от второ дете – трето, четвърто и повече деца. За 78.8% от извънбрачните раждания има данни за бащата, което означава, че тези деца най-вероятно се отглеждат в семейна среда от родители, живеещи в съжителство без брак [131, 132].

Повишаването на извънбрачната раждаемост е характерна за повечето страни в Европейския съюз. Най-висок е относителният дял на извънбрачните раждания в Естония и Словения, а най-нисък – в Гърция [43].

Важен фактор за нивото на раждаемостта е сексуалната култура. На фона на европейските стандарти българското население демонстрира ниска сексуална и контрацептивна култура, отнасяща се до използването на ниско ефективни контрацептивни методи и масово прибягване до аборт [42, 43].

България заема едно от челните места сред страните с най-висок брой аборти, а в това число и среден брой аборти

на една жена. Ежегодно абортите съставляват почти половината от живородените деца (табл. 3).

Таблица 3. Съотношение между броя на абортите и броя на живородените деца за периода 2011-2018 г.

Година	Брой живородени	Брой аборти
2011	70 846	31 716
2012	69 121	29 992
2013	66 578	29 505
2014	67 585	28 145
2015	66 370	27 782
2016	64 984	26 412
2017	63 955	24 287
2018	62 197	22 862

По данни на НЦОЗА броят на абортите през 2018 г. е 22 862, като в сравнение с 2017 г. броят на абортите е намалял с 1425.

Най-големи са броят и делът на абортите във възрастовата група над 30 години, следвани от жените във възраст 20-19 години. Подчертана е и тенденцията за увеличаване на абортите на момичета от 15 до 19 години.

Данните на НЦОЗА показват, че от всички извършени аборти 1737 са по медицински показания; 7101 са спонтанни; 14 024 са по желание. Абортът по желание продължава да се приема и да се използва като предпочитан и достъпен изход за освобождаване от нежелана бременност, макар да са известни опасностите и вредите за здравето и репродуктивната способност на жената от подобни интервенции [134].

Често абортът е рисков за бъдещите репродуктивни способности на жената, поради което следва да бъде оценяван като един от значимите фактори, оказващи въздействие върху демографския баланс на населението [42].

Детската смъртност е показател, отразяващ качеството на медицинската помощ, но също така е пряко свързан с жизнения стандарт и здравната култура на населението. Тя характеризира смъртността на децата от раждането до края на първата година на 1000 живородени деца. Изчисляват се следните показатели: перинатална детска смъртност, неонатална детска смъртност и постнеонатална детска смъртност [11, 52].

Промените в детската смъртност са едни от най-чувствителните показатели за икономическо и културно развитие на обществото. Детската смъртност в България през 2018 г. е 5,8 на 1000 живородени, като през последните 20 години е спаднала повече от два пъти (табл. 4).

Таблица 4. Коефициент на детска смъртност в периода 1997-2018 г. (‰)

Година	**1997**	**2001**	**2005**	**2009**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Коефициент детска смъртност в периода 1995-2015 г.	17,5	14,4	10,4	9,0	7,8	7,3	7,6	6,6	6,5	6,4	5,8

Достигнатото равнище на детска смъртност през 2018 г. е най-ниското в цялата история на демографската статистика в България. Въпреки това детската смъртност остава по-висока отколкото в ЕС (3,4‰ за 2018г.) [131, 132].

В регионален аспект през 2018 г. в общо 11 области коефициентът на детска смъртност е по-нисък от средния за страната, като най-нисък е в областите Смолян – 1,5‰, и София (столица) – 2,7‰. Най-висока стойност на коефициента на детска смъртност е регистрирана в областите Плевен (11,3‰) и Разград (10,6‰).

Перинаталната смъртност също отбелязва намаление в годините, като през 2018 г. е регистрирано най-ниското рав-

нище до момента – 8,5‰. Въпреки това България изостава в най-голяма степен от страните от ЕС именно поради високите стойности на перинаталната детска смъртност [133]. По данни на НЦОЗА перинаталната детска смъртност намалява от 8,9‰ през предходната 2017 г. на 8,5 ‰ при среден показател за ЕС 6,09‰ (табл. 5).

Таблица 5. Сравнителен анализ на показателите на детска смъртност за 2017-2018 г.

Година	Коефициент на перинатална детска смъртност в ‰	Коефициент на мъртвораждаемост в ‰	Коефициент на неонатална детска смъртност в ‰	Коефициент на постнеонатална детска смъртност в ‰
2017	8,9	6,3	3,8	2,6
2018	8,5	6,1	3,6	2,1

Показателят за мъртвораждаемост също се понижава спрямо преходната година (6,3‰), но остава по-висок от средната стойност за ЕС (4,81‰).

Благоприятни тенденции се установяват и по отношение на другите възрастови показатели за детска смъртност – неонатална и постнеонатална, които показват устойчива тенденция на редуциране, макар че все още остават по-високи от средните стойности за ЕС [43].

Неонаталната смъртност е ключов измерител на качеството на медицинските грижи по време на бременността, раждането и в постродилния период и нейните сравнително високи нива ясно показват необходимостта от прилагане на комплексни мерки за повишаване на обхвата на бременните жени с проследяване на бременността, подобряване на качеството на акушеро-гинекологичната помощ по време на бременността и около раждането, както и на грижите за новородените, особено на рисковите новородени [133].

Основните причини за смъртността при децата през първата година на живота са някои състояния, възникващи през перинаталния период, като например състояния, свързани с продължителността на бременността и растежа на плода, респираторен дистрес на новороденото, асфикция и др. На тези причини се дължат около 43% от смъртните случаи. Вродените аномалии, деформации и хромозомни аберации са другата голяма група, следвани от болестите на дихателната система и на органите на кръвообращението [13, 133].

Недоносеността и ниското тегло при раждане са сред факторите, допринасящи за повишен риск от смърт в неонаталния период, повишена заболяемост и нарушения в двигателното и познавателното развитие на детето. Особено висок е този риск при децата, родени преди 32-рата седмица от бременността, както и с тегло под 1500 грама. През периода 2005-2009 г. средно около 8% от новородените в България са с ниско тегло. След 2010 г. този дял бавно се повишава, като през последните години се движи между 9,5 и 10,5% от всички раждания, колкото е и средното равнище за Европа [133].

Майчината смъртност е значим информативен показател за оценка на здравето на жените, за качеството на антеналната профилактика и родилната помощ. Тя измерва честотата на умиранията сред жените във връзка с бременността, по време на раждането и до 42-рия ден след раждането [14].

Таблица 6. Майчина смъртност за периода 2008-2017 г. (по данни от НСИ)

Година	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Майчина смъртност на 100 000 живо-родени	6,4	4,9	7,9	2,8	4,3	12,0	7,4	6,1	3,1	7,8

През 2011 г. е регистрирана най-ниската стойност на този показател. През 2013 г. се наблюдава рязко повишение, което почти връща България към равнища, характерни за средата на 90-те години на XX век. През следващите години коефициентът на майчината смъртност отново намалява, като заема стойности, които обаче са по-високи от средните за ЕС [116, 134].

Водещи места в структурата на причините за майчина смъртност заемат кръвозагубите и абортите, които са предотвратими причини [11].

Констатации на Изпълнителна агенция „Медицински одит“ в периода 2012-2016 г. установяват, че в някои от случаите майчината смъртност се съпътства от неизпълнение на изискванията на стандарта и на утвърдени алгоритми на поведение в областта на добрата медицинска практика по отношение на своевременност и достатъчност по обем на оказаната медицинска помощ, брой и квалификация на медицинските специалисти, оборудване и апаратура, осигуряване на задължителното 24-часово предоставяне на медицинските дейности, спазване на вътрешни правила за осъществяване на организацията на лечебно-диагностичния процес и пълнота на медицинската и друга документация [133].

Характерното през последните години намаляване на дела на женското население във фертилна възраст, понижаване на неговата плодовитост, демографската перспектива за продължаване процеса на застаряване на населението налагат максимални усилия за съхраняване репродуктивната възможност на женското население и опазване на неговата фертилна способност [42, 43].

Въпросите за възпроизводството на населението са обект на много клонове на науката, като се започне от най-ти-

пичните представители на обществените науки (философия, психология) през сложните естествени науки (медицината, особено клоновете ѝ – акушерство и гинекология) до фундаменталните науки, изучаващи наследствеността и медико-биологичните фактори, влияещи върху раждаемостта.

Пренаталните грижи, грижите по време и след раждането имат отношение към медико-биологичните и медико-социалните аспекти, както и към медицинските задачи по оптимизиране възпроизводството на населението. Значима е тяхната роля и по отношение на намаляване на морбидитета и морталитета на населението. В това отношение именно специфичните „акушерски" показатели, като перинаталната детска и майчина смъртност, майчината и постнаталната детска заболяемост представляват твърде чувствителни и особено динамични показатели на медицинската демография. Те характеризират нивото на акушерската наука и практика, на организацията на акушеро-гинекологичната помощ и дейността на предните постове на тази помощ, а именно пренаталните консултации [60].

НОРМАТИВНА РЕГЛАМЕНТАЦИЯ НА ПРЕНАТАЛНИТЕ ГРИЖИ

Опазването на майчинството и детството е комплексна система от държавни и обществени мероприятия, социално-икономически и лечебно-профилактични мерки, насочени към защита и укрепване на здравето на жените и децата, създаване на възможности за благоприятно съчетаване на майчинството с останалите обществени роли на жената и условия за пълноценно развитие на децата [11]. Тези действия имат за цел:

- Гарантиране на гражданските права на жените;
- Охрана на женския труд и труда на подрастващите;
- Социално осигуряване на бременните и майките;
- Материално и морално стимулиране на майчинството;
- Лечебно-профилактична помощ на жените [52].

Здравето на жените, тяхното репродуктивно поведение и сигурността на майчинството осигуряват възпроизводството на населението, а оттук и цялостното развитие на страната [41].

Действащата в България законова и подзаконова нормативна уредба регламентира приоритетна грижа за здравето на бременни и майки на деца до 1 година, като държавата гарантира безплатни медицински дейности и медицинска помощ, насочени към осигуряване на бременността, раждането и майчинството.

Конституцията на Република България защитава гражданските права на жената – равноправие с мъжете по отношение правото на труд и участие в обществения и политическия живот, а от друга страна, ѝ осигурява някои привилегии с оглед възпроизводителната ѝ функция. „Жената майка се ползва от особената закрила на държавата, която ѝ осигурява

платен отпуск преди и след раждане, безплатна акушерска помощ, облекчаване на труда и други социални помощи." (Конституция на РБ, чл. 47, ал. 2).

Законът за здравето урежда обществените отношения, свързани с опазване здравето на гражданите. Осигуряването на достъпна и качествена здравна помощ, с приоритет за деца, бременни и майки на деца до 1 година, е сред основните принципи за гарантиране опазване на здравето на тези групи лица от страна на държавата. Специален раздел от Закона за здравето е посветен на репродуктивното здраве. В него е определено, че за осигуряването на безрисково майчинство всяка жена има право на достъп до здравни дейности, насочени към осигуряване на оптималното здравословно състояние на жената и плода от възникване на бременността до навършване на 42-дневна възраст на детето (чл. 127, ал. 1). Изчерпателно са изброени необходимите дейности, а усложненията, застрашаващи живота или здравето на майката или плода, изрично са включени в обхвата на медицинската помощ при спешни състояния, организирана и финансирана от държавата.

Съгласно Закона за здравното осигуряване (ЗЗО) в обхвата на медицинската помощ за здравноосигурени лица са включени медицинските грижи при бременност, раждане и майчинство. Бременните жени ползват безплатни медицински услуги от НЗОК, като имат право да изберат проследяване, а при установяване на риск – и задължително наблюдение, от акушер-гинеколог. Бременните имат право на свободен избор на болница за раждане чрез насочване за хоспитализация, а също така и когато са потърсили медицинска помощ в болница (чл. 45, т. 6). Обхватът и редът на предоставяне на безплатна акушерска помощ на здравно неосигурени жени са регламентирани в Наредба № 26 от 14.06.2007 г. за предос-

тавяне на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени, като финансирането е чрез трансфер на средства на МЗ. Осигурени са профилактичен преглед и необходимите за проследяване на бременността изследвания, както и акушерска помощ, независимо от начина на родоразрешение. Наредбата определя, че всеки лекар може да насочи бременната за акушерска помощ, както и че неосигурените бременни имат право на свободен избор на територията на цялата страна на лечебно заведение за раждане [37].

Здравни услуги по време на бременност и раждане предоставят и част от здравноосигурителните пакети на доброволното здравно осигуряване. Те са достъпни само за тези лица, които са сключили договор със съответния здравноосигурителен фонд.

Медицинският стандарт „Акушерство и гинекология“ е медицински нормативен документ, насочен към женското здраве в областта на акушерството и гинекологията, който определя: обхвата на медицинската помощ, оказвана в специалността АГ; устройствената рамка на АГ помощ; квалификацията на лицата, осъществяващи медицинските дейности; медицинските дейности; изискванията и специфичните показатели за оценка на медицинските дейности и т.н. В глава XI и XX (дял VI) е регламентирана същността на медицинските дейности при планиране, диагностициране, проследяване на нормална бременност, раждане и по време на пуерпериума на различните нива на отговорност. Описани са и факторите, които определят повишен риск за бременността и налагат разширяване на алгоритъма за проследяване на нормална бременност [32].

Важна стъпки в здравното ни законодателство са приетата Наредба № 1 от 08.02.2011 г., раздел III, чл. 5 и чл. 6 – Професионални дейности, които акушерките могат да извършват самостоятелно или по назначение от лекар, както и направените промени в Закона за здравето (чл. 125) и ЗЛЗ (чл. 2, ал. 4 и чл. 17а), които дават възможност за автономност на акушерката в дейностите ѝ по промоция, превенция и профилактика на женското и майчиното здраве.

Програмата „Майчино здравеопазване" на НЗОК е насочена специално към бременните жени и родилките, като регламентира дейностите по пренаталните грижи при нормална бременност, бременност с риск, както и грижите до 42 ден след раждането.

Здравното обслужване на бременните жени, майките до 45-ия ден след раждането и децата до 18 години са уредени с нормативните актове на министъра на здравеопазването по чл. 45 от ЗЗО – Наредба № 39 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията и 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. Включената там медицинска помощ се поема от НЗОК, когато бременната жена е здравноосигурена. Видовете и обемът на дейностите се залагат според приетия за годината НРД. Посочените наредби са съобразени със съвременните постижения на медицинската наука, като периодично се актуализират.

Националната здравна стратегия 2014-2020 г. също е ориентирана към създаване на условия за устойчиво подобряване на майчиното и детското здраве. Тя приема цялостния

интегративен принцип, заложен в стратегията на ЕС, който е насочен към интелигентен, устойчив и приобщаващ растеж.

Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве е в изпълнение на приетата Национална здравна стратегия 2014-2020 г. Тя е насочена към подобряване на майчиното и детското здраве чрез насърчаване и подкрепа за добри практики, промоция на здравето и подпомагане на достъпа до здравни грижи [41].

Стратегията „Здраве, 2020" на СЗО посочва, че „Подкрепата на майчиното и детското здраве изисква широк спектър от мерки, не само в рамките на здравния сектор. Изисква се широкото участие на правителството, частния сектор и неправителствени организации" [63]. С други думи повишаването на качеството на грижите за майчиното и детското здраве следва да се осъществява чрез обмен на добри практики и система за комуникация между държавния и неправителствения сектор, както и с консенсус между различните медицински и други специалисти, ангажирани с майчиното и детското здраве [124].

ПРЕНАТАЛНИ ГРИЖИ ПРИ НОРМАЛНА БРЕМЕННОСТ

Бременността е физиологично състояние на жената, което протича и завършва благоприятно при преобладаващата част от тях. Независимо от физиологичния характер на бременността, е необходимо оптимално наблюдение на състоянието на жената и плода. Целта е да се идентифицират възможно най-рано настъпилите нарушения и да се предприемат съответните мерки [17].

Проследяването на бременността е нормативно установено чрез медицинския стандарт по АГ, независимо дали наблюдението на бременната се извършва в публично или в частно лечебно заведение.

Профилактиката на бременността обхваща специализирани акушерски грижи, обособени в два етапа:

➢ **Преди бременността (преконцепционни грижи)** – поне 6 месеца преди планувaната бременност:

- Планиране на бременността в подходяща възраст;
- Интервал между бременностите поне 6-9 месеца;
- Профилактика на дефектите на невралната тръба с фолати;
- Подходящ хранителен режим;
- Оптимална физическа активност;
- Спиране употребата на наркотици, алкохол, цигари, тератогенни лекарства;
- Скрининг за сексуално-трансмисивни инфекции;
- Оптимизиране на общо медицински заболявания, като диабет, хипертония, астма и др.

➢ **По време на бременността:**

- Ранен ултразвуков скрининг;

- Откриване и лечение на инфекциозни причинители;
- Оптимално наддаване на тегло;
- Спиране употребата на наркотици, алкохол, цигари;
- Оптимизиране на условията на труд и трудоустрояване при необходимост;
- Скрининг за домашно насилие и предлагане на закрила и др. [73].

Грижата за проследяване на бременната жена и вътреутробното развитие на плода се извършва в *женска консултация*. Тя е структурно подразделение на акушеро-гинекологичния комплекс, предназначено за оказване на амбулаторна акушеро-гинекологична помощ и диспансеризация на жените по време на бременността и след раждането [70].

Цели на женска консултация:

- Да се запази бременността;
- Да се запази здравето на майката;
- Да се предотвратят усложнения, свързани с бременността и раждането;
- Да се осигури здрав и жизнеспособен плод.

Задачи на женска консултация:

- Определяне на гестационния срок на бременността и вероятния термин на раждане;
- Снемане на подробна анамнеза (обща и акушерска);
- Общо и акушерско обективно изследване;
- Лабораторни изследвания;
- Активно медицинско наблюдение на бременността, осъществявано на диспансерен принцип;
- Осигуряване на социално-правна и трудово-правна помощ – трудоустрояване, забрана за нощен и извънреден труд, отпуск поради бременност и раждане в размер на 135 календарни дни в три болнични листа, както следва:

- ✓ 45 дни преди раждането.
- ✓ 42 дни от датата на раждането.
- ✓ 48 дни продължение на предходния и т.н.;

➢ Насочване към други специалисти при необходимост;

➢ Осъществяване на медико-генетична консултация – при жени над 35-годишна възраст и мъже над 50 години, предшестващо раждане на дете с вродени аномалии, фамилна анамнеза за генетични заболявания и др.;

➢ Здравна промоция по въпросите на бременността, раждането и следродилния период;

➢ Психоемоционална подготовка за предстоящото раждане;

➢ Проследяване на следродилния период.

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.

След промените в националното законодателство и *Единните държавни изисквания* за обучение по специалност „Акушерка", съобразно европейските директиви, акушерките имат компетентност и право да проследяват протичането на нормалната бременност. Сред дейностите, които могат да извършват самостоятелно, посочени в Наредба № 1 от 08.02.2011 г., раздел III, са:

- ✓ антропометрия;
- ✓ аускултация на детски сърдечни тонове с акушерска слушалка или ултразвуков апарат, извършване на кардиотокографски запис;
- ✓ акушерска мензурация, включително външна пелвиметрия;

✓ външно акушерско изследване;

✓ проследяване на общото състояние на бременна жена, включително регистриране на пулс, дишане и артериално кръвно налягане, както и интерпретация на резултатите;

✓ интерпретация на резултатите от клинико-лабораторни изследвания при нормална бременност при наблюдение в извънболничната помощ;

✓ назначаване на прегледи за ранна диагностика на рискова бременност в извънболничната помощ;

✓ здравна промоция;

✓ оказване на грижи за психичното, физическото и социалното здраве на жените;

✓ водене на медицинска документация.

Вид и периодичност на прегледите и изследванията при наблюдението на бременните жени

Основна приоритетна задача по отношение на пренаталните грижи в женската консултация е обхващането на жените в ранни срокове на бременността (до 3-ти лунарен месец) 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 [17].

Специалистът, установил бременността, включва жената в регистрите за наблюдение. Регистрацията се прави около 10-12 гестационна седмица. Попълва се Карта за профилактика на бременността по Приложение № 3 към Наредба № 39 от 2004 г.

Проследяването на бременността се състои от поредица от прегледи, соматични и лабораторни изследвания, които се разпределят през целия период на бременността в зависи-

мост от хода на бременността и от състоянието на бременната. Честотата на посещенията в ЖК при нормална бременност е следната:

- ✓ Една консултация месечно – до 32-ра г.с.;
- ✓ Две консултации месечно – от 32-ра до 36-та г.с.;
- ✓ Една консултация седмично – след 36-та г.с. – общо 10-12 посещения в зависимост от срока на регистрацията.

Пренаталната консултация започва със снемането на анамнеза – подробно и последователно получаване на информация от пациентката, която да насочи и да помогне при решаването на следните генерални задачи:

- ➢ Има ли бременност;
- ➢ Какъв е срокът на бременността и кога е вероятният термин на раждане;
- ➢ Каква е прогнозата на бременността;
- ➢ Каква е прогнозата на раждането;
- ➢ Каква е прогнозата на следродилния период [58].

Акушерската анамнеза се състои от две части:

- ➢ **Обща част** – паспортни данни, фамилна анамнеза, минали заболявания;
- ➢ **Специална част** – данни за менструален цикъл, данни за протичане на предишни бременности, данни за настоящата бременност и др.

За правилното, точно и пълно събиране на анамнестичните данни е нужно да се спазва определена последователност:

- ➢ ***Паспортни данни*** – трите имена, възраст, адрес по лична карта, образование, професия и месторабота, семейно положение и т.н.
- ➢ ***Фамилна анамнеза*** – отнася се до заболявания на роднини от по 1-ва и 2-ра линия, които имат характер на наследственост, като: сърдечни, ендокринни, психични за-

болявания, генетично обусловени аномалии у близки роднини и др.

➢ ***Минали заболявания***

✓ Общи – вниманието трябва да се насочи към болести, които може да окажат неблагоприятно влияние върху настоящата бременност, а именно – диабет, други ендокринни заболявания, сърдечно-съдови, белодробни заболявания, туберкулоза, бъбречни заболявания, психични заболявания, рахит, ревматизъм и др.;

✓ Гинекологични – възпалителни заболявания, вродени аномалии, миоми и други туморни заболявания, данни за стерилитет и т.н.;

✓ Прекарани в миналото операции – сърдечни, операции на костния таз, пикочо-полова система, жлъчка и др. От особена важност са данните за извършени гинекологични операции – миомектомии, пластични операции върху матката, операции на тръби и яйчници, цезарови сечения и др.;

✓ Прекарани заразни болести или скорошен контакт със заразно болен. Всяко фебрилно състояние по време на бременността налага повишено внимание.

➢ ***Особености на менструалния цикъл***

✓ Менархе (първата менструация) – на каква възраст и как се е установила;

✓ Менструален цикъл – продължителност, интервал, количество, особености;

✓ Последна редовна менструация и определяне на вероятен термин на раждане.

➢ ***Данни за предишни бременности и раждания***

✓ Аборти – общ брой, от тях: по желание, спонтанни, по медицински показания; дата на последния аборт;

✓ Раждания – брой родени деца, от които живи/мъртви, доносени/недоносени; дата на последното раждане: механизъм, тегло и ръст на роденото дете; описват се в хронологичен ред предшестващите раждания с всички особености и усложнения, които са ги съпътствали (преждевременни раждания, мъртво раждане, раждане на дете с малформации, налагане на форцепс/вакуум, комплетна руптура на перинеума, мануална екстракция на плацентата, ревизия и др.)

➢ ***Данни за протичането на бременността до момента***

✓ Поредност на настоящата бременност;

✓ Субективни оплаквания;

✓ Първо движение на плода;

✓ Приемани лекарства преди и по време на бременността – какви? кога?

✓ Наличие на отоци – къде?

✓ Патологични отклонения по органи и системи – да, не, какви?

✓ Усложнения на бременността – кръвотечения, болки, хоспитализации [33, 70].

След снемане на анамнезата се пристъпва към обективно изследване на бременната, което може да даде много ценни данни за състоянието на жената и да отговори на основни диагностични въпроси. В някои случаи то е много по-ценно от получените от анамнезата сведения и играе решаваща роля за диагнозата. Обективното изследване на бременната включва две части: общо състояние на жената (общ статус) и обективно акушерско изследване (акушерски статус) [58, 70].

Изследването на общия статус на бременната в ранните етапи на бременността включва:

✓ Оглед на бременната – целенасочено възприемане с всички сетива и установяване на патологични отклонения, които не са типични за бременната жена;

✓ Изследване на общо състояние на бременната – по правилата на общата медицина чрез аускултация, перкусия и палпация;

✓ Измерване на соматични показатели – температура, пулс, артериално налягане;

✓ Антропометрия – измерване на ръст и телесна маса, външна пелвиметрия.

Акушерски статус

Акушерският статус в ранните срокове на бременността цели да се определи състоянието на половата система и да се прецени дали съществуват симптомите на бременността.

Гинекологичният преглед включва:

- оглед на външните гениталии;
- вътрешна палпация.

Извършва се в специализиран гинекологичен кабинет, съоръжен със специален инструментариум и апаратура.

Лабораторни изследвания при първата визита:

Рутинните лабораторни изследвания при първото посещение в ЖК са:

- Пълна кръвна картина и кръвна захар;
- Кръвна група и Резус (Rh) фактор;
- Титър на Rh антитела при Rh(-) жени;
- Серологични изследвания – Wasserman, HBsAg, HIV;
- Урина – пълно клинично изследване;
- Микробиологично изследван на вагинален секрет;
- Онкопрофилактична цитонамазка, ако не е правена през последната година.

Допълнителни лабораторни изследвания:

- Антитела срещу рубеола;
- Изследване за хламидии;
- Токсоплазмоза;

- Електрофореза на хемоглобина за диагноза на таласемия;
- Цитомегаловирус (CMV);
- Генитален херпес.

Извършва се първото ултразвуково изследване на бременната жена от акушер-гинеколог. Целта му е да се определи:

- има ли плоден сак в матката;
- отговаря ли размерът на плодния сак на срока на аменореята;
- едноплодна или двуплодна е бременността;
- има ли жив ембрион със сърдечни пулсации;
- наличие на някаква патология на бременността (напр. гроздовидна бременност) и др.

Дават се препоръки и съвети за начина на хранене, обличане, времето за почивка, двигателния режим, промените в психоемоционалното състояние, за избягване на рисковите фактори, прием на хранителни добавки и витамини, промени, които биха настъпили в работното ежедневие на жената, и др.

Акушерката притежава необходимата подготовка, за да снеме анамнезата, да установи общия статус, да измери ръст и тегло, соматични показатели – температура, пулс и кръвно налягане, обиколка на корема, да направи външна пелвиметрия. Акушерката може да назначи рутинните изследвания за кръвна група и Rh-фактор, серологични изследвания, пълна кръвна картина, коагулационен статус, кръвна захар и урина (*Приложение 1*).

Единствената манипулация при тази първична консултация, която трябва да се извърши от лекар акушер-гинеколог, е вагиналната ултразвукова диагностика. Същото важи и за ранния и късния биохимичен и ултразвуков скрининг, които се провеждат съответно между 11-13 г.с. и 14-19 г.с. от специалист по фетална морфология [77].

Приложение 1

Вид и периодичност на прегледите и изследванията при нормална бременност, посочени в програмата „Майчино здравеопазване” на НЗОК

Вид на прегледите и изследванията	**Периодичност на прегледите и изследванията според срока на бременността**
Снемане на анамнеза	при първото посещение
Гинекологичен статус	при първото посещение; в IV лунарен месец; в следващите – по преценка
Измерване на: Ръст и външна пелвиметрия; Телесна маса	 при първото посещение при първото посещение; по един път във всеки следващ лунарен месец; по два пъти в IX и X лунарен месец
Акушерска ехография	един път в първи триместър; един път между 16-20 г.с.
Измерване на артериално кръвно налягане	един път в първи триместър; по един път във всеки следващ лунарен месец; по два пъти в IX и X лунарен месец
Определяне на кръвна група и Rh-фактор	при първото посещение
Изследване на ПКК, кр.захар и обикновена урина	при първото посещение; по един път в V и VIII лунарен месец
Онкопрофилактична цитонамазка	при първото посещение
Серологични изследвания за сифилис, хепатит В и СПИН	при първото посещение
Микробиологично изследване на влагалищен секрет	един път при първото посещение; един път в IX лунарен месец
Сърдечна дейност на плода	от V лунарен месец по един път във всеки лунарен месец по два пъти в IX и X лунарен месец

През втория триместър от бременността посещенията в женската консултация при нормално протичаща бременност са три – 16, 24 и 28 г.с.

- Проследяват се:
- Детски сърдечни тонове (ДСТ);
- Артериално налягане (АН);
- Телесно тегло;
- Обиколка на корема и височина на фундус утери;
- 22-24 г.с. – ултразвукова фетална морфология на плода;
- 24-26 г.с. – ПКК и кръвна захар с цел диагностициране на гестационен диабет; при необходимост се прави орален глюкозотолерантен тест (ОГТТ)
- Изследване на титър на антитела при Rh(-) жени – на V, VIII и X лунарен месец (m.l.);
- Урина – стандартно изследване [38, 39].

Дейностите, които попадат извън сферата на компетентност на акушерката, са ехографските диагностични изследвания, които се извършват от акушер-гинеколог.

През третия триместър на бременността посещенията в женската консултация зачестяват. От 32 до 36 г.с. визитите са два пъти месечно, а след 36-та г.с. – всяка седмица.

При всяка визита се проследяват следните показатели:

- Детски сърдечни тонове – аускултация, а след 36 г.с. се прави запис на ДСТ;
- Артериално налягане;
- Телесно тегло;
- Обиколка на корема и височина на фундус утери;
- УЗД – късна фетална морфология и доплер на умбиликалните и мозъчните съдове на плода;
- Серологични изследвания (Wasserman, HBsAg, HIV) – m.l. IX-X;

➢ ПКК, кръвна захар – в m.l. VIII и X;

➢ Урина – обикновена – в m.l. VIII и X;

➢ Микробиологично изследване на вагинален секрет – 34-36 г.с.

Извън сферата на дейност на акушерката в този период са ултразвуковата диагностика, късната фетална морфология и доплерът на умбиликалните и мозъчните съдове на плода, които са от компетентността на специалист по акушерство и гинекология.

В проведено през 2016-2018 г. анкетно проучване на бременни жени и родилки, получили пренатални грижи в медицински центрове и индивидуални практики на територията на градовете София, Пловдив, Видин, Шумен и Враца, си поставихме за цел да проучим дейностите и изследванията, извършвани по време на наблюдението на тяхната бременност, честотата на извършването им и медицинският специалист, който ги е осъществил (табл. 7).

Таблица 7. Изследвания и дейности, извършвани в пренаталната консултация на респондентите

Основни дейности	**Първо посещение**		**Всяко посещение**		**Няколко пъти**		**Нито веднъж**
	Лекар	**Акуш.**	**Лекар**	**Акуш.**	**Лекар**	**Акуш.**	
Снемане на анамнеза	31,1%	6,1%	45,5%	17,6%	17,4%	15,0%	6,1%
Измерване на ръст и пелвиметрия	22,9%	38,9%	–	–	–	–	60,8%
Измерване на тегло, кръвно налягане и пулс	7,6%	53,2%	7,6%	53,2%	9,5%	15,3%	31,3%
Измерване на корема и височината на матката	–	–	–		4,7%	58,4%	40,0%
Преслушване или запис на ДСТ	–	–	–	–	23,4%	56,1%	43,7%
УЗД		–	70,1%	–	27,3%	–	1,3%

Анализът на резултатите показа, че при немалка част от жените изследвания като: измерване на ръст и външна пелвиметрия (60,8%), измерване на обиколка на корема и височина на матката (40,0%), преслушване/запис на ДСТ (43,7%), не са извършени нито веднъж.

Съществен проблем при наблюдението на бременните жени, установен при подобни проучвания на други автори, е кратността 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). От обобщения анализ става ясно, че дейности, които са от компетентността на акушерката, в част от случаите се извършват от лекар (пелвиметрия – 22,9%, измерване на тегло, кръвно налягане и пулс – 9,5%, измерване на обиколката на корема и височина на маточното дъно – 4,7%). Смущаващи са данните, посочени от респондентите, според които акушерката сравнително рядко комуникира с жените – анамнезата при посещенията на жената в пренаталната консултация се снема основно от наблюдаващия бременността лекар.

Неглижиране на акушерската грижа при наблюдението на бременните жени се установи и от проведено проучване сред акушер-гинеколози. Бе направен сравнителен анализ между това провеждат ли анкетираните акушер-гинеколози пренатална консултация и участва ли акушерка в нея (табл. 8).

Анализът показа, че по-високият 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%).

Таблица 8. Сравнителен анализ между това провеждат ли акушер-гинеколозите 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 %

Към момента, както посочва и В. Димитрова [20], бременността се наблюдава предимно чрез ултразвуково изследване, без спазване на единен стандарт и правила и без полагане на традиционни акушерски грижи. Когато в пренаталната консултация участва акушерка, ролята ѝ е формална и подчинена на акушер-гинеколога. Задачите на акушерката се свеждат до попълване на документи и извършване на манипулативни техники. Комуникация между бременна жена и акушерка в ЖК почти не се осъществява.

Здравна промоция по време на бременността

Промоцията на здравето по цял свят е една от широко разпространените форми на дейност на пренаталните консултации. Самата пренатална консултация в своята същност представлява здравен културно-просветен център по въпросите на майчинството. Това е мястото, където бременната жена трябва да получи най-пълната информация по всички въпроси, които я интересуват във връзка с бременността, раждането и отглеждането на детето.

Здравнопромотивна дейност по въпросите на майчинството може да се провежда от личния лекар, от акушерката и акушер-гинеколога в пренаталната консултация. Тя може да се извършва и извън здравните заведения: училища за родители, в медиите и др.

Формите за провеждане на тази дейност могат да бъдат разнообразни:

- Лекции;
- Индивидуални и групови беседи;
- Здравни филми, диапозитиви;
- Табла, постери;
- Листовки, брошури;
- Подходяща медицинска литература: книги, статии в списания, вестници и др.;
- Използване на макети и модели;
- Масмедийни стратегии – радио и телевизионни предавания;
- Практическо обучение на бременните за отглеждането на новороденото;
- Курсове по майчинство и детство – училища за бременни.

Една от ефективните форми за промоция на здравето в ЖК е индивидуалната беседа. Г. Стоименов пише, че „тя е най-отговорният вид дейност и при умел подход, настойчивост и авторитет на лекаря или акушерката може да се окаже особено резултатен".

Повечето от жените не се нуждаят от специална агитация за запазване на бременността, тъй като те се отнасят отговорно към бременността и майчинството. Здравната просвета при тях си поставя за задача да запази здравето на майката и детето [60]. Особено внимание трябва да се обърне на бременни жени: в адолесцентна възраст, нисък социално-икономически статус, малцинствени групи, бременни с различни зависимости и др. Здравната просвета при тях има за цел да намали максимално влиянието на съществуващите рискови фактори и бременността да завърши с раждането на доносено и здраво дете.

Провеждат се и групови беседи. За нагледни пособия на груповата беседа се използват табла, мултимедия и др.

Една от най-разпространените форми на здравнопромотивна дейност е лекцията. Тя трябва да е построена не само върху силата на убеждението, но и на основата на добре подготвен фактически материал, както и на емоционалното въздействие върху аудиторията. Покрай масовите лекции може да се провеждат и беседи със задаване на въпроси и предоставяне на отговори. Тази форма на работа е предназначена за неголеми аудитории, за слушатели, сред които акушерката/лекарят има възможността системно да провежда здравнопросветна работа.

Курсовете по майчинство и детство са форма за промоция на здравето, която беше застъпена широко в съществуващата преди 1990 г. женска консултация. По време на тези курсове бъдещата майка получава основни и напълно достатъчни теоретични и практически познания по всички въпроси по отношение на бременността и майчинството [60]. Днес тази здравнопромотивна дейност се осъществява основно от училищата за бременни/училища за родители.

В България идеята за създаване на училище, което да подготвя бъдещите родители, се заражда през 90-те години. Стартират първите частни курсове – първо във Варна, а през 2000 г. и в София. Постепенно различни организации, ориентирани към нуждите на майката и бебето, възприемат идеята за подготовка на бъдещи родители и я доразвиват [112].

Училищата за родители са два вида – частни и продуктови. Частните училища създават интимна среда чрез уюта на малката група. Така бъдещите родители се чувстват предразположени да задават всякакви въпроси на презентатора. Малката група дава възможност за пълноценна пренатална или

постнатална подготовка. Специалистите, работещи в частното училище, са на разположение по всяко време, включително и след раждането, за първите грижи за бебето у дома. Единственият недостатък на частните училища е, че са платени и малко бременни жени могат да си ги позволят.

Другият вид училища за бременни са продуктовите училища. Те предлагат безплатни лекции и презентации, организирани в АГ болници и големи търговски центрове, като взаимстват идеята от частните училища. Тяхната функция също е подготовка за раждане и първи грижи за новороденото, но при тях водеща е рекламата. Това е начинът лекциите да бъдат достъпни за повече хора. Някои от тези училища целят своеобразна реклама на съответното болнично заведение, което позволява на бременните жени да се запознаят най-общо с обстановката и да вземат решение за мястото, където ще родят. В училищата, провеждани в търговски обекти, също водеща роля има рекламата. Рекламират се широк кръг продукти, като не всички са от непосредствена нужда за бъдещите майки. Не винаги лекторите са специалисти по родилна и следродилна грижа. Освен това лекциите не са обвързани с определена последователност и често дават противоречива информация [114, 126].

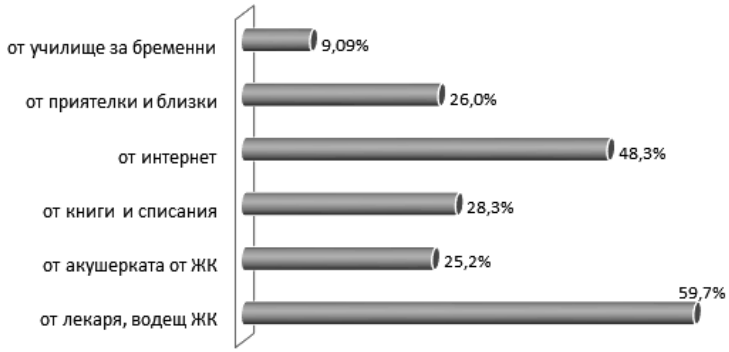
За да се осигури по-добро ниво на занимания в училищата за бременни, участниците в един курс не трябва да надвишават 10-12 души. Курсовете се ръководят от акушерка/акушер-гинеколог. Заниманията се провеждат по програма, която включва лекции и усвояване на практически умения. Те могат да бъдат разделени на модули (например модул за майката и модул за бебето или модул бременност, модул раждане, модул послеродов период и др.), които включват следните теми:

- Устройство на женските полови органи;
- Промени в организма по време на бременността;
- Хранене през бременността и по време на кърмене;
- Рискови фактори и бременност. Признаци за усложнение на бременността.
- Подготовка и предвестници на раждането;
- Периоди на раждането. Техники на дишане;
- Методи за обезболяване на раждането;
- Раждане с операция;
- Първи грижи за родилката, хигиена;
- Кърмене;
- Подготовка за посрещане на новороденото у дома;
- Къпане на новороденото, масаж, гимнастика, закаляване;
- Контрацепция след раждане и т.н.

Заниманията се провеждат в помещения (зали, кабинети, аудитории), специално оборудвани за целта с табла, мултимедия, мулажи и др. пособия и средства, които способстват за по-доброто онагледяване на предоставения теоретичен материал.

Важни условия за успеха на здравнопромотивната дейност са системното ѝ провеждане и обхващането на бременните жени в ранните срокове на бременността [60]. От изключително значение са тяхната достъпност от финансова гледна точка и насоченост единствено в полза на бременните и бъдещите им деца.

Резултатите от изследването, проведено в периода 2016-2018 г. (Т. Веселинова) сред бременни жени и родилки, относно основните източници на информация, касаеща бременността, раждането и послеродовия период са представени на фиг. 1.



Забележка: Отговорите надхвърлят 100%, защото респондентите са дали повече от един отговор

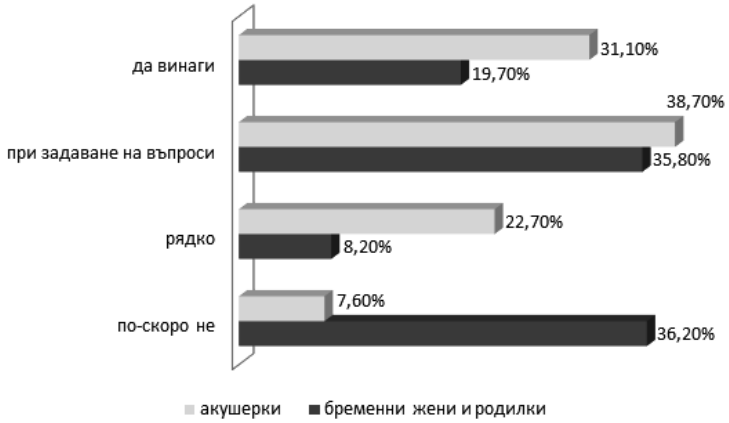
Фиг. 1. Източници на информация, касаеща бременността и раждането

Преобладаващата част от жените (59,7%) са посочили акушер-гинеколога, наблюдаващ бременността им, като основен източник на здравна информация. Другият основен източник на информация по въпросите на майчинството за значителна част от анкетираните жени е интернет (48,3%). Предвид лесния и бърз достъп до социалните мрежи този отговор е очакван, но същевременно и показателен за една слабо изразена здравнопромотивна дейност в пренаталните консултации.

Следват източници като книги и списания (28,3%), приятелки и близки (26,0%). Впечатление прави, че относителният дял на жените, посочили акушерката от ЖК като източник на информация, касаеща бременността и раждането, е най-малък сред посочените варианти (25,2%). След него е училището за родители, което са посещавали само 1/10 част от респондентите.

Сред основните задачи на акушерката от ЖК са здравното възпитание и просвета на бременните жени. Резултатите

от направеното успоредно проучване сред жени, ползватели на пренатални грижи, и акушерки са онагледени на фиг. 2.



Фиг. 2. Време, отделяно от акушерката за здравна промоция

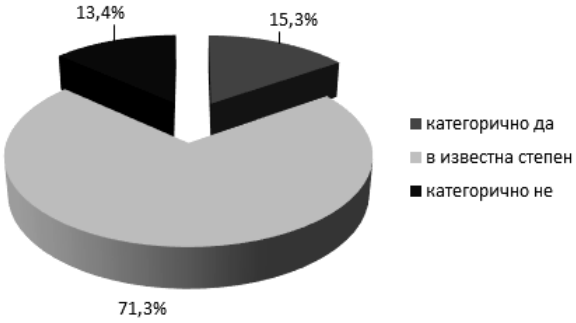
Според преобладаващия относителен дял на анкетираните жени, ползватели на пренатални грижи (36,2%), акушерката от ЖК не е отделяла време за здравна промоция по важните за тях въпроси, свързани с бременността, раждането и послеродовия период.

Значително по-различни са отговорите на акушерките. 1/3 от тях посочват, че винаги отделят време, за да предоставят на пациентките си необходимата здравна информация. Малко по-висок е относителният дял на тези, които са предоставяли здравна информация, но само в случаите, в които жената се е нуждаела от нея, т.е. задавала е въпроси (38,7%). Предвид факта, 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 такава дейност.

Констатира се статистически значима разлика в отговорите на двете групи респонденти: акушерки и жени – ползватели на пренатални грижи (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 явно не отговаря на потребностите на анкетираните жени.

Пренаталната консултация е мястото, където бременната жена трябва да получи най-пълната информация по всички въпроси, които я интересуват във връзка с бременността, раждането и отглеждането на детето.

Обобщеното мнение на жените, потребители на пренатални грижи, за това изпълнила ли е ЖК тази задача, е представено на фиг. 3.



Фиг. 3. Подготовката 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 – теоретична, физическа и психоемоционална – 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 за тези важни събития в живота им.

Незадоволителната здравнопромотивна дейност в ЖК е причината жените да са неудовлетворени от качеството на пренаталната грижа. 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 [67].

Психоемоционална подготовка за предстоящото раждане

Бременността и раждането са значими събития в живота на всяка жена, когато тя се нуждае от професионална информация и емоционална подкрепа, които може да получи при контактите си със специалистите в тази област.

Бременността се отразява на нервната система и психиката на жената. Според психолозите съществуват три емоционални фази през бременността:

- Първи триместър – бременната жена е емоционално лабилна, понякога раздразнителна, чувства се потисната и загрижена за бременността, за здравето на плода, за отношенията с бащата;
- Втората фаза обхваща средата на бременността – характеризира се с емоционална стабилност и поява на първите майчински инстинкти, като желания за подготовка за раждане и грижи за новороденото;

➢ Трета фаза – последният триместър на бременността, когато предстоящото раждане, очакванията за болка, за изхода за майката и новороденото отново пораждат страх и безпокойство у бременната [23].

От голямо значение за протичане на бременността и раждането е да се отстранят отрицателните емоции и страхът. Първата стъпка към това е създаването на доверие у жената към медицинските специалисти в женската консултация и родилното заведение. Създаването на вяра в добрия изход от бременността и раждането е важна предпоставка за успешното провеждане на психическата подготовка на жената [70].

Психическата подготовка на бременната жена е насочена предимно към профилактика на родилната болка.

Родилната болка е специфично, субективно и комплексно усещане.

Появата на болката при зачестяване и усилване на маточните контракции е резултат на сумиране на болкови импулси от гениталиите, корема и перинеума вследствие на:

- Дилатацията на маточната шийка;
- Разтягането и натиска върху перинеума;
- Препятствието за плода от страна на маточната шийка, таза, перинеума;
- Нарушението на обменните процеси, водещи до ацидоза, поради интензивна маточна дейност, която от своя страна повишава чувството за болка.

Различното усещане за болка и способността да се преобразува зависят от различни условия. От изключителна важност е субективното емоционално състояние на раждащата жена. Други съществени фактори са вродените или придобитите индивидуални качества, склонността към уравновесе-

ност или свръх възбудимост, познанията относно причините за болката, както и отношението към самото раждане.

Силната болка може да окаже неблагоприятно въздействие върху психичното и физическото състояние на раждащата, може да затрудни и да удължи родовия процес и в този смисъл да доведе до усложнения за майката и плода [84].

Болката е съвсем естествена при нормално протичащо раждане, но при добра подготовка на бременната и персонала тя може да се сведе до минимум [23].

Съвременните методи за обезболяване на раждането са:

- Нефармакологични;
- Фармакологични;
- Комбинирани методи.

Нефармакологични методи са:

- ✓ Психопрофилактика;
- ✓ Масаж, акупресура, акупунктура;
- ✓ Повърхностни температурни въздействия – топлина, студ;
- ✓ Хидротерапия – вана, душ или локално напръскване с вода;
- ✓ Транскутанна електроневростимулация (TENS);
- ✓ Аудиоаналгезия и др. [70, 73].

Психопрофилактиката е система от мероприятия за борба с болката при раждане. Целта ѝ е чрез създаване на добра представа за раждането да се повишат активността на кората на главния мозък и прагът на нейната възбудимост [70].

Психопрофилактиката включва:

- интерактивни методи;
- обучение;
- техники на релаксация;
- дихателни упражнения [84, 87].

Част от мероприятията на психопрофилактичната подготовка се осъществяват по време на бременността в женската консултация, а друга част – по време на раждането в родилния дом. Те трябва да се провеждат от лекар или акушерка и да започнат с първото посещение на бременната в пренаталната консултация.

Психопрофилактичните мероприятия трябва да се провеждат в създадени специално за целта кабинети оборудвани с макети, мулажи, плакати, с които да се представят добре въпросите на анатомията на женските полови органи, протичането на бременността и раждането и др. Обстановката трябва да е спокойна и приятна.

Един от най-често прилаганите психологични методи е методът на Велвовски, който включва пет или шест занимания.

Схема на заниманията

Първо занимание. Тази беседа с бременната е индивидуална. Прави се обстойно общо и акушерско изследване на бременната жена, въз основа на което се прави извод за особеностите на нейната нервната система, състоянието на емоционално-психичната сфера и отношението ѝ към предстоящото раждане.

Второ занимание. То е групово и се поставят две основни задачи: 1. Да се опровергаят представите на жените за болката по време на раждане. 2. Да се убедят, че е възможно раждане без болка.

Най-често жените се страхуват от самата „родова болка", от неблагополучие при раждане, от оперативни намеси, от смърт, от разкъсвания. Тревожат се за здравето на детето. В повечето случаи тези страхове са напълно неоснователни. Чрез владеенето на необходимите комуникативни умения – вербални и невербални, медицинският специалист трябва да

обясни на жената, че съществуващият страх от болка винаги усилва самата болка, тъй като той понижава прага на възбудимостта на главния мозък и усилва задържащите процеси в кората. Бременната трябва да е наясно, че когато се налага, родилната болка може да се обезболи и с медикаменти.

Разкривайки причините за съществуващите страхове и връзката им с раждането, провеждащият заниманието лекар/акушерка трябва да намери не само категорични опровержения, но и да създаде нови рефлекси за премахване на страха [60].

Трето занимание. Предоставят се кратки сведения за анатомо-физиологичното устройство на женските полови органи, развитието на бременността и промените, които женският организъм претърпява през бременността и подготвката за нормалното раждане. Дава се достъпна информация за това как протича раждането, като се обръща специално внимание на активното участие на жената в родовия процес.

Четвърто занимание. Бременните се запознават с първия период от раждането. Прави се характеристика на маточните контракции и тяхната роля в акта на раждането.

На тази среща на бъдещите майки се демонстрират и различни прийоми за обезболяване.

Пето занимание. Бременните се запознават с протичането на втори и трети период от раждането и повтарят заучените прийоми. При обучението се акцентира специално на поведението на жената при изгонването на плода, т.е. по време на напъните. Правилното използване на напъните трябва също да се смята за обезболяващ прийом, свързан с ускоряване на раждането.

Шесто занимание. На него се обобщава всичко заучено в предишните занимания и се обръща внимание на радостта от майчинството. Може да се направи посещение на родилното отделение, където да се запознаят с обстановката.

Описаните беседи се приемат за класика в психопрофилактиката. Много специалисти в областта с времето ги осъвременяват и усъвършенстват [60, 70, 84, 109].

През 1951 г. френският акушер-гинеколог Фернанд Ламаз въвежда специфична методика на раждане, носеща неговото име – техника „Ламаз“. Тя се основава на идеята за намаляване на болката по време на родовия процес чрез специални дихателни упражнения. Смята се, че съзнателното контролиране на дишането увеличава притока на кислород, като по този начин родилката понася по-леко маточните контракции, а усещането за болка намалява.

През първия период на раждането се препоръчват три типа дишане:

✓ **забавено** – два пъти по-бавно от нормалното дишане. Може да започне още с появата на първите болезнени контракции;

✓ **забързано** – с около два пъти по-голяма честота от нормалното дишане. Прилага се при засилване на контракциите.

✓ **дишане по образец** – след няколко забързани вдишвания и издишвания следва бавно пълно издишване.

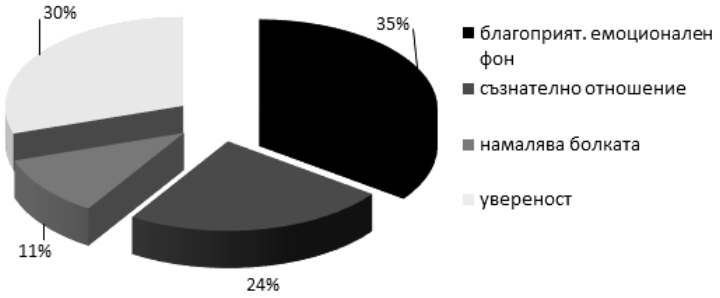
За периода на изгонването на плода Ламаз предлага два начина на дишане:

✓ **дишане със задържане**, при което жената задържа въздух за 5-7 секунди след вдишването;

✓ **дишане с бавно издишване**, при което след обикновено вдишване следва бавно и постепенно издишване [92, 109].

Психопрофилактиката и информацията, предоставени по време на бременността, раждането и послеродовия период, фокусирани към практически напътствия при подготовката за предстоящата поява на детето и адаптацията към него, могат да редуцират много от рисковете за поява на психиче-

ска неустойчивост на родилката. Тази теза беше потвърдена от изследване, проведено през 2018 г. във връзка с научен проект на тема „Информираност и обучение на студенти от специалност „Акушерка“ за оценка на риска от възникване на постпартална депресия“ [69]. Обект на едно от направените проучвания бяха 100 родилки от родилните отделения в СБАЛАГ „Майчин дом” – София, ПСАГБАЛ „Св. София”, II САГБАЛ „Шейново” в периода от май до септември 2018 г. Целта на изследването бе да се проучи влиянието на психопрофилактиката по време на бременността като средство за намаляване на поведенческите разстройства в постпарталния период (фиг. 4).



Фиг. 4. Влияние на психопрофилактиката върху емоционалното състояние

Получените резултати показаха, че психологическата подготовка по време на бременността е довела до формирането на благоприятен емоционален фон (35%), съзнателно отношение (24%) и увереност (30%) у жените в добрия изход на бременността и раждането.

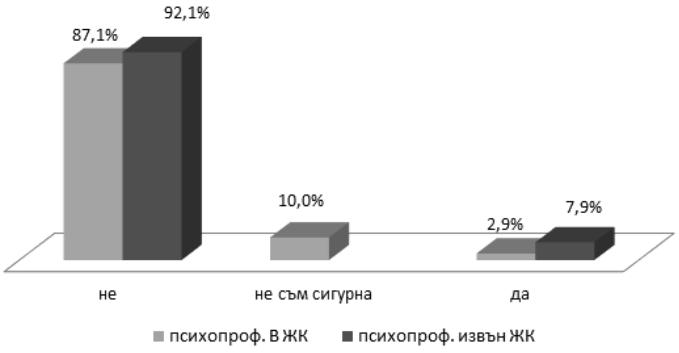
Позитивното влияние на пренаталната психоемоционална подготовка върху емоционалното състояние на бременна-

та жена води до премахване на страха от раждането и други негативни емоции, които възникват по време на бременност; развива и укрепва идеята за физиологичен и безболезнен процес, който да доведе до ново положително чувство, свързано с предстоящото майчинство, като е и превенция на емоционални и поведенчески разстройства в поспарталния период.

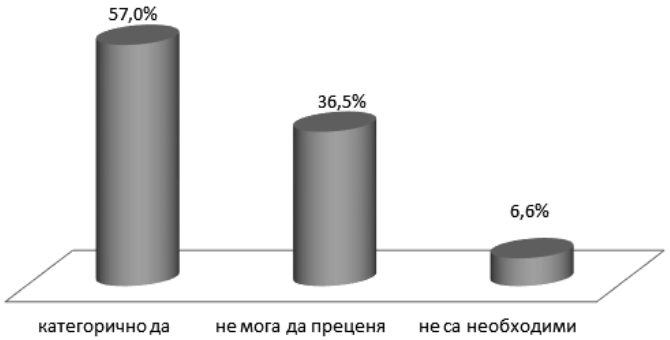
През последните години психоемоционалната подготовка на бременната жена за предстоящото раждане, която беше приоритет на акушерките от всяка женска консултация преди 1990 г., се неглижира. Днес психопрофилактични занимания се провеждат предимно в училища за бременни/училища за родители. За съжаление, тези занимания са платени, което ги прави недостъпни за повечето бременни жени.

Проведено от нас проучване потвърди този факт. Преобладаващият дял от анкетираните бременни жени и родилки, получили пренатални грижи в периода 2016-2018 г. (87,1%), са посочили, че в посещаваните от тях пренатални консултации не е провеждана психоемоционална подготовка за раждането. Малка част от бременните жени (7,9%) са посещавали занимания за психофизическа подготовка за предстоящото раждане (основно групови срещи, предлагащи практически упражнения, които демонстрират немедикаментозни прийоми за обезболяване на раждането и техники за дишане), за което са плащали допълнително (фиг. 5).

Независимо от това, посещавали ли са, или не такива занимания, по-високият 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 (фиг. 6).



Фиг. 5. Психоемоционална подготовка на респондентите за раждането



Фиг. 6. Необходимост от психопрофилактични занимания в ЖК

Въпреки неглижирането ѝ през последните години, психопрофилактиката е важен елемент от дейността на акушерката в пренаталната консултация. Тя е част от комплексната подготовка за раждането, създава доверие у жената към медицинските специалисти и вяра в добрия изход на раждането.

Физическата подготовка – част от превенцията на бременността и раждането

Експерименталните данни сочат убедително, че при нормална бременност умерената физическа активност е много важно средство за поддържането на добро здраве и спо-

собства за лесно и безпроблемно раждане. В тази връзка физическите упражнения за бременни добиват все по-голямо значение в съвременните пренатални грижи [45, 74].

По време на бременността майчиният организъм се пренастройва, за да износи и роди плода, променя се центърът на тежестта, гърдите нарастват и натежават, възможно е да се появят болки в кръста и гръбнака. Мускулите понасят повече тежест, а ставите и сухожилията се отпускат под въздействието на хормоните [70].

Лечебната физкултура за бременни е комплекс от физически движения, присъщи на всеки организъм. При системните физически упражнения възникват условнорефлекторни връзки между двигателния апарат, централната нервна система и вътрешните органи, което от своя страна подобрява приспособимостта на организма към изпълнение на мускулната работа. Физкултурата оказва благоприятно влияние и върху нервната система – тя укрепва и се усъвършенства. Системното провеждане на физкултурните упражнения поддържа тонуса и укрепва съня.

Във всекидневната си домакинска работа жената извършва много движения, които обаче не могат да играят ролята на лечебна физкултура. В наши дни съществува голямо разнообразие от професии, но не всички са свързани с необходимите за организма движения. Упражненията при лечебната физкултура имат организиран характер и са целенасочени [60]. Те помагат на бременните по-лесно да се справят с дискомфорта в тялото си, както и за по-бързо раждане, с по-малко усложнения за майката и плода, подобряват тонуса на мускулите, засилват издръжливостта. Жените, които правят физкултурни упражнения по време на бременността, са по-добре подготвени за физическия стрес при самото ражда-

не. Физическите упражнения през деветте месеца оказват положително влияние върху развитието на сърдечно-съдовата и нервната система на ембриона. Това са доказали учени от университета в Канзас. Резултатите от направеното проучване показват, че при бременни, които редовно изпълняват някакви физически упражнения с умерена интензивност, като аеробика или каланетика за бременни поне половин час на ден, плодът се развива с по-добри показатели. Това кара учените да мислят, че тези деца ще бъдат по-здрави и с по-силна имунна система [70].

Целите на физическата активност по време на бременността включват поддържането на физическото благосъстояние на майката, като се избягва увреждане на плода, което в крайна сметка ще предотврати появата на хронични заболявания, свързани със заседналия начин на живот. Физическите упражнения подобряват дейността на целия организъм, подготвят го за предстоящия родов акт, а след раждането – за правилното възстановяване към нормалния живот на жената [45, 46].

При нормална бременност се прилагат определени физкултурни упражнения, които трябва да започнат още в първите месеци на бременността. Предварително е необходимо да се уточни състоянието на бременността, физическото и психичното здраве на жената. Заниманията се водят само по предписание на специалист (кинезитерапевт), отначало в съответни специализирани центрове, а след това по наставления и в домовете на бременните. Акушерката от пренаталната консултация е тази, която насочва бременната, следи за правилното изпълнение на двигателния режим, контролира я и ѝ помага [73].

През първия триместър упражненията имат за цел да уравновесят нервновегетативните процеси, като се укрепи

организмът и се повлияе на координацията чрез леки, свободни и дихателни упражнения от различни изходни положения – стоеж, седеж, тилен лег, колянна опора и др. Противопоказни са резките и силовите упражнения, включващи коремната мускулатура, скоковете и бягането.

През втория триместър бременната е в най-благоприятното състояние, защото организмът ѝ физиологично и психологично се е адаптирал към бременността. Този период е най-подходящ за гимнастика. Препоръчват се упражнения за ръце и раменен пояс, гръбначна и странична мускулатура, за тазово дъно, тазобедрени стави и долни крайници.

През третия триместър състоянието на бременната е най-тежко, защото дишането е затруднено вследствие на повдигнатата диафрагма, общият център на тежестта е изместен, походката е променена. За борбата със застойните явления в крайниците и поддържането на гъвкавост има роля психофизическата подготовка на бременната. Продължителността на заниманията в различните триместри варира между 20-45 мин. [46].

В препоръчваните видове двигателна активност при нормална бременност влизат: йога, аеробика, пилатес, плуване, спортно ходене, активно ходене, ориенталски танци, латино танци, танго и други. Лекият фитнес също не е изключен, стига да се препоръчат подходящи упражнения.

Поради специфичните промени на тялото и от съображения, свързани със здравето на майката и плода, някои видове спорт и определени упражнения не са подходящи по време на бременност:

- ✓ упражнения по гръб след 3-4 лунарен месец;
- ✓ упражнения, водещи до значително повишаване на телесната температура;

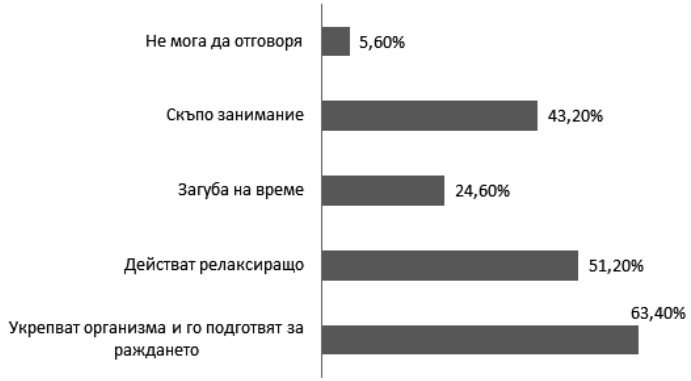
✓ упражнения във водна среда с температура на водата над 30°C;

✓ упражнения, свързани с вдигане на тежести;

✓ упражнения, свързани с подскоци;

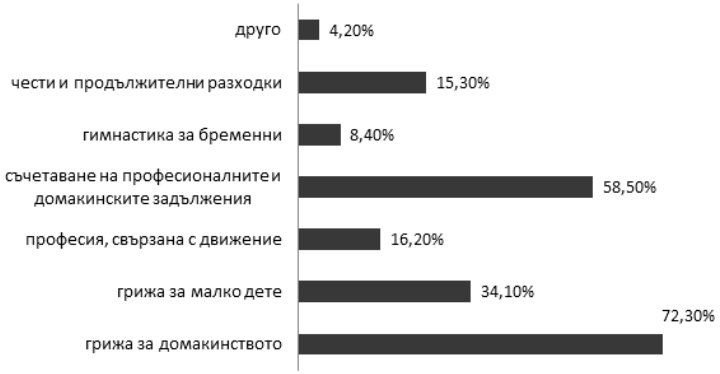
✓ спортове, криещи риск от падане, като ски, езда, бойни изкуства, баскетбол и др. [125].

Проучване, проведено през 2020 г. относно физическата подготовка на бременните жени като част от превенцията на бременността и раждането, установи, че мнозинството от респондентите осъзнават ползите от двигателната активност и гимнастиката за бременни (фиг. 7).



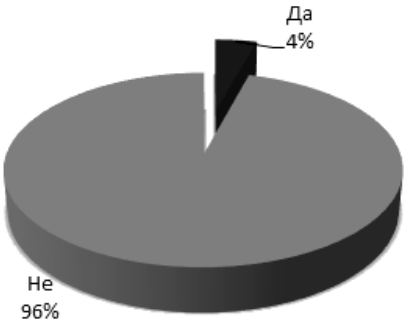
Фиг. 7. Мнение на респондентите относно упражненията за бременни

Независимо от този факт за по-голямата част от жените (72,3%) грижите за домакинството, както и съчетаването на професионалните и домакинските задължения според 58,5% осигуряват необходимата двигателна активност. Сравнително малък дял от респондентите (8,4%) са се занимавали с гимнастика за бременни. Резултатите показват, че на бременните жени им липсва информация за същността, честотата и продължителността на физическите упражнения, както и мотивация за практикуването им (фиг. 8).



Фиг. 8. Физическа активност през бременността

Физическата подготовка е част от превенцията на бременността и раждането и като такава е една от задачите на пренаталната консултация. Според направеното проучване ЖК не предоставя на бременните жени нужната здравна информация по темата „Двигателен режим по време на бременността“ и няма отношение към насочването на жените с нормално протичаща бременност към центрове/училища със специализирани програми за гимнастика за бременни (фиг. 9).



Фиг. 9. Роля на ЖК в насочването към програми за гимнастика за бременни

Заниманията с гимнастика при жени с нормална бременност имат здравнопрофилактична цел. Съвременната жена и майка има повишени изисквания към заобикалящата я среда. Тя активно търси услуги, продукти и информация, свързани с репродукцията и отглеждането на поколението си, до най-дребен детайл. В тази връзка е необходима повече здравна информация в ЖК за двигателния режим през бременността, както и насочване на жените с нормална бременност към центрове/училища за бременни със специализирани модули за физически упражнения [74]. Предвид ограничения достъп до такива занимания е нужно създаването на цялостна система за двигателна активност при жени с нормална бременност, която да бъде масово приложима.

АКУШЕРСКА ГРИЖА В ПРЕНАТАЛНАТА КОНСУЛТАЦИЯ

Според здравната стратегия на ЕС „Заедно за здраве – стратегически подход на ЕС" специалистите по здравни грижи, в това число и акушерките, имат изключително важна роля за правилното функциониране на цялата здравна система. Тяхната дейност е важен фактор в лечебно-диагностичния процес, тъй като те са най-близо до пациентите и потребностите им, като със специфичната си работа помагат за опазване и възстановяване на физическото и психичното здраве на пациентите [62].

В много страни по света на акушерката е признат жизненоважният и рентабилен принос към висококачествената грижа за жената, семейството и общността чрез осъществяване на промотивна, здравновъзпитателна и профилактична дейност в рамките на медицинския екип или самостоятелно (стратегия на СЗО „Медицински сестри и акушерки за здраве") [64].

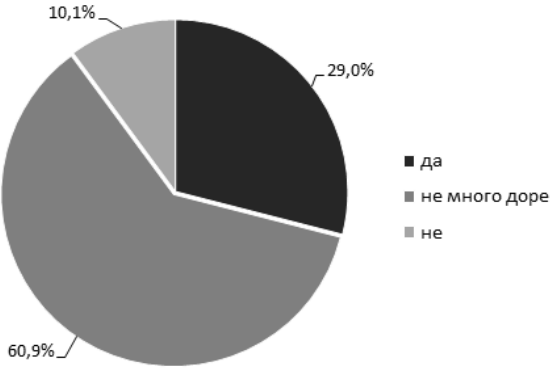
Съвременното обучение и подготовка на акушерките отговаря на повишените очаквания на обществото от квалифицирани здравни грижи и е съгласувано с европейските стандарти в акушерските грижи. Това дава възможност за нова роля и по-високи отговорности на акушерката.

Нормативната регламентация на дейностите по акушерски грижи е от съществено значение за полагане на качествени грижи. Дейността на акушерките у нас се регламентира основно от два подзаконови нормативни акта:

- ✓ Наредба № 19 от 22.12.2014 г. за утвърждаване на медицинският стандар „Акушерство и гинекология";
- ✓ Наредба № 1 от 08.02.2011 г., раздел III, чл. 5 и чл. 6 Професионални дейности, които акушерките могат да извършват самостоятелно или по назначение от лекар.

Посочените документи, както и влезлият в сила от юли 2007 г. Закон за изменение и допълнение на Закона за лечебните заведения дават възможност за автономност на акушерките в дейностите им по промоция, превенция и профилактика на женското и детското здраве, включително и за разкриване на звена към медицинските и диагностично-консултативните центрове, в които самостоятелно да оказват акушерски грижи.

Проведено проучване сред акушерки, работещи в болничната и извънболничната помощ в страната, през 2018 г. установи, че преобладаващата част от анкетираните акушерки (60,9%) не познават добре стандартите и нормативните документи, регламентиращи тяхната дейност, което ги прави уязвими и уронва авторитета им (фиг. 10).



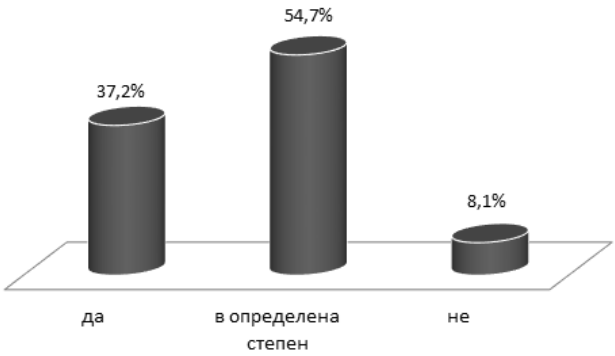
Фиг. 10. Информираност на респондентите относно нормативните документи, регламентиращи дейността им

Недостатъчната компетентност на акушерките относно нормативната регулация на тяхната професия, както и съществуващата неяснота в регулативните механизми по отношение на разкриване, функциониране и финансиране на самостоятелните акушерски практики обаче водят до свободна

интерпретация на консултативната дейност на акушерките [18]. В резултат на това те останаха встрани от грижите за женското здраве.

Предлаганите у нас към момента акушерски грижи за бременни и родилки нямат планов израз. Изпълняват се предимно медицинските назначения, а грижите, комуникацията с пациента 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 и създава условия за неприложимост на комплексния и индивидуалния подход към бременната или родилката, което безспорно се отразява на качеството на пренаталната консултация.

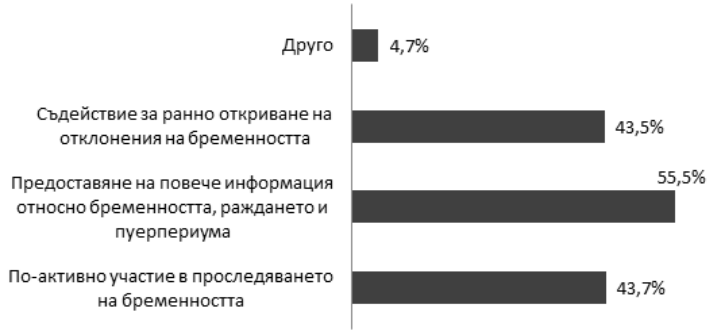
В проведено проучване (Т. Веселинова, 2018 г.). си поставихме за цел да установим степента на удовлетвореност на жени, ползватели на пренатални грижи, конкретно от грижите на акушерката в пренаталната консултация (фиг. 11).



Фиг. 11. Удовлетвореност на респондентите от акушерските грижи в ЖК

Преобладаващият относителен дял от анкетираните жени (54,7%) са доволни, но само в определена степен, от грижите на акушерката в ЖК. Установяваме респонденти, които не са удовлетворени от акушерската грижа в пренаталната консултация (8,1%).

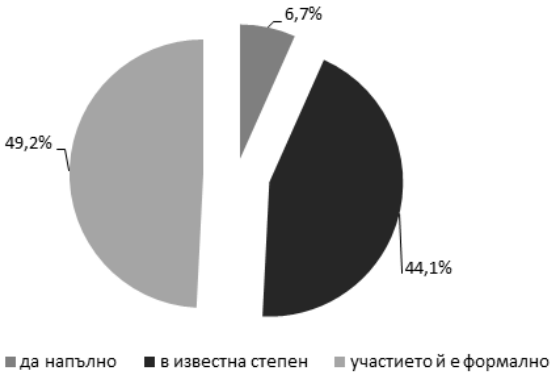
Запитани „Какви препоръки бихте дали относно грижите на акушерката от пренаталната консултация?" (фиг. 12), анкетираните са подкрепили всички предложени варианти. Това означава, че жените, ползватели на пренатални грижи, имат доверие на акушерката, но и изискват повече от нея – в областта на здравната промоция (55,5%), в превенцията от възникване на усложнения в хода на бременността (43,5%), по-активно участие в самата пренатална консултация (43,7%). Не е констатирана статистическа зависимост между получените резултати и наличието на съпътстващи бременността заболявания при участничките в анкетата (коефициент на Пирсън $\chi^2 = 0{,}046$, $p > 0.05$). Не е установена зависимост и по отношение на паритета на респондентите (линеен коефициент $\chi^2 = 0.487$, $p > 0.05$).



Забележка: Отговорите надхвърлят 100%, защото респондентите са дали повече от един отговор

Фиг. 12. Препоръки към акушерката от пренаталната консултация

Практикуващите акушерки също не са удовлетворени от маргинализираната си роля в пренаталната грижа (фиг. 13).



Фиг. 13. 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. По-малък е относителният дял (44,1%), на посочващите, че акушерката има само „известно“ участие в консултацията на бременните, което не отговаря на съвременното обучение и подготовка, съобразени с европейските стандарти.

От анализа на резултатите става ясно, че ролята на акушерката в България към момента е на обслужващ персонал, който е в услуга на лекаря, а не на жената [22]. Тя не може да работи в съответствие с международните препоръки и е изключена като автономен специалист (фиг. 14). Това противоречи на европейската практика, където акушерката, сестрата и останалите професионалисти по здравни грижи се приемат като равноправни партньори в предоставянето на медицински и здравни грижи, включително и в управлението им.



Фиг. 14. Мнение на акушерките относно автономността на професията

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 помага за опазване и възстановяване на тяхното физическо и психично здраве. Акушерската грижа е не само по-достъпна, но и по-рентабилна.

Подобряване на качеството на акушерските здравни грижи е задължителна предпоставка за повишаването на качеството на майчиното здравеопазване. С други думи за постигането на по-ефективно използване на ресурсите и по-добри резултати в областта на майчиното здравеопазване и в частност на пренаталните грижи е необходимо интегриране на акушерските грижи в здравната система в контекста на съвременни управленски подходи и ефективни механизми за работа в екип.

АКУШЕРКАТА – ОСНОВЕН ДОСТАВЧИК НА ПРЕНАТАЛНИ ГРИЖИ ПО СВЕТА

В развитите страни с най-ниски показатели на майчина и детска смъртност именно акушерките са основните медицински специалисти, грижещи се за здравите бременни, родилки и новородени. По време на бременността акушерката се среща многократно с бременните, с които работи и познава добре. Тя е запозната не само с физическите им особености, социално-битовите условия, но и с техните страхове, притеснения, предпочитания и потребности.

В Русия например основните принципи на наблюдение на бременните са [114, 118]:

● Ранен обхват на бременните под наблюдение. Това позволява своевременно диагностициране на екстрагенитална патология и решаване на въпроса за по-нататъшното наблюдение на бременната, трудоустрояване, установяване степента на риска и предприемане на нужните мерки.

● Водене на учет.

● Своевременни мерки – на база информацията от първата визита се определя степента на риска и се изработва план за наблюдение на бременната.

● Дородов и послеродов патронаж – дородовият патронаж се осъществява от акушерката от пренаталната консултация два пъти: при регистрирането на жената в консултацията и преди раждането, ако се налага допълнително при преценка. Послеродовият патронаж включва три визити на родилката, които се извършват от акушерката – при нормален пуерпериум, или от акушер-гинеколог – при патологично протичащ послеродов период.

● Своевременна хоспитализация на бременните в планов порядък и при спешност.

● Честотата на посещенията в пренаталната консултация при нормална бременност е следната: до 20 г.с. – 1 път месечно; 20-27 г.с. – 2 пъти месечно; 28-40 г.с. – 1 път в седмицата. Броят на посещенията за цялата бременност е около 10-12 пъти. При неявяване бременната се посещава вкъщи.

● Обхват на бащите – провежда се училище за бащи.

● Психопрофилактиката и здравната промоция са широко застъпени [127, 129].

Според Health Organization of the Republic of Estonia право да предоставят антенатални грижи в Естония имат акушерките, личните лекари и акушер-гинеколозите. Бременната жена избира чии услуги да използва [118].

Посещенията по време на бременността рутинно са 9-10 (при нормално протичаща бременност). Когато бременността се наблюдава от акушерка или личен лекар, задължително са включени още две визити при специалист акушер-гинеколог – в началото и в края на бременността. При възникването на рискови фактори по време на бременността, жената се изпраща при акушер-гинеколог, който оценява състоянието на бременната и плода и определя поведението по-нататък.

През периода 2006-2010 г. в Естония 44,9% от пренаталните консултации са водени от акушерки, за разлика от 2001-2005 г., когато те са били само 15,2%.

Всички посещения и процедури по време на бременността, независимо дали бременната жена се наблюдава от лекар или акушерка, са безплатни за здравноосигурените лица.

В пренаталните консултации бременните жени получават необходимата информация за бременността, раждането и послеродовия период, предоставена по достъпен начин и съобразена с нуждите и потребностите им. Темите обхващат целия период от концепцията до раждането, като се отделя

голямо внимание на начина на живот, навиците, психоемоционалното състояние, факторити на околната среда и др.

През първия триместър посещенията са минимум две. При първата консултация се снема подробна анамнеза, извършва се общо и акушерско изследване на бременната жена, прави се оценка на възможните рискове за бременността и план за наблюдение на бременната. Бременната жена се консултира задължително и с акушер-гинеколог.

През втория триместър посещенията в ЖК са веднъж месечно, общо 3 визити. При всяко посещение се събира информация за състоянието – физическо и емоционално на жената, следят се тегло, кръвно налягане, отоци и т.н. Посещението завършва с оценка на рисковете за бременността.

През третия триместър посещенията са: 28-36 г.с. – веднъж месечно, 36-40 г.с. – два пъти в месеца. Посещенията включват описаните за втори триместър дейности. Прави се психофизическа подготовка за предстоящото раждане, дава се информация за следродовия период и наблюдение, възможни проблеми, контрацепция и др. В 36 г.с. се провежда консултация с акушер-гинеколог, за да направи преглед и план за раждане [89, 118].

Във Великобритания акушерката е специалистът, който проследява нормалнопротичащите бременности, наблюдава родилката в послеродовия период, участва в семейното планиране. Ролята ѝ е изключително важна не само за опазването на здравето на майката и бебето, но и при изграждането на стабилност в семейството. С други думи медицинската и социалната помощ на акушерката са неразделни. Броят на визитите на бременната жена при акушер-гинеколог там е доста ограничен. При първото посещение в пренаталната консултация лекарят преглежда бъдещата майка и прави

план за раждане. По-нататък бременната избира акушерката, с която ще общува през цялата бременност, при раждането и през послеродовия период. По всички въпроси, свързани с майчинството, бъдещата майка се обръща към нея. Акушерката търси лекаря за съвет или помощ, ако възникне проблем, който не е в компетенциите ѝ. За да бъдат грижите за майката и новороденото на нужното ниво, медицинските специалисти от доболничната помощ работят по модели на грижи, които дават конкретен план за действие в зависимост от ситуацията. Точното спазване на препоръките на този модел (guide) дава възможност за ранно диагностициране на усложнения и тяхното третиране, което води до значително намаляване на детската и майчината заболяемост и смъртност. Също така е ефективен инструмент за управление на грижите за бременните, родилките и новородените [95, 100].

В Италия във всички големи градове съществуват т.нар. *здравни центрове* (health centers), където при нормално протичаща бременност основно акушерки наблюдават жени. Акушер-гинеколозите са само консултанти. Акушерките осъществяват промотивна, превантивна и профилактична дейности. Има и акушерки, които правят ехографии, но тълкуването на резултатите и диагнозата се поставят от лекар. Всички медицински прегледи, свързани с бременността, раждането и послеродовия период, се поемат от държавата [73].

И в Швеция, Дания, Норвегия, Холандия акушерките са основните медицински специалисти, които наблюдават нормалнопротичащите бременности. В Дания по-голямата част от бременните жени се наблюдават от акушерки. При 10-20% от бременните пренаталната консултация се води от акушер-гинеколог и акушерка поради идентифицирана патология на бременността. След установяването на бременност-

та жената се насочва за наблюдение към акушерка, при която прави около 5 посещения, още две – при личния лекар и едно – при акушер-гинеколог [98, 104].

В Швеция акушерките са автономни специалисти, които си сътрудничат с други професионалисти, имащи отношение към бременността и раждането – акушер-гинеколози, семейни лекари, психолози, физиотерапевти. Пренаталните грижи са организирани в центрове за бременни.На посетилите Центъра бременни се издава сертификат, удостоверяващ знанията и уменията, които са придобили в Центъра. Този документ им е необходим за получаване на държавна финансова помощ при раждане [73]. В резултат на качествените акушерски грижи страната има отлични показатели за майчина и детска смъртност. Пренаталните посещения при акушерката са около 10-12 при неусложнена бременност, като при първа бременност освен тези посещения се планират още две визити при акушер-гинеколог, а при втора и последваща неусложнена бременност – само една визита. При съмнение за усложнение или по желание на бременната, тя може да бъде насочена към акушер-гинеколог [95, 104].

В Нидерландия дейността на акушерката е независима, в самостоятелна практика. При необходимост сътрудничи с акушер-гинеколог от районни/окръжни болници [73]. Акушерските грижи се финансират от осигурителната каса, независимо дали акушерките са на щат в болницата или практикуват частно. Акушерката провежда пренатална консултация при нормална бременност, асистира при раждане и проследява възстановителния период на родилката. Пренаталните посещения са 13-15 и включват наблюдение и здравна промоция. Отделно се насърчават и училища за бременни на местно ниво [98, 104].

Акушерката работи независимо и във Финландия. Наблюдава бременните, асистира при нормално раждане. Финландската жена е изцяло на грижите на акушерката [73].

В Германия съществува списък на всички практикуващи акушерки, които могат да бъдат наети за проследяване на бременността, водене на раждането и помощ в следродовия период. Почти всички пренатални прегледи се правят от акушерки с изключение на ултразвуковите прегледи, които се извършват задължително от акушер-гинеколог [73].

Пренаталното наблюдение в Испания може да се извърши или само от лекар, или само от акушерка. Здравната осигуровка включва пренатално обучение, което се провежда от акушерка [23].

Американстака колегия по акушерство и гинекология (American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG) определя следните препоръки за пренатални грижи:

● Честота на посещенията – регистрацията на бременността става през 8-10 г.с., като до 27 г.с. визитите са 1 път месечно; 28-36 г.с. – 2 пъти месечно; след 36 г.с. – всяка седмица. ACOG препоръчва 14 посещения. Честотата на визитите варира според индивидуалните нужди и оценката на рисковите фактори.

● При първото посещение се снема подробна анамнеза на бременната, извършва се обективно изследване. Прави се оценка на стила на живот и потребностите на жената, както и на риска от: предтерминно раждане; употребата на алкохол, цигари и наркотици; скрининг за домашно насилие; скрининг за депресия. Провежда се здравна промоция. Внимателно се преценяват бариерите за грижите (транспорт, работно разписание, грижи за друго дете и др.), като посещенията се съобразяват с тях.

● При всяка визита – наред с рутинните показатели, които се наблюдават по време на бременността, жената се разпитва под-

робно за субективни оплаквания, отбелязват се препоръките, които са дадени, прави се скрининг за домашно насилие и оценка на риска при тютюнопушене или излагане на цигарен дим, съвети и здравно възпитание, оказва се емоционална подкрепа.

● След 36 г.с. се прави план за раждането и психопрофилактика; за двойки, които очакват първото си дете, се организират курсове за родители.

● Постпартални грижи – включват преглед на родилката; тест за постпартална депресия, консултация с психолог при необходимост; скрининг за домашно насилие; съвети и напътствия.

● Консултацията на бременни и родилки се води основно от акушерки (при нормална бременност и пуерпериум). Към акушер-гинеколог се обръщат при необходимост [95, 97].

В Канада акушерките работят в самостоятелни кабинети в група – екип от акушерки. Те наблюдават бременните жени, осъществяват пренатални домашни посещения. В някои провинции дейността на акушерките е регламентирана и платена от правителството с цел качествена всеобхватност на бременните жени [103].

Описаният чуждестранен опит показва, че дейността на акушерката заема значимо място в пренаталната здравна грижа и майчиното здравеопазване на развитите държави. Според препоръките на Генералната асамблея на XIII световен конгрес на FIGO в Сингапур, 1991 г., акушерките са първичните доставчици на здравните грижи за милиони жени по света, защото тяхната грижа е достъпна, рентабилна и устойчива. Акушерският модел на грижа благоприятства здравето и доброто състояние на бременните, родилките и техните деца. Той поставя златен стандарт за съвършенство и възможно най-добри резултати в майчиното здравеопазване [111].

БРЕМЕННОСТ С РИСК – ДЕФИНИЦИЯ, ФАКТОРИ И СТЕПЕНИ НА РИСКА

Бременността е физиологично състояние, но в някои случаи съществува риск от повишена заболяемост, възникване на по-леки или по-тежки усложнения, увреждане на майчиния или детския организъм, а в други – дори от смърт на бременната, родилката, плода и/или новороденото. Понякога има и късни последствия, засягащи физическото и нервно-психичното развитие на детето и/или здравословното състояние на жената в резултат на усложненията на прекараната бременност. Между 15 и 30% от всички бременности са рискови, на което се дължат и огромната част от усложненията за бременните, плода и новороденото. Поради изброените причини една от най-важните задачи на медицинските специалисти, обгрижващи бременните – акушер-гинеколози и акушерки, е да се идентифицират онези групи пациентки, при които има повишен риск от усложнения и неблагоприятен изход за майката, плода и новороденото [17, 30].

Установяването на рисковите бременности позволява някои ефективни намеси по време на бременността и раждането, а понякога дори преди настъпване на планирана бременност. Такива са:

- Отстраняване/редуциране на някои рискови фактори още преди бременността – заменянето на тератогенни медикаменти с лекарствени средства, които са приложими при бременност; извеждане от рискова среда (химически, лъчеви, физически и други вредности).
- Извършване на терапевтични манипулации през бременността – например профилактичен серклаж при анамнеза за цервикална инсуфициенция.

➢ Приложение на ранни диагностични методи при риск от вродени заболявания на плода (хорионбиопсия или амниоцентеза при риск за дете с хромозомен дефект или моногенно заболяване).

➢ Своевременното идентифициране на рисковата бременност позволява оптимизирането на амбулаторните пренатални грижи за бременните жени – увеличаване броя на пренаталните посещения, включване на диагностични методи, които не се прилагат при нискорискови бременности (инвазивна пренатална диагностика, електронно мониториране на ДСТ и др.).

➢ В част от случаите с рискова бременност се налага елективно предтерминно родоразрешение и/или насочване на бременната за раждане към голямо здравно заведение с възможности за интензивни грижи по отношение на бременната, родилката и новороденото.

➢ Напредъкът в развитието на медицинската наука позволява извършването на инвазивни изследвания за възможността някои акушерски усложнения да бъдат предотвратени чрез профилактични подходи, прилагани в ранните етапи на бременността [19].

При рискова бременност наблюдението на бременната жена се извършва от специалист по акушерство, гинекология и репродуктивна медицина, като в зависимост от вида на риска са включени допълнителни консултации със специалисти и изследвания [36, 53].

Терминът „повишен риск" в перинаталната медицина означава по-голяма вероятност от неблагоприятни събития и усложнения, в резултат на които настъпва майчина и/или фетална заболяемост или дори смърт [19]. Рискът е конкретен, обратим и може да еволюира, посочва В. Димитрова: „Така

например бременна с анамнеза за преждевременни раждания има висок риск от преждевременно раждане и при настоящата бременност, докато бременна с тежка хронична хипертония има риск от наслоена преeклампсия. Бременна, която е рискова за преждевременно раждане, след 37 г.с. отпада от рисковата група. Ако обаче при същата бременна настъпи и генитално кървене в трети триместър, рискът еволюира" [19].

Причините за повишения риск могат да бъдат разнообразни – заболявания на бременната, отклонения в развитието на плода и придатъците му и др. Не винаги един и същи предразполагащ фактор води до еднакво тежки усложнения поради съществуващите различия в характеристиките на популациите, качеството на медицинските и пренаталните грижи в дадената страна [17]. Поради тези причини Recommendation and Guidelines for Perinatal Medicine препоръчва всяка страна да има разработени системи и правила за оценка на риска, които да са съобразени с характеристиката на съответната популация, спецификата на организацията на пренаталните грижи, качеството на медицинските грижи в тази страна. Въз основа на посочените данни се дефинират определен брой рискови групи, които могат да бъдат разделени на няколко степени: две степени – нисък и висок риск; три степени – нисък, среден и висок; четири степени – нисък, среден, висок и много висок [106].

Най-проста е двустепенната класификация на риска, която разделя бременностите на такива с нисък и висок риск. Тази класификация е подходяща за развиващите се страни с оглед следните факти: За развиващите се страни е характерна много висока майчина смъртност и заболяемост. Достъпът до пренаталните грижи е ограничен, а част от ражданията стават извън здравни заведения със или без присъствие на

обучен медицински персонал. Основната задача в тези страни е понижаване на майчината смъртност, а подобряването на перинаталните резултати е второстепенна цел. При двустепенната скала случаите, при които няма никакви рискови фактори, които да предполагат повишен риск, се приемат за нискорискови [17, 106].

В напредналите страни бременните жени се наблюдават от медицински специалисти (акушер-гинеколог, акушерка). Налице са добре развита инфраструктура на здравеопазването и протоколи за поведение при нормална и усложнена бременност. Раждания стават в здравните заведения, а майчината смъртност е ниска – 5-10/100 хиляди раждания. Основна цел на пренаталните грижи в тези страни е по-нататъшно намаляване на перинаталната смъртност и заболяемост [111]. В напредналите страни някои от рисковите фактори са известни още преди настъпването на бременността (предшестващи заболявания на майката). В тези случаи се извършва преконцепционно консултиране от акушер-гинеколог или друг специалист в зависимост от конкретния случай. По този начин жената и партньорът ѝ вземат информирано решение дали да поемат рисковете, свързани с бъдещата бременност и раждане [19].

Други рискови фактори се появяват по-късно или при редовното проследяване на бременността, или при появата на симптоми, които насочват бременната жена да потърси специализирана помощ.

Рисковите фактори могат да се разделят условно на две групи:

➢ Рискови фактори за майчина заболяемост и смъртност, които от своя страна могат да бъдат:

✓ Епидемиологични – нисък социален статус, възраст на бременната над 35 г. и под 20 г., самотни майки, висок па-

ритет (след третото раждане рискът нараства), недостатъчни пренатални грижи или липса на такива и др.

✓ Медицински – предшестващи бременността заболявания на майката – ендокринни, сърдечни, бъбречни, чернодробни, неврологични и др.; акушерски усложнения при предишни бременности и раждания; акушерски и гинекологични операции, предхождащи бременността; рискови фактори, произтичащи от настоящата бременност – прееклампсия, многоплодна бременност, гестационен диабет и т.н.

➢ Рисови фактори за неблагоприятен перинатален изход:

✓ Вродени аномалии на плода;

✓ Преждевременно раждане;

✓ Интраутеринна ретардация на плода;

✓ Интраутеринни инфекции;

✓ Родов травматизъм;

✓ Rh-изоимунизация [17, 19].

Влиянието на рисковите фактори е двупосочно:

➢ Рисковите фактори, които усложняват състоянието на бременната, неизбежно оказват влияние и върху състоянието на плода/новороденото;

➢ Рисковите фактори, които оказват неблагоприятно влияние предимно върху плода, могат да повишат майчиния риск чрез диагностичните и/или терапевтичните намеси, извършвани в интерес на плода [30].

Рисковите фактори при бременните са свързани с анамнезата или протичането на настоящата бременност. Бременността се определя като **нискорискова**, когато няма фактори – нито анамнестични, нито от протичането на настоящата бременност, които да предполагат повишен риск.

При **рисковата** бременност са налице анамнестични данни за предшестващо заболяване или за фамилна обреме-

неност с наследствени заболявания, за абнормно протекли предишни бременности и/или раждания, или за отклонения в протичането на настоящата бременност [106]. За групата на високорисковите бременности в зависимост от вида на риска са регламентирани допълнителни дейности, извън базисните при наблюдението на нормална бременност [38, 53].

Своевременното идентифициране на рисковите бременности и адекватното им проследяване в извънболнични и в стационарни условия позволява правилна преценка за времето, мястото и начина на родоразрешение. Това от своя страна води до намаляване на случаите с неблагоприятен изход и подобряване на качествените показатели на майчиното здравеопазване [19].

ПРОТОКОЛ ЗА ОЦЕНКА НА РИСКА ОТ ВЪЗНИКВАНЕ НА УСЛОЖНЕНИЯ ПРЕЗ БРЕМЕННОСТТА – ИНСТРУМЕНТ ЗА ПОВИШАВАНЕ КАЧЕСТВОТО НА ПРЕНАТАЛНИТЕ ГРИЖИ

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, раждане 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 с протичането на настоящата бременност.

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 [19].

Адекватното проследяване в хода 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.

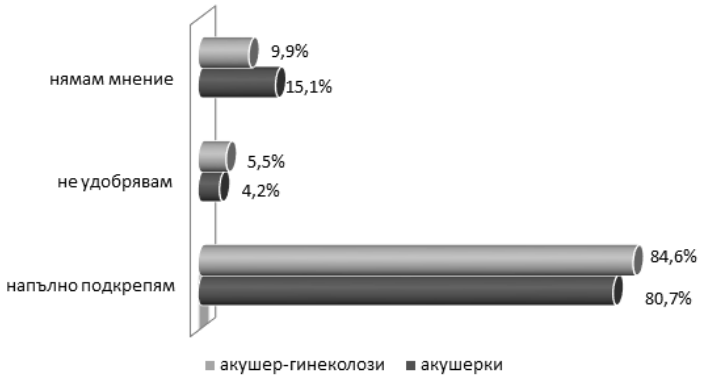
Резултатите от лабораторните изследвания дават ценни данни, въз основа на които се прави оценка на риска от усложнения, които могат да възникнат през бременността. В настоящата епоха на ограничаване на разходите лабораторните изследвания, посочени в програмата „Майчино здравеопазване", са минимумът,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

Наред с традиционните методи съществуват и редица съвременни методи за идентифициране и проследяване на рискови бременности. Такива са ултразвуково изследване,

скрининг в първи и втори триместър за синдром на Даун и други хромозомни аномалии на плода, инвазивна пренатална диагностика – амниоцентеза и хорионна биопсия, кардиотокографско изследване и др. [19].

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.

В проведено проучване в периода 2016-2018 г. бе изследвано мнението на акушерки и акушер-гинеколози относно въвеждането в пренаталната документация на Протокол за оценка на риска от възникване на усложнения по време на бременността (фиг. 15).



Фиг. 15. Мнение на респондентите относно въвеждането в пренаталната документация на Протокол за оценка на риска от възникване на усложнения през бременността

Анализът на резултатите показа, че респондентите и от двете анкетирани групи подкрепят въвеждането на такъв документ в пренаталната консултация. Не съществува статистически значима зависимост между това участват ли респондентите в пренатални консултации на бременните жени 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 и мнението им за въвеждането на протокол за оценка на риска в ЖК (тест на Крускал-Уолис $\chi^2 = 4.35$, $p > 0.05$; $\chi^2 = 5.138$, $p > 0.05$).

По отношение ползите и негативите от въвеждането на такъв документ в ЖК специалистите по акушерство и гинекология и акушерките отново са единодушни, че протоколът за оценка на риска от настъпване усложнения на бременността ще подобри качеството на пренаталните грижи и ще оптимизира приемствеността между пренаталната консултация и родилния дом. Голяма част от анкетираните акушерки са на мнение, че въвеждането на такъв документ ще повиши автономността на акушерката и ще създаде по-голямо доверие между нея и бременната жена (фиг. 16).

Въз основа на задълбочен анализ на чуждестранни литературни източници на добрата практика в областта на пренаталните грижи, както и на емпиричните данни от направено проучване (Т. Веселинова) 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, всяка следваща визита и в края на бременността. За целта са предложени три формуляра в електронен вариант, които са съобразени с компетентността и подготовката на акушерките и са практически приложими в работата на ЖК (Приложение № 2, 3, 4).

Приложение 2

Протокол за оценка риска при бременни жени – I скрининг

Фактори на риска	Рисков индекс
Фактори на анамнезата	
Социално-икономическа анамнеза	
Възраст на майката < 16 години или > 35 години	**1**
Неграмотна (без образование)	**1**
Самотна майка (без партньор)	**1**
Безработна (без доходи)	**1**
Неосигурена	**1**
Професионални вредности (Какви?)	**1**
Вредни навици: цигари > от 5 цигари дневно алкохол, наркотици	**1** **2**
Прием на медикаменти (Какви?)	**1**
Оценка на риска:	
Здравен статус	
Фамилна обремененост	**1**
Съпътстващи екстагенитални заболявания – ССЗ, диабет, хипертония, бъбречни заболявания, ендокринни заболявания, инсулинова резистентност, анемия и др. (подчертава се или се дописва)	**2**
Предшестваща бременност с гестационен диабет	**1**
Генитални заболявания/аномалии на матката, тумори, хронични възпалителни процеси и т.н. (подчертава се или се дописва)	**2**
Прекарани операции: Общи (Какви?) Гинекологични (маточен цикатрикс)	 **1** **2**
Контакт със заразно болни (Какви?)	**1**
Оценка на риска:	
Акушерска анамнеза	
Менархе < 10 години или > 14 години	**1**
Нередовен менструален цикъл/неясна ПРМ/	**1**
Поредна бременност или раждане > 3	**1**
Аборти: по желание, 1-2 спонтанни аборта 3 и повече спонтанни аборта, аборт по медицински показания (в I или II триместър)	**1** **2**
Предтерминни раждания/уточнява се в какъв срок на бременността са станали/	**2**
Следтерминни раждания	**1**
Мъртвораждания	**2**
Смърт на дете в неонаталния период	**2**
Вродени аномалии на деца от предишни раждания	**1**
Родени деца с тегло: под 2500 г над 4000 г (подчертава се и се изписва точното тегло)	**2** **1**
Оперативни интервенции при предходни раждания – мануална екстракция на плацента, мануална или инструментална ревизия на маточната кухина, вакуум или форцепс екстракция (подчертава се)	**1**
Стерилитет	**1**
Спомагателни репродуктивни технологии (Какви?)	**1**

Приложение 2 – Продължение

Оценка на риска:		
Оценка на риска от всички анамнестични фактори:		
Фактори от настоящата бременност		
Общ статус		
Ръст < 150 см		**1**
Тегло < 40 кг или ИТМ > 25		**1**
Пелвиметрия: D. spinarum < 25 см D. cristarum < 28 см D. trochanterica < 30 см Conjugata externa < 20 см Промяна на един от първите три показателя, съчетано с намалена Conjugata externa < 20 см		**1**
От огледа: скелетни аномалии, най-вече аномалии на таза; варици (подчертава се)		**1**
Телесна температура: 37-37,9˚C > 38˚C		**1** **2**
Пулс > 90 уд./мин		**1**
Повишено артериално налягане (АН): АН = НБ + 20/30 mm Hg / НБ +10 mm Hg АН > НБ + 30 mm Hg / НБ + 15 mm Hg НБ – норма за бременността		**1** **2**
Оценка на риска:		
Лабораторни изследвания		
Rh отрицателна кръвна група на майката Наличие на антитела		**1** **2**
Серология: положителен HIV, Wass, HBAg		**1**
ПКК:	Хемоглобин между 120-100 г/л < 100 г/л	**1** **2**
	Хематокрит > 0,4 Левкоцити между 10-12 хил. > 13 хил.	**1** **1** **2**
	Тромбоцити < 150 хил./мл	**1**
Биохимия: кръвна захар на гладно > 5,3 ммол/л		**1**
Обикновена урина – отклонение от нормата (основно наличие на кетотела, албумин, масово левкоцити или бактерии от седимента)		**1**
Резултат от микробиологично изследване на влагалищен секрет извън нормата		**1**
Резултат от онкопрофилактична цитонамазка извън нормата		**1**
Оценка на риска:		

Приложение 3

Протокол за оценка на риска в хода на бременността

ФАКТОРИ НА РИСКА	РИСКОВ ИНДЕКС (по гестационни седмици)										
Фактори от анамнезата											
Повръщане: 3-5 пъти дневно > 5 пъти дневно	1 2										
Главоболие, замаяност, световъртеж до 20 г.с. след 20 г.с.	 1 2										
Кръвотечение от гениталиите: I триместър II и III триместър	 1 2										
Болки в корема и/или в кръста	1										
Изтичане на околоплодни води	2										
Често уриниране	1										
Сърцебиене, задух	1										
Патологичен флуор	1										
Обостряне на съществуващо екстрагенитално заболяване	1										
Остро инфекциозно заболяване	1										
Бременност след термин	2										
Други оплаквания:	1										
Оценка на риска:											
Общ статус											
Тегло: не наддава; наддава > 25% от средното наддаване на тегло/СНТ съобразно ИТМ до 20 г.с.; наддава > 25% от СНТ, съобразно ИТМ между 20-30 г.с.; наддава > от 50% от СНТ, съобразно ИТМ между 30-40 г.с.	1 1 1 1										
От огледа: наличие на варици, отоци (освен по глезени и долни крайници)	1										
Телесна температура: 37-37,9˚С > 38˚С	 1 2										
Пулс > 90 уд./мин до 20 г.с. > 100 уд./мин. след 20 г.с.	1 1										
Артериално налягане (АН): $АН = \frac{НБ + 20/30\ mm\ Hg}{НБ + 10\ mm\ Hg}$ $АН > \frac{НБ + 30\ mm\ Hg}{НБ + 15\ mm\ Hg}$	1 2										

Приложение 3 – Продължение

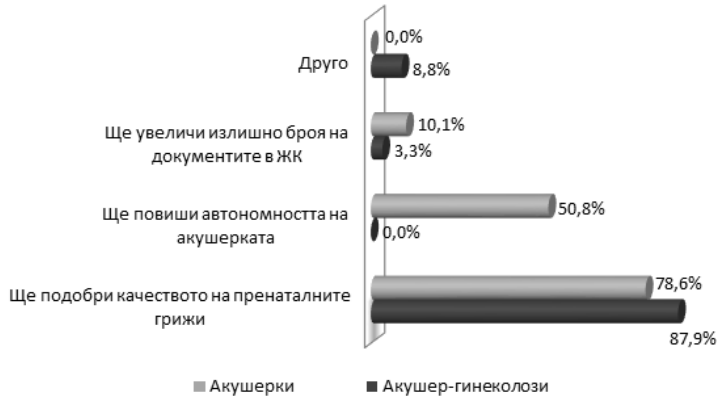
Оценка на риска:												
Специално акушерско изследване (след 12 г.с.)												
Обиколка на корема: не нараства увеличава се значително в сравнение с предходното измерване	1 1											
Височината на fundus uteri не съответства на гестационната седмица	1											
Акушерска палпация (след 22 г.с.)												
Брой плодове > 1	1											
Положение на плода, различно от надлъжно Положение на плода, различно от надлъжно след 36 г.с.	1 **2**											
Предлежание на плода, различно от главично Предлежание на плода, различно от главично след 36 г.с.	1 **2**											
Наличие на регулярни маточни контракции	**2**											
ДСТ < 120 уд./мин > 160 уд./мин нереактивен NST (Non Stress Test)	**2**											
Оценка на риска:												
Лабораторни изследвания												
ПКК: Хемоглобин между 120-100 г/л < 100 г/л	1 **2**											
ПКК: Хематокрит > 0,4	1											
ПКК: Левкоцити между 10-12 хил. > 13 хил.	1 **2**											
ПКК: Тромбоцити < 150 хил./мл	1											
Кръвна захар на гладно > 5 ммол/л	1											
Наличие на антитела при Rh (-) бременни	**2**											
Обикновена урина – отклонение от нормата (основно наличие на кетотела, наличие на албумин, масово левкоцити или бактерии от седимента)	1											
Данни за повишен риск от биохимичен скрининг	**2**											
Оценка на риска:												

Приложение 4

Протокол за оценка на риска при бременни – последен скрининг

Фактори на риска	Рисков индекс
Общ статус	
Ръст < 150 см	**1**
Тегло наддава по-малко от минимума на нормата > 18 кг при ИТМ под 18,5 кг/кв.м > 16 кг при ИТМ 18,5-24,9 кг/кв.м > 11,5 кг при ИТМ 25-29,9 кг/кв.м > 9 кг при ИТМ > 30 кг/кв.м	**1**
Пелвиметрия D. spinarum < 25 см D. cristarum < 28 см D. trochanterica < 30 см Conjugata externa < 20 см Промяна на един от първите три показателя, съчетано с намалена Conjugata externa < 20 см	**1**
От огледа: наличие на скелетни аномалии (основно аномалии на таза), наличие на варици, отоци (освен по глезени и долни крайници)	**1**
Телесна температура 37-37,9˚C > 38˚C	**1** **2**
Пулс > 100 уд./мин	**1**
Артериално налягане (АН): АН = НБ + 20/30 mm Hg / НБ +10 mm Hg	**1**
Артериално налягане (АН): АН > НБ + 30 mm Hg / НБ + 15 mm Hg	**2**
Специално акушерско изследване	
Обиколка на корема > 100 см	**1**
Височината на fundus uteri не съответства на срока на бременността	**1**
Брой плодове > 1	**1**
Положение на плода, различно от надлъжно	**2**
Предлежание на плода, различно от главично	**2**
Наличие на регулярни маточни контракции	**2**
ДСТ < 120 уд./мин > 160 уд./мин нереактивен NST	**2**
Оценка на риска:	
Резултати от последните лабораторни изследвания	
Rh отрицателна кръвна група на майката Наличие на антитела	**1** **2**
Серология: положителен: HIV, Wass, HBAg	**1**
ПКК: Хемоглобин между 120-100 г/л < 100 г/л	**1** **2**
ПКК: Хематокрит > 0,4	**1**
ПКК: Левкоцити между 10-12 хил. > 13 хил.	**1** **2**
ПКК: Тромбоцити < 150 хил./мл	**1**
Биохимия: кръвна захар на гладно > 5,3 ммол/л	**1**
Обикновена урина – отклонение от нормата (основно наличие на албумин, масово левкоцити или бактерии от седимента)	**1**
Резултат от микробиологично изследване на влагалищен секрет извън нормата	**1**
Резултат от онкопрофилактична цитонамазка извън нормата	**1**
Оценка на риска:	
Оценка на риска от всички анамнестични фактори от първия скрининг:	
Обща оценка на риска:	

План за раждане: (АГ)



Фиг. 16. Сравнителен анализ на предимствата и недостатъците от въвеждането на протокол за оценка на риска в пренаталната консултация

За определянето на факторите и степените на риска е използвана адаптирана таблица, оригиналът на която се прилага в Испания (Каталуния) (табл. 9) [108].

Таблица 9. Фактори и степени на риска през бременността

Степен на риска	**Фактори от анамнезата**	**Фактори от настоящата бременност**
Нисък (риск 0)	Липсват	Липсват
Среден (риск 1)	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; Ексцесивно/недостатъчно наддаване на тегло; Кръвотечение в първи триместър на бременността; Инфекции на бременната; Гестационен диабет.

Продължение на табл. 9

Висок (риск 2)	Преждевременно раждане; ССЗ – ФК II и III; Употреба на алкохол и наркотици; Сериозни съпътстващи заболявания; Диабет, предшестващ 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 снема 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 формулярът 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 Протоколът за оценка на риска за конкретната бременна жена при всяка нейна визита. Въз основа на 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.

Разработеният Протокол за оценка на риска отговаря на явните потребности от оптимизиране на пренаталните грижи и би могъл да бъде ефективен инструмент за пови-

шаване на тяхното качество. Прилагането му в практиката ще съдейства за повишаване престижа на професията „Акушерка" и ще интегрира успешно акушерската грижа в пренаталните грижи.

Протоколът за оценка на риска може да се използва и за преценка на потребностите и нуждите на всяка бременна жена, както и за идентифициране на компонентите на качествената грижа, които трябва да бъдат основа за разработване на стандарти за акушерски грижи на национално равнище.

КОНЦЕПТУАЛЕН МОДЕЛ ЗА ПРЕНАТАЛНА АКУШЕРСКА КОНСУЛТАЦИЯ

Към момента в България 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, осигуряване 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. С други думи е нужен стандарт (модел) за акушерски грижи, който ясно и точно да определи мястото и ролята на акушерката в цялостната грижа за бременната жена.

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).

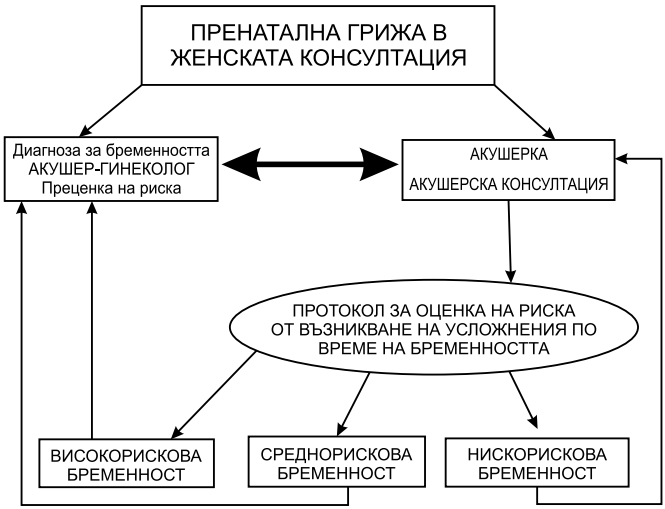


Схема 1. Концептуален модел на акушерска консултация

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 № 1/08.02.2011 г. 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 стоят 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 е възможност за ефективно оползотворяване на човешкия ресурс в областта на пренатал-

ните 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 качествената 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 диференцират нискорисковите бременности, които остават за наблюдение в акушерската консултация, а средно- и високорисковите 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 акушерка от пренаталната консултация.

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 (общи, акушерски 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 на 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 внимание на здравната промоция и психоемоционалната подготовка на жената за предстоящото раждане.

При **рискова (средно- и високорискова)** 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 насочва към 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) или е необходимо лекарско наблюдение. В зависимост от вида на риска се назначават допълнителни консултации със специалисти и изследвания.

Рискът, както посочва В. Димитрова, е конкретен, обратим, но може и да еволюира [19]. 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 комуни-

кация 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 предоставят 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.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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. 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.

Резултатите, получени от проведените проучвания, свидетелстват за снижени критерии при проследяването на бременността, за съществени различия при оказването на акушерските грижи и за неизяснена и силно маргинализирана роля на акушерката при оказването им.

Предложеният модел на акушерска консултация представлява съвременен модел на пренатална грижа, който посочва акушерките като един от основните медицински специалисти за грижи при нормална бременност, включително и за оценка на риска и установяване на отклонения. Той се фокусира върху превенцията, здравето и доброто състояние на бременната жена, съчетани с ценностите – уважение, общуване, съобразяване със социалните и психологическите ѝ потребности, т.е. предлага цялостна персонализирана грижа по време на бременността, съобразена с индивидуалните нужди на всяка жена.

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 новороденото. Ко-

гато говорим за качество на пренаталните грижи задължително трябва да отбележим важното място на акушерката, което се признава в много страни по света като жизненоважен и рентабилен принос към висококачествената грижа за бременната жена, майката и новороденото.

Съвременното обучение и подготовката на акушерките отговарят на повишените очаквания на обществото от квалифицирани здравни грижи и хармонизират с европейските стандарти в здравните грижи, като дават възможност за нови и по-високи отговорности.

За подобряване на качеството и за постигане на оптимални 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.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Александрова М., Стамболова И., Чанева Г. и кол. Грижи за болния и сестринска техника. София, ЦМБ – МУ, 2015.
2. Ангелова Т. Медико-социални аспекти на пренаталните грижи. Дис., София, 2018.
3. Ангелова Т., Д. Хаджиделева, П. Кантарева. Двигателна активност през бременността и роля на ЖК за физическата подготовка на бременните жени. Здраве и наука, 2019, 9 (3-4).
4. Апостолов М., П. Иванова. История на медицината и сестринството, Горекс Прес, С., 1998, 178-209.
5. Апостолов М., П. Иванова. Христоматия по история на медицината, coJusautor. С., 1995, 251.
6. Балканска, П. Приложна психология в медицинската практика. Булвест 2000, 2010.
7. Белоев Йо. Грижи за болния и сестринска техника. АРСО, С., 2000.
8. Берон П. Встъпителна дисертация върху нов тазомер и ембриометър. В: Петър Берон. Изследвания и материали, 178-182.
9. Вакарелски Хр. Етнография на България, 1974.
10. Воденичаров Ц., А. Янакиева, Д. Сиджимова, Т. Димитров. Потребност от услугата „Медицински патронаж в домашни условия". Здравна политика и мениджмънт, С., 2011.
11. Воденичаров Ц., С. Попова, М. Мутафова, Е. Шипковенска, Социална медицина. Горексспрес, С., 2013.
12. Вълков Т., Л. Яръков, Б. Василев, Р. Арнаудова. Под ред. на И. Щъркалев Ръководство за практически упражнения по акушерство и гинекология. С., Мед. и физк., 1978.
13. Годишен доклад за състоянието на гражданите в РБългария и изпълне-ние на националната здравна стратегия 2016 г. Достъпно на: https://www.parliament.bg/pub/cW/20180208032448Doklad-za-zdraveto-na-grajdanite-2020-chaŝt-1.pdf
14. Грънчарова Г., С. Александрова-Янкуловска. Социална медицина, ИЦ МУ – Плевен, 2016.
15. Давидова В., М. Попов. Развитие и характер на здравеопазването в България В: Основи на социалната хигиена 1965, 376-398.
16. Дилова П., С. Александрова-Янкуловска. Потребности на бременните жени от акушерски грижи. Здравен мениджмънт, 2016(3/4), 42-44.
17. Димитров А. Акушерство. С., АРСО, 2014.
18. Димитрова В. Акушерските практики за консултиране на жени – перспектива за развитието на професията „Акушерка", автореферат, Варна 2016.
19. Димитрова В. Рискова бременност. Health.bg, 2013(5), 8-12.
20. Димитрова, В., С. Борисова. Ефективност на женската консултация у нас – състояние на антенаталните и перинаталните акушерски грижи. Здравна икономика и мениджмънт, 2015(4), 31.

21. Димитрова Д. Акушерки на практика. Варна, 2010.
22. Димитрова Д. Оценка на доверието към акушерската професия според бременните жени у нас. Сестринско дело, 2012(2).
23. Димитрова, Д. Пренатална и перинатална психология, Програми за родителска подготовка. Колор-Принт, Варна, 2011.
24. Евтимова Т., Т. Цветкова, Хр. Иванова. Исторически аспекти на консултативната акушерска дейност в България, Сборник доклади от XII Национален форум на специалистите по здравни грижи, Шумен, 2016
25. .Закон за здравето, гл. 4, р. II, чл. 127 (1), в сила от 01.01. 2005 г., изм. ДВ бр. 103 от 27.12.2016.
26. Закон за лечебните заведения, Обн. ДВ бр. 62 от 09.07.1999 г., последно изм. и доп. ДВ бр. 98 от декември 2016.
27. Закон за здравното осигуряване, Обн. ДВ бр. 70 от 19.06.1998, последно изм. и доп. ДВ. бр. 77 от 18.09.2018.
28. История на медицинските науки в България, АИ Проф. Марин Дринов, 2013, 11.
29. Карагьозов И., Н. Доганов. Акушерство, учебник за студенти по медицина. МФ, С., 2005.
30. Карагьозова Ж. Проследяване на бременност, част II, Рискова бременност, МУ – София.
31. Луканова Йо. Ретроспекция и развитие на акушерското образование в България от края на XIX век и началото на XX в., Научни трудове на русенския университет, 2014, 53, 8.3
32. Медицински Стандарт „Акушерство и Гинекология", www.mh.government.bg
33. Милчева Хр. Практически основи на САГ, Стара Загора, КОТА, 2006.
34. Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите „медицинска сестра" и „акушерка" за образователно-квалификационна степен „бакалавър", ДВ, бр. 95, 29.11.2005 г., изм ДВ, бр. 82 от 10.10.2006 г., изм ДВ, бр. 88 от 09.11. 2010 г., изм. и доп. ДВ, бр. 32 от 22.04. 2016.
35. Наредба № 1 от 08.02.2011 г., раздел III, чл. 5 и чл. 6 Професионални дейности, които акушерките могат да извършват самостоятелно или по назначение от лекар, ДВ, бр. 15 от 08.02.2011.
36. Наредба № 19/22.12.2014 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Акушерство и гинекология", обн. ДВ, бр. 106 от 23.12. 2014.
37. Наредба № 26 на МЗ/14.06.2007 г. за предоставяне на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени, обн. ДВ, бр. 51 от 2007.
38. Наредба № 39, Приложение № 3 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, обн. ДВ бр. 106 от 2004 г., последно доп., бр. 95 от 2014.
39. Наредба № 40 от 24 ноември 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, обн. ДВ, бр. 112 от 23.12.2004 г., последно изм. ДВ, бр. 97 от 09.12.2011.

40. Наредба № 41 от 21.12.2005 г. за утвърждаване на медицински стандарти по обща медицинска практика, обн. ДВ бр. 1 от 03.01.2006.
41. Национална програма за подобряване на майчиното и детското здраве (2014-2020 г.), приета с решение на МС от 17 юли 2014.
42. Национална здравна стратегия 2020 г. С., МЗ, 2015.
43. Национална стратегия за демографско развитие на Република България (2006-2020 г.) и актуализирана национална стратегия за демографското развитие на населението в Р България (2012-2030 г.), www.strategy.bg
44. Национална здравна стратегия на сестринството, www.blsvarna.org
45. Нешева И. Гимнастика за бременната, майката, бебето и детето. Бестселър, С., 2006.
46. Панталеева Д., Гимнастика за жени с нормална бременност, МНЗ – Институт за здравна просвета, С., 1985.
47. Папазов Бр. и кол. Женска и детска консултация, С., 1962.
48. Пеевски К. „Христина Хранова", БЧК, С. 1977.
49. Перусанова Л. Пренатални грижи учебник за медицински сестри и акушерки, ИК –УНСС, С., 2018 .
50. Петков Хр., К. Иванов. Амбулаторно-поликлиничното обслужване на населението, Хигиена, 1961, 2, 55-59.
51. Пирьова, Б. Поведенческа медицина, II преработено издание, Нов Български Университет, С., 2011.
52. Попова Ст., А. Керековска. Социална медицина, ИК „Стено" Варна, 2015.
53. Програма „Майчино здравеопазване", НЗОК, www.glbulgaria.bg
54. Ръководство за добри практики за акушерки, „Емоционално благосъстояние на майката и развитието на бебето, УНИЦЕФ, 2012.
55. Сербезова И. Специални акушерски грижи за бременни, раждащи и новородени. Печатна база на Русенски университет, Русе, 2014.
56. Стамболова И., Ст. Стамболов. Актуални проблеми в мениджмънта на общата медицинска практика. Мед. мерид. 2010, (1).
57. 100 години Майчин дом, Кр. Щерева (съст.). Св. Климент Охридски, С., 2003.
58. Стоименов Г. Акушерство и гинекология. С., Мед. и физ., 1990.
59. Стоименов, Г., Д. Атанасов. Акушерство и гинекология, С., Мед. и физк., 1982.
60. Стоименов Г. Съвременната женска консултация. Мед. и физк., 1979.
61. Стойчкова Г., В. Хинева. Ролята на акушерката в процеса на консултиране на бременни, родилки и гинекологично болни, Здравни грижи, 2007,(2).
62. Стратегия на ЕС Заедно за здраве – стратегически подход на ЕС (2008-2013), www.europarl.europa.eu
63. Стратегия на СЗО- Здраве 2020, www.ncphp.government.bg
64. Стратегия на СЗО. Медицински сестри и акушерки за здраве, www.euro.who.int, WHO European strategy for Nursing and Midwifery Education
65. Тасева Т. Роля на консултанта при клиничната оценка на периоперативния сърдечно-съдов риск при несърдечни операции. Медицински меридиани, 2012,(1-2).

66. Тончева С., В. Димитрова. Ролята на акушерката при консултирането на жени. TrakiaJournal of Sciences, 2008, 6, (2), 23-25.
67. Хаджиделева Д. Комуникативна компетентност в акушерските грижи, МУ – ЦМБ, С., 2016.
68. Хаджиделева Д., Провеждането на ЖК и ролята на акушерката. Сестринско дело, С., 2008(1).
69. Хаджиделева Д., А. Димитрова, И. Соколова, М. Станоева. Връзка между психопрофилактиката по време на бременност и постпарталните поведенчески разстройства, Сборник доклади II Научна конференция с международно участие МУ – София, филиал Враца, 2018.
70. Хаджиделева и кол., Практикум по акушерски грижи при нормална бременност, нормално раждане и нормален пуерпериум, С., 2016.
71. Хаджиев Ал. Акушерство. С., Мед. и физк., 1994.
72. Хендерсон В. Основни принципи на сестринските грижи, Международен съвет на сестрите, ИЦ ВМИ Плевен, 2003.
73. Христова Цв. Специални акушерски грижи при нормална бременност, МЕДИАТЕХ – Плевен, 2017.
74. Цветанова В., Джиганска Цв., Добриева. Оценка на физическата активност на бременните и нагласата им към физическо натоварване, Сборник доклади от научна конференция Враца, 2015.
75. Чанева Г. Качество на сестринските грижи, В: Семейна медицинска сестра, учебно помагало, Български червен кръст, С., 2009.
76. Черкезов Т., Ключови механизми за подобряване на качеството в здравеопазването, сп. Медицински мениджмънт и здравна политика, МУ, С., година 2007, 54(2), 48-60.
77. Щерев А. Ролята на акушерките при проследяване на бременност, Здравни грижи, 2017, № 1.
78. Щъркалев Ил., Г. Стоименов, основни проблеми на репродукцията на човека, С., Мед. и физк., 1975.
79. Щъркалев Ил., Л. Ламбрев. Акушерство. С., Мед. и физк., 1978.
80. Щъркалев, И., Б., Папазов, Акушерство, С., Мед. и физк., 1976.
81. Абрамченко В, Болотских В. Лечебная физкултура в акушерстве и гинекологии, ЭЛБИ – СПБ, 2007.
82. Алламазян, Э. Акушерство, Санкт Петербург, Спец Лит, 2010.
83. Бодяжина, В.И., П.В. Сметник, Г.Л. Тумилович. Акушерская помощь в женской консультации, М., 1987.
84. Вельвовский И. З. Система профилактического обезболивания родов, М., 1963.
85. Воронин, К., В. Потапов, А. Правосудович, Акушерское обследование, Мед-прес-информ, 2002
86. Дзигуа, М., А. Скребушевская, Акушерство Руководство к практическим занятиям, Москва, 2014.
87. Коваленко, П. Психопрофилактика и психокорекция женщины в период бараменности и родов: Медико-социальные проблемы, автореферат, Санкт Петербург 2000.

88. Котешева И. Гимнастика для женщин. ВААДОС ПРЕС, Москва, 2013, 204.
89. Радзинский, В. Руководство к практическим занятиям по акушерству, МИА, 2004.
90. Савельевой Г. М. Акушерство, Москва, Медицина, 2000.
91. Славянова, И. Сесртинское дело в акушерстве и гинекологии. Ростов на Дону, Феникс, 2015.
92. American College of Obstetricians and Gynecologists. Exercise during pregnancy and the postpartum period. ACOG Technical Bulletin189,Washingtonq D. C., 1994.
93. American College of Obstetricians and Gynecologists.Guidelines for Perinatal Care, Sixth Edition October 2007.
94. Bergstrom, M., Waldenstrom, U. A randomized controlled multicentre trial of women's and men's satisfaction with two models of antenatal education pregnancy.
95. Birth by design:Pregnancy, Maternity Care and Midwifery in North America and Europe R. DeVries, 2001.
96. Corrigan E. Nurses as equals in the multidisciplinary team. Hum Fertil (Camb), 2002,5(Suppl. 1),37-40.
97. Dillon P. A Critical Thynking Case Studies Approach, Nursing Health Assesment, Department of Nursing Philadelphia, E. A. Davis Company, Pensylvania, 2007.
98. ENCA 2008 annual report for Nederlands.
99. Gaskin, I. Ina May's Guide to Childbirth, Ebury Publishing, London, United Kingdom, 2008.
100. Lockwood CJ, Magriples U. Prenatal care (second and third trimesters). UpToDate, Ver.19.2, updated Aug1, 2013.
101. Midwifery and Medicalization of Chaildbirth Edwin R. Van Teijlingen, Gorge W .Lowis. Peter McCafferi, Maureen Porter
102. Padovani, E., L. Ferrari, A. Martellato et al. Presumption of Obstetrical Psychoprophylaxis involving the Partner in the Pregnancy and Delivery. Advanced in Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 1982.
103. Piercy C. Obstetric Medicine, Apple Academic Press Ins., Oakrille, Canada 2015, 371.
104. Pohjoismaiset perinatatalitilastof–Nordisk perinatal statistic – Perinatal statistics in the Nordic countries. Statistical Summary 22/2007, 1.11.2007, Health 200. Stakes.
105. Pregnancy, Chaildbirth, Postpartum and Newborn Care:A guide for essential practice. World Health Organization, Geneva, 2006.
106. Recommendations and Guidelines for Perinatal Medicine, Ed Chief: Jose M. Carrera, Matrus Mundi, Spain 2007, 76-82.
107. Simkin, P., J. Whalley, Pregnancy, Childbirth and the Newborn:The Complete Guide, Meadowbrook Press, USA, 2016, 493.
108. Strategy vision for European Healthcare at the beginning of the 21 centery, Report of the European Parlament, 4.12.2003.
109. Tyndel, M., Psycho-prophylaxis in Pregnancy. Can Med Assoc J, Jan 1; 1957;76(1),39-40.

110. Wald NG, Kennard A, Hackshaw A, McGuire A Antenatal screening for Down`s syndrome. J Med Screen 1997;4:181-246
111. WHO/UNICEF/UNFPA Estimates of maternal mortality for 2005.
112. bg.medicine-guidebook.com/akusherstvo-ginecologia_organizatsiya-rabotyi-jenskoy.html, Организация на работата на Женската консултация. Диспансерен надзор на бременност, 2016.
113. conf.uni-ruse.bg
114. forummedicus.com
115. ibpt.eu/library/zaharina-savova/
116. mlsp.government.bg, Demography report 2017.
117. http:/www.betterhealth.vic.qov.au
118. https://materinstvo.ru/art/16065, График обследования беременной в женской консультации, 2018.
119. http://www.materinstvo.ru/art/1795/, Оценка пренаталных факторов риска, 2007.
120. https://www.mh.government.bg/ Регионално бюро за Европа. Здраве 2020. Европейска политическа рамка и стратегия за 21 век.
121. http://www.mu-pleven.bg
122. medlec.org/lec-18409.html
123. www.conference-burgas.com
124. www.europarl.europa.eu/sides/ Доклад относно Заедно за здраве: стратегически подход за ЕС 2008-2013.
125. www.framar.bg Физическа активност и бременност
126. www.midwivesbulgaria.org Акушерката (резюме) The Lancet
127. www. medinfo.ru
128. www.medsestre.ru
129. www.med312.ru
130. www.midwivesbulgaria.org
131. Население и демографски процеси през 2018 година. Достъпно на: www.nsi.bg.
132. Статистически годишник 2018 година. Достъпно на: www.nsi.bg.
133. Ситуационен анализ на децата и жените в България. Достъпно на: www.unicef.org,
134. www.vaticannews.va
135. www.zdrave.net