

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

---

**ТАНЯ ВЕСЕЛИНОВА АНГЕЛОВА**

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

**ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД**

**ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН**  
**„ДОКТОР“**

Област на висше образование: 7. „Здравеопазване и спорт“

Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве“

Научна специалност „Социална медицина и организация на  
здравеопазването и фармацията“

**НАУЧНИ РЪКОВОДИТЕЛИ:**

ДОЦ. ДЕЛЯНА ПЕТРОВА ХАДЖИДЕЛЕВА, ДМ

ДОЦ. Д-Р ЦВЕТОМИР ИВАНОВ ДИМИТРОВ, ДМ

София, 2018г.

## **Съдържание**

<b>Въведение</b> .....	4
<b>ГЛАВА ПЪРВА Литературен обзор</b> .....	6
1.1. Възникване и развитие на акушерските грижи .....	6
1.1.1. Античен свят.....	6
1.1.2. Средни векове и Възраждане.....	8
1.1.3. Акушерството в България .....	10
1.2. Начало на пренаталните грижи в България в периода 1944-1990г. ....	14
1.3. Съвременни тенденции на основните демографски процеси в България .....	18
1.4. Медико-социални проблеми на женското здраве и майчинството .....	30
1.5. Нормативна уредба на грижите за бременните жени .....	37
1.6. Пренатални грижи при нормална бременност .....	42
1.6.1. Наблюдение на бременните жени – вид и периодичност на прегледите и изследванията .....	45
1.6.2. Промоция на здравето по време на бременността.....	47
1.6.3. Психо-физическа подготовка на бременните жени.....	50
1.7. Бременност с риск – дефиниция, фактори и степени на риска .....	52
1.8. Следродилно наблюдение на родилката .....	57
1.9. Международния опит в грижите за бременните жени .....	59
1.10. Обобщение .....	66
<b>ГЛАВА ВТОРА Цел, задачи и методология на изследването</b> .....	71
2.1. Цел .....	71
2.2. Задачи .....	71
2.3. Материал и методика .....	72
<b>ГЛАВА ТРЕТА Анализ на резултати и обсъждане</b> .....	79
3.1. Мнение на бременните жени и родилките относно пренаталните грижи .....	79
3.3. Проблеми на пренаталната консултация според акушерките .....	108
3.4. Протокол за оценка на риска от възникване на усложнения на бременността... 127	
3.5. Резултати и обсъждане от направената експертна оценка на „Протокол за оценка на риска от възникване на усложнения по време на бременността“ .....	132
3.6. Концептуален модел за пренатална акушерска консултация .....	134
3.7. Учебна програма за следдипломно обучение.....	139
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ</b> .....	141
<b>ПРИНОСИ</b> .....	145
Библиография .....	146
Приложения .....	156

## **ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ**

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

ВТР – Вероятен термин на раждане;

ДКЦ – Диагностично-консултативен център;

ЕС - Европейски съюз;

ЖК – Женска консултация;

ЗЛЗ – Закон за лечебните заведения;

ИУРП – Интраутеринна ретардация на плода;

МЗ – Министерство на здравеопазването;

МЦ – Медицински център;

НЗОК – Национална здравноосигурителна каса;

НРД – Национален рамков договор;

НСИ – Национален статистически институт;

НЦОЗА – Национален център по обществено здраве и анализи;

ОГТТ – Орален глюкозо-толерантен тест;

ПКК – Пълна кръвна картина;

ПРМ – Последна редовна менструация;

САГБАЛ – Специализирана акушеро-гинекологична болница за активно лечение;

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

СЗО – Световна здравна организация;

СПИН – Синдром на придобита имунна недостатъчност;

ССЗ – Сърдечно-съдови заболявания;

УЗД – Ултразвукова диагностика;

ФК – Функционален клас;

ЧХГ – Човешки хорионгонадотропин;

FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics;

## Въведение

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

До края на XIX век грижите за бременните се свеждат само до помощ при раждане, т.е. до тогава не са съществували квалифицирани грижи за жените по време на бременността и след раждането. По това време обаче започва да се изяснява връзката между протичането на бременността и някои усложнения в хода на раждането. Първите консултации на бременни и на жени кърмачки са организират в началото на XX век в Париж.

Началото на действителната охрана на майчинството в България се поставя след 1944г. Съществуващите дотогава здравносъвещателни станции, заедно с цялата система от здравни заведения се преустрояват коренно и бременната жена и родилката получават своите домашни лекари, акушерки и висококвалифицирани грижи в лицето на създадените женски консултации.

Промените в икономическия и обществения живот в страната след 1990г. доведоха до промени и в системата на здравеопазването. Важен акцент от осъществената реформа е разработването на програмата „Майчино здравеопазване“, която регламентира промотивно-профилактични дейности, насочени към запазване на бременността, грижа за здравето на майката и плода, ранно откриване на отклоненията и предотвратяване на усложненията.

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. Когато говорим за качество на предлаганите грижи не можем да не отбележим важното място на акушерката, която е призната в много страни по света като жизненоважен и рентабилен принос към висококачествената грижа за бременната жена, майката и новороденото. Според анализа на психолози 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 функциите на акушерката от ЖК са фокусирани в подпомагането на жената, семейството и общността чрез осъществяване на промотивна, здравно-възпитателна и профилактична дейност в рамките на медицинския екип или самостоятелно за достигане на оптимално здраве и живот /стратегия на СЗО „Медицински сестри и акушерки за здраве”/. Съвременното обучение и подготовката, отговарящи на повишените очаквания на обществото от квалифицирани здравни грижи и хармонизирането им с европейските стандарти в здравните грижи, дават възможност за нови и по-високи отговорности на акушерката.

## ГЛАВА ПЪРВА Литературен обзор

### 1.1. Възникване и развитие на акушерските грижи

Възникването и развитието на акушерството е неразривно свързано с историята на цивилизацията. Днес се смята за професия, връстница на медицината – достойна, полезна и отговорна. В далечни времена с акушерската практика са се занимавали самоуки акушерки и тяхната дейност е била насочена само към акта на раждането. Във всички епохи върху подходите в раждането силно влияние оказват общото развитие на човечеството, свързано с развитието на науката и различните религиозни виждания.

#### 1.1.1. Античен свят

Историческите корени на акушерството датират още от периода на неолита. Първите съхранени сведения, които разказват за зараждането на акушерството се съдържат в текстове от древния Изток: египетски папируси (гинекологичният Кахун папирус от XIX век преди н. е. и Ерерс папирус от XVI в. пр. Хр.), индийската книга "Аюрведа" ("Наука за живота" - IX - III век преди н. е.), различни китайски йероглифни ръкописи от XXVII век преди н. е., вавилонски и асирийски плочи с клиновидно писмо (I-II хиляд. Пр. Хр.). [126]

Л. Балабанов пише, че в *древен Египет* съществувало особено съсловие жени, които оказвали помощ по време на раждането. Тези жени имали определени познания в областта на акушерството. Древните египтяни възприемали медицината и магията като две съставни части на едно цяло. Използването на енергията на символите и знаците, талисманите и амулетите, магическите ритуали били обичайна лечебна практика, която се прилагала и по време на бременността и раждането. Чрез магически култови предмети и специални ритуали определяли дали

жената е бременна, пола на детето. Магически ритуали се използвали за да се защити новороденото по пътя му към този свят (например, магически пръчки с изображения на битки между боговете и демоните). Особена почит отдавали на плацентата, защото вярвали, че тя е обител на душата. [6, 2]

От времето на Моисей животът на юдеите бил регламентиран в свещените книги - Библията, Тора и Талмуд. Това се отнася и за бременността и раждането. При раждането помагали „бабите” - жени с познания и опит в акушерството. [132]

В *древна Индия* нямало обособено съсловие на "бабите". Помощ на родилката можела да окаже всяка опитна жена. В тежки случаи акушерката се обръщала към мъж- лекар. По тази причина (или може би по други) акушерските познания на лекарите в Индия били значително по-големи, отколкото при египтяните и юдеите. Съдейки по литературните източници, запазени до наши дни, индийските лекари положили началото на изучаването на акушерството и първи предложили рационални методи на помощ по време на раждането. Например, лекарят Суштура пръв заговаря за неправилното разположение на плода, при което той препоръчва обръщане /верзио/. [4].

В *древна Гърция* до лекарска помощ за гинекологични проблеми рядко се е прибегвало. С раждането се занимавали “компетентните акушерки”, които запазвали целомъдрено мълчание от бременността до раждането. Гърците наричали тези жени "прерязващи пъпната връв" (omphalotomoi). При проблемно протичащо раждане бабата се обръщала за помощ към лекар, също като в Индия. Благодарение на това, в началото на I век пр. н. е. престижът на гръцките лекари бил достатъчно висок и в 46 г. пр. н. е. Цезар им дал право на римско гражданство. В трудовете на Хипократ /5 век пр.н.е./ за първи път се говори за обучение на акушерки. Според М. Апостолов и П. Иванова [3-стр.197] една от първите обучени

акушерки е майка му – Фенерите. В продължение на няколко века след него обаче, въпросът за обучение и подготовка на акушерки е забравен.

Заедно с развитието на медицината в областта на акушерството, в *древен Рим* процъфтявали множество религиозни култове. Появил се Ескулап - богът - лечител (заимстван от гръцката митология - Асклепий), а след него и богинята на треската, на матката - Утерина, на менструацията и др. Бързо се развила специализацията на "божествена" акушерска помощ. Например, всяко положение на плода в матката имало своя богиня и по време на раждането акушерката изпълнявала различни ритуали в чест на съответстващата богиня. Майката се ползвала с особена почит и за нея се полагали специални грижи не само за здравето ѝ, но и се стараели да я опазят от нечисти сили. [132]. По време на Римската империя е написана и първата специализирана книга – Съчинения по акушерство и гинекология.[38]

### **1.1.2. Средни векове и Възраждане**

Средните векове в Европа са период на застой в развитието на медицината и въобще на естествознанието. Науката е била под силното влияние на църквата и религиозните догми. Голяма част от медицинската помощ се оказвала от монаси, като едни от най-образованите хора по това време. Акушерството се е смятало за неприлично и позорно занятие за мъжете - лекари. През 1552 г. Верт – лекар от Хамбург е изгорен на клада, поради това, че си е позволил да акушира. Раждането оставало в ръцете на бабите. Със своите сериозни познания върху лековитите треви, ритуалите и символите, „бабата” е истинска героиня на родилната сцена. Тази практика продължава до началото на XVII век, от когато в Европа датират първите съобщения за участие на мъже при акуширането. Тези „акушери” са обучавани от жени акушерки. Мъжете акушери са регламентирани в Англия едва в средата на 18 век. Някои от тях са добили голяма известност

и са допринесли за развитието на акушерската практика. Такива известни имена са Емброас Паре, Франсоа Морисо и др. [94,99]

През Възраждането започва нова ера в развитието на медицината.[2, 3]Новите знания в областта на анатомията довели до големи открития в акушерството и гинекологията. Например, било обърнато внимание на размерите на таза като възможна причина за трудните раждания. Решителната крачка, открила пътя на хирурзите към раждането, направили братята Шаберлан, които изобретили инструмент, подобен на съвременния форцепс. Приблизително в началото на XVI в. Ж. Нюфер, чиято професия може да се опише като ветеринар, специалист по стерилизация на домашни животни, направил първото Цезарово сечение. Той успял да спаси жена си и детето чрез разрез на коремната стена и матката на родилката. Тя не само се възстановила, но родила и други деца. [126]

Първият правилник за акушерки в Европа датира от 1452 г. и още тогава акушерките са задължени да обслужват социално слабите. Възнаграждавали са ги от обществен фонд – „обща каса” на държавата. [38] По това време професионалната квалификация на акушерката – добра или лоша е определяна само въз основа на продължителността на стажа ѝ като акушерка. Правилата за работа на акушерките са били отново обект на внимание през 1700 г. В Амстердам е въведен „Examen Obstetricum”, който е регламентиран и в Западна Европа. На издържалите изпита се давала грамота, която обаче не е признавана като свидетелство за професия. [145]

Д-р Фар от статистическия отдел на главния регистър на Англия пръв повдига въпроса за дипломирането на акушерките. През 1869 г. Лондонското общество провежда обширно проучване за причините за детската смъртност. Въз основа на това д-р Фар препоръчва да се въведе специален изпит и издаване на диплома за правоспособност на акушерки. Първите изпити са проведени през 1872 г. с първите шест кандидатки за професионално дипломирани акушерки. Тези изпити се провеждали от

Лондонското общество на акушерките и въз основа на тях в последствие се регламентира професията „акушерка”. През XIX век много болници в Англия организират курсове за акушерки и издават след издържан изпит съответна диплома. Утвърждават се известни акушерки /в цяла Европа/ с определен личен принос в развитието на акушерската наука и практика. Възниква и се развива Европейска акушерска школа. [38]

Едва към 30-те години на XX век раждането в болница под лекарско наблюдение започва да носи сигурност, с което конфликтът между консерватизма на миналото и научните знания на лекарите и акушерките приключил в полза на прогреса. До края на 19 век грижите за бременните са сведени само до помощ по време на раждане. Консултациите на бременни жени и на родилки са организирани в началото на XX век в Париж.[145]

### **1.1.3. Акушерството в България**

Най-ранните старобългарски текстове, свързани с акушерството и 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 идеите за човешкия живот, за раждането и смъртта са систематизирани в „Шестоднев” от Йоан Екзарх /IX век/. Въпроси за акушерството, за майката и детето намират място в съчиненията и на други от най-ранните представители на славяно-българската писменост в средновековна България, като Черноризец Храбър, Презвитер Козма и др. [33]

Богомилите, които се борят против религиозните догми на своето време, също говорят в проповедите си за раждането и отглеждането на детето. Така например в забранените апокрифи на богомила Йеремя 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 бива изгорен на кладата, поради хуманните си идеи. [60]

По време на Османското иго 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”. Тя е отпечатана на латински език с няколко чертежа и таблици с главните измерения върху главата на новородено. [33]

До Освобождението в България не може да се говори за научна родилна помощ. Векове наред тази дейност се извършва от т. нар. „баби”, които се ползват 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., те овладявали чрез наследяване от майка на дъщеря или от учителка на ученичка.[4]

„Много голяма част от децата са се раждали без абсолютно никакви проблеми по ниви, по пътя. Бабите-акушерки не са имали задължения да помагат всеки път при всички родилки. Някои раждали леко и безпроблемно, други трудно и мъчително, дори са завършвали със смърт на родилката или бебето” – пише в книгата си ”От извора” Галя Христова. [75]

Развитието на акушерските грижи в България малко преди и след Освобождението е свързано с името на Райна Попгеоргиева Футекова, известната национална героиня Райна Княгиня. [60] 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”. Участва и като народен представител в Народното събрание и е определена за акушерка на дипломатическия корпус. 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 даването на родилна помощ от лекари и акушерки, доколкото ги е имало 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 „за да се забрани практикуването на бабите, там където има акушерки”. Те настояват за обществен характер на родилната помощ, за повишаване на тяхната квалификация, за подобряване на обществената хигиена и разгръщане на широка здравна просвета. [2]

Втората българска дипломирана акушерка е Христина Хранова(1851 – 1922), чийто живот е образец за искрен патриотизъм и саможертва. Тя е родена в село Клисурса, Самоковско. Взима 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. Тя завършва университета с отличие и още същата година се завръща в България, за да работи като акушерка в София, Лом, Силистра и Варна. [33, 53]

Началото на стационарната акушеро-гинекологична помощ в България се поставя през 1893 г., когато се разкрива първото Акушеро-гинекологично отделение с 25 легла към Александровска 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. [60]

През 1896 г. се открива първото в страната Акушерско училище с 15 курсистки, при набирането на които не се е изисквал никакъв ценз. На следващата година Акушеро-гинекологичното отделение в Александровска болница става база за откритото училище за акушерки. [39]

Първата специализирана Акушеро-гинекологична болница в България е създадена от княгиня Мария-Луиза, която през 1893 г. решава със свой 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. [60]

В началото на ХХ в. в България работят 131 дипломирани акушерки, от които 77 са завършили в чужбина. [3, 33]

Под влияние на здравеопазната система в бившата СССР се полага началото на т. нар. здравносъвещателни станции за бременни и деца /1924 г./, които са първообразът на Женската консултация. В следващите години броят им 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. [63]

## **1.2. Начало на пренаталните грижи в България и организацията им в периода 1944-1990г.**

Началото на действителната охрана на майчинството у нас се поставя след 1944 г. Съществуващите дотогава здравно-съвещателни станции, заедно с цялата система от здравни заведения се преустрояват коренно. Бременната жена, родилката получават своите домашни лекари, акушерки и висококвалифицирани грижи в лицето на създадените женски консултации. В тях намира място специализираната акушерска и гинекологична лечебно-профилактична помощ. Утвърждават се диспансеризацията и патронажната дейност.

Броят на женските консултации нараства бързо и през 1976 г. те достигат 2757, от които 211-женски консултации, 2244 – женско-детски консултации и 302 – детски консултации. [63]

Женските консултации се утвърждават като здравни заведения с най-широк достъп за цялото женско население, дори и в най-малките и отдалечени селища. През този период на една акушерка се падат средно около 50 бременни жени, които тя наблюдава през годината в своя район. [52]

Особено подчертано в дейността на ЖК е приложението на профилактичният 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. [52, 54]

Съобразно степента на специализацията и обема на развиваната дейност консултациите имат различно устройство и се разделят на няколко типа: [63]

- 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 участъковия лекар, който освен общата медицинска подготовка има и известна профилировка 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 консултацията.

- 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. Един път 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.

„Важна форма на работа в съществуващата в този период женска консултация е патронажът” посочва Г. Стоименов в „Съвременната женска консултация”. [63] Патронажът се провежда особено по отношение на бременните и е основно задължение на акушерката. Последната 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. Патронажът бива: дородов и послеродов.

Основна структурна единица на ЖК е единният акушеро-гинекологичен 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. [52,63]

Прегледите на бременните и гинекологично болните се извършват от участъковия акушер-гинеколог. Г. Стоименов описва задачите на акушерката от Женска консултация: „На акушерките може да се възлага извършването на пресяващи гинекологични прегледи; вземането на материали за изследване; външна пелвиметрия; снемане на ориентиловъчна 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 обработването на учетната и отчетната медицинска документация; оказване на съдействие за социално подпомагане на нуждаещите се жени и др.” [63, с.33]

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. [85]

Персоналът, обслужващ работещите жени по месторабота и по местоживеене, взаимно писмено се информират: 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. [63, 85]

### **1.3. Съвременни тенденции на основните демографски процеси в България**

Поради естеството на своята дейност пренаталната консултация е свързана с демографски явления, имащи отношение към динамиката и регулирането на основните демографски процеси и показатели, посочва Г. Стоименов. [63] Днешното демографско и здравно състояние на българското население е резултат от продължителното действие на много фактори и влияния. Една 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 страни в преход по-високи нива на смъртност и интензивна външна миграция. В резултат на това България се намира в сериозна демографска криза. Едновременно с това е налице недостатъчно и неустойчиво подобряване или влошаване на част от показателите на здравно състояние на населението. [18]

Анализът на данните за основните здравно-демографски показатели в ежегодните доклади за здравето на гражданите ясно показва, че в момента България в сравнение със страните от Европейския съюз, е изправена пред сериозни предизвикателства, свързани с: 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.[49]

По данни на НСИ населението в България към 31.12.2015г. е 7 153 784 души. Броят на жените за 2015г.е 3 676 607 или 51,4%, а мъжете

са 48,6% . 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. [18]

Годишният доклад за състоянието на гражданите в РБългария за 2015г. посочва, че продължава процесът на демографско остаряване, 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.

Проблемът със застаряването на населението в България и деформираната възрастова структура е изключително важен и значим, тъй като тя ще определя възпроизводството на населението и работната сила в следващите десетилетия. [50]

Емиграцията оказва силен негативен ефект както върху броя на населението, така и върху неговото възпроизводство, тъй като страната напускат жени в детеродна възраст, с което се понижава равнището на потенциалната бъдеща раждаемост за дълъг период от време. През 2015г. страната са напуснали 29 470, като най-голям е броят и делът на тези във възрастовата група 25-29 години, следвани от 20-24г., 30-34г., 15-19г., 35-39г. [18]

Един от основните показатели за характеризиране на демографската ситуация е раждаемостта. За оценка нивото на раждаемостта се използва следната скала [57]:

- ✓ Ниска раждаемост – под 15 ‰
- ✓ Средна – 15- 25 ‰
- ✓ Висока - над 25 ‰

Коефициентът на обща раждаемост през 2015г. е 9.2 ‰ /за 2014г. - 9.4‰, а за 2013г. – 9.2 ‰/, което поставя страната ни в графата „ниска раждаемост”. През последните години се очертава ясно изразена тенденция към снижаване 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.[18]

Броят на родените през 2015г. е 66 370, от които живородените са 65 950 (99,4%), а мъртвородените са 420 (0,6%). Спрямо предходната година броят на живородените е намалял с 1 635 деца. Броят на живородените момчета (34 069) е с 2 188 по-голям от този на живородените момичета (31 881) или на 1000 родени момчета се падат 936 момичета. [143]

Коефициентът на общата раждаемост в България по данни на Евростат се доближава до нивото в повечето европейските страни, макар че остава по-нисък от този за ЕС (10,02%). Най-високо равнище на раждаемост от европейските страни има в Ирландия – 15,0 ‰, Франция (12.4 ‰) и Обединеното кралство (12.1 ‰). Равнището на раждаемостта в България е малко над нивото на раждаемостта в Испания и Румъния – по 9.1 ‰ и Унгария – 9.0 ‰. С най-нисък коефициент на раждаемост в ЕС са Германия, Гърция и Италия – по 8.5 ‰.

Годишният доклад за състоянието на гражданите в РБългария посочва, че за 2015г.се запазват регионалните различия по отношение на раждаемостта. В регионален аспект най-висока е раждаемостта в областите Сливен – 12.6‰, София (столица) – 10.2 ‰ и Бургас – 9,9 ‰, Пловдив – 9,9‰. Освен в тези три области по-висока от общата за страната е раждаемостта в областите Варна, Ямбол, Пазарджик, Стара Загора и Кърджали. Най-ниски стойности се наблюдават в областите Видин (6,1 ‰).Смолян (6.5‰) и Габрово (6.9‰). [18]

Разликата между живородените и умрелите съставлява естествения прираст на населението. [15] След 1990г. демографското развитие на страната се характеризира с отрицателен естествен прираст (табл.1).

**Табл.1 Коефициент на естествен прираст на 1000 души население за периода 2005 -2015 г. /източник НСИ/**

Година	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Коефициент на естествен прираст в ‰	-5.4	-5.1	-5.0	-4.3	-3.5	-4,6	-5,1	-5.5	-5.2	-5.7	-6,2

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.[50] След 1964г., когато е регистрирана най-ниска стойност на обща смъртност в страната (7.9 ‰), показателят трайно нараства. За 2015г. коефициентът на смъртност е 15.3 ‰ (15.1‰ за 2014г.) - значително по-висок от средния за ЕС, който е 9.82 ‰. [18, 143]

По данни на НСИ през 2015г. всички области в страната имат отрицателен естествен прираст. В селата естественият прираст е близо четири пъти по-голям по абсолютна стойност (-13.4‰) от този в градовете (-3.5‰). С най-ниски по стойности коефициенти на отрицателен естествен прираст са областите София-столица (-1.2 ‰), Сливен (-2.5 ‰) и Кърджали (-2.62 ‰). С най-голямо намаление на населението вследствие на високия естествен прираст е област Видин (-15.2 ‰), следвана от Монтана (-12.8 ‰) и Габрово (-11.6 ‰). [18]

Данни на Евростат сочат, че в Европа освен нашата страна с отрицателен естествен прираст на населението са Латвия, Румъния, Германия, Унгария, Португалия. Страната с най-висок положителен естествен прираст в ЕС е Ирландия /8,59‰/.

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. [50]

Данните от статистическите проучвания за периода 2011 – 2014 г. сочат, че незначително нараства относителният дял на родените деца от по-висок ранг – втори, трети и по-висок (табл.2).

**Табл.2 Брой и поредност на родените деца в периода 2011-2014 г.**

Година	Общо	Първо	Второ	Трето	Четвърто и повече	Непоказано
<b>2011</b>	71 402	37 135	25 016	5 037	3 609	605
<b>2012</b>	69 678	35 954	24 514	5 138	3 671	401
<b>2013</b>	67 061	34 420	23 608	5 228	3 558	247
<b>2014</b>	68 083	34 955	24 340	5 199	3 418	171
	<b>100%</b>	<b>51.34%</b>	<b>35.75%</b>	<b>7.64%</b>	<b>5.02%</b>	<b>0.25%</b>

Броят на жените във фертилна възраст (15-49 години) или размерът на родилните контингенти и тяхната плодовитост оказват съществено влияние върху равнището на раждаемостта и определят характера на възпроизводство на населението.[49]

Броят на жените във фертилна възраст към 31.12.2014г. е 1 580 хил., като спрямо предходната година намалява, което ще дава отражение върху възпроизводството на населението и през следващите десетилетия. [50]

Съществено значение за намалението на раждаемостта оказват измененията във възрастовата структура на родилните контингенти посочва Националната стратегия за демографско развитие на Република България (2006-2020г.). Близко 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. [50]

В 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 26,7 за 2014г. на 26,9 години за 2015г. Броят на децата, родени от майки до 20 години през 2015г. е 6 274 и спрямо 2014г. намалява. Същевременно се увеличава броя на децата, родени от жени на възраст над 40 години /1 276 през 2013 г., 1 517 през 2014г./ [18] 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. [50]

Тоталният коефициент на плодовитост е един от основните показатели, характеризиращи плодовитостта на жените. През 2015 г. средният брой живородени деца от една жена е 1.53, която стойност почти се доближава до тази на ЕС (1.55) Тоталният коефициент на плодовитост е по-висок в селата, отколкото в градовете. Най-ниската стойност на този показател е регистрирана през 1997г. – 1.12. През последните години (от 2009 г насам) стойностите на тоталния коефициент на плодовитост са най-високите след 1991г., когато този коефициент е бил 1.65 деца.[18, 50]

В периода до 2020 г. се очаква 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 си възстанови равнището от началото на 90-те години. [49, 131]

България има регресивен тип възпроизводство. [15] 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, през 2014 г. е 0.730.

Увеличава се броят на многоплодните раждания. През 2014г. са регистрирани 1200 случая на многоплодни раждания, като общият брой на родените близнаци е 2 416, от които момчетата са 1 253, а момичетата – 1 163. При 1185 от случаите са родени по две, а при 14 – по три деца и в един случай са родени четири деца. [131, 143]

От 1991-1992 г. започна да се формира тенденция за увеличаване на абсолютния брой и относителния дял на извънбрачните раждания.[50] 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 [20]. През 2014 г. броят на живородените извънбрачни деца е 39 6773, а делът им намалява незначително до 58.8% от всички живородени. 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 72.5% 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]

Повишаването на извънбрачната раждаемост е характерна за повечето страни в Европейския съюз. Най-висок е относителния дял на извънбрачните раждания в Естония - 58,4% и Словения – 57,6%, а най-нисък в Гърция – 7.6%. [50]

Значим социален риск крият изключително ранните раждания на момичета под 15 годишна възраст, както и ранните раждания на девойки между 15 и 19 години.[125] От 2007г. до 2014г. са родени 2 912 деца от майки на възраст под 15 години. През 2014г. за 32 майки под 15 години става дума за раждане на първо дете, а за 7 майки под 15 години – за раждане на второ дете.

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 психическата неподготвеност за изпълнение на социалната функция с икономически измерения – „отговорно родителство”.[50, 131]

Важни фактори за нивото на раждаемостта в страната са сексуалната култура и рисковото сексуално поведение. На фона на европейските стандарти българското население демонстрира ниска сексуална и контрацептивна култура, отнасяща се до използването на ниско ефективни контрацептивни методи и масово практикуване на аборта. [49,50]

България заема едно от първите 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/

**Табл.3 Съотношение между броя на абортите и броя на живородените деца за периода 2006 – 2015г.**

Година	Брой живородени	Брой аборти
<b>2006</b>	73 978	37 272
<b>2007</b>	75 349	37 594
<b>2010</b>	75 513	31 548
<b>2011</b>	70 846	31 716
<b>2012</b>	69 121	29 992
<b>2013</b>	66 578	29 505
<b>2014</b>	67 585	28 145
<b>2015</b>	66 370	27 782

По данни на НЦОЗА броят на абортите през 2015г. е 27 782, като в сравнение с 2014г. броят на абортите е намалял с 363. По тези данни броят на абортите на 1000 живородени в България за 2015г. е 421,26 и е два пъти по-висок от средния за ЕС (207,58%).

Най-голям е броят и делът на абортите във възрастовата група 25-29 години (24,96%) и 30-34 години (22,16%). Подчертана е и тенденцията за увеличаване на абортите на момичета от 15 до 19 години.

От всички извършени аборти 2 630 са по медицински показания; 8 590 са спонтанни; 16 167 са по желание посочва НЦОЗА. 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. [131]

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. [49]

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. [16,57]

Промените в детската смъртност са едни от най-чувствителните показатели за икономическо и културно развитие на обществото. Детската смъртност в България през 2015г. е 6,6 на 1000 живородени и продължава да бъде неоправдано висока, въпреки че през последните 20 години е спаднала повече от два пъти (табл.4).

**Табл.4 Коефициент на детска смъртност в периода 1995г.-2015г.**

Година	1995	1997	2001	2005	2007	2009	2011	2012	2013	2014	2015
Коефициент детска смъртн. в периода 1995-2015г.	14,8	17,5	14,4	10,4	9,2	9,0	8,5	7,8	7,3	7,6	6,6

Достигнатото равнище на детска смъртност през 2015г. е най-ниското в цялата история на демографската статистика в България.

Въпреки това детската смъртност остава по-висока отколкото в ЕС (3,69%). [18]

В селата показателят остава по-висок от този в градовете, съответно 10,9 ‰ и 5,2‰. Годишният доклад за състоянието на гражданите в Република България смята, че причините за това могат да се търсят във влошаване на социално-икономическите условия в селата, ограничения достъп до здравни услуги, по-ниското образование и култура. [131]

Областите с най-висока детска смъртност по данни на НСИ са Ловеч (12,9‰), Сливен (12,8‰), Пазарджик (11,8‰), Велико Търново (9,8‰), Силистра (9,4‰), а с най-ниска – София-столица (2,5‰), Кюстендил (3,2‰), Габрово (3,8‰), Перник (4,6‰).

По данни на НЦОЗА перинаталната детска смъртност намалява от 10,4‰ през предходната 2014г. на 9,1‰ при среден показател за ЕС 6,09‰ (табл.5).

*Табл.5 Сравнителен анализ на показателите на детска смъртност за 2014-2015г.*

Година	Коефициент на перинатална детска смъртност в ‰	Коефициент на мъртво раждаемост в ‰	Коефициент на неонатална детска смъртност в ‰	Коефициент на постнеонатална детска смъртност в ‰
2014	10,4	7,3	4,4	3,3
2015	9,1	6,3	4,0	2,6

Показателят за мъртвораждаемост също намалява спрямо предходната 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 намаляване, макар че все още остават по-високи от средните стойности за ЕС.[50,131]

Неонаталната детска смъртност след 2000г. показва тенденция за намаляване и през 2015г. достига 4,0‰. Средната стойност за ЕС е 2,52‰.

Постнеонаталната детска смъртност намалява през 2015г. в сравнение с 2014г. от 3,3‰ на 2,6‰. Средната стойност за ЕС е 1,16‰.

Направеният анализ на умиранията при децата до 1-годишна възраст по причини в Годишния доклад за състоянието на гражданите в РБългария, показва че най-голям е броят на починалите деца поради някои състояния, възникващи през перинаталния период (43,32%). Следват вродени аномалии, деформации и хромозомни аберации (27,19%), болести на дихателната система (12,67%) и болести на органите на кръвообращението (5,07%). Тези четири класа обуславят 88, 25% от всички умирания на деца до 1-годишна възраст. Не се наблюдава съществена разлика в структурата на умиранията до 1-годишна възраст по пол.[18]

Недоносеността е важен фактор и има съществен принос за нивото на перинаталната детска смъртност. [77] През 2015г. броят на недоносените новородени е 5 618, което представлява 8,5% от живородените. Недоносените мъртвородени са 301 или 71,67% от мъртвородените. В сравнение с предходните години се отчита намаляване на относителния дял на живородените недоносени деца (2012г. – 8,7%; 2013г.- 9,0%; 2014г. – 13,5%). [143]

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-я ден след раждането. [20]

**Табл.6 Майчина смъртност за периода 2005 – 2015г. /НСИ/**

Година	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Майчина смъртност на 100 000 живородени	11,3	6,8	10,6	6,4	4,9	7,9	2,8	4,3	12,0	7,4	6,1

За периода 2005-2015г. майчината смъртност на 100 хил. живородени намалява от 11,3 до 6,1 (табл.6). Въпреки понижаването показателят остава по-висок от съответния показател за ЕС /4,72 на 100000 живородени/, като стойностите ѝ са значително по-високи в селата в сравнение с градовете [18].

Водещи места в структурата на причините за майчина смъртност заемат кръвозагубите и абортите, които са предотвратими причини.[15]

Характерното през последните години намаляване на дела на женското население във фертилна възраст, намаляване 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. [49, 50]

Въпросите за възпроизводството на населението са обект на много клонове на науката, като се започне от най-типичните 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. Тя има решаващо значение за намаляване на морбидитета и морталитета на населението като демографски показатели. В това отношение именно специфичните „акушерски” демографски 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 – пренаталните консултации.[63]

#### **1.4. Медико-социални проблеми на женското здраве и майчинството**

«Психосоциалното благополучие на жената е актуална и широко обсъждана научна тема, тъй като в съвременното общество се появяват нови параметри на културата и взаимоотношенията между хората» посочват Ц. Воденичаров и С. Попова. През последното десетилетие множество международни форуми призовават към повече инвестиции за женското здраве. СЗО изтъква като важна своя задача да се опазва здравето на жените, да се подпомага пълноценното им личностно развитие, да бъдат те подкрепяни, за да могат спокойно да изпълняват разнообразните си обществени роли.[15]

В съвременното общество жената е съпруга, майка, професионалист и гражданин. Съчетаването и изпълняването на тези сложни и твърде отговорни функции е свързано с натоварването на телесната, психическата и социалната структура на личността и подлага на риск здравето и герминативните ѝ функции. [133]

Основните рискови фактори за здравето на жените са: бедността и икономическата зависимост; насилието; всички форми на дискриминация; проблеми при реализация на социалните роли; зависимостта и самотността и т.н. [15] Това означава, че жените са изложени на висок риск, особено в страните с нисък и среден доход. В много общества жените са подложени на дискриминация и на роли, които са вредни за тяхното здраве. Те са изправени пред редица единствени по рода си здравни проблеми, поради своя пол и място в обществото. [20]

Въпреки, че живеят по-дълго, заболяемостта сред жените е по-висока от тази при мъжете. Този парадокс се дължи на сложната връзка между

биологичните и социалните влияния при формиране на човешкото здраве. Жените по-често боледуват от хронични, инвалидизиращи заболявания, съпроводени с болка и дискомфорт – остеопороза, диабет, хипертония, ревматоиден артрит, имунни нарушения и др. В последните две десетилетия у нас се наблюдават неблагоприятни тенденции на повишаване на общата гинекологична заболяемост, нараства честотата на злокачествените заболявания на женските полови органи, гърдата и дебелото черво.[20]

Научни изследвания доказват, че репродуктивният период и майчинството, макар и да са естествени събития в живота на жената, са свързани с по-висок риск за заболяване и смърт. Освен биологични причини, за това съществено допринасят редица социални и културни фактори – специфичната роля на жената в домакинството, участието ѝ в трудови дейности извън дома, ограничени възможности за контрол на плодовитостта, неадекватни здравни грижи по време на бременност, повишен психо-емоционален стрес и др. [146]

Голяма част от медико-социалните проблеми на жените са свързани със заетостта им в производството. Върху здравето на жената в производствени условия влияят условията на труда; технологичните процеси; организация, режим и ритъм на труд и почивка; махаловидната миграция и др. Заболеваемостта при жените, особено тази, свързана с временна загуба на трудоспособност, е много по-висока отколкото при мъжете [57], независимо че общите и възрастовите показатели за смъртност при последните години бележат тенденции за нарастване и подмладяване.

Поведенческите фактори, свързани с тютюнопушенето, прекомерната употреба на алкохол, нездравословното хранене и други, както и вредните фактори на околната и трудовата среда също създават рискове за здравето на жената, майката и нейното дете. Все повече

изследвания показват, че образователното ниво на една жена, нейният начин на живот и хранене, социално-икономическият ѝ статус оказват съществено влияние върху шансовете ѝ за успешна бременности раждане и предопределят до голяма степен бъдещото развитие на детето ѝ още преди раждането. Бременни жени с по-нисък социален статус, както и такива произхождащи от уязвими групи често раждат деца с по-ниско тегло от средното, а теглото на детето е един от най-добрите предиктори не само на шанса за оцеляване, но и на вероятността да расте и да се развива добре. [49]

Много сериозни медико-социални проблеми за жената поражда отсъствието или неправилно провежданото семейно планиране в по-голяма част от българските семейства и свързаните с това отрицателни последици за здравето и възпроизводителните способности на организма.

Семейното планиране разглежда правото на семейството (и най-вече на жената) да взема решение за раждане на деца, колко и през какви интервали от време. Въпреки изградената мрежа от кабинети по семейно планиране и провеждането на редица здравно-образователни проекти по проблемите на контрацепция, делът на жените, ползващи съвременна контрацепция у нас е едва 4%; 63% - прилагат прекъснат полов контакт; 23% - календарен метод. [15] Неизползването на ефективни противозачатъчни средства е най-честата причина за нежелана бременност, в резултата на което е тревожно висока честотата на абортите по желание. /България е с най-неблагоприятно съотношение аборти на 1000 раждания в Европа./ [16, 143]

В различните страни и през различните епохи абортите са забранявани или разрешавани в зависимост от намаляването или прекомерното нарастване броя на населението. У нас държавната политика по отношение на абортите претърпява неколкократно промени. През 1956 г. България е третата страна в Европа, която разрешава свободно

изкуствените аборти. Поради прогресивното спадане на раждаемостта през 60-те години се налагат отново ограничителни мерки. Независимо от това съотношението на едно раждане към един аборт се задържа. В същото време в много европейски страни (Германия, Унгария и др.) при пълна свобода на абортите, последните намаляват поради широкото приложение на съвременните контрацептивни средства. Сложната и продължителна процедура по разрешаването на абортите у нас предизвиква тежки последици – раждане на нежелани деца и закъсняло прекъсване на бременността, водещо след себе си до много по-голям риск за здравето и възпроизводството. Последното освобождаване на абортите е през 1990 г. – извършва се легализиране на абортите, при разгръщане на широка рекламна и просветителска работа за значението на семейното планиране и използването на надеждна контрацепция.[133, 146]

Твърде голям проблем за страната ни е ранната бременност и майчинство. Б. Маринов посочва, че България споделя своето място със страни като Индонезия, Индия, Саудитска Арабия, за които обяснението трябва да се търси в остарели религиозни традиции.[22] По отношение на т.нар. ранна плодовитост България се нарежда на едно от първите места в Европа.

Статистически данни сочат, че през последните години се наблюдава тенденция за снижаване на възрастта за начало на половия живот. Този факт в съчетание с неизползването на предпазни мерки, поради липса на здравна култура, често води до полово предавани инфекции, нежелана бременност и аборти в ранна възраст. [20] Ранната бременност почти винаги е нежелана и голяма част от децата, родени от майки под 20 години обикновено биват изоставяни от тях. Едва 25% от родените деца от adolescentни майки израстват в семейна среда и са отглеждани и възпитавани от двамата родители. [22]

Бременността при майки под 20 години крие рискове, както по отношение протичането на бременността и раждането, така и за здравето на майката, като усложненията са по-чести с намаляването на възрастта. Ранната плодовитост на българските жени поставя сериозен проблем, свързан с качествените аспекти на възпроизводствените процеси и е една от причините за нарастване на честотата на недоносеност сред новородените, а оттам и водеща причина за неонаталната смъртност. [20, 22]

Свързани с раждаемостта са и проблемите за безплодието. За стерилитет говорим, когато две години след сключване на брака при нормално протичащ полов живот не е настъпила бременност. [61] Ст. Попова посочва, че в България 10-15 % от семействата остават бездетни. [57]

Безплодието има силно влияние върху общия здравен статус на жената – емоционална лабилност, неврози, психическа напрегнатост, пониска адаптивност, по-изразена зависимост.[57] Причината за безплодието може да бъде еднакво възможна както у жената, така и у мъжа, поради което на изследване се подлагат и двамата партньори. Профилактиката на първичното безплодие трябва да започне още в детската възраст – чрез своевременно лечени на крипторхизма, инфекциозните заболявания на гениталиите, менструалните смущения и аномалии при момичетата през пубертета и др. Борбата с вторичното безплодие е тясно свързана с предпазването от предаваните по полов път инфекции, изкуствените аборти, безразборните полови контакти и неспазването на хигиената и безопасността на половия живот.[15, 16]

Посочените данни на НСИ по-горе показват, че България продължава да е на едно от първите места по детска смъртност в ЕС, въпреки устойчивата тенденция за намаляването ѝ.

Детската смъртност има важно медико-социално значение, тъй като тя значително превишава смъртността от следващите възрастови групи и

в много голяма степен определя средната продължителност на предстоящ живот. [57] Перинаталната и неонаталната детска смъртност са съществени показатели за качеството на здравните грижи по време на бременността, раждането и периода на новороденото. Риските състояния през бременността и раждането са в абсолютно права зависимост с перинаталната детска смъртност. Високите й стойности се свързват с родовите травми, хипоксичните състояния на новороденото, недоносеността и вродените малформации. [16] Детската смъртност е в тясна зависимост и се влияе от редица демографски, социални, икономически, битово-хигиенни и други фактори, които дават отражение върху цялостното развитие на майчиния организъм и детеродната способност на жената, развитието и износването на бременността, развитието и раждането на доносен, жив и здрав плод. [77, 40]

Правилно и системно полаганите профилактични и лечебни мероприятия при всички състояния, водещи до повишаване на рисковете за нормално протичане на бременността и раждането на жизнеспособен плод, водят до намаляване на мъртворождаемостта и постнаталната смъртност на новородените, респективно до снижаване на перинаталната, а също и на неонаталната детска смъртност.

Аналогични са данните за нивото на недоносеността и на майчината смъртност в страната. Причина за това са както факторите, свързани със социалните детерминанти на здравето, така и качеството на медицинското обслужване. Значима част от случаите на майчина смъртност са предотвратими чрез предоставяне на достъп до добри антенатални грижи, квалифицирана помощ по време на раждането и подкрепа през първите седмици след раждането. [20, 57]

През последните години в резултат на социално-икономическата ангажираност на жената в обществото и ефективната антиконцепция нараства броя на жените, които планират и раждат децата си в по-

напреднала възраст посочва проф. А. Димитров. Бременността и раждането при тях са свързани с по-голям риск от вродени малформации, безплодие, високорискови бременности, свързани с хронични заболявания и други здравословни проблеми, по-чести преждевременни раждания и оперативни намеси [22]

Извънбрачната бременност и раждаемост също показват нарастваща честота през последните десетилетия. Извънбрачно бременните жени, самотните майки и техните деца са групи с повишен здравен риск и сериозни социални проблеми, изискващи развитието на ефективна интегрирана обществена система за подпомагане. Тук следва да се отбележи, че част от извънбрачните деца са родени в семейства на родители, живеещи без брак, в т.нар. “свободни съюзи”. Те се отглеждат от двамата родители и растат в нормална семейна атмосфера, но отсъствието на брак ги поставя в групата на извънбрачните деца и по такъв начин необосновано се завишава броят на извънбрачните деца и нивото на извънбрачната раждаемост. [20, 50]

Детското и майчиното здраве зависят в голяма степен от достъпността, качеството и обхвата на медицинските грижи, получени преди, по време на и след раждането. В тази насока са някои от основните приоритети на Глобалната стратегия за здравето на жените и децата на СЗО, а именно: подобряване на антенаталните грижи; подобряване на достъпа до квалифицирани акушерски грижи по време на раждане; подобряване на достъпа до контрацепция и предотвратяване на нежеланите бременности.[20]

Националната здравна стратегия 2014-2020г. посочва, че българската здравна система не е реализирала всички свои възможности за подобряване на грижите за репродуктивното, майчиното и детското здраве и в нея са налице проблеми, свързани със затруднения в достъпа, липса на капацитет, професионална компетентност и недостатъчна координация,

водещи до сериозни пропуски в медицинското обслужване.[49] „Консултирането” като промотивно-профилактичен метод по въпросите на планиране на бременността, проблемите на бременността и безопасното майчинство, репродуктивните проблеми, медико-социалните и психологическите проблеми е недостатъчно развито не само в малките населени места, но и в големите градове.[48] Налице са социални неравенства по отношение на достъпа на жените, особено от уязвимите групи, до квалифицирани медицински услуги по време на бременност, раждане и постнатални грижи, които генерират допълнителни здравни рискове с дългосрочни последици.[49]

Очертаните медико-социални проблеми на женското здраве, заедно с посочените проблеми в здравното обслужване при бременност и майчинство у нас насочват вниманието към издигане на акушеро-гинекологичната помощ и на системата за опазване на майчинството - антенатални, перинатални и постнатални грижи на по-високо равнище.

### **1.5. Нормативна уредба на грижите за бременните жени**

Опазването на майчинството и детството представлява комплексна система от държавни и обществени мероприятия, социално-икономически и лечебно-профилактични мерки, насочени към опазване 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. [20] 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 [57]

Здравето на жените, тяхното репродуктивно поведение и сигурността на майчинството осигуряват възпроизводството на населението, а оттук и цялостното развитие на страната. [48]

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 и осигурява някои привилегии с оглед възпроизводителната ѝ функция. „Жената-майка се ползва от особена 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.[30] Осигуряването на достъпна и качествена здравна помощ, с приоритет за деца, бременни и майки на деца до 1 година са сред основните принципи за гарантиране опазването 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 оптимално 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 [32] 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 от акушер-гинеколог, а при установяване на риск – задължително 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 е регламентиран в Наредба №26 от 14.06. 2007г. 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, 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. [45]

Медицинският стандарт по АГ 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 глава XX (дъл 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. [40]

Важни стъпки в здравното ни законодателство са приетата Наредба №1 от 08.02.2011г., 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. [43]

Програмата „Майчино здравеопазване” към 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. Наредба №39 на МЗ за профилактичните прегледи и диспансеризацията в Приложение№2 към чл.5, ал.1 определя вида и периодичността на прегледите и изследванията при бременни, бременни с риск и родилки. [46, 58]

Националната здравна стратегия 2014-2020г.[49] също е ориентирана към създаване на условия за устойчиво подобряване на майчиното и детското здраве. Тя приема цялостният интегративен принцип, заложен в стратегията на ЕС, който е насочен към интелигентен, устойчив и приобщаващ растеж.

Националната здравна стратегия 2014-2020г. очертава ключовите предизвикателства, с които страната ни трябва да се справи по отношение опазването на майчинството и детството, а именно:

- Високото ниво на майчина и детска смъртност;
- Високото ниво на недоносеност;
- Липсата на интегриран подход на грижата за бременни и деца.

Националната здравна стратегия 2014-2020г. посочва и начините за справяне с тези предизвикателства, а именно въвеждането на интегриран

подход на медицинските грижи за бременните, майките и бебетата, който да обхване периодите преди забременяване, по време на бременността, раждането и послеродовия период, периода на новороденото и този до навършване на 1 година на детето, със специфичните им потребности. Важна стъпка в тази насока е прилагането на активни комуникационни подходи за подобряване на здравната култура и информираността на младите хора в областта на сексуалното и репродуктивно здраве, превенцията на полово предаваните инфекции, храненето и грижите за кърмачето и малкото дете и др.[49]

Националната здравна стратегия посочва необходимостта от развитие на скринингови програми за диагностициране на патологично протичащи бременности. Превантивните мерки за предотвратяване на усложненията на бременността и раждането и за правилното отглеждане на децата са особено необходими в отдалечените и селските райони с ограничен достъп до здравни услуги. Това налага подобряване на механизмите, гарантиращи предоставянето на равнопоставен достъп до медицинска помощ за всички бременни и майки, независимо от техния социално-икономически статус.

Според стратегията „решаването на проблемите на майчиното и на детското здравеопазване изисква здравната система да излезе от рамките на стандартните дейности по осигуряване на медицински услуги. Необходимо е адаптиране на медицинската грижа към емоционалните потребности на пациентите и развитие на т.нар. „хуманизирана” медицинска грижа, както и лечебни заведения, осигуряващи отговаряща на потребностите им болнична среда и здравна система. Медицинските специалисти и здравната система като цяло трябва да споделят своята отговорност при решаване на здравните проблеми с останалите обществени системи, отговорни за социалните детерминанти на здравето и благосъстоянието.”[49]

Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве е в изпълнение на приетата Национална здравна стратегия 2014-2020г. 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. [48]

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”. [66] С други думи повишаването на качеството на грижите за майчиното и детското здраве следва да се реализира чрез обмен на добри практики и система за комуникация между държавния и неправителствения сектор, както и консенсус между различните медицински и други специалисти, ангажирани с майчиното и детското здраве. Интегрирането на здравните и социалните услуги за бременните, майките и бебетата изисква развитието на капацитет за осъществяване на процесите на координация. Това налага разработването и прилагането на цялостна междусекторна политика за опазване здравето на бременните, майките и децата. [144]

### **1.6. Пренатални грижи при нормална бременност**

Бременността е физиологично състояние на жената, протичащо и завършващо благоприятно при преобладаващата част от жените. Бременната жена се приема по принцип за здрава. Независимо от физиологичния характер на бременността е необходимо оптимално наблюдение на състоянието на жената и плода, за да се открият възможно най-рано настъпилите нарушения и да предприемат съответните мерки. [72]

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. Здравното обслужване на бременните жени и майките до 42-я ден след раждането са регламентирани с Наредба №39 от 2004г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията и програмата „Майчино здравеопазване” 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. [58]

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 здравно застрахователен фонд.

Неосигурените бременни жени имат право на един безплатен АГ преглед с определен брой изследвания, съгласно Наредба №26 на МЗ/06.2007г. 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.[45]

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, като нейната роля по отношение цялостното осъществяване на лечебните и профилактичните мероприятия е изключително важна. Съвременното обучение и подготовка на акушерките отговаря на повишените очаквания на обществото от квалифицирани здравни грижи и е съгласувана с европейските стандарти в акушерските грижи. Това дава възможност за нова роля и по-високи отговорности на акушерката. От нея се изисква да притежава знания за био-социалния подход към пациентката, семейството

и общността /промоция, превенция и профилактика на здравето при решаване на здравни проблеми/, да участва активно в обучения и консултации на жените относно здравните им потребности. Във връзка с това основна задача на акушерката е провеждането на непрекъснати и системни мероприятия с оглед запазването на репродуктивното здраве на жената, както и здравето на новороденото. [51, 67]

От юли 2007г. влезе в сила Законът за изменение и допълнение на Закона за лечебните заведения, който дава възможност на акушерките да разкриват звена към медицинските и диагностично-консултативните центрове, в които самостоятелно да оказват акушерски грижи. [31] В рамките на тяхната компетентност е консултирането на жени с нормално протичаща бременност. Сред дейностите, които могат да извършват самостоятелно, посочени в Наредба №1 от 08.02.2011г., раздел III са: диагностициране и проследяване на нормална бременност и нормален пуерпериум, интерпретация на резултати от клинично-лабораторни изследвания при нормална бременност, назначаване на прегледи за ранна диагноза на рискова бременност в извънболничната помощ, грижи за майки и новородени до 45-тия ден след раждането. [43]

Профилактиката на бременността обхваща специализирани акушерски грижи обособени в два етапа: [76]

➤ Преди бременността:

- Планиране на бременността в подходяща възраст;
- Интервал между бременностите не по-малко от 6-9 месеца;
- Профилактика на дефектите на невралната тръба с фолати;
- Ваксини;
- Балансирана диета;
- Оптимална физическа активност;
- Корекция на телесното тегло;

- Спиране употребата на наркотици, алкохол, цигари, тератогенни лекарства;
  - Профилактика на 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;
  - Балансирана диета и 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.

### **1.6.1. Наблюдение на бременните жени – вид и периодичност на прегледите и изследванията**

Грижата в нашата страна за проследяване на бременната 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. [72]

Основна приоритетна задача по отношение на пренаталните грижи е обхващането на жените в ранни срокове на бременността и тяхното проследяване в динамика. Това позволява своевременно идентифициране на екстрагенитални патологии, рискови фактори с цел вземане на превантивни и лечебни мерки, насочени към предотвратяването на усложнения на бременността, раждането и послеродовия период. [22]

След установяването на бременността в ранен период /до 3-ти месец/, бременната се включва в регистрите за наблюдение. Попълва се Карта за профилактика на бременността по приложение №3 към Наредба №39 от 2004г.

В зависимост от хода на бременността и от състоянието на бременната се определя честотата на посещенията ѝ в женска консултация: веднъж месечно до VIII, два пъти през IX и X лунарен месец.[40]

Консултацията започва със снемането на подробна анамнеза – възраст, придружаващи заболявания, фамилна обремененост, вредни навици, социална и професионална среда; репродуктивна анамнеза – менархе, регулярност и особености на месечния цикъл, последна редовна менструация, определяне на вероятен термин на раждане, предишни бременности, аборти и раждания и евентуални съпътстващи ги усложнения; данни за настоящата бременност.[61, 72]

След снемане на анамнезата се пристъпва към обективното изследване на бременната, което може да ни 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: обективно акушерско изследване /акушерски статус/ и общо състояние на жената /общ статус/. [61, 63]

Акушерката притежава необходимата подготовка, за да снесе анамнезата, да установи общия и гинекологичния статус, да измери ръст и тегло, соматичните 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 (ПКК), хемостаза, кръвна захар и урина /Приложение 4/. „Единствената манипулация при тази първична консултация, посочва доц. Щерев, която трябва да се извърши от лекар -

акушер-гинеколог е вагиналната ултразвукова диагностика.” Същото важи и за ранния /късния/ биохимичен и ултразвуков скрининг, които се провеждат между 11 и 13 г.с. /14-19 г.с./ от специалист по фетална морфология. [84]

През вторият триместър от бременността посещенията в женска консултация при нормално протичаща бременност са три – 16, 24 и 28 г.с. Посещенията включват: измерване на тегло, обиколка на корема и височина на маточното дъно, кръвно налягане и проверка за отоци, аускултация на детски сърдечни тонове (ДСТ), назначаване на изследвания за ПКК, кръвна захар и урина.[38] 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. При всяка визита се проследяват показателите, описани по-горе: тегло, обиколка на корема и височина на матката, кръвно налягане, ДСТ – всички тези дейности са в компетенциите на акушерката. 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 в компетенциите на специалист по акушерство и гинекология.

### **1.6.2. Промоция на здравето по време на бременността**

Важна част от работата на пренаталната консултация е предоставянето на здравна информация по въпросите на бременността и майчинството. Според Д. Хаджиделева бременните жени и родилките се доверяват на информацията, която получават от акушерките и предпочитат тази комуникация, поради близостта, която чувстват към тях.[70]

Пренаталната консултация в своята същност представлява здравен културно-просветен център по въпросите на майчинството. Важно условие

за успеха на здравнопромотивната дейност е системното ѝ провеждане и обхващането на по-голяма част от бременните в ранни срокове на бременността. [63]

Най-често използваните форми за промоция на здравето по въпросите на майчинството са: лекции, индивидуални и групови беседи, курсове за бременни /училища за родители/, табла и постери, брошури, използване на макети и модели и т.н.

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 лекарят или акушерката може да се окаже особено резултатен.” Разбира се повечето от жените не се нуждаят от специална агитация за запазване на бременността, тъй като те се отнасят отговорно към въпроса за бременността и майчинството. Здравната просвета при тях си поставя за задача да запази здравето на майката и детето. [63] Особено внимание трябва да се обърне на бременни: 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 доносно и здраво дете.

Курсовете по майчинство и детство са форма за промоция на здравето, която беше застъпена широко в съществуващата преди 1990г. женска консултация. По време на тези курсове бъдещата майка получава основни и напълно достатъчни теоретически и практически познания по всички въпроси по отношение на бременността и майчинството. [63] Днес тази здравнопромотивна дейност се осъществява основно от училища 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 2000г. и в София. Постепенно различни организации, ориентирани към нуждите на майката и бебето, възприемат идеята за подготовка на бъдещи родители и я доразвиват. Училищата за родители са два вида – частни и продуктови. [122]

Частните училища създават интимна среда чрез уюта на малката група. Така бъдещите родители се чувстват предразположени да задават всякакви въпроси на водещите курса. 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 могат да си ги позволят.

Другият вид училища за бременни/училища за родители са продуктовите училища. Това предлагат безплатни лекции и презентации, организирани в АГ-болници и молове, като заимстват идеята от частните училища. Тяхната функция също е подготовка за раждане и първи грижи за новороденото, но при тях голяма роля има рекламата. Това е начинът тези лекции да бъдат достъпни за повече хора. Някои от тези училища са автореклама 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 водеща е ролята на рекламата. Рекламира 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. [122, 136]

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./. Заниманията се провеждат в помещения /зали, кабинети, аудитории/, специално оборудвани за целта с табла, мултимедия, мулажи и др. пособия и средства, които способстват по-доброто онагледяване на предоставения теоретичен материал. [63] От изключително важно значение е тяхната достъпност от финансова гледна точка и насоченост единствено и в полза на бременните и бъдещите им деца.

### **1.6.3. Психо-физическа подготовка на бременните жени**

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.

Психопрофилактиката представлява система от мероприятия за борба с болката при раждане, част от които се осъществяват по време на бременността. Целта ѝ е чрез създаване на добра представа за раждането да се повиши активността на кората на главния мозък и прага на нейната възбудимост. [72] Психопрофилактичната подготовка е от изключителна важност за бъдещата майка, защото създава доверие у жената към медицинските специалисти от женската консултация и родилното отделение. [28]

Психопрофилактиката включва: интерактивни методи, обучение, техники на релаксация, дихателни упражнения и започва с първото посещение на бременната в ЖК. 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.

Психопрофилактичната подготовка се свързва и с различните физически упражнения за бременни, които добиват все по-голямо значение в съвременните пренатални грижи. Те имат за цел укрепване и подготовка на организма на бременната за раждането. [76]

През последните години психо-физическата подготовка на бременната за предстоящото раждане, която беше приоритет на акушерките от всяка женска консултация, се negliжира. В по-големите градове съществуват пренатални консултации и училища за родители, в които част от превенцията на бременността и раждането включва психопрофилактика, гимнастика и двигателен режим. За съжаление тези занимания са платени, което ги прави недостъпни за повечето бременни жени.

Реализирането на правата на пациента трябва да е основна цел на медицинските специалисти, работещи в ЖК: /Джиганска Ц., 2016/

- Бременните жени имат право на достъп до ЖК без оглед на социален статус, религия, етнически произход, семейно положение и всяка друга характеристика;
- Бременните жени имат право да определят сами кой ще проследява бременността им, ще извършва прегледите и ще назначава изследванията през този период;
- Бременните жени имат право на дискретност и анонимност;
- Бременните жени имат право на информация за дейностите и изследванията, които ще бъдат направени. [72]

Средният брой на посещенията в ЖК при една добре проследена бременност е около 10-12. [40]

Не по-рано от 45 дни преди вероятния термин на раждането ЖК издава на бременната жена Обменна карта, която съдържа най-важните данни от обективните и параклиничните изследвания по време на бременността, както и прогноза за раждането. Издава се направление на бременната до родилно заведение и болничен лист за отпуск по бременност за 45 дни. [71]

### **1.7. Бременност с риск – дефиниция, фактори и степени на риска**

Бременността е физиологично състояние, но в някои случаи съществува риск от повишена заболеваемост, 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-психическото 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 жени - акушер-гинеколози и акушерки е да се идентифицират онези пациентки групи, при които има повишен риск от усложнения и неблагоприятен изход за майката, плода и новороденото. [22]

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

- Елиминиране на някои рискови фактори още преди бременността – прием на тератогенни медикаменти и заменянето им с такива,

които са приложими при бременност; извеждане от рисковата среда /химически, лъчеви, физически и др. вредности/.

- Извършване на терапевтични манипулации през бременността – например при анамнеза за цервикална недостатъчност се прави профилактичен серкляж.
- 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. Може да се увеличи броят на пренаталните посещения и да се включат диагностични методи, които не се прилагат при нискорискови бременности /инвазивна пренатална диагностика, електронно мониториране на ДСТ и др./.
- В част от случаите с рисковата 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. Раждането в адекватна на риска обстановка подобрява перинаталния изход и късната прогноза за новородените и минимизира риска от усложнения при бременната.
- Напоследък се извършват интензивни изследвания за възможността някои акушерски усложнения да бъдат предотвратени чрез профилактични подходи, прилагани от ранните срокове на бременността. [24]

При рисковата 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. [40,58]

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, посочва В. Димитрова. „Рискът е конкретен, обратим и може да еволюира. 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 прееклампсия. 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.” [24]

Причините за повишения риск могат да бъдат разнообразни – заболявания на бременната, отклонения в развитието на плода и придатъците му и др. Recommendation and Guidelines for Perinatal Medicine препоръчва всяка страна да има разработени системи и правила за оценка на риска, които са съобразени с характеристиката на съответната популация, спецификата на организацията на пренаталните грижи, качеството на медицинските грижи в тази страна. Въз основа 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. [114]

Най-проста е двустепенната класификация на риска. 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 с или без присъствие на обучен медицински персонал. Основната задача на 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 ниско рискови. [114, 119]

За напредналите страни е характерно, че бременните жени се наблюдават от медицински специалисти /акушер-гинеколог, акушерка/. Налице е добре развита инфраструктура на здравеопазването и протоколи за поведение при нормална и усложнена бременност. Ражданията 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. [119] 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. [24]

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

Рисковите фактори посочва Доц. В. Димитрова [22] могат да се разделят условно на две групи, тъй като майчиният риск влияе неблагоприятно върху плода, но и обратното също е вярно:

➤ Рискови фактори за майчина заболеваемост и смъртност, които от своя страна могат да бъдат:

✓ Епидемиологични – нисък социален статус, възраст на бременната над 35г. и под 20г., самотни майки, висок паритет /след третото раждане рискът нараства/, недостатъчни пренатални грижи или липса на такива и др.

✓ Медицински – хипертония, многоплодна бременност, наднормено тегло, прекарано цезарово сечение, акушерски усложнения при предишни бременности и раждания, предшестващи бременността заболявания на майката – ендокринни, сърдечни, бъбречни, чернодробни, неврологични и др.

➤ Рисови фактори за неблагоприятен перинатален изход:

- ✓ Вродени аномалии на плода;
- ✓ Преждевременно раждане;
- ✓ Интраутеринна ретардация на плода;
- ✓ Интраутеринни инфекции;
- ✓ Родов травматизъм;
- ✓ Rh-изоимунизация.

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 има анамнестични данни за предшестващо заболяване или за фамилна обремененост с наследствени заболявания, за абнормно протекли предишни бременности и/или раждания, или за отклонения в протичането на настоящата бременност.”

[114]

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

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

Адекватното проследяване на бременността /честота на пренаталните посещения, своевременно извършване на препоръчаните лабораторни и апаратни изследвания/ позволява навременно идентифициране на повишения и реализиран риск. [114]

Наред с традиционните методи /анамнеза, обективно акушерско изследване/, които са в компетенциите на акушерките, съществуват и редица съвременни методи за идентифициране и проследяване на рискови бременности. Такива са ултразвуковото 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 други, които се извършват от АГ и други специалисти. [24]

Програмата „Майчино здравеопазване” на НЗОК предлага план за пренатални грижи при бременност с риск съобразно вида на риска. /Приложение 10/

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. В резултат на това се минимизират случаите с неблагоприятен изход и се подобряват качествените показатели на майчиното здравеопазване.

## **1.8. Следродилно наблюдение на родилката**

Част от задачите на женската консултация са свързани с подготовката – теоретична и практична на бременната за послеродовия период, а също така и следродилно наблюдение на родилката.

Послеродовият период (puerperium) започва от момента на приключване на плацентарния период и завършва с възвръщането на организма към състояние, твърде близко до онова, в което се е намирал преди настъпването на бременността. Продължителността му е от 6-8 седмици, през които се осъществява обратно развитие на измененията в организма на бременната жена – в половата, нервната, ендокринната, сърдечно-съдовата и други системи. [22] В този период родилката се нуждае от наблюдение и подкрепа.

В ранния следплацентарен период (първите два часа след раждането) родилката се намира в родилна зала, след което се превежда в пуерперална клиника/отделение. Там тя се наблюдава активно от лекар и акушерка в следните направления: [72]

- Общо състояние, самочувствие, апетит, сън и др;
- Цвят на кожа и видими лигавици;
- Соматични показатели – температура, пулс, артериално налягане;
- Височина на дъното на матката;
- Контралитет и консистенция на матката;
- Характер и количество на лохиите;
- Микция и дефекация;
- Състояние на външни полови органи и налични рафии;
- Състояние на гърдните жлези и лактация.

Минималният престой на родилката в послеродова клиника при физиологично протичане на раждането и пуерпериума е 72 часа.

След изписването на родилката от родилния дом наблюдението и грижите в послеродовия период (до 42-рия ден след раждането) са задължение на женската консултация, която жената е посещавала през бременността си. Познавайки нейното състояние по време на бременността и осведомявайки се за особеностите на раждането и послеродовия период,

работещите в консултацията имат възможност да продължат правилното третиране при домашна обстановка. [63] С тази цел се извършват две посещения на родилката – до 7-мия ден и след 30-тия ден от раждането. Те включват общ преглед и измерване на артериалното налягане, контрол на инволюцията на матката, преглед на млечните жлези и количеството на кърмата. Особено внимание се отделя на здравни съвети и обучение по въпросите на кърменето, правилното хранене, хигиенните грижи за гърдите и гениталиите. При съмнение за отклонения от нормата се извършва консултация със специалист.[58 ](*Приложение 11*)

### **1.9. Международния опит в грижите за бременните жени**

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

В Русия основните принципи на наблюдение на бременните са:  
[122,128]

- 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;
- Психопрофилактика и здравна промоция; [138,140]

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 избере. [127]

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.

В периода 2006-2010г. в Естония 44,9% от пренаталните консултации са водени от акушерки, за разлика от 2001-2005г., 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 начин на живот, навици, психо-емоционално състояние, фактори на околната среда и др.

В първи триместър посещенията са минимум две. При първата консултация се сменя 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 жена. 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, следи се тегло, кръвно налягане, отоци и т.н. Посещението завършва с оценка на рисковете за бременността.

В трети 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 психо-физическа подготовка за предстоящото раждане, дава се информация за следродовия период и наблюдение, възможни проблеми, контрацепция и др. В 36 г.с. се прави консултация с акушер-гинеколог, за да направи преглед и план за раждане.

[103,127]

Във Великобритания акушерката е специалистът, който проследява нормално протичащите 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 на бременната избира акушерката, с която ще общува през цялата бременност, раждането и 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. [103, 108]

В Италия във всички големи градове съществуват т.нар. здравни центрове (health centers), където при нормално протичаща бременност основно акушерки наблюдават бременните 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 [76]

И в Швеция, Дания, Норвегия, Холандия акушерките са основните медицински специалисти, които наблюдават нормално протичащите 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 някаква патология на бременността. След установяването на бременността жената се насочва за наблюдение към акушерка, при която прави около 5 посещения, още две – при личния лекар и едно – при акушер-гинеколог. [103, 112]

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. Посещаващите го получават сертификат, удостоверяващ знанията и уменията. Същият е необходим за получаване на държавна финансова помощ при раждане. [76] 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. [106, 112]

В Холандия дейността на акушерката е независима, в самостоятелна практика. При необходимост сътрудничи с акушер-гинеколог от районни/окръжни болници. [76] 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. [103, 112]

Акушерката работи независимо и във Финландия. Наблюдава бременните, асистира при нормално раждане. Финландската жена е изцяло на грижите на акушерката. [76]

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. [76]

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. [28]

Американският конгрес по акушерство и гинекология /ACOG/ определя следните препоръки за пренатални грижи: [101, 103]

- Честота на посещенията – регистрацията на бременността става 8-10г.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 сема подробна анамнеза на бременната, извършва се обективно изследване. Прави се оценка на стила на живот и потребностите на жената, оценка 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 подробно 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 36г.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.

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. [111]

От написаното дотук става видно, 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 1991г. акушерките са

първичните доставчици на здравните грижи за милиони жени по света. Акушерският модел на грижа благоприятства здравето и доброто състояние на бременните, родилките и техните деца. Той поставя един златен стандарт за съвършенство и възможно най-добри резултати в майчиното здравеопазване. Акушерската грижа е рентабилна, достъпна и устойчива. [119]

### **1.10. Обобщение**

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

Адекватното проследяване на бременността и качествените грижи, последвани от правилно водене на раждането и послеродовия период гарантират благоприятен изход, както за майчиното здраве, така и за здравето на нейното дете. Акушерката е призната в много страни по света като жизненоважен и рентабилен принос към висококачествената грижа за бременната жена, майката и новороденото. Акушерските грижи се осъществяват, не само чрез точното изпълнение на лекарските назначения, чрез добрата техника при изпълнение на манипулациите и процедурите, а

и посредством онова чисто човешко чувство за помощ, състрадание, милосърдие, което при хората се изразява с думи, поглед, жест. Това определя и основната предпоставка за постигане на високо качество на акушерските грижи, а именно умението за професионална комуникацията с бременната, раждащата и родилката, както и достатъчно време, за да бъде осъществена. В тази връзка функциите на акушерката от ЖК са фокусирани в подпомагането на жената, семейството и общността чрез осъществяване на промотивна, здравно-възпитателна и профилактична дейност в рамките на медицинския екип или самостоятелно за достигане на оптимално здраве и живот /стратегия на СЗО „Медицински сестри и акушерки за здраве”/. [67]

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 здравеопазна система. Тяхната дейност е важен фактор в лечебно-диагностичния процес, тъй като те са най-близо до пациентите и потребностите им и със специфичната си работа спомагат за опазване и възстановяване на тяхното физическо и психично здраве. [124]

В същото време у нас акушерките остават встрани от грижите за женското здраве. Ликвидирането на съществуващите преди 1990г. женски и детски консултации породило сериозни проблеми в майчиното и детското здравеопазване. Предлаганите у нас към момента акушерски грижи за бременни и родилки нямат планов израз. Изпълняват се предимно медицинските назначения, а грижите, комуникацията с 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 такива и създава условия за неприложимост на комплексния и индивидуален подход към

бременната жена или родилката. Съществуващата в момента система за грижи и лечение на принципа „разпореждане–изпълнение” лишава пациентът, в случая бременната жена от пълноценни акушерски грижи и е една от причините за девалвиране на грижите като цяло.

Нормативната регламентация на дейностите по акушерски грижи е от съществено значение за полагане на качествени грижи. 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 нормална бременност. С изменението на Закона за лечебните заведения през 2007 г. се създаде възможност в медико-денталните и диагностично-консултативните центрове да се разкриват звена, в които акушерките самостоятелно да оказват акушерски грижи на базата на компетенциите, посочени в Наредбата за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно. Съществуващата неяснота в регулативните механизми по отношение на разкриване, функциониране и финансиране на самостоятелните акушерски практики обаче, води до свободна интерпретация на консултативната дейност на акушерките. [25]

Въпреки направените нормативни промени, факт е, че все още липсват изработени стандарти по акушерски грижи. В здравните заведения не е регламентирано въвеждането на акушерска документация, като акушерско досие, акушерска диагноза и др. Дейностите по акушерски грижи не са описани в клинични пътеки, поради което трудът на акушерките остава неописан, незабелязан, нестойностен. [65]

„Изпълнението на рутинните дейности по проследяване на бременността напълно спокойно могат да се предоставят на акушерки”, посочва доц. Щерев (Щерев Ат., 2017г.), но към настоящия момент

бременността се наблюдава предимно с провеждане на ултразвуково изследване, без спазване на единен стандарт и правила и без полагане на традиционни акушерски грижи. – посочват В.Димитрова и С. Борисова, позовавайки се на проведени проучвания. [25]

Подобряване на качеството на акушерските здравни грижи е задължителна предпоставка за повишаването на качеството на майчиното здравеопазване. В развитите държави, където има най-добри показатели за майчина и детска смъртност именно акушерките са основните медицински специалисти за грижа по време на нормална бременност, раждане и пуерпериум. Акушерската грижа е не само по-достъпна, но и по-рентабилна.

С други думи за постигането на по-ефективно използване на ресурсите в 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.

Доброто качество на грижите и в частност грижите за бременната, родилката и новороденото корелира с правилното им планиране, организиране и управление. Клиничният мениджмънт на пренаталните грижи и оценката на риска от възникването на усложнения през бременността е актуален за редица страни.

Чрез традиционните методи – анамнеза и обективно акушерско изследване, които са в сферата на компетентност на акушерката, могат да се идентифицират голяма част от рисковите бременности, което от своя страна ще доведе до подобряване на качествените показатели на майчиното здравеопазване.

В светлината на концепцията за клиничния мениджмънт у нас е необходим един по-задълбочен клинично-организационен подход по отношение на пренаталните грижи. Подход, фокусиран върху превенцията,

здравето и доброто състояние на бременната, която е в центъра на вниманието. Един цялостен подход гарантиращ висококачествени пренатални грижи, в основата на който стои акушерката и акушерската грижа за всяка бременна жена.

## **ГЛАВА ВТОРА    Цел, задачи и методология на изследването**

### **2.1. Цел**

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

### **2.2. Задачи**

За реализиране на целта на проучването са поставени следните задачи:

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

## **Работни хипотези**

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

## **2.3. Материал и методика**

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

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

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

**Логически единици на наблюдението са:**

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

## **Органи на наблюдението**

В основната си част изследването е извършено от докторанта с оглед постигане на по-голяма точност. В посочените лечебни заведения е използвано сътрудничеството на медицинските специалисти,

предварително запознати с целта, с методиката за провеждане на изследването и обучени за работа с използвания инструментариум – анкетните карти.

### **Признаци на наблюдение**

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

### **Обхват, място и време на проучването**

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

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

## **Време и място:**

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

## **Методи на проучването**

### **Документален метод**

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

### **Исторически метод**

- Исторически документи;
- Литературни източници.

### **Социологически методи:**

➤ **Анкетен метод** - анкетно проучване за събиране, обобщаване и анализиране на информация относно мнения и оценки чрез пряка анонимна, индивидуална анкета.Приложен е структуриран собствен въпросник, включващ:

- Анкета за бременни жени и родилки, която съдържа 31 въпроса, касаещи удовлетвореността на жените от получените грижи при наблюдението на бременността им. (*Приложение 1*)
- Анкета за практикуващи акушерки в болничната и извънболничната помощ, съдържаща 22 въпроса относно мнението им за дейността на пренаталната консултация, участието на акушерките в нея и необходимостта от промяна в съществуващия модел на консултация на бременните жени. (*Приложение 2*)
- Анкета за лекари-специалисти по акушерство и гинекология, съдържаща 9 въпроса, свързани с пренаталната консултация на бременните жени и участието на акушерката в нея (*Приложение 3*)
- Анкетна карта за изследване на експертното мнение на водещи специалисти в областта на акушерството и гинекологията, която съдържа 7 въпроса, касаещи оценката на разработения Протокол за оценка на риска от възникване на усложнения на бременността. (*Приложение 7*)

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

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

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

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

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

### **Статистически методи:**

Въвеждането на данните, първоначалната обработка и графичното представяне на резултатите са осъществени с програмен продукт MicrosoftOfficeExcel и Windows7. Статистическата обработка и анализът на данните са извършени с помощта на статистически пакет SPSS/Statistical Package for Social Science /версия 17,0/.

За обработка на данните се използвани следните статистически методи:

- Честотен анализ на качествени променливи, който включва изчисляването на абсолютни честоти, относителни честоти и кумулативни относителни честоти.
- Вариационен анализ на количествени признаци. Чрез него са изчислени средни стойности, стандартно отклонение, стандартна грешка.
- Корелационен анализ –  $r$  – за установяване на зависимости между отделните съвкупности;
- Сравнителен анализ – двумерно разпределение;
- Непараметрични анализи – тест на независимост на Pearson за субективните категорийни данни от анкетите – изследвания коефициент  $\chi$  квадрат за силата на линейната връзка между две променливи, метод на Mann –Whitney и Kruskal-Wallis– за установяване на различия при независими извадки;

- Параметрични анализи – t –критерии на Studan Fisher - за сравняване на средно аритметични при точно две групи;
- Графичен и табличен анализ –сортиране на данните в комплексни таблици – кръгови, линейни и стълбцови диаграми и фигури.

### **Процедура на изследването:**

Етапи на цялостния изследователски процес:

#### 1. Подготвителен етап:

- Критичен анализ и синтез на научната литература по темата;
- Подготвяне на методиките за изследване, определяне на извадката и формиране на отделните гнезда на случаен принцип.

#### 2. Изследователски етап – събиране на данни:

*Първата част* от този етап на изследването се проведе в периода м. февруари 2016г. – м. април 2016г. на територията на гр.София. Следван бе принципа на доброволно участие в проведеното проучване.

*Втората част* от етапа на изследването се проведе в периода май 2016г. – март 2018г. в София – област, градовете Пловдив, Шумен, Видин и Враца.

С оглед игнориране на социалната желателност в инструкцията е отбелязано, че изследването е за научни цели. Може да се приеме, че степента на надеждност на данните е висока, поради анонимния характер на анкетата, както и поради напълно доброволния характер на участие.

След провеждане на изследването анкетните карти бяха събрани, а данните от тях въведени във файл с цел по-нататъшна статистическа обработка.

#### 3. Заключителен етап:

- Обработка и анализ на всички данни, изготвяне на изводи и препоръки;

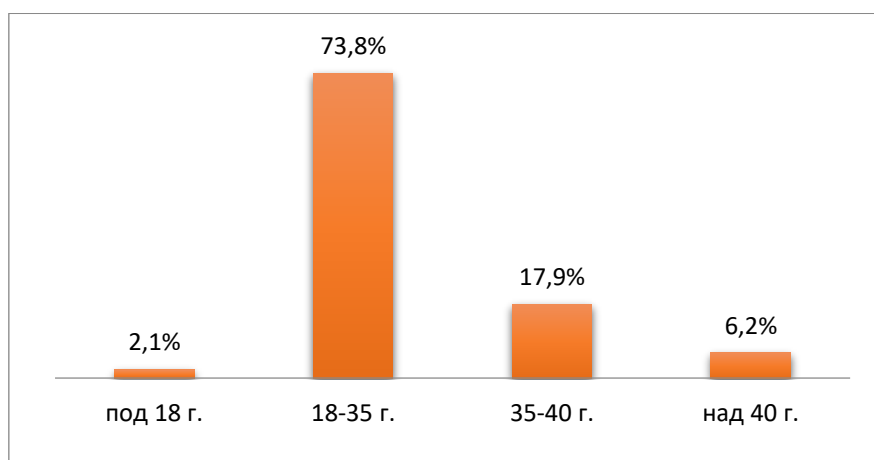
- Разработване на Протокол за оценка на риска от възникване на усложнения през бременността в три формуляра: първи скрининг, в хода на бременността и в края на бременността;
- Експертна оценка на разработените протоколи за оценка на риска от усложнения през бременността;
- Предлагане на концептуален модел за пренатална акушерска консултация.
- Учебна програма за СДО на тема „Съвременни подходи и модели на пренатални грижи”;

## ГЛАВА ТРЕТА Анализ на резултати и обсъждане

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

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

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

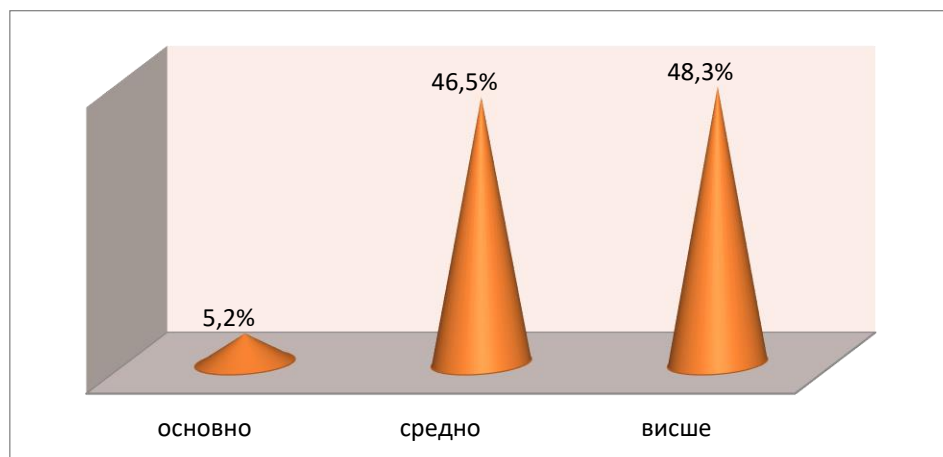


*Фиг.1 Възрастово разпределение на респондентите*

Данните от направеното проучване установиха, че преобладаващата част от анкетираните жени са във възрастовата група 18-35 години (73,8%). Това се дължи до голяма степен на факта, че жените изпълняват своята репродуктивна дейност основно до 30 годишна възраст, тъй като според повечето експерти оптималната фертилна възраст на жената е между 20 и 29 години. През последните години в резултат на социално-

икономическата ангажираност на жената в обществото и ефективната антиконцепция нараства броя на жените, които планират и раждат децата си в по-напреднала възраст посочва проф. А. Димитров.[22] Доказателство за това е делът на бременните и родилките във възрастовата група 35-40 години (17,9%). Относителният дял на респондентите в рисковите групи (под 18 години – 2,1% и над 40 години – 6,2%) е малък.

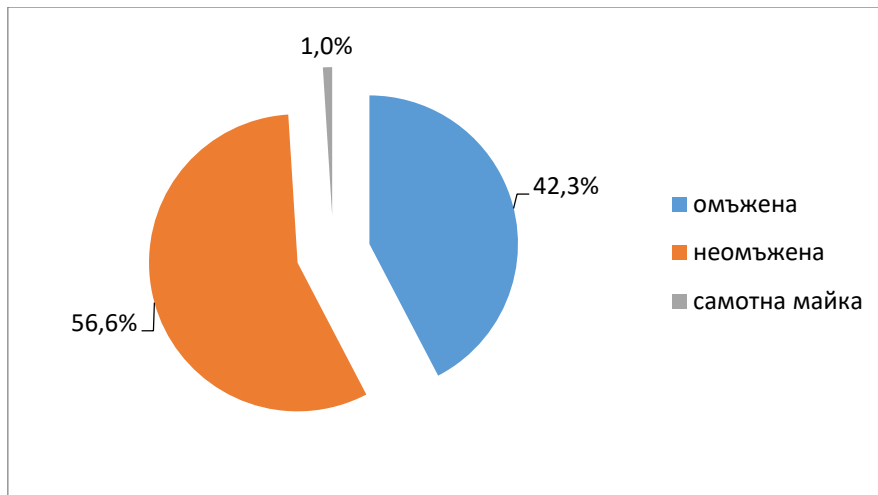
Резултатите от анализа на образователната степен на респондентите (фиг.2) показват, че бременните жени и родилките с висше образование са значителен брой (48,3%), следвани от тези със средно образование (46,5%). Жените с основно образование формират 5,2% от извадката. Образователното ниво на една жена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



**Фиг. 2** *Образователен ценз на респондентите*

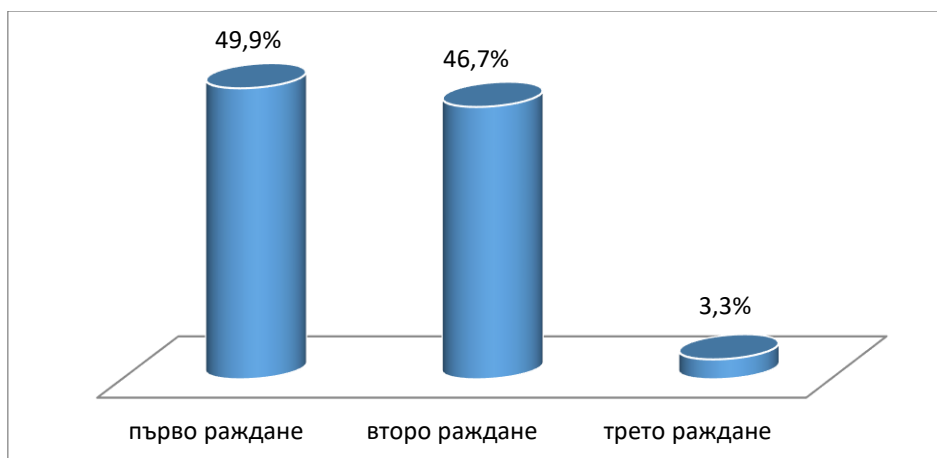
Резултатите от проучването на семейното положение на респондентите потвърждават установената през последните години тенденция в страната за промяна на традиционния семеен модел за

склучен брак към свободно съжителство. Повече от половината анкетираните бременни жени и родилки (56,6%) са неомъжени, като живеят с партньора се на семейни начала. По-малък е относителният дял на омъжените жени (42,3%), а майките, които отглеждат сами децата си са 1,0% (фиг.3).



**Фиг. 3 Семейно положение на анкетираните бременни жени и родилки**

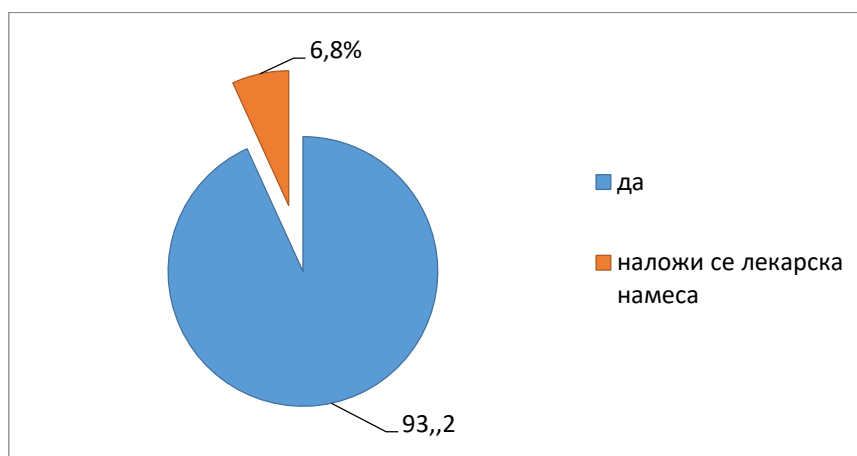
Относно паритета с лек превес преобладават първораждащите (49,9%), следвани от жените, които раждат за втори път (46,7%). Сравнително малък е дялът на респондентите с трето и повече раждания (3,3%) (фиг.4).



**Фиг. 4 Разпределение на респондентите според паритета им**

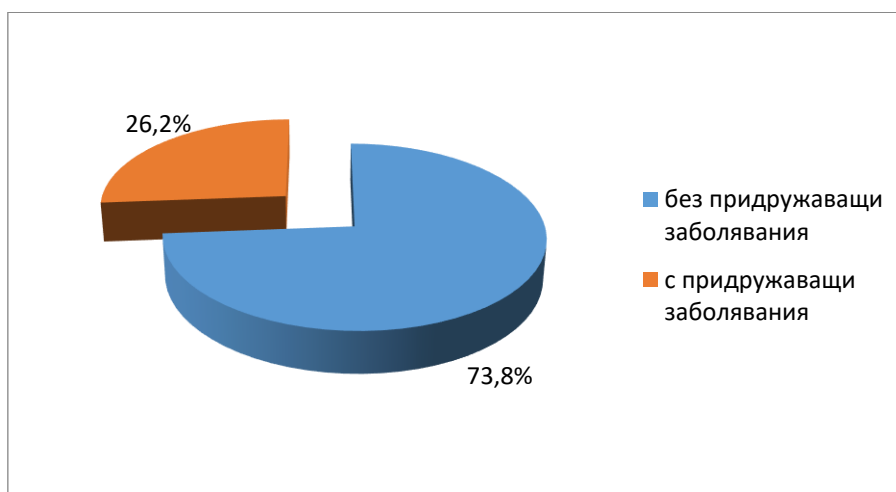
Получените резултати отново са израз на характерната за страната тенденция на ниска плодовитост на жените, която е една от причините за намалената раждаемост и отрицателния естествен прираст на българското население. Един от факторите, свързани с ниската раждаемост в страната е промяната в разбирането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

Безплодието се очертава като сериозен медико-социален и демографски проблем. В България 10% от семействата остават бездетни, ако две години след сключване на брака при нормално протичащ полов живот не е настъпила бременност.[15] Анализът на резултатите от направеното проучване показват, че преобладаващ е относителният дял на анкетираните бременни жени и родилки (93,2%), които не са имали проблеми със забременяването. Делът на жените с диагностициран стерилитет, при които се е наложила лекарска намеса: хормонална стимулация, инсеминация или ин витро процедура формира 6,8% от извадката (фиг.5).



**Фиг.5** Разпределение на респондентите според това, спонтанно ли са забременели или се е наложила лекарска намеса

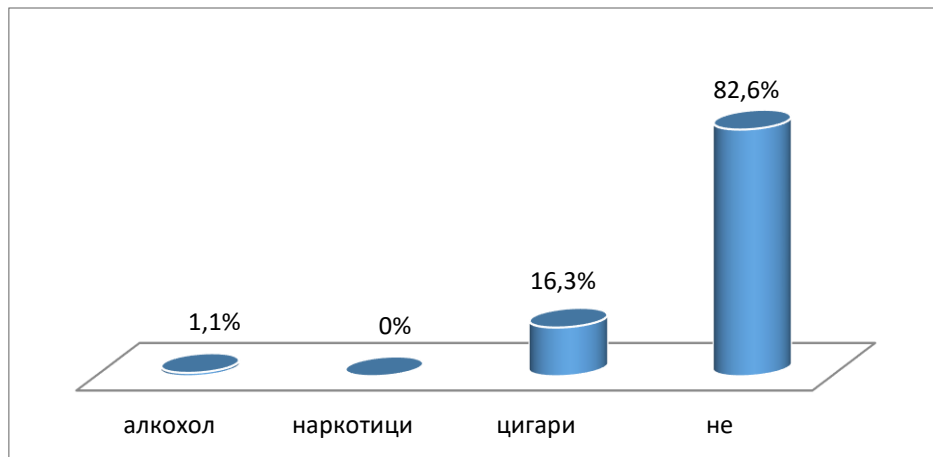
В последните две десетилетия у нас се наблюдават неблагоприятни тенденции на повишаване на общата и гинекологична заболяемост при жените. За това благоприятства и изместването на ражданията към високите възрасти 30-34 и 35-40 години.



**Фиг. 6 Наличие на придружаващи заболявания**

От фигура 6 е видно, че мнозинството от анкетираните бременни жени и родилки (73,8%) са здрави жени без придружаващи заболявания и прекарани операции. Прави впечатление не малкият относителният дял на респондентите (26,2%), които посочват наличието на придружаващо заболяване /най-често: тиреоидит на Хашимото, тромбофилия, хипертония,  $\beta$  таласемия/ или прекарана операция /цезарово сечение, апендектомия, лапароскопия, кистектомия/.

Поведенческите фактори, свързани с тютюнопушенето, прекомерната употреба на алкохол, нездравословното хранене и други, както и вредните фактори на околната и трудовата среда също създават рискове за здравето на майката и нейното дете.

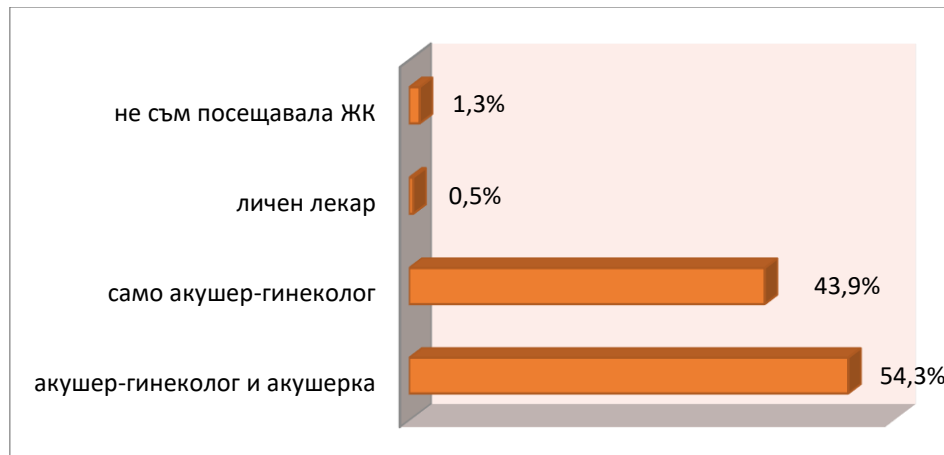


**Фиг.7 Употреба на цигари,алкохол или наркотични вещества по време на бременността си**

Образователният статус на анкетираните жени определя и начина им на живот. За това красноречиво говорят получените резултати: преобладаващата част от респондентите (82,6%) не са употребявали алкохол, цигари и наркотични вещества по време на бременността си. Около 1/6 от тях са пушили (3-4 цигари), 1,1,% са употребявали няколко пъти през бременността си алкохол – бира или вино(фиг. 7).

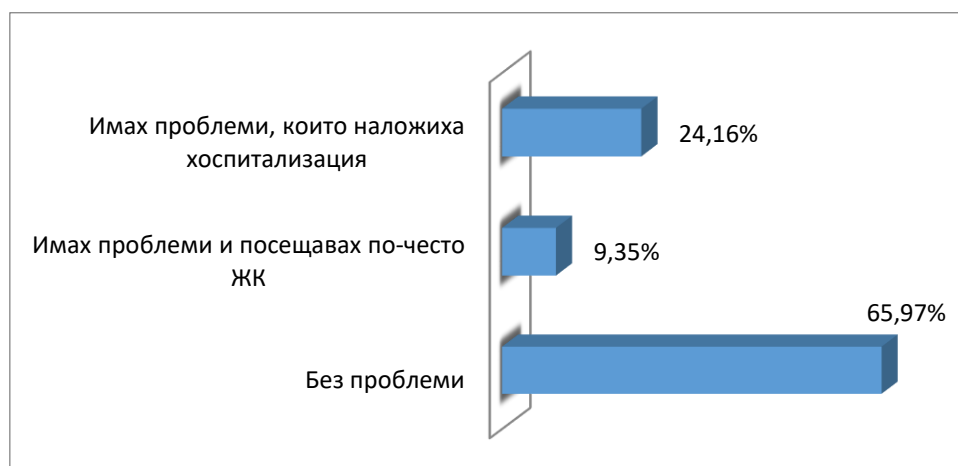
Съгласно действащите нормативни документи у нас наблюдението на нормално протичаща бременност се извършва от личния лекар или от специалист по акушерство и гинекология по избор на бременната жена. В екип с лекаря, наблюдаващ бременността, обикновено работи и акушерка. Обобщеният анализ от направеното проучване показва /фиг.8/, че при поголемият относителен дял (54,3%) от респондентите бременността е проследявана от акушер-гинеколог и акушерка. Впечатление прави, че е подобен дялът на жените, чиято бременност е наблюдавана само от специалист по акушерство и гинекология (43,9%). Трябва да се отбележи, че сред анкетираните бременни жени и родилки има и такива, които не са посещавали ЖК (1,3%). От сравнителния анализ на резултатите не се установява статистическа зависимост между наличието на придружаващи заболявания и избора на консултиращ бременността специалист (Тест на

Ман-Уитни  $U = 14337$ ,  $p > 0.05$ ). Не съществува такава и по отношение на образователния статус (Тест на Крускал-Уолис  $\chi^2 = 1,212$ ,  $p > 0.05$ ) и паритета на респондентите (Линеен коефициент  $\chi^2 = 0.088$ ,  $p > 0.05$ ) спрямо избора на наблюдаващия бременността специалист.



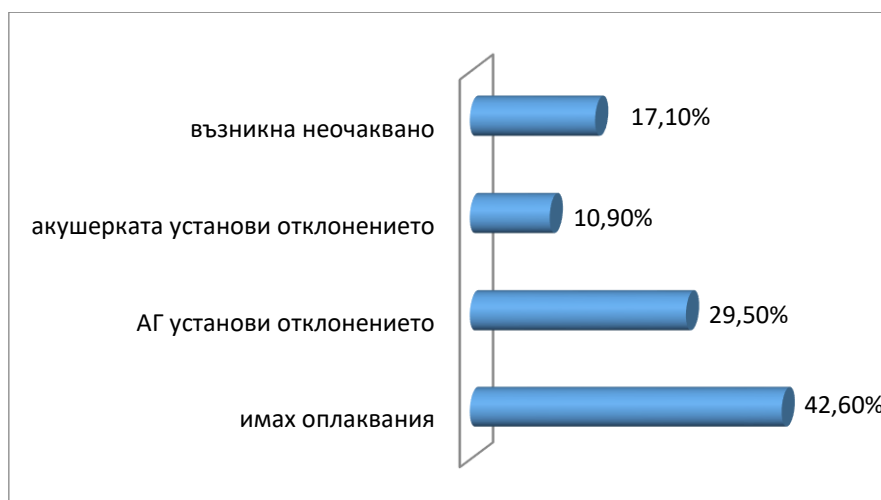
**Фиг. 8** *Разпределение на бременните жени според наблюдаващия бременността им*

По отношение протичането на настоящата бременност, по-големият относителен дял от респондентите (65,97%) са посочили, че бременността им е протекла нормално. 1/10 (9,35%) от тях поради установени отклонения от нормалния ход на бременността са посещавали по-често ЖК. При 1/4 от респондентите, възникналите усложнения на бременността, са наложили хоспитализация (фиг.9).



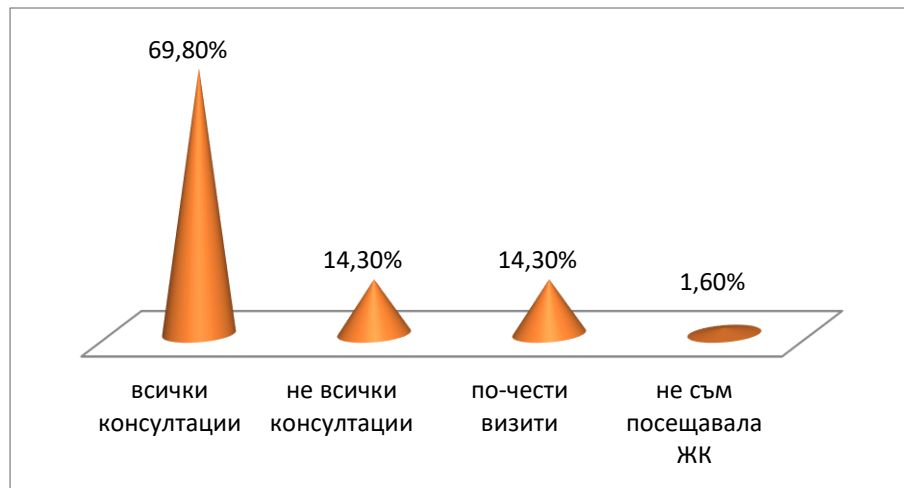
**Фиг.9** *Наличие на проблеми през бременността*

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



**Фиг.10 Идентифициране на усложнението на бременността според бременната**

Анализът на резултатите относно честотата на посещенията в пренаталната консултация показва, че преобладаващата част от бременните жени (69,80%) са посещавали всички задължителни пренатални прегледи. С еднакви относителни дялове (14,3%) са респондентите, които са пропускали някои от визитите в ЖК и тези, при които установено отклонение от нормалния ход на бременността е наложило по-чести посещения на пренаталната консултация(фиг.11).



**Фиг.11 Честота на посещенията на респондентите в ЖК**

Проследяването на бременността се състои от поредица прегледи, соматични и лабораторни изследвания, които се разпределят в целия период на бременността. Въз основа на предоставената от респондентите информация бе проучено извършвани ли са тези изследвания, честотата на извършването им и медицинският специалист, който ги е осъществил (табл. 7). Анализът на резултатите показва, че при наблюдението на бременността на не малка част от жените, някои от изследванията не са извършвани нито веднъж: измерване на ръст и пелвиметрия (съответно 75,8% - лекар и 65,8% - акушерка), измерване на обиколка на корема и височина на матката (95,0% - лекар, 40,0% - акушерка), преслушване/запис на ДСТ (74,2% - лекар, 43,7% - акушерка). Подобни са резултатите и по отношение на здравната промоция и предоставянето на съвети и информация във връзка с бременността и раждането /41,6% - лекар, 68,9%- акушерка/. Дейности, като психофизическа подготовка според преобладаващата част от анкетираните (99,5%; 92,1%) почти не са провеждани.

**Табл. 7. Изследвания и дейности, извършвани в пренаталната консултацията на респондентите**

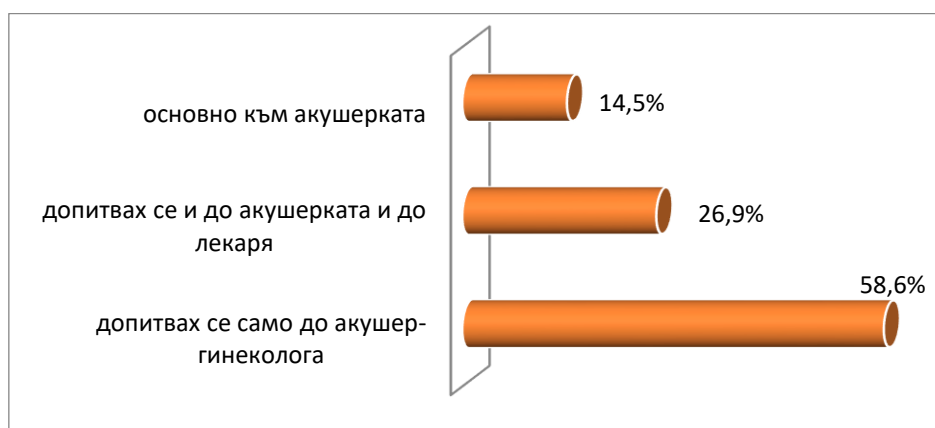
Основни дейности:	Първо посещение		Всяко посещение		Няколко пъти		Нито веднъж	
	Лекар	Акуш.	Лекар	Акуш.	Лекар	Акуш.	Лекар	Акуш.
Снемане на анамнеза	31,1%	6,1%	45,5%	17,6%	17,4%	15,0%	6,1%	61,3%
Измерване на ръст и пелвиметрия	22,9%	38,9%	-	-	-	-	75,8%	60,8%
Измерване на тегло, кръвно налягане и пулс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

Данните и от други проучвания, дискутирани в теоретичната част на разработката [23], определят като съществен проблем при наблюдението на бременните жени 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 – 9,5% -лекар, 15,3% - акушерка/. От обобщения анализ става ясно, че дейности, които са в компетенциите на акушерката в част от случаите се извършват от лекар (пелвиметрия -22,9%, измерване на тегло, кръвно налягане и пулс – 9,5%, измерване на корема и височина на матката – 4,7%). Смущаващи са данните, посочени от респондентите, според които акушерката сравнително рядко комуникира с жените – не

снима анамнеза (61,3%), не им предоставя съвети и здравна информация (68,9%), не провежда психоемоционална подготовка за раждането (92,1%).

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

Това вероятно е една от причините преобладаващата част от бременните жени (58,6%) да се доверяват основно на акушер-гинеколога по въпроси, касаещи бременността и раждането(фиг.12). Не е малък дялът на респондентите, които първо са се обръщали към акушерката и когато не получавали задоволителен отговор са се допитвали до наблюдаващия бременността им специалист по АГ (26,9%). Относителният дял на жените, които са търсели професионална комуникация основно с акушерката е сравнително малък(14,5%).



**Фиг.12** Разпределение на анкетираните според това, към кого са се обръщали при въпроси, касаещи бременността и раждането

В монографията си Д. Хаджиделева посочва, че част от задълженията на акушерката са свързани с уменията ѝ да изгражда ефективни

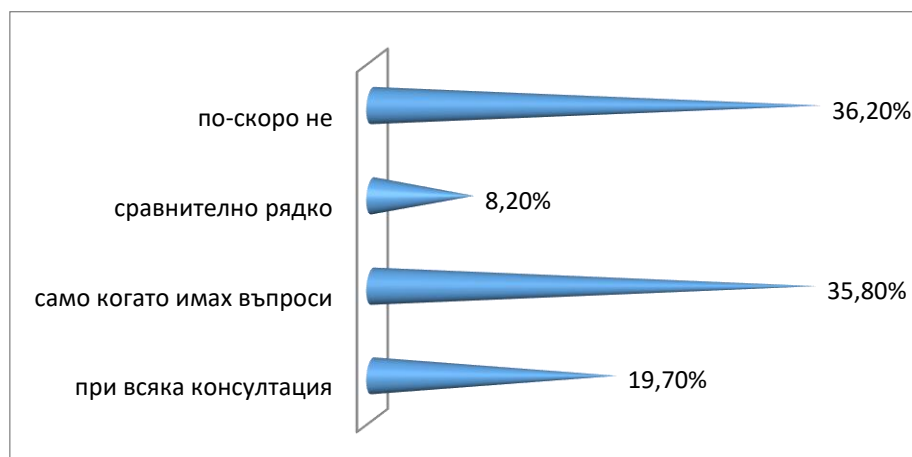
професионални взаимоотношения, да мотивира жената за активно участие и съдействие в процеса на акушерските грижи, да поддържа системно емоционална връзка с нея, да умее да снижава тревожността ѝ, да ѝ вдъхва увереност, да я учи и помага в поддържането на подходящо за нея здравно поведение.[70] В сферата на здравните грижи по една или друга причина общуването с пациента се подценява и това е една от причините, обуславяща снижаване на качеството на акушерските грижи. В подкрепа на това твърдение са следните резултати:



**Фиг. 13 Източници на информация, касаеща бременността и раждането**  
 Забележка: Отговорите надхвърлят 100%, защото респондентите са дали повече от един отговор

Запитани „От къде получавате информацията, касаеща бременността, раждането и послеродовия период?“ преобладаващата част от жените (59,7%) са посочили акушер-гинеколога, наблюдаващ бременността им. Другият основен източник на информация по въпросите на майчинството за значителна част от тях е интернет (48,3%). Следват източници, като книги и списания (28,3%), приятелки и близки (26,0%). Впечатление прави, че относителния дял на жените (25,2%) посочили акушерката от ЖК като източник на информация, касаеща бременността и раждането, е най-малък сред посочените варианти. След него е училището за родители, което са посещавали само 1/10 част от респондентите.

На следващата фигура е представено времето, което според респондентите е отделяла акушерката от пренаталната консултация, за здравна информация по въпросите на бременността (фиг.14).

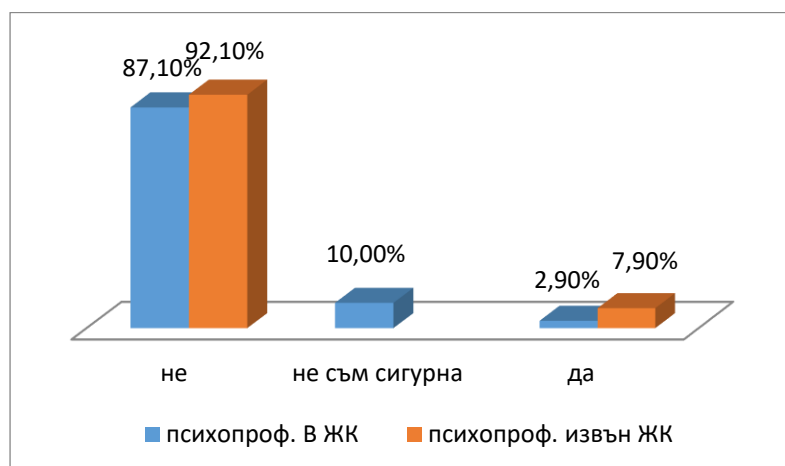


**Фиг 14** *Време, отделяно от акушерката за съвети и информация относно бременността*

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

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

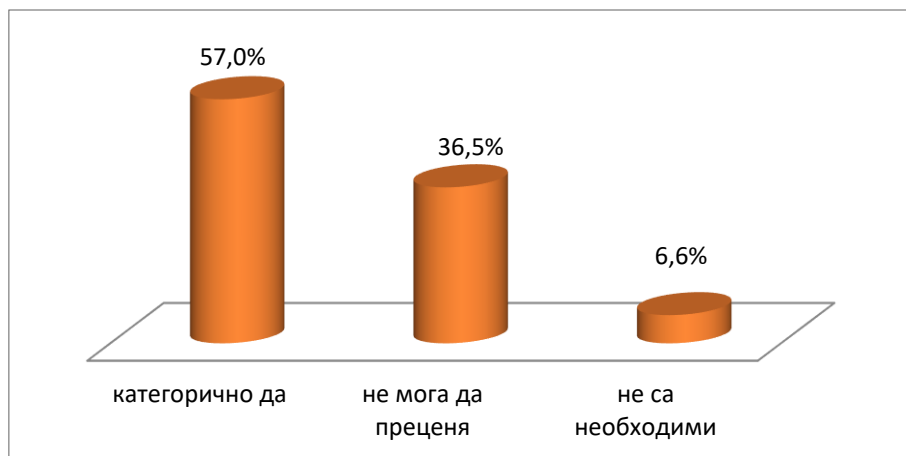
усложненията, които могат да възникнат. Тези мероприятия бяха едно от основните задължения на акушерката от ЖК преди години.



**Фиг.15 Психо-емоционална подготовка на респондентите за раждането**

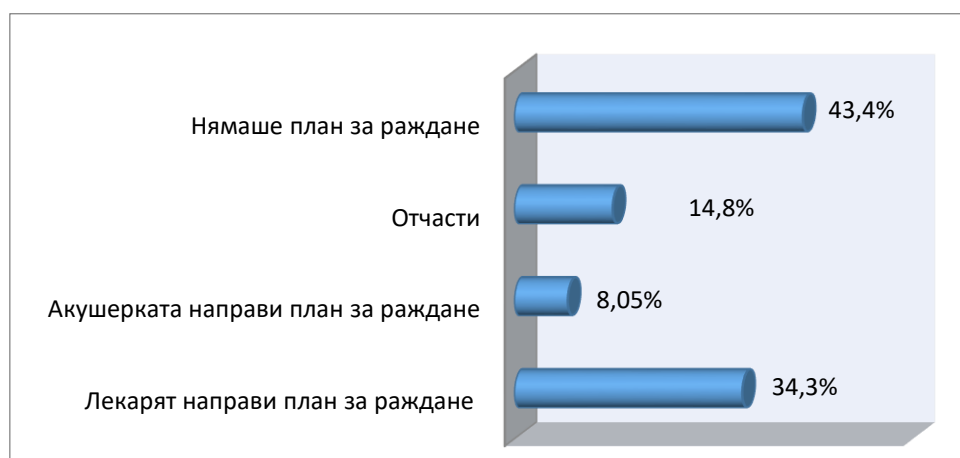
Към настоящия момент според преобладаващия дял от респондентите (87,1%) в пренаталната консултация не се провежда психоемоционална подготовка за раждането. Относителният дял на анкетираните жени, които са посочили, че в ЖК им е направена психопрофилактична подготовка е сравнително малък (2,9%). От графика е видно, че част от бременните жени (7,9%) са посещавали занимания за психо-физическа подготовка за предстоящото раждане (основно групови срещи, предлагачи йога за бременни и техники за дишане), за което са плащали допълнително(фиг.15).

Независимо от това, посещавали ли са или не такива занимания, поголемият относителен дял от респондентите (57,0%) са убедени в ползата от тях и смятат, че всяка ЖК трябва да предлага психопрофилактична подготовка на бременната жена във връзка с предстоящото раждане. 1/3 от жените не могат да преценят необходима ли е такава подготовка, най-вероятно защото не са запознати със същността ѝ (фиг.16).



**Фиг.16** *Необходимост от психопрофилактични занимания в ЖК*

Бременната жена има право да избира **КЪДЕ** да роди, **КАК** да роди и **С КОГО** да роди, но само когато е добре информирана може да вземе отговорни решения, свързани със собственото си здраве и благополучието на бебето. Медицинските специалисти, наблюдаващи бременността трябва да познават основните потребности на бъдещата майка, за да могат да съпровождат адекватно бременността и да помогнат жената в избора ѝ. [26]

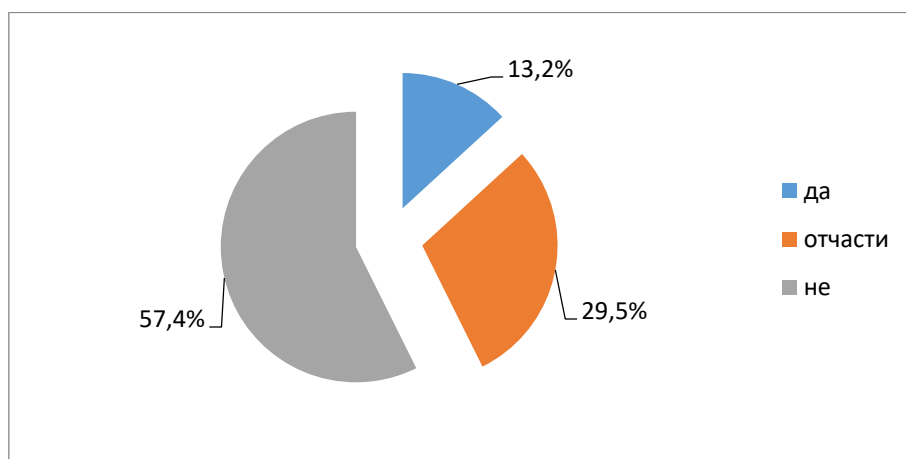


**Фиг. 17** *План за раждане в пренаталната консултация на респондентите*

Впечатление прави, че по-големият относителен дял от респондентите (43,4%) са посочили, че пренаталната консултация не им е предоставила информация „къде, как и с кого да родят”. При 1/3 от

бременните жени акушер-гинекологът, наблюдавал бременността е изготвил план за предстоящото раждане. Частичен план за раждане е направен според 14,8% от респондентите. Смущаващи, но очаквани са резултатите, според които незначителен дял на анкетираните жени (8,05%) са посочили акушерката от пренаталната консултации като източник на информация за начина на раждане, управлението на болката, подготовката за бебето, както и за състоянията, изискващи спешна хоспитализация.(фиг.17)

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

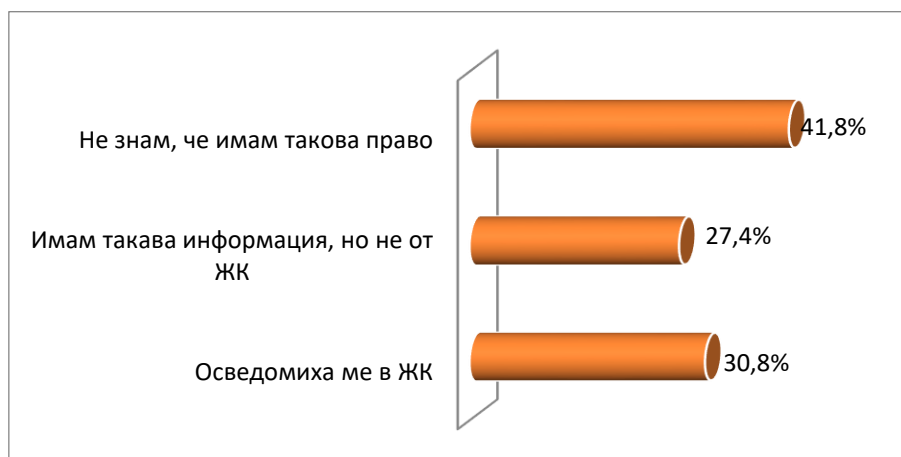


**Фиг.18 Подготовка на анкетираните жени от ЖК за послеродовия период**

Обобщеният анализ на резултатите показва, че преобладаващата част от жените (57,4%) не са получили никаква подготовка в ЖК за справяне след раждането в домашни условия. Отчасти са подготвени 1/3 от респондентите. Сравнително малък е относителният дял на тези (13,2%), които са удовлетворени от получената в пренаталната консултация информация и подготовка за послеродовия период (фиг. 18).

Според чл.127(1) от Закона за здравето „Всяка жена има право на достъп до здравни дейности, насочени към оптимално здравословно

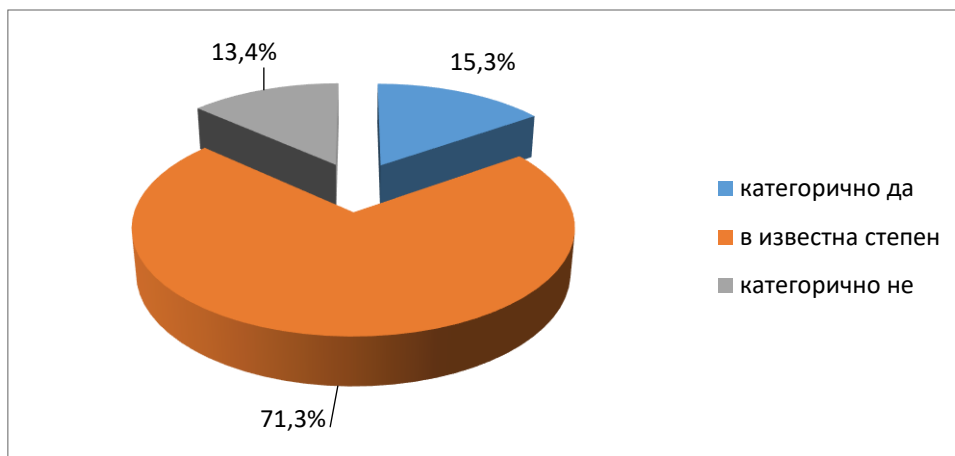
състояние на жената и плода от момента на установяването на бременността до 42-рия ден след раждането.” От следващата фигура е видно, че по-големият относителен дял от респондентите (41,8%) изобщо не знаят, че притежават такова право (фиг.19).



**Фиг.19 Информираност на респондентите относно правото на посещение в ЖК следраждането им**

1/3 от анкетираните жени са осведомени от ЖК за послеродовата консултация, на която имат право. Подобен е дялът на жените (27,4%), които разполагат с такава информация, но не са я получили от пренаталната консултация. Добре познатият от края на 90-те години домашен патронаж е в обсега на акушерските компетенции. За съжаление към настоящия момент тези посещения често не се реализират или за тях се отделя малко време и ресурс. Това най-вероятно е причина за слабата информираност на респондентите по този въпрос.

Наред с екзактното наблюдение на бременността пренаталната консултация има за цел да подготви – теоретически, физически и психоемоционално жената за бременността, предстоящото раждане и послеродовия период. Обобщеното мнение на респондентите за това, изпълнила ли е ЖК тази цел е представено на следващата фигура (фиг.20).



**Фиг. 20** *Подготовката за бременността, раждането и послеродовия период, получени в ЖК*

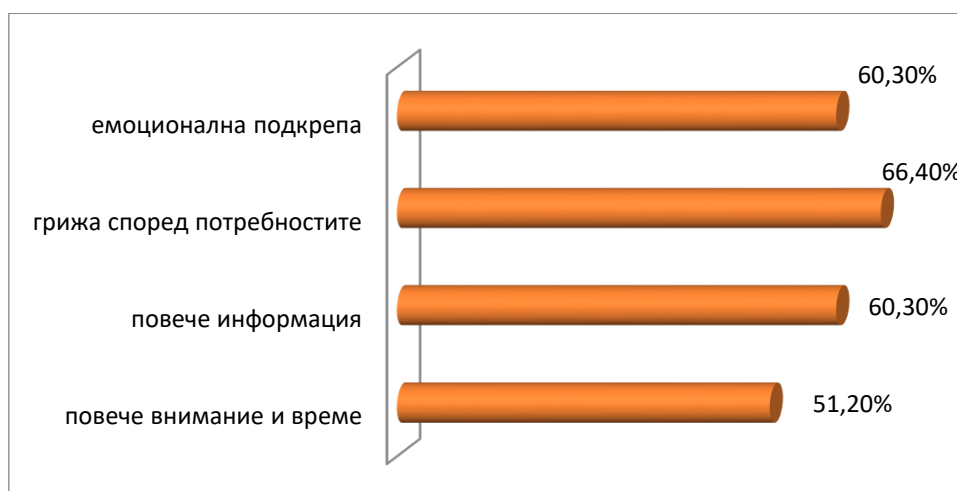
Преобладаващата част от анкетираните жени (71,3%) са посочили отговор „в известна степен”, което означава че предоставената от ЖК подготовка не е задоволила очакванията им. Сравнително малък е дялът на респондентите (15,3%), които смятат, че предродовата им консултация е изпълнила категорично основната си задача – да ги информира и подготви за бременността, раждането и послеродовия период. Почти толкова са жените (13,4%), които са категорични, че пренаталната консултация не ги е подготвила по никакъв начин за тези важни събития в живота им.

Запитани „Смятате ли, че е нужна промяна в грижите за бременните жени?”(фиг.21), преобладаващата част от анкетираните (57,6%) са отговорили утвърдително. Сравнително малък е дялът на жените (8,0%), които смятат, че организацията на пренаталните грижи е добра. 1/3 от респондентите не са изразили мнение по въпроса.



**Фиг. 21** *Необходимост от промяна в ЖК според респондентите*

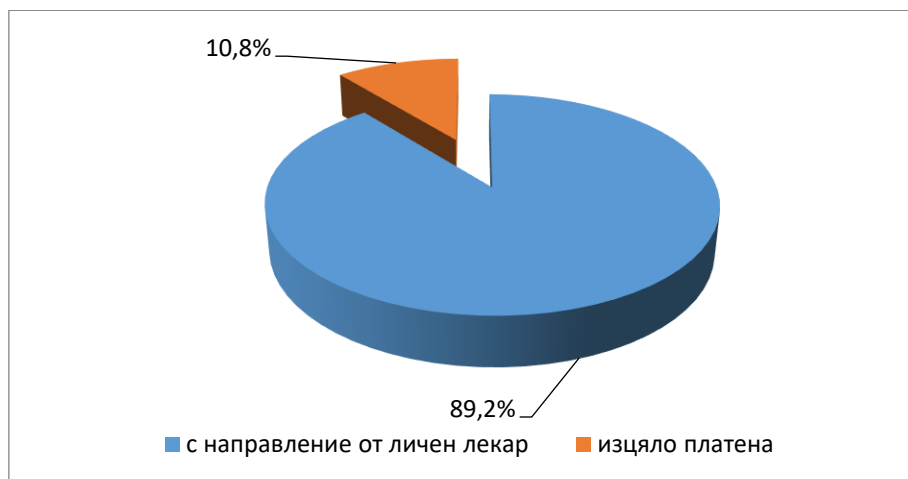
Анализът на резултатите показва, че според значителна част от жените има липсващи елементи, за да бъде грижата за бременните жени пълна и завършена, а те - удовлетворени. Основните насоки за промяна според анкетиранияте са (фиг.22): грижа, основаваща се на потребностите (66,4%); предоставяне на повече информация, касаеща бременността, раждането и послеродовия период (60,3%); повече внимание и време /51,2%/, емоционална подкрепа (60,3%). От данните става ясно, че бременните жени имат нужда услугите и грижите в пренаталната консултация да им бъдат предоставени по почтителен и емпатичен начин от персонала, който да поражда доверие, да е съпричастен и да предлага персонализирана грижа, съобразно индивидуалните потребности.



**Фиг. 22** *Насоки за промяна в грижите за бременните жени*

Здравното обслужване на бременните жени и майките до 42-я ден след раждането са регламентирани с Наредба №39 от 2004г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията и програмата „Майчино здравеопазване” на НЗОК. 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. [46,58] Здравната система у нас предоставя възможност за наблюдение на бременността, както по здравна каса, така и чрез персонално заплащане от ползвателите на здравните услуги.

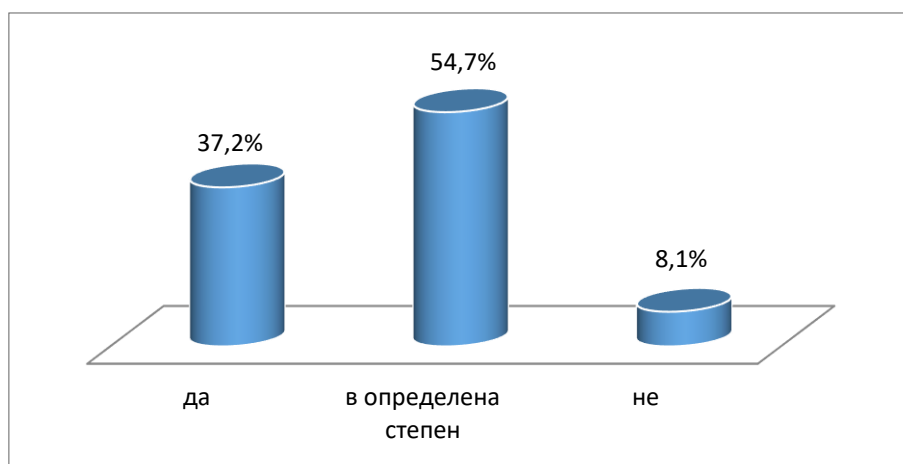
От фиг. 23 е видно, че големият относителен дял от респондентите са били насочени към пренаталната консултация с направление от личния лекар (89,2%), като са доплащали само за допълнителни изследвания. Делът на жените, които са предпочели да заплащат изцяло консултацията на бременността си е сравнително малък (10,8%).



**Фиг. 23 Степен на заплащане в ЖК**

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

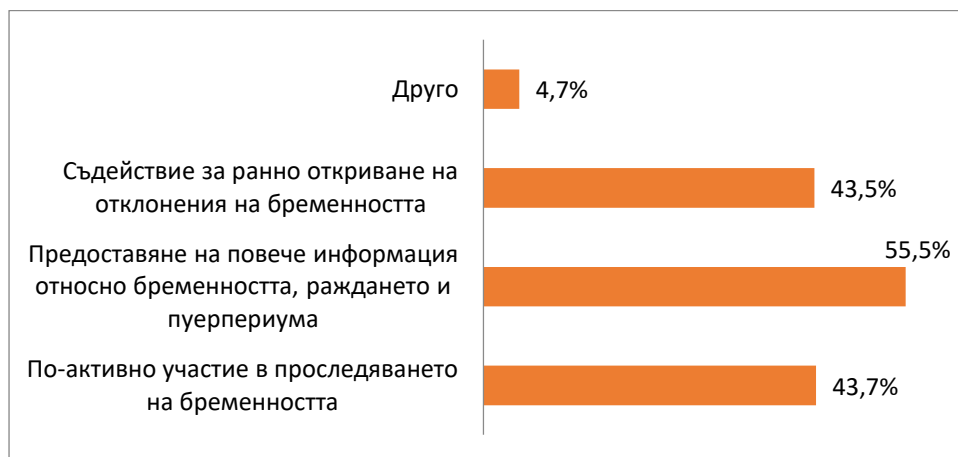
Дейността на акушерката е важен фактор в майчиното здравеопазване, тъй като тя е най-близо до бременните жени и родилките, до техните потребности и със специфичната си работа спомага за опазване и възстановяване на тяхното физическо и психическо здраве. Удовлетвореността на респондентите от грижите и вниманието на акушерката от пренаталната консултация са представени на следващата графика: (фиг.24)



**Фиг.24 Удовлетвореност на респондентите от акушерските грижи в ЖК**

Впечатление прави, че преобладаващият относителен дял от анкетираните жени (54,7%) са доволни в определена степен от грижите на акушерката в ЖК. 1/3 от тях са изразили пълна удовлетвореност от вниманието и участието на акушерката. Не е малък дялът на респондентите, които не са удовлетворени от акушерската грижа в пренаталната консултация е (8,1%). Запитани „Какви препоръки бихте дали относно грижите на акушерката от ЖК?“ (фиг.25) анкетираните жени са подкрепили всички предложени варианти. Най-голям е относителният дял на респондентите, които изискват акушерката от ЖК да отделя повече време за предоставяне на информация и съвети относно бременността, раждането и послеродовия период (55,5%). Голям е дялът на жените, които смятат, че акушерката трябва да участва по-активно в проследяването на бременността (43,7%) и да съдейства за ранното откриване на

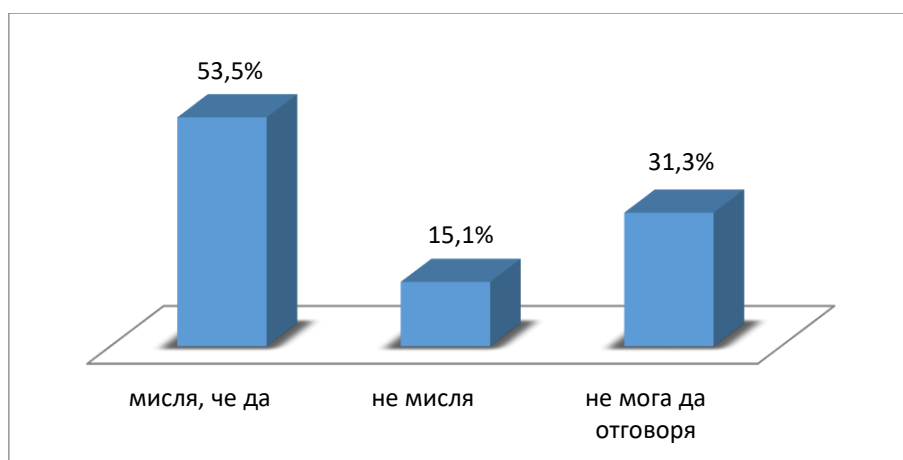
отклоненията от нормалния ход на бременността (43,5%). Не е констатирана статистическа зависимост между получените резултати и наличието на съпътстващо бременността заболяване у анкетираните жени (Коефициент на Пирсън  $\chi^2 = 0,046$ ,  $p > 0.05$ ). Не е установена такава и по отношение на паритета на респондентите (Линеен коефициент  $\chi^2 = 0.487$ ,  $p > 0.05$ ).



**Фиг.25 Препоръки към акушерката от пренаталната консултация**

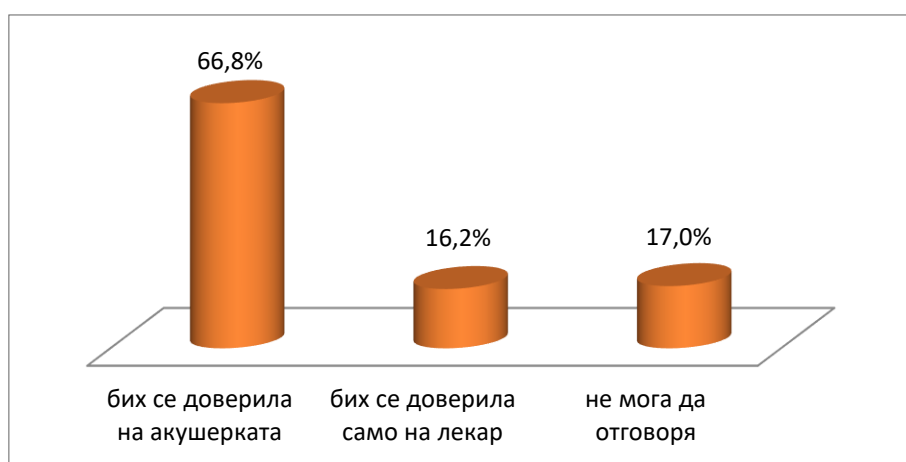
**Забележка:** Отговорите надхвърлят 100%, защото респондентите са дали повече от един отговор

На въпроса „Смятате ли, че при нормално протичаща бременност част от консултацията може да се води от акушерка?“ по-големият относителен дял от респондентите (53,5%) са отговорили положително (фиг.26).



**Фиг. 26 Преценка на жените за възможността на акушерката да води част от ЖК**

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



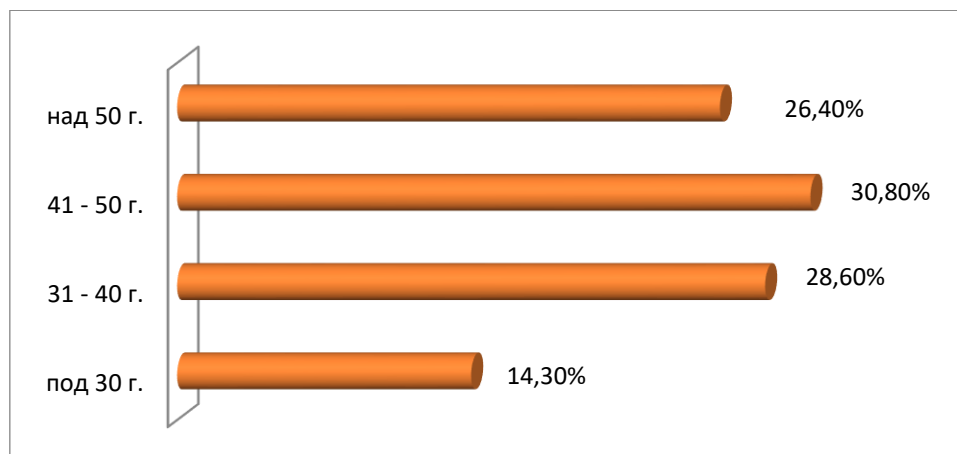
**Фиг. 27 Готовност за доверие на респондентите в акушерката, в случай че част от пренаталната консултация се води от нея**

Независимо от колебливите отговори на предходните въпроси, прави впечатление, че по-големият относителен дял от респондентите (66,8%) биха се доверили на акушерката, в случай че пренаталната консултация се води от нея. Това показва, че въпреки отслабените позиции на акушерките в обществото и разкола в гилдията, бременните жени не са ги забравили. Част от жените (16,2%) биха се доверили само на лекар, като подобен е делът на анкетираните жени (17,0%), които не са изразили мнение по въпроса (фиг.27). Наличието на съпътстващи заболявания и/или патология на бременността при голяма част от анкетираните жени биха могли да обяснят получените резултати.

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

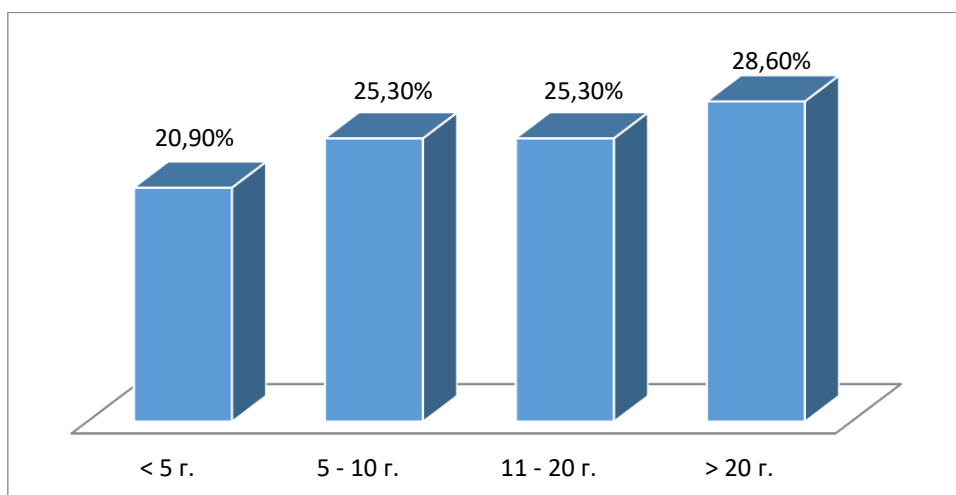
Съгласно действащите нормативни документи в България наблюдението на нормално протичаща бременност се извършва от личния лекар или от специалист по акушерство и гинекология по избор на бременната жена. Изучаването на мнението на акушер-гинеколозите по отношение на пренаталните грижи е от съществено значение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

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



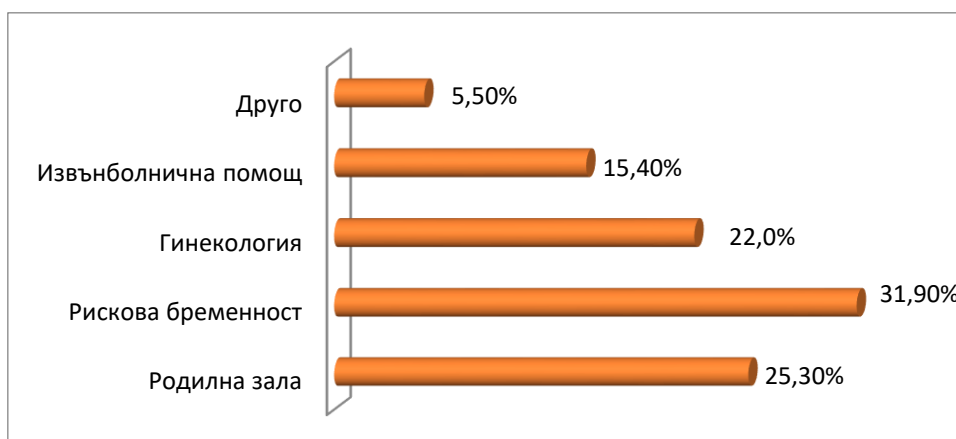
**Фиг. 28 Възрастово разпределение на респондентите**

По отношение на професионалния трудов стаж на респондентите се забелязва, че по-големият относителен дял се пада на акушер-гинеколозите със стаж над 20 години (28,6%). Еднакви относителни дялове (25,3%) имат групите с трудов стаж 5-10 години и 11-20 години. Най-малък е дялът на анкетираните със стаж по-малък от 5 години (фиг.29).



**Фиг.29** *Разпределение на респондентите според трудовия им стаж*

Анализът на разпределението на респондентите според настоящото им работно място показва, че най-голям е относителният дял на работещите в отделение Рискава бременност, следвани от Родилна зала (25,3%) и Гинекология (22,0%). Делът на заетите акушер-гинеколози в извънболничната помощ е 15,4% (фиг.30).



**Фиг.30** *Разпределение на респондентите според настоящото им работно място*

Резултатите показват, че преобладаващата част от анкетираните акушер-гинеколози работят в болничната помощ, като същевременно голяма част от тях провеждат и пренатални консултации на бременни жени в извънболничната помощ (табл. 8).

**Табл.8 Сравнителен анализ между това провеждат ли респондентите пренатална консултация на бременни жени и участва ли акушерка в нея**

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

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

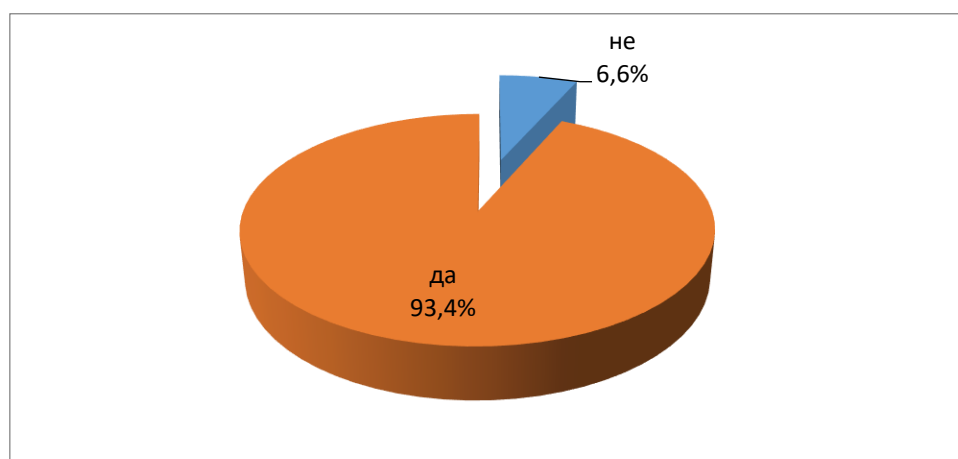


**Фиг. 31 Мнение на акушер-гинеколози по отношение подготвеността на акушерките за проследяване протичането на нормална бременност**

В обобщения анализ на мнението на анкетираните акушер-гинеколози относно подготвеността на акушерките за проследяване протичането на нормална бременност трябва да се подчертае, че относителният дял на тези от тях, които са отговорили отрицателно е малък (1,10%). Преобладаващата част от респондентите са на мнение, че

акушерките притежават необходимата подготовка за проследяване на нормално протичаща бременност (48,4%). Подобен е относителният дял (47,3%) на специалистите по акушерство и гинекология, които смятат, че е необходима допълнителна подготовка на акушерките, за да провеждат пренатални консултации на бременни жени (фиг. 31). Не се установява статистически значима зависимост между трудовия стаж на специалистите по АГ и настоящото им работно място и мнението им за степента на подготвеност на акушерките за проследяване протичането на нормална бременност (Тест на Крускал-Уолис ( $\chi^2 = 1.825, p > 0.05$ ; ( $\chi^2 = 1.804, p > 0.05$ ). Съществува обаче, статистически значима зависимост между това провеждат ли акушер-гинеколозите пренатална консултация, независимо от участието на акушерка в нея и мнението им за подготвеността на акушерките за проследяване протичането на нормална бременност (Тест на Ман-Уитни  $U = 742, p = 0.035 > 0.05$ ).

По отношение възможността част от пренаталната консултация да се води само от акушерка резултатите са следните:

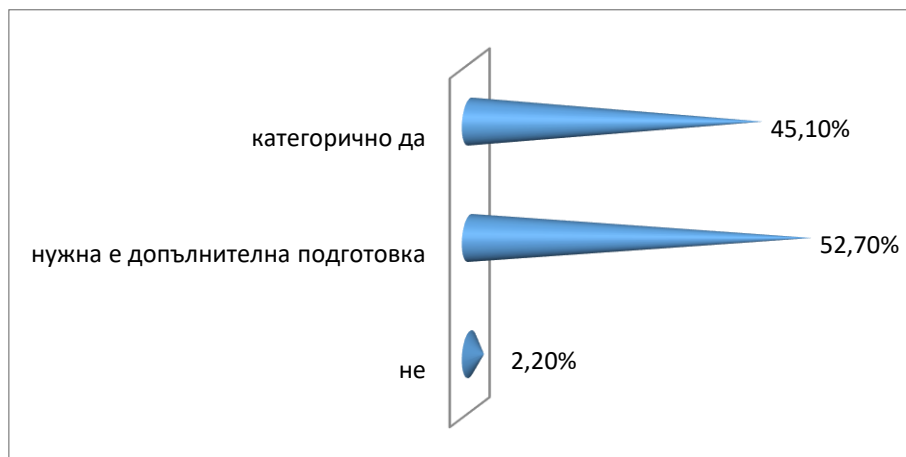


**Фиг.32 Мнение на респондентите относно възможността част от пренаталната консултация да се води само от акушерка**

От анализа ясно личи, че значителният дял от акушер-гинеколозите (93,4%) са на мнение, че акушерката може да провежда част от пренаталната консултация при нормална бременност. Сравнително малък е

относителният дял на респондентите (6,6%), които са дали отрицателен отговор (фиг.32). Не се установява статистически значима зависимост между това провеждат ли пренатална консултация респондентите (с или без участието на акушерка) и мнението им относно възможността акушерката да води част от консултацията на бременните жени (Екзактен метод на Фишер,  $p > 0.05$ ).

Основна приоритетна задача по отношение на пренаталните грижи е обхващането на жените в ранни срокове на бременността и тяхното проследяване в динамика. Това позволява своевременно идентифициране на екстрагенитални патологии, рискови фактори с цел вземане на превантивни и лечебни мерки, насочени към предотвратяването на усложнения на бременността, раждането и послеродовия период. [22] Мнението на анкетираните специалисти по акушерство и гинекология относно възможността акушерката да идентифицира наличието на рискови фактори на база данните от анамнезата и обективното изследване на бременната жена е представено на следващата графика(фиг.33):

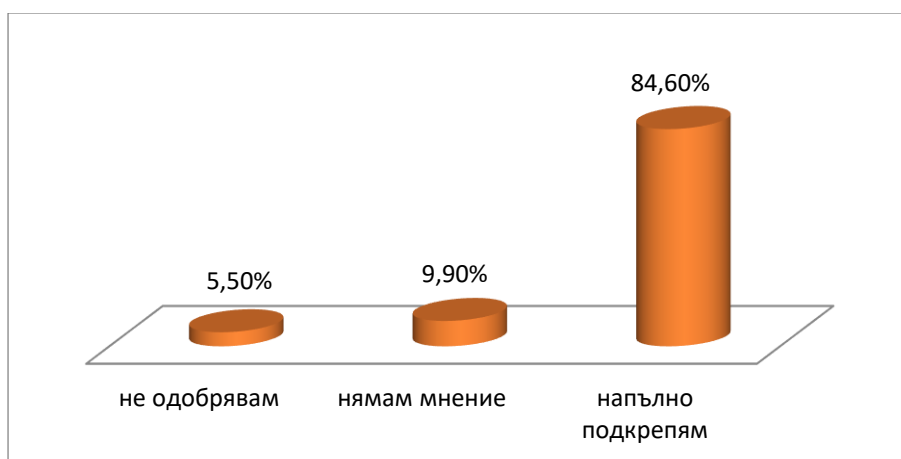


**Фиг.33 Мнение на АГ относно възможността акушерката да идентифицира наличието на рискови фактори на база данните от анамнезата и обективното изследване на бременната жена**

От резултатите е видно, че преобладаващата част от респондентите (52,7%) смятат, че е необходима допълнителна подготовка на акушерките, за да се справят с отговорността да идентифицират наличието на рисковите

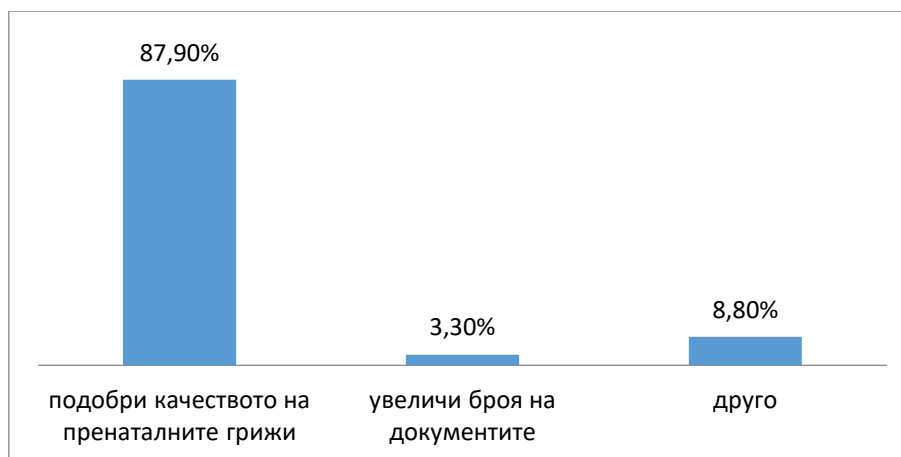
фактори при проследяването на бременността. По-малък е относителният дял на акушер-гинеколозите (45,1%), които са категорични, че настоящото ниво на подготовка позволява на акушерката да се справи с тази задача. Делът на посочилите отрицателен отговор е сравнително малък (2,2%)

На въпроса „Как приемате идеята в ЖК да се въведе протокол за оценка на риска от настъпване на усложнения на бременността, който да се попълва от акушерката при всяко посещение на бременната жена?“, впечатление прави големият относителен дял на респондентите, които напълно подкрепят това предложение (84,6%). Мнение по въпроса не са изразили 9,9% от анкетираните, а 5,5% не подкрепят идеята в ЖК да се въведе протокол за оценка на риска от настъпване на усложнения на бременността (фиг. 34). Не съществува статистически значима зависимост между това, провеждат ли респондентите пренатални консултации на бременните жени в извънболничната помощ и готовността им да приемат идеята за въвеждане на протокол за оценка на риска в ЖК (Тест на Ман-Уитни ( $U = 953$ ,  $p = > 0.05$ )). Такава не се установява и между трудов стаж, настоящо работно място на анкетираните специалисти по акушерство и гинекология и мнението им за въвеждането на протокол за оценка на риска в ЖК (Тест на Крускал-Уолис  $\chi^2 = 4.35$ ,  $p > 0.05$ ;  $\chi^2 = 5.138$ ,  $p > 0.05$ ).



**Фиг. 34** Оценка на възможността за въвеждане в ЖК на протокол за оценка на риска, воден от акушерка

По отношение ползите и негативите от въвеждането на такъв документ в ЖК специалистите по акушерство и гинекология са почти единодушни (87,9%), че протоколът за оценка на риска от настъпване усложнения на бременността ще подобри качеството на пренаталните грижи (фиг.35).

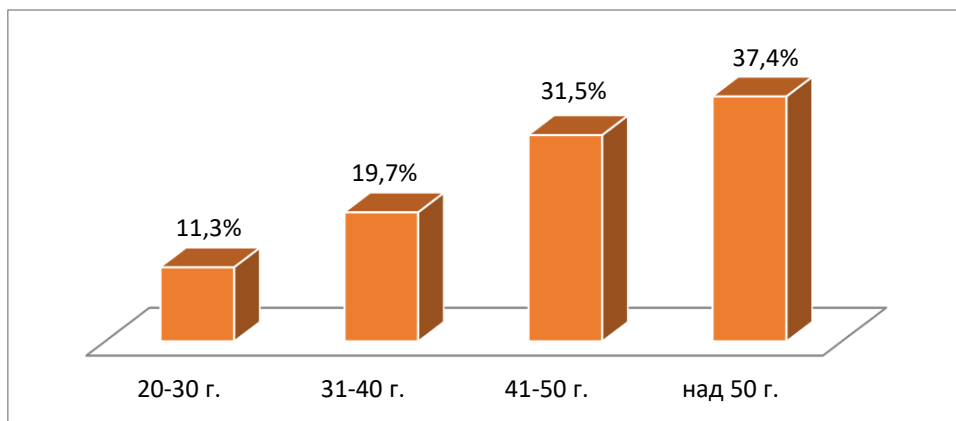


**Фиг. 35 Предимства и недостатъци от въвеждането на протокол за оценка на риска в пренаталните консултации**

Малък е относителният дял на акушер-гинеколозите (3,3%), които са на мнение, че въвеждането на протокола за оценка на риска ще увеличи броят на документите, които се попълват в ЖК. 1/10 от анкетираните са посочили отговор „друго“ без да се аргументират точно какво имат предвид.

### **3.3. Проблеми на пренаталната консултация според акушерките**

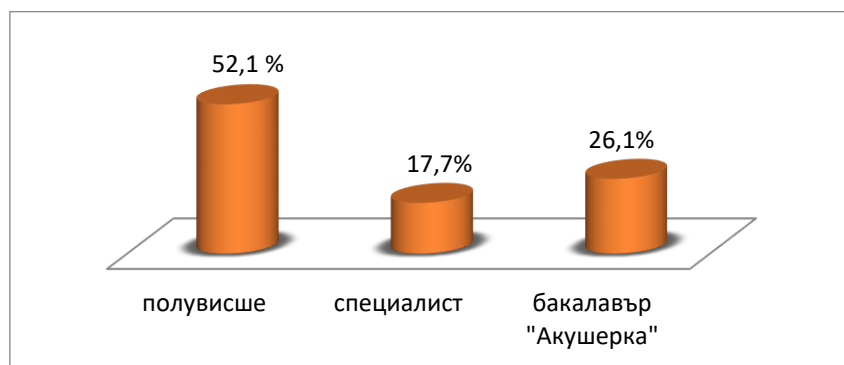
Анкетирани са 238 акушерки от цялата страна. Анализът на възрастовата структура на респондентите показва, че най-висок е относителния дял на акушерките, които са във възрастовата група над 50 години (37,4%), следвани от тези на възраст 41-50 години. Най-малък е делът (11,3%) на медицинските специалисти, оказващи акушерски грижи във възрастовата група под 30 години (фиг. 36).



**Фиг. 36 Възрастово разпределение на респондентите**

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

Относно образователния ценз на анкетираните акушерки, резултатите са следните (фиг.37):

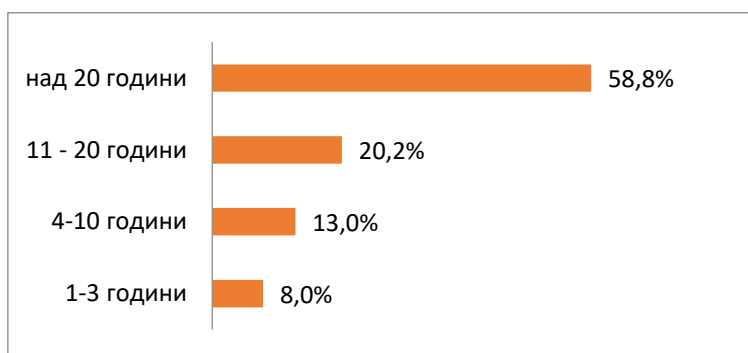


**Фиг. 37 Образователен ценз на респондентите**

Най-голям е относителният дял на акушерките с полувисше образование, което корелира с възрастовата характеристика на респондентите. Следват анкетираните лица с образователно-квалификационна степен /ОКС/ „бакалавър” Акушерка (26,1%). Делът на акушерките с образователно-квалификационна степен ”специалист” е най-

малък (17,7%). От анализа на резултатите става ясно, че почти половината от акушерките с полувисше образование (48,2%) и ОКС „специалист” (28,6%) са повишили базовия си образователен ценз до степен бакалавър „Управление на здравните грижи”.

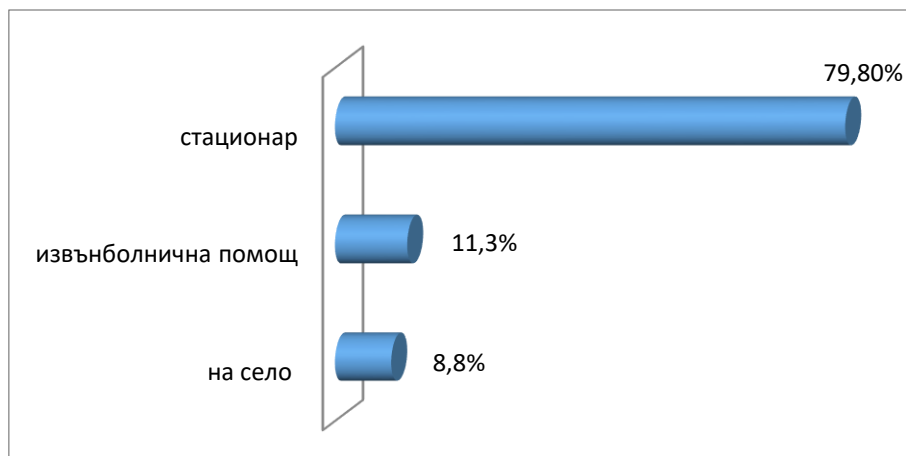
По отношение на професионалния трудов стаж на респондентите (фиг.38) се забелязва, че по-големия относителен дял се пада на акушерките със стаж над 20 години (58,8%), след тях са тези със стаж 11-20 години (20,2%). Делът на акушерките с трудов стаж между 4-10 години е 13,0%. Най-малко са респондентите с трудов стаж 1-3 години (8,0%).



**Фиг. 38 Трудов стаж по специалността**

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

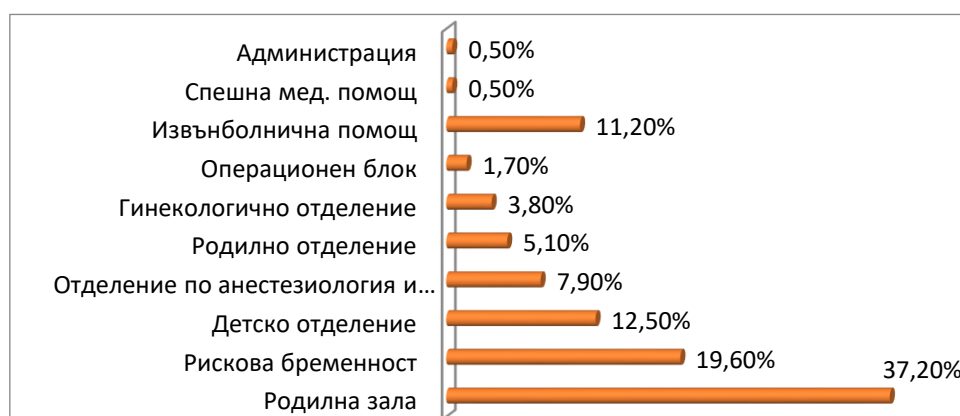
Началото на трудовия стаж до голяма степен определя и последващото професионално развитие на личността (фиг.39).



**Фиг. 39** Разпределение на анкетираните според структурата, в която е започнал трудовият им стаж

Преобладаващата част от анкетираните акушерки (79,8%) посочват, че професионалният им стаж е започнал в стационар: родилна зала, детско отделение, родилно отделение, патологична бременност. Извънболничната помощ е била старт за стажа на 11,3% от респондентите. Най-малък е дялът на акушерките, които са започнали професионалната си кариера в селската здравна служба (8,8%).

Идентични са резултатите и по отношение на настоящото работно място на анкетираните лица (фиг. 40).



**Фиг. 40** Разпределение на респондентите според настоящото им работно място

Преобладаващата част от анкетираните акушерки са заети в болничната помощ, като най-голям е относителният дял на работещите в родилна зала (37,2%), следвани от работещите в патологична бременност (19,6%), детско отделение (12,5%), ОАИЛ (7,9%) и т.н. Сравнително малък

е относителния дял на работещите в ИБ помощ акушерки (11,2%), Спешен приемнен кабинет(0,5%) и Администрация(0,5%). Анализът на резултатите относно настоящето работно място на анкетираните акушерки показва, че респондентите работят основно с бременни жени и родилки и са наясно с техните потребности и проблеми.

Бързите темпове на научното познание водят до промени във философията на акушерската професия и непрекъснато повишаване на изискванията към нея. Това налага необходимостта от перманентно обучение на медицинските специалисти, извършващи акушерски грижи, за да се изградят като професионалисти, които предлагат здравни грижи на необходимото професионално ниво.



**Фиг.41** *Необходимост и форми за повишаване на квалификацията им*

Анализът на мнението на анкетираните акушерки относно необходимостта и формите за повишаване на квалификацията (фиг.41)показва, че предпочитана форма за повишаване на квалификацията им са различните курсове за следдипломно обучение (76,1%). Впечатление прави, че 1/4 от респондентите са завършили или записали магистратура (26,1%) или имат/ще запишат специализация (11,8%). Не са малко анкетираните акушерки, които не повишават квалификацията си, защото смятат, че не е необходимо (6,7%) или защото нямат финансова възможност (9,7%). Не се отчита статистически значима зависимост между възрастта на респондентите и мнението им относно необходимостта и формите за повишаване на квалификацията им (Тест на Крускал-Уолису $\chi^2 = 3.363$ ,  $p > 0.05$ ), което показва, че като цяло акушерките имат нагласа за

продължаващо обучение. Това се потвърждава и от следващия сравнителен анализ (табл.9).

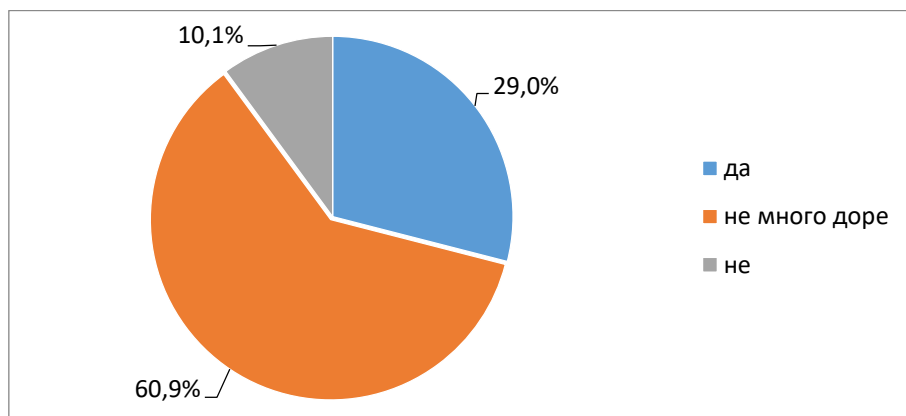
*Табл. 9 Сравнителен анализ на самооценката на акушерките за оказване на качествени акушерски грижи и за извършване на самостоятелни дейности при проследяване на нормална бременност*

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

Данните показват, че около 1/2 от анкетираните акушерки смятат, че подготовката им – теоретична и практическа до момента е напълно достатъчна за оказване на качествени акушерски грижи (52,9%), включително и за извършването на самостоятелни дейности при проследяване на нормална бременност (43,4%). Подобни са относителните дялове на респондентите, които смятат, че се нуждаят от допълнително обучение, за да извършват акушерските грижи на необходимото професионално ниво. 1/10 от респондентите не са удовлетворени от настоящото си ниво на подготовка, както по отношение на качеството на грижите, така и за практикуването на самостоятелни дейности в тази област. Установена е статистически значима зависимост между трудовия стаж на анкетираните акушерки и самооценката за нивото им на подготовка в полза на по-богатия професионален опит (Тест на Крускал-Уолис  $\chi^2 = 14.742$ ,  $p < 0.05$ ;  $\chi^2 = 8,259$ ,  $p < 0.05$ ). Съществува такава зависимост и между местоработата на акушерките и мнението за

подготвеността им за самостоятелни дейности при проследяване на нормална бременност. (Тест на Крускал-Уолис  $\chi^2 = 10.775$ ,  $p < 0.05$ )

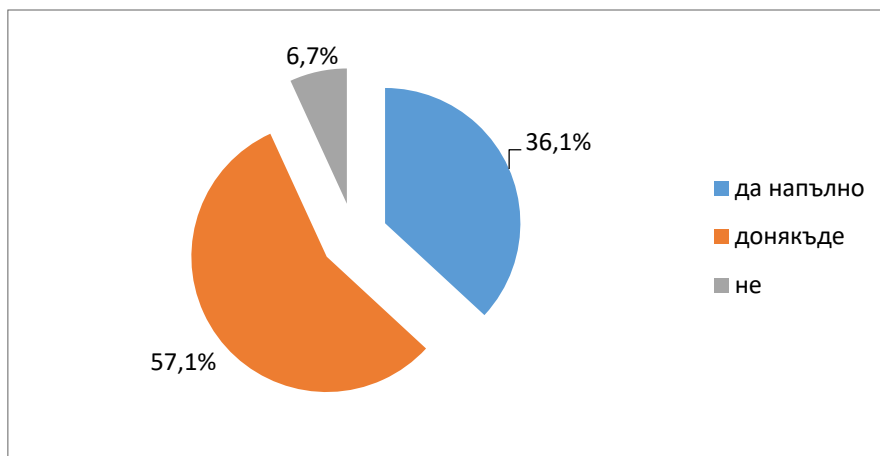
Добрият професионалист трябва да познава в детайли както задълженията, така и правата си, регламентирани в нормативните документи. Наясно ли са акушерките с нормативните документи, регламентиращи дейността им е видно от следващата графика (фиг.42):



**Фиг.42 Информаност на респондентите относно нормативните документи, регламентиращи дейността им**

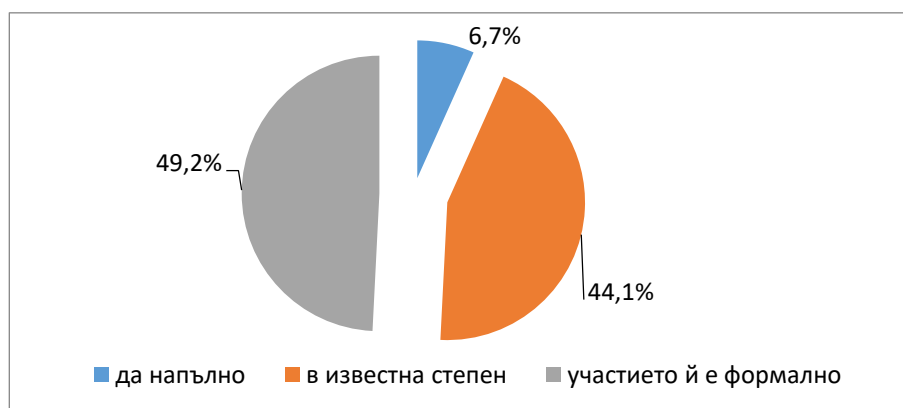
Преобладаващата част от анкетираните (60,9%) не познават много добре стандартите и нормативните документи, които регламентират дейността на акушерките. 1/3 от респондентите са напълно запознати с нормативната база, която урежда акушерската практика, включително и правото на самостоятелна такава. Не е малък относителният дял на акушерките, които не познават документите, регламентиращи дейността им (10,1%). От обобщения анализ става ясно, че като цяло акушерките не познават добре нормативната уредба на професията си, което ги прави уязвими и уронва авторитета им.

На въпроса „Запозната ли сте със задачите на акушерката от съществуващата в момента Женска консултация?“ анкетираните лица са дали следните отговори(фиг. 43):



**Фиг.43** Степен на информираност на респондентите относно дейността на акушерката от съществуващата в момента пренатална консултация

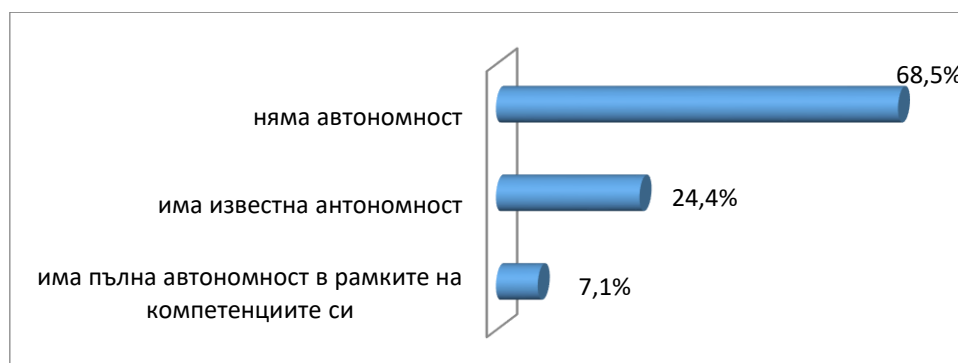
Повече от 1/3 от респондентите са добре запознати със задачите на акушерката от съществуващата към настоящия момент пренатална консултация. По-големият относителен дял от тях (57,1%) са посочили отговор „донякъде”. Получените резултати показват, че респондентите познават дейността на пренаталната консултация и участието на акушерката в нея. Тази информираност се обяснява с настоящото работно място на респондентите - мнозинството от тях работят в структури, които предоставят услуги на бременни жени и родилки. Това обуславя категоричните отговори на следващия въпрос „Смятате ли, че акушерката от ЖК участва пълноценно в пренаталната консултация на бременните жени?”(фиг.44).



**Фиг. 44** Участие на акушерката от ЖК в пренаталната консултация на бременните

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

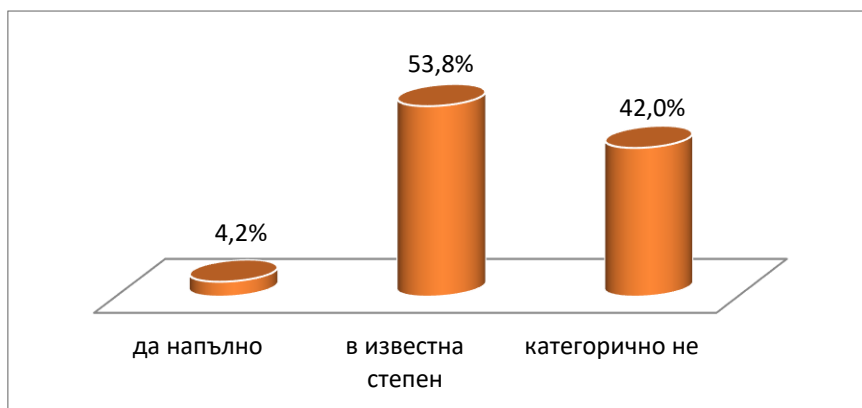
След промените в националното законодателство и Единните държавни изисквания за обучение по специалност „Акушерка”, съобразно Европейските директиви, акушерките имат компетентност и право на професионални дейности, които да извършват сами, както и на самостоятелна практика [42, 43], с други думи автономността на акушерките е законово регламентирана. Независимо от това, преобладаващият относителен дял от респондентите (68,5%) са на мнение, че акушерката на практика няма автономност в дейностите си и работи само по лекарско назначение. Според 1/3 от анкетираните лица акушерката има известна автономност (24,4%). Сравнително малък е дялът (7,1%) на тези, които смятат, че акушерката има необходимата автономност в рамките на своите компетенции(фиг.45).



**Фиг. 45** Мнение на респондентите относно автономността на акушерката

Въпреки направените нормативни промени ролята на акушерката към момента в България е сведена до асистент на лекаря. Тя не може да работи в съответствие с международните препоръки и е изключена като автономен специалист. 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.

Важна част от работата на пренаталната консултация е предоставянето на здравна информация на бременните жени по въпросите на бременността и майчинството. Относно здравната промоция в ЖК, респондентите са изразили следните мнения(фиг.46):

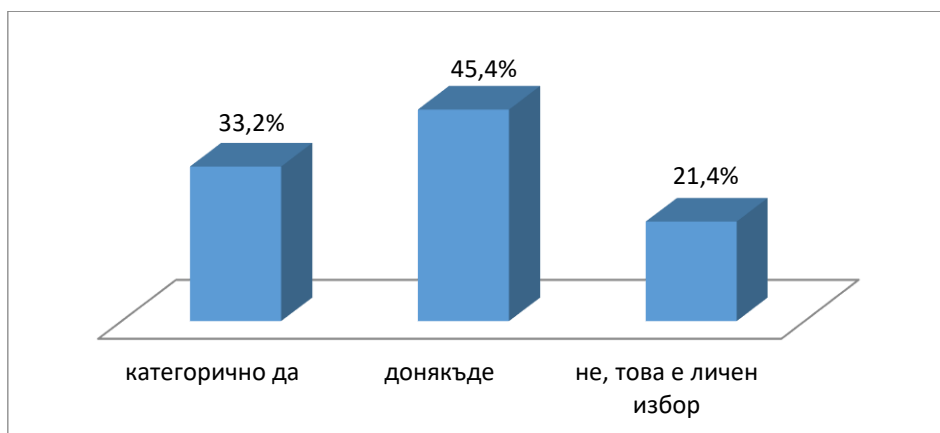


**Фиг.46 Степен на информираност на бременните от ЖК по въпросите на бременността, раждането и послеродовия период според акушерките**

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

Информацията е основен ресурс на всяка дейност в съвременното общество, източниците ѝ са многобройни и разнообразни. Съвсем

очаквано предвид бързината и лесния достъп, които осигурява, интернет е един от основните източници на информация и за бременните жени. Респондентите са наясно с този факт (фиг.47).



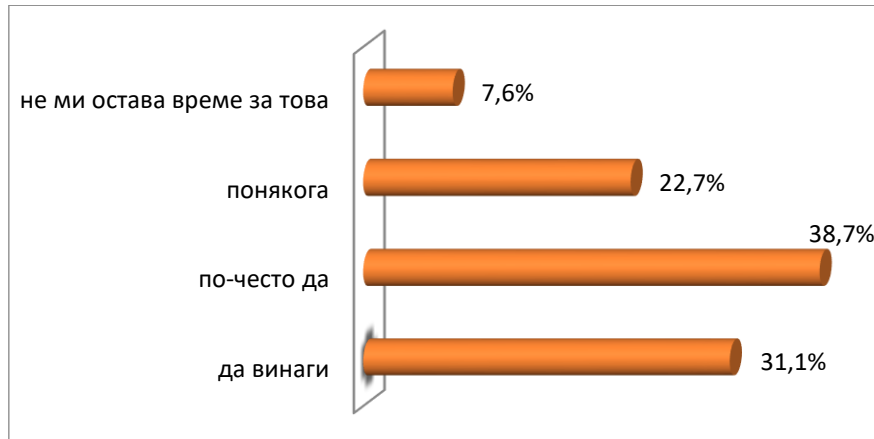
**Фиг.47 Недостатъчната здравна промоция в ЖК – причина интернет да бъде основен източник на информация за бременните жени**

1/3 от анкетираните акушерки (33,2%) посочват, че основната причина глобалната мрежа да е водещ източник на информация за бременните жени са пропуски в дейността на пренаталните консултации. По-голям е относителния дял на акушерките (45,4%), които не са толкова категорични, но смятат че недостатъчната здравна промоция в ЖК има вина за водещата роля на интернет като източник на информация по въпросите на бременността, раждането и послеродовия период. Според 21,4% от респондентите всеки има право да избира от къде да получи необходимата му информация.

Пренаталната консултация е службата, която би трябвало да се предостави най-пълната информация на жената по всички въпроси, които я интересуват във връзка с бременността, раждането и отглеждането на детето ѝ. Здравната промоция, която провежда пренаталната консултация е един от сигурните гаранتي за женското и детското здраве.

Според анализа на психолози съвременната жена има повишени изисквания към средата, в която ражда и отглежда децата си. Тя активно търси услуги, продукти и информация, свързани с репродукцията и

отглеждането на децата си до най-дребния детайл. Това определя и основната предпоставка за постигане на високо качество на здравните грижи, а именно комуникация с пациента и предоставяне на информация.



**Фиг.48**Разпределение на респондентите според времето, което отделят на жените за здравна промоция

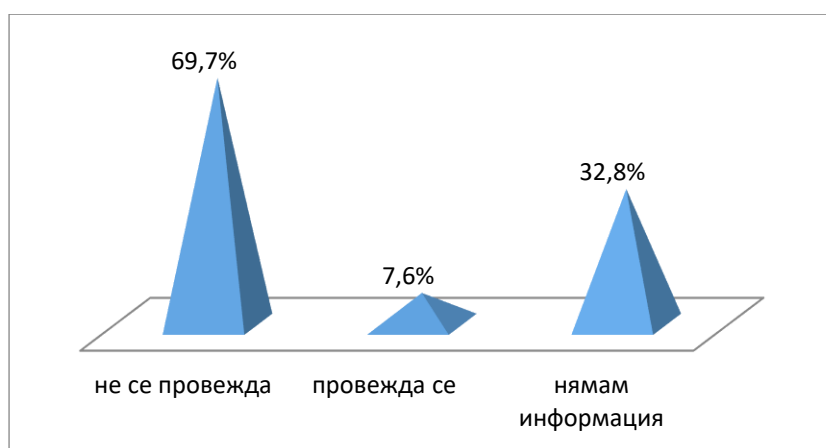
1/3 от анкетираните акушерки посочват, че винаги отделят време, за да предоставят на пациентките си необходимата здравна информация (фиг.48). Малко по-голям е относителният дял на тези, които по-често, но не винаги намират време за тази дейност (38,7%), а 22,7% са дали отговор „понякога”. Предвид това, че здравната промоция е сред основните компетенции на специалистите по здравни грижи, трябва да се отбележи, че част от анкетираните акушерки (7,6%) изобщо не намират време за комуникация с жените. Констатира се статистически значима разлика с резултатите от анализа на същия въпрос, зададен на потребителите на пренаталните грижи – бременни жени и родилки (Линеен коефициент ( $\chi^2 = 3,808$ ,  $p < 0.05$ ). Това показва, че самооценката на акушерките за времето, което отделят за предоставяне на здравна информация е твърде субективна и не отговаря на потребностите на ползвателите на техните услуги.

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

получаването на информация, както и изслушването са също толкова важни, колкото самото лечение и грижи.[70] Формирането на професионални умения за общуване в акушерството все още не се явява приоритетна цел. Това е една от причините, обуславяща снижаване на качеството на акушерските грижи и авторитета на акушерската професия.

Важен елемент от дейността на акушерката в пренаталната консултация е психопрофилактиката. Тя е част от комплексната подготовка за раждането и включва придобиването на знания за промените в организма по време на бременността и тяхната обратимост, за вътреутробното развитие на бебето, за периодите на раждането, за следродилния период. Не по-малко значение има и физическата подготовка, включваща специални гимнастически упражнения и овладяване на техники за дишане.

Относно мнението на респондентите провежда ли се психопрофилактика и физическа подготовка на бременните в пренаталната консултация, резултатите са следните (фиг.49):

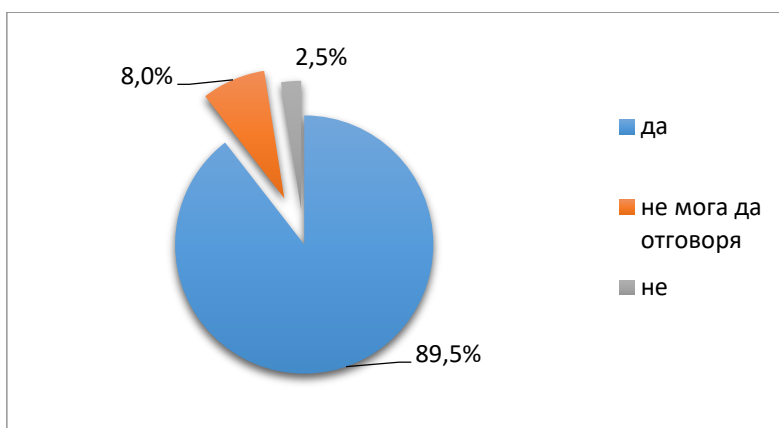


**Фиг.49 Провежданена психопрофилактика в пренаталните консултации**

С оглед естеството на работа на анкетираните и познаването на проблемите на бременните и родилките, мнозинството от тях (69,7%) са

наясно, че в съществуващите към момента пренатални консултации не се провежда психопрофилактика и физическа подготовка за предстоящото раждане. 1/3 от респондентите нямат информация по този въпрос. Сравнително малък е относителния дял на тези, според които пренаталните консултации провеждат психопрофилактични занимания (7,6%).

От обобщения анализ на резултатите до момента става ясно, че като цяло анкетираните акушерки не са удовлетворени от съществуващата към момента пренатална консултация и от участието на акушерката в нея. Това се потвърждава с отговорите на следващия въпрос: „Смятате ли, че е необходима промяна в грижите за бременните жени?“ (фиг.50).



**Фиг.50** *Необходимост от промяна в грижите за бременните жени*

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

Насоките за промяна в грижите за бременните жени според анкетираните акушерки са представени на следващата графика (фиг.51):



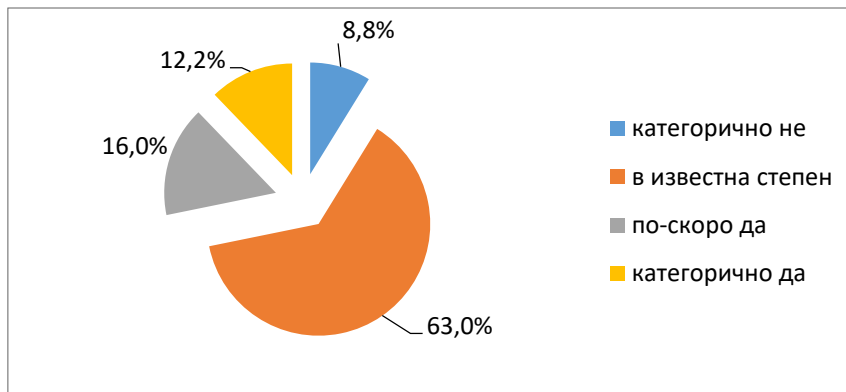
**Фиг.51 Насоки за промяна в грижите за бременните жени**

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

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

Акушерките вече са широко признати в много страни като жизненоважен и рентабилен принос към висококачествената грижа за бременна, майка и новородено. Те са първични доставчици на здравни услуги за милиони жени по света, а акушерският модел на грижи, основан на нормалната физиология, социология и психология на бременността, раждането и послеродовия период, поставя един златен стандарт за възможно най-добри резултати в майчиното здравеопазване. Въпреки това потенциалът, икономическите и здравни ползи на този модел далеч не са реализирани у нас.

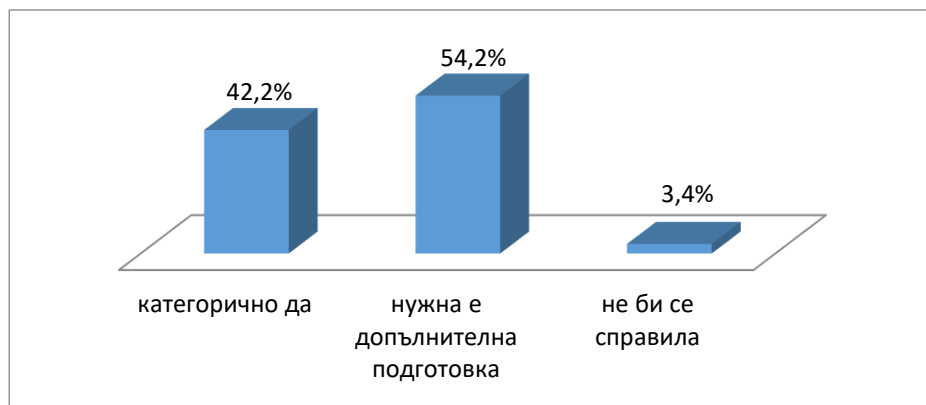
Доверието към акушерската професия и уважението към акушерския труд сред бременните жени е било и продължава да бъде обект на задълбочени проучвания (фиг.52).



**Фиг .52 Липса на авторитет и доверие на акушерката**

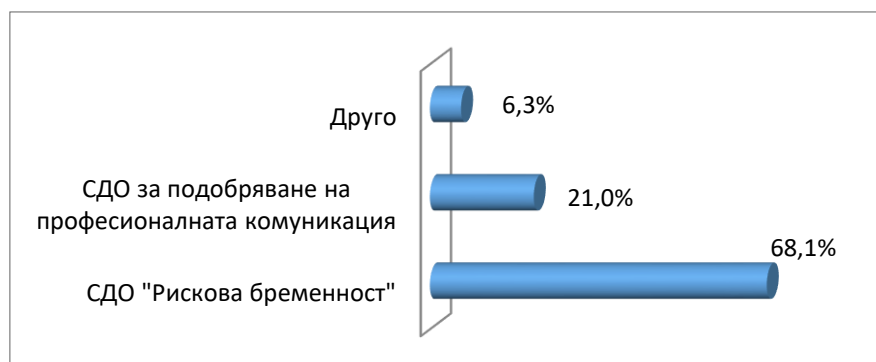
По-големият относителен дял от анкетираните акушерки (63,0%) смятат, че са загубили „в известна степен” доверието и авторитета си сред жените. Положителен отговор с различна степен на категоричност са дали съответно 16,0% от респондентите - „по-скоро да” и 12,2% - „категорично да”. Дългите години на зависими акушерски функции, посочва Д.Димитрова, обезличиха акушерката като специалист, който може самостоятелно да води нормално раждане и да проследява нормално протичаща бременност. Комерсиализирането на здравните услуги елиминира акушерката като евентуален конкурент на този пазар. [25] Това са част от причините, които обясняват получените резултати.

Според препоръките на Генералната асамблея на XIII Световен конгрес на FIGO, акушерката е „най-подходящото лице за грижа при нормална бременност и пуерпериум, включително и за оценка на риска и установяване на усложнения” [119, 136]. Мнението на акушерките относно степента им на подготовка за идентифициране на рисковите фактори на бременността е представено на следващата графика(фиг.53).



**Фиг.53 Степен на подготовка за идентифициране рисковите фактори на бременността**

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

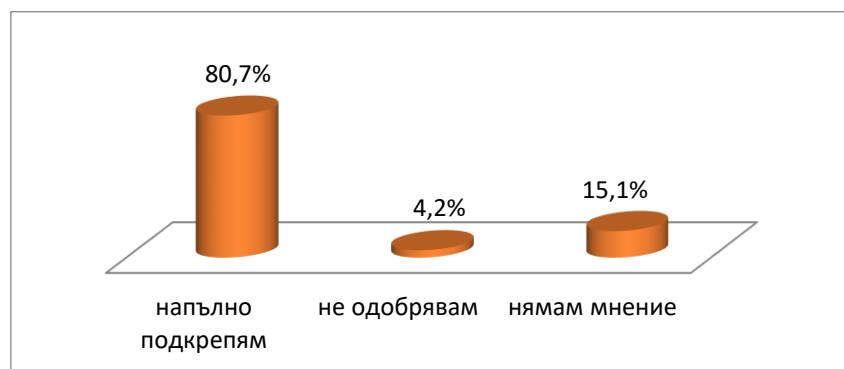


**Фиг. 54 Насоки за допълнителна подготовка на акушерките за идентифициране рисковите фактори на бременността**

Големият относителен дял от анкетираните акушерки (68,1%) смятат, че е необходимо следдипломно обучение в областта на Рисковата бременност. Друга част (21,0%) посочват, че за да се справи акушерката с

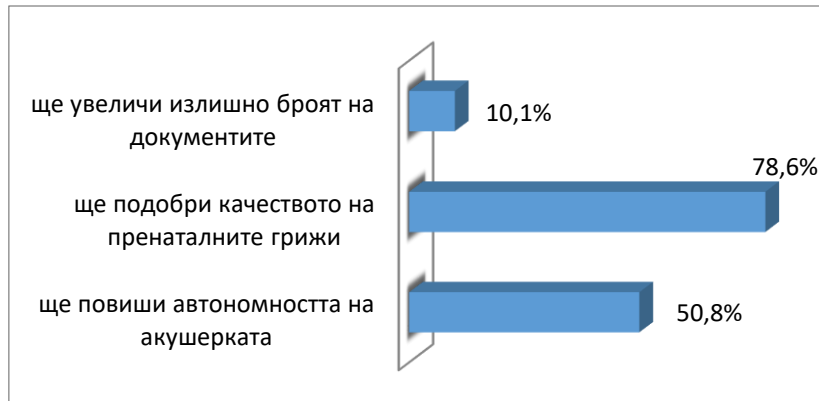
тази отговорност е нужно обучение за подобряване на професионалната им комуникация. Малък дял от респондентите (6,3%) са дали отговор „друго” и са предоставили собствени предложения за допълнителна подготовка на акушерките, сред които внимание заслужават: нови модели за пренатални грижи и запознаване с международния опит в грижите за бременните жени.

Анализът на мнението на анкетираните акушерки относно въвеждането на протокол за оценка на риска от настъпване на усложнения на бременността, който да се попълва от акушерката при всяко посещение на бременната в пренаталната консултация показва, че болшинството от тях (80,7%) напълно подкрепят това предложение. Относителният дял на респондентите, които не одобряват идеята е сравнително малък (4,2%), а 15,1% не са изразили мнение по този въпрос (фиг.55). При направена съпоставка с мнението на специалистите по акушерство и гинекология по този въпрос не се констатира статистически значима зависимост (Тест на Ман-Уитни  $U = 10447$ ,  $p > 0.05$ ).



**Фиг. 55 Въвеждане на протокол за оценка на риска в ЖК**

Оценката на риска от възникване на усложнения на бременността е актуална методика за редица страни. Представява модел за индивидуално изчислен риск от усложнения на бременността, който дава възможност за преизчисляване на риска и изработване на план за родоразрешение. Относно ползите и негативите от въвеждането на протокол за оценка на риска резултатите са следните (фиг.56):

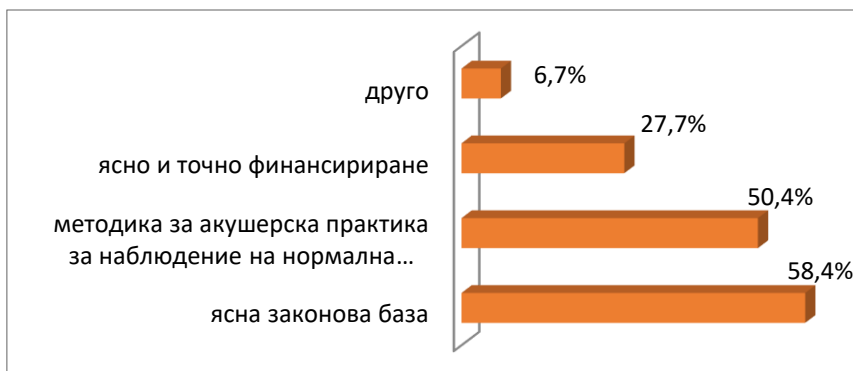


**Фиг.56 Предимства и недостатъци от въвеждането на протокол за оценка на риска в ЖК**

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

Преобладаващата част от анкетираните акушерки (78,6%) смятат, че въвеждането на такъв документ в пренаталната консултация ще подобри качеството на грижите, ще създаде по-голямо доверие между акушерката и бременната жена, ще оптимизира приемствеността между пренаталната консултация и родилния дом, ще даде възможност да се направи план за раждане. Голям е относителният дял и на тези, които са на мнение, че протоколът за оценка на риска ще повиши автономността на акушерката (50,8%). Всяка промяна е свързана със съпротива, която не липсва и тук. Според 1/10 от респондентите въвеждането на такъв формуляр ще увеличи излишно броя на документите, с които акушерката работи.

На въпроса „Какво би Ви мотивирало, за да работите в самостоятелна акушерска практика за наблюдение на бременни с нормална протичаща бременност?“ водещи мотиви за респондентите са: ясната законова база (58,4%), последвана от разработена методика /модел/ на акушерска практика за наблюдение на нормална бременност (50,4%) и точно регламентирано финансиране (27,7%). Малък дял от анкетираните акушерки (6,7%) са посочили отговор „друго“, като са се аргументирали, че нямат желание да работят в самостоятелна практика и нищо не би могло да ги мотивира (фиг.57).



**Фиг. 57 Мотивация на респондентите за работа в самостоятелна акушерска практика за наблюдение на нормална бременност**

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

Към момента е налице накъсано осигуряване на грижата за майка и новородено, като фокусът е идентификация и лечение на патология. Необходима е промяна, необходим е цялостен подход, който да акцентира върху личността на жената - бременна или родилка, осигуряването на максимално добро здраве за нея и детето ѝ, превенция и ранно откриване на проблемите и внимание върху емоционалните и социалните аспекти на бременността, раждането и послеродовия период. С други думи е нужен стандарт /модел/ за акушерски грижи, които ясно и точно да определи мястото и ролята на акушерката в цялостната грижа за жената.

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

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

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

В развитите страни, които имат най-добри показатели за майчина и детска смъртност, именно акушерките са основните медицински специалисти за грижа по време на нормална бременност и пуерпериум, включително и за оценка на риска и установяване на отклонения от физиологичния ход на бременността, раждането и послеродовия период. Акушерката притежава нужната подготовка и компетентност, за да направи оценка на риска въз основа на данните от: анамнеза, общо изследване, акушерско изследване и лабораторни изследвания / ПКК, кръвна захар, кръвна група и Rh-фактор, серологични изследвания/.

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

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

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

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

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

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

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

Въз основа задълбочен анализ на чуждестранни литературни източници на добрата практика в областта на пренаталните грижи, както и на емпиричните данни от настоящото проучване разработихме Протокол за оценка на риска от възникване на усложнения по време на бременността,

който да се попълва от акушерката от пренаталната консултация съответно при: първата визита, при всяка следваща визита и в края на бременността. За целта са предложени три формуляра в електронен вариант. /Приложение № 4, 5, 6/

За определянето на факторите и степените на риска е използвана адаптирана таблица, оригиналът на която се прилага в Испания (Каталуния).[114](табл.10)

**Табл.10 Фактори и степени на риска през бременността.**

<b>Степен на риска</b>	<b>Фактори от анамнезата</b>	<b>Фактори от настоящата бременност</b>
<b>Нисък /риск 0/</b>	липсват	липсват
<b>Среден/риск1/</b>	Аномалии на таза; ССЗ – ФК I; Възраст < 16 и >35 г.; Недостатъчни пренатални грижи; Неясна ПРМ; Мултипаритет; Нисък социално-икономически статус; Наднормено тегло преди бременността; Нисък ръст; Инфертилитет; Пушене.	Близнаци; Rh-несъвместимост; Експесивно/недостатъчно наддаване на тегло; Кръвотечение в първи триместър на бременността; Инфекции на бременната; Гестационен диабет.
<b>Висок /риск 2/</b>	Преждевременно раждане; ССЗ – ФК II и III; Употреба на алкохол и наркотици; Сериозни съпътстващи заболявания; Диабет, предшествващ 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 фактори с рисков индекс 1 или наличието на поне един рисков фактор с рисков индекс 2.

При регистрирането на бременната жена в пренаталната консултация акушерката сменя подробна анамнеза, прави оглед и антропометрия, измерва соматични показатели, интерпретира резултатите от лабораторните изследвания. Въз основа на получената информация

попълва Протокол за оценка на риска – първи скрининг. Нивото на риска се ревизира при всяка пренатална визита и се попълва формуляра за оценка на риска в хода на бременността. В края на бременността преди да се издаде Обменната карта се изготвя Протокол за оценка на риска - последен скрининг, въз основа на който АГ може да направи план за раждане.

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

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

Осъществена е експертна оценка на изготвения Протокол за оценка на риска от усложнения по време на бременността, основан на анализирания данни от проведеното изследване и проучения положителен опит в тази насока. Оценката е изработена от 7 експерти в областта на акушерството и гинекологията.

Анализът на получените експертни мнения показва, че протоколът за оценка на риска се приема без забележки от повечето експерти.

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

Експертите са на мнение, че разработеният протокол за оценка на риска ще бъде ефективен инструмент за повишаване качеството на пренаталните грижи и ще направи лекарите и акушерките партньори в

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

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

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

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

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

### 3.6. Концептуален модел за пренатална акушерска консултация

Въз основа на предложението 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)

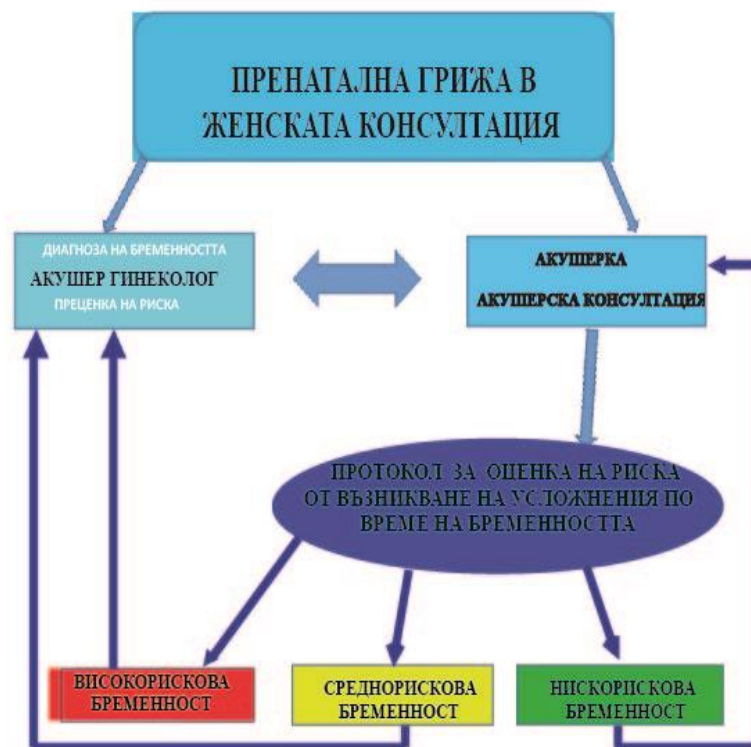


Схема 1. Концептуален модел на акушерска консултация

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 ЖК. Предметът на дейност е насочен

към оказване на професионални дейности и грижи съгласно Наредба №1/08.02.2011г. за Професионалните дейности, които акушерките могат да извършват самостоятелно или по назначение от лекар.

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

#### *Предимства*

- ✓ Моделът на акушерска консултация се фокусира върху превенцията, здравето и доброто състояние на бременната жена, която е в центъра на внимание като уникална личност.
- ✓ В основата на модела стои акушерката и акушерската грижа за всяка бременна жена, съчетани с ценностите – уважение, общуване, съобразяване със социалните и психологическите потребности на жената, т.е. персонализирана грижа съобразно индивидуалните нужди.
- ✓ Разработеният модел представя възможност за ефективно оползотворяване на човешкия ресурс в областта на пренаталните грижи, като посочва акушерката като основен доставчик на грижи при нормална бременност, включително и за оценка на риска и установяването на усложнения.
- ✓ Този модел може да се използва за преценка на потребностите и нуждите на всяка бременна жена, както и за идентифициране на компонентите на 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 ЖК, към която е разкрита акушерската консултация. След направена оценка на риска се отдиференцират нискорисковите бременности, които остават за наблюдение в акушерската консултация, а средно и високо рисковите се насочват към акушер-гинеколог, който преценява степента на риска и определя плана на грижи, съобразно конкретните им потребности.

### *Организационни аспекти*

Практиката се ръководи от акушерката от ЖК след завършен курс за следдипломно обучение на тема „Съвременни подходи и модели на пренатални грижи” (*Приложение 8*).

Използват се помещенията, оборудването и апаратурата, с която разполага ЖК.

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

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

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

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

акушерската консултация /при среднорискова бременност напр./ или е необходимо лекарско наблюдение. В зависимост от вида на риска се назначават допълнителни консултации със специалисти и изследвания.

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

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

#### *Връзка с други звена*

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

#### *Финансиране*

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

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

Въз основа на емпиричните данни от настоящото проучване, а именно големият относителен дял на акушерките и акушер-гинеколозите, които смятат, че е необходима допълнителна подготовка за оказване на качествени акушерски грижи, разработихме учебна програма за следдипломно обучение на акушерки на тема „Съвременни методи и модели на пренатални грижи”. (*Приложение 8*)

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

*Тема на курса на обучение:*

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

*Времетраене на курса на обучение – 6 академични часа*

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

#### **Цел на програмата**

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

#### **Задачи на програмата**

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

## **Описание на курса**

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

/Приложение 5/

**Формиране на оценката** – чрез заключителен контрол

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

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

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ**

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

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

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

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

## ИЗВОДИ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ПРЕПОРЪКИ**

### **Към Министерство на образованието**

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

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

### **Към Министерство на здравеопазването**

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

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

### **Към НЗОК**

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

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

### **Към БАПЗГ:**

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

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

### **Към всички институции**

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

## **ПРИНОСИ**

### С теоретично-познавателен характер

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

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

### С практико-приложен характер

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

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

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

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Александрова М., Стамболова И., Чанева Г. и колектив, Грижи за болния и сестринска техника, МУ- София, 2015 г.
2. Апостолов М. История на медицината, Медицина и физкултура, София, 1977 г.
3. Апостолов М., П. Иванова, История на медицината и сестринството, Горекс Прес, София, 1998г., стр 178-209
4. Апостолов М., П. Иванова, Христоматия по история на медицината, соJusautor, София, 1995г.,стр. 251
5. Арnaudов М. Обичаи при раждане в Очерци по българския българския фолклор, т.П, София 1969 г.
6. Балабанов Л., Древната египетска медицина, София, Медицина и физкултура, 1976г.
7. Балканска, П., Приложна психология в медицинската практика, Булвест 2000, 2010.
8. Балканска, П., Въведение в психологията, Булвест 2000, 2005.
9. Белоев Йо., Грижи за болния и сестринска техника, АРСО, София, 2000 г.
- 10.Борисов В., Мениджмънт на качеството в здравеопазването – реалности и митове, Здравен мениджмънт, 2001, 1,55-59
- 11.Борисов В. Синтетична социална медицина. Учебен компендиум, София 1999г.
- 12.Борисов В., Ц.Воденичаров, С.Попова, К.Юрукова, Социална медицина, София, 2006 г.
- 13.Вакарелски Хр. Етнография на България, 1974г.
- 14.Воденичаров Ц., А.Янакиева, Д.Сиджимова, Т.Димитров. Потребност от услугата „Медицински патронаж в домашни условия”, сп. Здравна политика и мениджмънт,С., 2011г.

15. Воденичаров Ц., С Попова, Социална медицина, Екопринт, София, 2009г.
16. Воденичаров Ц., С. Попова, М. Мутафова, Е. Шипковенска, Социална медицина, Горексспрес, София, 2013 г.
17. Вълков Т., Л. Яръков, Б. Василев, Р. Арнаудова. Под ред. на И. Щъркалев Ръководство за практически упражнения по акушерство и гинекология, София, Медицина и физкултура, 1978
18. Годишен доклад за състоянието на гражданите в РБългария и изпълнение на националната здравна стратегия 2015г
19. Грънчарова Г., Велкова А., Александрова С., Социална медицина, Плевен, 2006г.
20. Грънчарова Г., С. Александрова-Янкуловска, Социална медицина, ИЦ МУ-Плевен, 2016г.
21. Дилова П., С. Александрова-Янкуловска, Потребности на бременните жени от акушерски грижи, Здравен мениджмънт, бр.3/4, 2016г., стр. 42-44
22. Димитров А., Акушерство, София., АРСО, 2014г.
23. Димитрова В., Акушерските практики за консултиране на жени – перспектива за развитието на професията „Акушерка”, автореферат, Варна 2016г.
24. Димитрова В., Рискава бременност, сп. Health.bg, бр.5, 2013 г., с.8-12
25. Димитрова, В., С. Борисова, Ефективност на женската консултация у нас – състояние на антенаталните и перинаталните акушерски грижи, сп.Здравна икономика и мениджмънт, бр.4/2015г., стр.31
26. Димитрова Д., Акушерки на практика, Варна, 2010г.
27. Димитрова Д., Оценка на доверието към акушерската професия според бременните жени у нас, сп. Сестринско дело, бр.2/2012г.
28. Димитрова, Д., Пренатална и перинатална психология, Програми за родителска подготовка, изд. Колор-Принт, Варна, 2011г.

29. Етнография на България, т. III, София 1985 г.
30. Закон за здравето, гл. 4, р. II, чл. 127 (1). От 01.01. 2005 г.
31. Закон за лечебните заведения, ДВ, бр. 59 от 2007, в сила от 20.07.2007
32. Закон за здравното осигуряване, чл. 45, т. б., регламентира медицинската грижа за извън болнична помощ при бременност, раждане и майчинство.
33. История на медицинските науки в България, АИ Проф. Марин Дринов, 2013 г., стр 11
34. Карагьозова Ж., Проследяване на бременност, част II, Рискова бременност, МУ София
35. Кодекс за социално осигуряване, обн. ДВ бр. 110/17.12.1999 г., в сила от 01.01.2000 г., посл. изм. и доп. бр. 103/28.12.2017 г., в сила от 01.01.2018 г.
36. Кодекс на труда от 01.01.1987 г., посл. изм. и доп. ДВ., бр. 105 от 30.12. 2016 г.
37. Колева Н., Социална медицина, университетско изд. „Свети Климент Охридски”, София, 2004 г.
38. Луканова Йо., История на акушерското образование в Европейските страни до края на XIX век, Научни трудове на русенския университет, 2014, том 53, серия 8.3
39. 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, том 53, серия 8.3
40. Медицински Стандарт „Акушерство и Гинекология”
41. Милчева Хр., Практически основи на САГ, Стара Загора, КОТА, 2006 г.
42. 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 г.

43. Наредба №1 от 08.02.2011г., раздел III, чл.5 и чл.6 Професионални дейности, които акушерките могат да извършват самостоятелно или по назначение от лекар, ДВ, бр.15 от 08.02.2011г.
44. Наредба №19/22.12.2014г. за утвърждаване на медицински стандарт „Акушерство и гинекология”, обн. ДВ, бр.106 от 23.12. 2014г.
45. 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.
46. Наредба №39, Приложение №3 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията
47. Наредба №41 от 2005г. за утвърждаване на медицински стандарти по обща медицинска практика /ДВ бр. 1, 2006/, глава XIV
48. Национална програма за подобряване на майчиното и детското здраве /2014-2020г./
49. Национална здравна стратегия 2014-2020 г.
50. Национална стратегия за демографско развитие на Република България (2006-2020г.) и актуализирана национална стратегия за демографското развитие на населението в РБългария (2012-2030г.)
51. Национална здравна стратегия на сестринството
52. Папазов Бр. и колектив, Женска и детска консултация, София, 1962г.
53. Пеевски К., „Христина Хранова”, БЧК, София 1977г.
54. Петков Хр., К. Иванов, Амбулаторно-поликлиничното обслужване на населението, Хигиена, 1961г., 2, 55-59
55. Петрова Зл., К. Чамов, Ст. Гладилов, Качество в здравеопазването – съвременни измерения и тенденции, София, 2008г., 270 с.
56. Пирьова, Б., Поведенческа медицина, II преработено издание, Нов Български Университет, С., 2011

57. Попова Ст., А. Керековска, Социална медицина, ИК „Стено” Варна, 2015г.
58. Програма „Майчино здравеопазване”
59. Стамболова И., Ст. Стамболов, Актуални проблеми в мениджмънта на общата медицинска практика, Медицински меридиани, 20101 бр.1
60. 100 години ”Майчин дом”, съст от др.Кр.Щерева, изд.Св.Климент Охридски, София 2003г
61. Стоименов Г. Акушерство и гинекология, Медицина и физкултура София, 1990г.
62. Стоименов, Г., Д, Атанасов, Акушерство и гинекология, София, Медицина и физкултура, 1982
63. Стоименов Г., „Съвременната женска консултация”, Медицина и физкултура, 1979 г.
64. Стоичкова Г. и В. Хинева, Ролята на акушерката в процеса на консултиране на бременни, родилки и гинекологично болни, Здравни грижи, бр.2, 2007 г.
65. Стратегия за развитието на здравните грижи в РБългария 2013 – 2020 г.
66. Стратегия на СЗО „Здраве 2020”
67. Стратегия на СЗО „Медицински сестри и акушерки за здраве”
68. Гасева Т., Роля на консултанта при клиничната оценка на периоперативния сърдечно-съдов риск при несърдечни операции, сп. Медицински меридиани, бр.1-2, 2012 г.
69. Гончева С., В. Димитрова. Ролята на акушерката при консултирането на жени. *Trakia Journal of Sciences*, 2008, Том 6, Бр. 2, с. 23-25.
70. Хаджиделева Д. Комуникативна компетентност в акушерските грижи, МУ - ЦМБ, София, 2016 г.
71. Хаджиделева Д., Провеждането на ЖК и ролята на акушерката. сп. Сестринско дело, бр 1, София, 2008г.

- 72.Хаджиделева и колектив, Практикум по акушерски грижи при нормална бременност, нормално раждане и нормален пуерпериум, София, 2016г.
- 73.Хаджиев Ал. Акушерство, Медицина и физкултура София, 1994г
- 74.Хендерсон В., Основни принципи на сестринските грижи, Международен съвет на сестрите, ИЦ ВМИ Плевен, 2003
- 75.Христова Г., „От извора. Народни обичаи, песни, хопа и предания от Сеславци”, София, 2007г.
- 76.Христова Цв., Специални акушерски грижи при нормална бременност, МЕДИАТЕХ – Плевен, 2017г.
- 77.Цветков К., Децата с много ниско и извънредно ниско тегло – акушерски и медико-социални проблеми, сп.Акушерство и гинекология, 50/2011, с.51-56
- 78.Чанева Г., Качество на сестринските грижи, В: Семейна медицинска сестра, учебно помагало, Български червен кръст, София, 2009
- 79.Чанева Г., Качеството на сестринските грижи като приоритет”, ”Артек 2001” ООД,София 2008 г.
- 80.Чанева Г., Лечебно хранене – организация. Хранителен режим при бременност, В: Основи на сестринските и акушерските грижи, КОТА, Стара Загора, 2009г.
- 81.Чанева Г., И. Стамболова, Управление на здравните грижи, Филвест, 2003г.
- 82.Черкезов Т., Ключови механизми за подобряване на качеството в здравеопазването, сп. Медицински мениджмънт и здравна политика, МУ, София, година 2007, XLIV, бр.2,2013, стр. 48-60
- 83.Чолакова–Нейкова, Моят трудов път. Една българска акушерка разказва 1936-1971г., ЕТД ЕООД, София 2003г.
- 84.Щерев А., Ролята на акушерките при проследяване на бременност, сп.Здравни грижи, бр.1, 2017г.

- 85.Щъркалев Ил., Г. Стоименов, основни проблеми на репродукцията на човека, С., Медицина и физкултура, 1975г.
- 86.Щъркалев Ил., Л. Ламбрев, Акушерство, Медицина и физкултура, София, 1978 г.
- 87.Щъркалев, И., Б., Папазов, Акушерство, София, Медицина и физкултура, 1976 г.
- 88.Янкова М, А. Савов, Видове скрининг за вродени заболявания – резултатите в България, изводи и бъдещи цели, сп.Акушерство и гинекология, бр.3, 2014г.
- 89.Алламазян, Э., Акушерство, Санкт Петербург, Спец Лит, 2010
- 90.Бодяжина, В.И., П.В. Сметник, Г.Л. Тумилович, Акушерская помощь в женской консультации, М., 1987
- 91.Вельвовский И. З., Система профилактического обезболивания родов, М., 1963г.
- 92.Воронин, К., В. Потапов, А. Правосудович, Акушерское обследование, Мед-прес-информ, 2002
- 93.Дзигуа, М., А. Скребушевская, Акушерство Руководство к практическим занятиям, Москва, 2014
- 94.Заблудовски РЕ, Появата на медицината в човешкото общество, Москва, 1955 г.
- 95.Коваленко, П., Психопрофилактика и психокорекция женщины в период беременности и родов: Медико-социальные проблемы, автореферат, Санкт Петербург 2000.
- 96.Радзинский, В., Руководство к практическим занятиям по акушерству, МИА, 2004
- 97.Савельевой Г.М. Акушерство, Москва, Медицина, 2000 г.
- 98.Славянова, И., Сесртинское дело в акушерстве и гинекологии, Ростов на Дону, Феникс, 2015г.

99. Сорокина ТС, Историята на медицината, т.1, Москва, Издателство на народен университет Приятелство, 1992г., с.82-110
100. American College of Obstetricians and Gynecologists. Exercise during pregnancy and the postpartum period. ACOG Technical Bulletin 189, Washington D. C., 1994
101. American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care, Sixth Edition October 2007
102. Bergstrom, M., Waldenstrom, U., "A randomized controlled multicentre trial of women's and men's satisfaction with two models of antenatal education" pregnancy
103. Birth by design: Pregnancy, Maternity Care and Midwifery in North America and Europe R. DeVries, 2001
104. Corrigan E., Nurses as equals in the multidisciplinary team, "Hum Fert (Camb)", 2002, Suppl.1, Vol.5, p. 37-40
105. Dillon P., A Critical Thinking Case Studies Approach, Nursing Health Assessment, Department of Nursing Philadelphia, E. A. Davis Company, Pennsylvania, 2007
106. ENCA 2008 annual report for Netherlands
107. Gaskin, I. Ina May's Guide to Childbirth, Ebury Publishing, London, United Kingdom, 2008
108. Lockwood CJ, Magriples U. Prenatal care (second and third trimesters). UpToDate, Ver.19.2, updated Aug1, 2013.
109. Midwifery and Medicalization of Childbirth Edwin R. VanTeijlingen, Gorge W. Lewis, Peter McCafferi, Maureen Porter
110. Padovani, E., L. Ferrari, A. Martellato, A. Vallenti, G. D'Avenia, S. Carraroli, G. Nardo, "Presumption of Obstetrical Psychoprophylaxis involving the Partner in the Pregnancy and Delivery", Advanced in Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 1982

111. Piercy C., Obstetric Medicine, Apple Academic Press Ins., Oakville, Canada 2015, p.371
112. Pohjoismaiset perinatatalitilastot–Nordisk perinatal statistik–Perinatal statistics in the Nordic countries. Statistical Summary 22/2007, 1.11.2007, Health 2007.Stakes.
113. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care:A guide for essential practice, World Health Organization, Geneva, 2006
114. Recommendations and Guidelines for Perinatal Medicine, Editor in Chief: Jose M. Carrera, Matrus Mundi, Spain 2007, p. 76-82
115. Simkin, P., J. Whalley, Pregnancy, Childbirth and the Newborn:The Complete Guide, Meadowbrook Press, USA, p.493, 2016
116. Strategy vision for European Healthcare at the beginning of the 21 century, Report of the European Parliamentq 4.12.2003
117. Tyndel, M., Psycho-prophylaxis in Pregnancy, Can Med Assoc J, Jan 1; 76(1),39-40,1957
118. Wald NG, Kennard A, Hackshaw A, McGuire A Antenatal screening for Down`s syndrome. J Med Screen 1997;4:181-246
119. WHO/UNICEF/UNFPA Estimates of maternal mortality for 2005
120. [bg.medicine-guidebook.com/akusherstvo-ginecologia\\_organizatsiya-raboty-i-jenskoj.html](http://bg.medicine-guidebook.com/akusherstvo-ginecologia_organizatsiya-raboty-i-jenskoj.html), Организация на работата на Женската консултация. Диспансерен надзор на бременност, 2016г.
121. [conf.uni-ruse.bg](http://conf.uni-ruse.bg)
122. [forummedicus.com](http://forummedicus.com)
123. [ibpt.eu/library/zaharina-savova/](http://ibpt.eu/library/zaharina-savova/)
124. [ncphp.government.bg](http://ncphp.government.bg)
125. <http://www.betterhealth.vic.gov.au>
126. <http://www.hystorymed.ru>
127. <https://materinstvo.ru/art/16065>, График обследованија бременной в женской консультации, 2018г.

128. <http://www.materinstvo.ru/art/1795/>, Оценка пренаталных факторов риска, 2007г.
129. <https://www.mh.government.bg/> Регионално бюро за Европа. „Здраве 2020” Европейска политическа рамка и стратегия за 21 век
130. <http://www.mu-pleven.bg>
131. <https://www.president.bg>
132. [medlec.org/lec-18409.html](http://medlec.org/lec-18409.html)
133. [www.bg.medicina.com/2016/09/problemi-maychinoto-zdraveopazvane.html](http://www.bg.medicina.com/2016/09/problemi-maychinoto-zdraveopazvane.html)
134. [www.conference-burgas.com](http://www.conference-burgas.com)
135. [www.europarl.europa.eu/sides/](http://www.europarl.europa.eu/sides/), Доклад относно Заедно за здраве: стратегически подход за ЕС 2008-2013г.”
136. [www.midwivesbulgaria.org](http://www.midwivesbulgaria.org) /Акушерката –резюме на поредицата „The Lancet”/
137. [www.meduniver.com](http://www.meduniver.com)
138. [www.med312.ru](http://www.med312.ru)
139. [www.medsestre.ru](http://www.medsestre.ru)
140. [www.medinfo.ru](http://www.medinfo.ru)
141. [www.midwivesbulgaria.org](http://www.midwivesbulgaria.org)
142. [www.mon.bg-godishen-doklad-mladezhta-2005](http://www.mon.bg-godishen-doklad-mladezhta-2005)
143. [www.nsi.bg](http://www.nsi.bg)
144. [www.parliament.bg/pub/cW/20151120030041Nzs-2020](http://www.parliament.bg/pub/cW/20151120030041Nzs-2020).
145. [www.referati.org/akusherska-praktika/70319/ref/p9](http://www.referati.org/akusherska-praktika/70319/ref/p9)
146. [www.referati.org/mediko-socialni-problemi-i-organizaciq-na-medicinskoto-obslujvane-na-jenite-i-decata/94390/ref/p5](http://www.referati.org/mediko-socialni-problemi-i-organizaciq-na-medicinskoto-obslujvane-na-jenite-i-decata/94390/ref/p5)

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### ПРИЛОЖЕНИЕ 1

#### Анкетна карта за бременни жени и родилки

*Уважаеми майки!*

*С тази анонимна анкета проучваме Вашето мнение относно организацията на работата в женските консултации. Резултатите ще се използват само за нуждите на проучването с цел оптимизиране на акушерските грижи за бременните жени.*

*Моля ограждайте с кръгче верния отговор/отговори!*

*Благодарим Ви за сътрудничеството!*

1. Вие сте на възраст:
  - Под 18г.
  - 18 - 35г.
  - 35 - 40г.
  - Над 40г.
2. Какво образование имате?
  - Основно;
  - Средно;
  - Висше.
3. Какво е Вашето семейно положение?
  - Омъжена;
  - Неомъжена, с партньора ми живеем на семейни начала;
  - Самотна майка.
4. Вие раждате за:
  - Първи път;
  - Втори път
  - Трети и повече.....
5. Спонтанно ли забременяхте?
  - Не, наложи се лекарска намеса /инсеминация, ин витро или друго?/*Посочете каква?*.....
  - Да.
6. Имате ли някакви придружаващи заболявания и/или прекарани операции?
  - Не;
  - Да /какви/.....
7. Употребявахте ли по време на бременността си цигари, алкохол, наркотични вещества?
  - Не;
  - Да /какво от изброените горе/.....
8. Кой водеше консултацията на бременността ви?
  - Акушер-гинеколог и акушерка;
  - Само акушер-гинеколог;
  - Личният Ви лекар;

- Не съм посещавала женска консултация.
9. В кое населено място се намираше женската консултация, която посещавахте?  
.....
10. Консултация, която посещавахте, платена ли беше?
- Не, с направление от личния лекар;
  - Плащах само за допълнителни изследвания;
  - Да, беше изцяло платена.
11. Как протече бременността ви?
- Без проблеми;
  - Имах проблеми и посещавах по-често женска консултация без да се налага да оставам в болница/**какви проблеми**/.....
  - Имах проблеми и трябваше да постъпя за болнично лечение/**какви проблеми**/.....
12. Как се установи проблема Ви?*/попълвате, ако сте имали проблем през бременността/*
- Нямах оплаквания. Наблюдаващият бременността лекар установи проблема при рутинните посещения в ЖК;
  - Нямах оплаквания. Акушерката от женска консултация установи проблема при рутинните посещения и насочи вниманието на лекаря;
  - Възникна неочаквано и постъпих по спешност в болница.
  - Имах оплаквания и ги споделих в ЖК.
13. Колко пъти посетихте женска консултация по време на бременността си?
- Един-два пъти;
  - Повече от пет пъти, но не съм посещавала всички задължителни прегледи;
  - Ходех на всички задължителни прегледи;
  - Не съм посещавала ЖК.
14. В какво се състоеше консултацията на бременността Ви?*/Отбележете с „+“ всички дейности, извършвани по време на посещенията Ви и от кого бяха извършвани!/*

Дейности, извършвани по време на консултацията:	При първо посещение		При всяко посещение		Няколко пъти		Нито веднъж	
	Лекар	Акушерка	Лекар	Акушерка	Лекар	Акушерка	Лекар	Акушерка
Събиране на информация (анамнеза) за възраст, предишни забременявания, придружаващи заболяв., фамилна обремененост, вредни навици								
Измерване на ръст и тегло								
Измерване на кръвно налягане и пулс								
Измерване външните размери на таза								
Измерване обиколката на корема и височина на матката								
Гинекологичен преглед								
Вземане на цитонамазка								
Вземане на влагалищен секрет за микробиология								
Преслушване или запис на сърдечната дейност								

на плода								
Ултразвуков преглед								
Назначение за изследване на кръв и урина								
Съвети за хигиена, хранене, рискови фактори, двигателен режим, полов живот, подготовка за кърмене и др.								
Психо-физическа подготовка за предстоящото раждане – методи за обезболяване, техники на дишане, йога занимания и др.								

**15.** Смятате ли, че времето и вниманието, отделени за Вас по време на консултацията бяха достатъчни?

- Категорично не;
- Не съвсем;
- Да напълно.

**16.** От къде получавате информацията, касаеща бременността/хранене, хигиена, начин на живот, рискови фактори, признаци и симптоми за настъпващи усложнения на бременността и др./?

- От лекаря, водещ женската консултация;
- От акушерката от женската консултация;
- От книги и списания;
- От интернет;
- От приятелки и близки;
- От училище за бременни.

**17.** Към кого се обръщате при възникнали въпроси и проблеми, касаещи бременността и раждането?

- Основно към акушерката;
- Първо се обръщам към акушерката и когато тя не ми даваше задоволителен отговор питах лекаря;
- Допитвах се само до акушер-гинеколога.

**18.** Отделяше ли акушерката от женската консултация време за съвети, предоставяне на допълнителна информация и отговори на вашите въпроси?

- По скоро не;
- Сравнително рядко;
- Само когато имах въпроси;
- Да при всяка консултация.

**19.** Женската консултация, която посещавахте, предлагаше ли занимания за психо-физическа подготовка за предстоящото раждане - техники за дишане по време на раждане, методи за обезболяване на раждането, йога/гимнастика за бременни и др.?

- Не;
- Не съм сигурна;
- Да.

**20.** Вие посещавахте ли такива занимания?

- Не;
- Да – къде, какви?.....

**21.** Смятате ли, че тези практически занимания за подготовка за предстоящото раждане трябва да станат част от работата на всяка женска консултация?

- Може и без тях /не са необходими според мен/;

- Не мога да преценя;
  - Категорично да.
- 22.** В консултацията, която посещавахте при някое от посещенията направиха ли Ви план за раждане? /Как, къде, с кого да родите, кои състояния изискват спешно постъпване в болница, какво да предприеме в такъв случай на спешност и т.н./
- Не, нямаше план за раждане;
  - Отчасти, но информацията не ми беше достатъчна;
  - Да, лекарят ми даде тази информация;
  - Да, акушерката ми даде тази информация;
- 23.** Предостави ли Ви женската консултация нужната информация и подготовка за справяне след раждането в домашни условия /грижи за бебето и за Вас самата – хранене, хигиена, двигателен режим, признаци на започващо усложнение и др./?
- Не;
  - Отчасти;
  - Да.
- 24.** Запозната ли сте с правото си на двукратно посещение /до 42 ден след раждането/ в женската консултация, която сте посещавали по време на бременността, за да бъде проследено протичането на послеродовия Ви период?
- Не знам за това;
  - Да, имам такава информация, но не от женска консултация;
  - Да, осведомиха ме в женска консултация.
- 25.** Според Вас женската консултация осъществи ли една от основната си задача – да Ви информира и подготви за бременността, предстоящото раждане и послеродовия период?
- Категорично не;
  - Донякъде;
  - Категорично да.
- 26.** Смятате ли, че е нужна промяна в организацията на работа на женска консултация?
- Не;
  - Не мога да отговоря;
  - Категорично да.
- 27.** Какво бихте искали да се промени в грижите за бременните?
- Повече внимание и време;
  - Повече информация;
  - Повече посещения;
  - Индивидуален подход;
  - Друго.....
- .....
- 28.** Доволна ли сте от грижите, отношението и вниманието на акушерката от женската консултация?
- Не;
  - В определена степен;
  - Да.
- 29.** Ако трябва да дадете препоръки относно грижите на акушерката от женска консултация в каква насока ще са те? /може да посочите и повече от един отговор/
- По-активно участие в проследяването на бременността;
  - Повече информация и съвети относно бременността, раждането и послеродовия период;

- Съдействие за ранно откриване на отклонения от нормалния ход на бременността;
- Друго

.....

**30.** Смятате ли, че при нормално протичаща бременност **част** от консултацията може да се води само от акушерка?

- Не мисля;
- Не мога да преценя;
- Мисля, че да.

**31.** Вие бихте ли се доверила на акушерката или се чувствате по-спокойна в присъствието на лекар?

- Бих се доверила само на лекар;
- Не мога да отговоря;
- Да бих се доверила.

**Анкетна карта за акушерки**

*Уважаеми колеги!*

*С тази анонимна анкета проучваме Вашето мнение относно организацията на работата в пренаталната консултация на бременните жени и участието на акушерката в нея. Резултатите ще се използват само за нуждите на проучването с цел оптимизиране на акушерските грижи за бременните жени.*

*Моля, ограждайте с кръгче верния отговор/отговори!*

*Благодарим Ви за сътрудничеството!*

1. Вие сте на възраст:
  - 20 - 30 г.
  - 31 -40 г.
  - 41-50 г.
  - Над 50г.
  
2. Какво е Вашето образование?
  - Полувисше;
  - Специалист;
  - Бакалавър;
  
3. Трудовият Ви стаж по специалността е:
  - 1– 3 години
  - 4–10 години
  - над 10 години
  - над 20 години
  
4. Къде е започнал Вашия стаж като акушерка?
  - На село;
  - В извънболничната помощ;
  - Стационар /посочете отделение/.....
  
5. Къде работите в момента?
  - Родилна зала
  - Рискава бременност
  - Неонатология
  - Извънболнична помощ
  - Друго .....
  
6. Как повишавате квалификацията си /чрез каква форма/?
  - Посещавам курсове, винаги когато открия нещо полезно и имам възможност;
  - Завърших/записах магистратура /каква?/.....
  - Предпочитам да запиша специализация / вече имам - каква?/.....
  - Не ми е необходимо;
  - Нямам финансова възможност;
  - Друго.....

7. Смятате ли, че нивото Ви на подготовка /теоретична и практическа/, което сте получили **дотук** е достатъчно за оказване на качествени акушерски грижи?
- Категорично не.
  - В известна степен;
  - Мисля, че да.
8. Според Вас притежавате ли необходимата подготовка за извършването на самостоятелни дейности при проследяване протичането на нормална бременност?
- Не;
  - До някъде. Смятам, че е нужна е допълнителна подготовка;
  - Да.
9. Познавате ли стандартите и нормативните документи, които регламентират дейностите на акушерките, включително и правото за самостоятелни дейности?
- Не;
  - Не много добре;
  - Да.
10. Какво би Ви мотивирало, за да работите в самостоятелна акушерска практика за наблюдение на бременни с нормално протичаща бременност?
- Ясна законова база;
  - Методика за акушерска практика за наблюдение на нормална бременност;
  - Ясно и точно финансиране;
  - Друго.....
- .....
11. Запозната ли сте със задачите на акушерката от съществуващата в момента Женска консултация по отношение на пренаталните грижи за бременната?
- Не;
  - До някъде;
  - Да, напълно.
12. Смятате ли, че акушерката участва пълноценно в пренаталната консултация на бременните?
- Не, участието ѝ е формално;
  - В известна степен;
  - Да, напълно.

Ако смятате, че акушерката не участва пълноценно в ЖК, каква според Вас е причината за това?

- Липса на стандарт за акушерски грижи;
  - Занижен авторитет на акушерската професия;
  - Недостатъчна подготовка на акушерките, която да отговори на потребностите на бременните жени;
  - Друго.....
- .....

13. Автономността на акушерката е законово регламентирана, но каква е действителността на практика?

- Акушерката има пълна автономност в рамките на своите компетенции;
- Има известна автономност;
- Няма автономност, действа само по лекарско назначение;
- Друго.....

14. Смятате ли, че информацията във връзка с бременността, раждането и послеродовия период, която бременните жени получават в Женска консултация е достатъчна?

- Категорично не;
- Не съвсем;
- Да напълно.

15. Според статистически данни основен източник на информация за бременните у нас е интернет. Смятате ли, че една от причините за това са пропуски в работата на пренаталните консултации?

- Не. Всеки има право да получава информация откъдето пожелае;
- Донякъде;
- Категорично да.

16. Вие като акушерка отделяте ли достатъчно време, за да предоставите необходимата информация на пациентките относно бременността, раждането и послеродовия период?

- Не ми остава време за това.
- Понякога;
- По-често да;
- Да винаги.

17. Имате ли информация дали по време на пренаталната консултация на бременните се провежда психопрофилактика и физическа подготовка за предстоящото им раждане?

- Нямам информация;
- Да – Не се провежда такава;
- Да – провежда се.....

18. Смятате ли, че е необходима промяна в грижите за бременните?

- Не;
- Не мога да отговоря;
- Да.

Ако отговорът Ви е „да” какво трябва да се промени?

- Индивидуален подход към всеки пациент
- Предоставяне на повече информация
- Организиране на занимания за физическа и психическа подготовка за предстоящото раждане
- Патронаж на бременните
- Нов модел на консултация с по-активно участие на акушерката
- Допълнете още.....

19. Част от усложненията на бременността и раждането могат да се предвидят предварително въз основа наличието на рискови фактори от анамнезата и обективното изследване на бременната жена. Смятате ли, че акушерката може да се справи с тази отговорност?

- Не;
- Да, но е нужна допълнителна подготовка;
- Категорично да;

Ако смятате, че е необходима допълнителна подготовка в каква насока да бъде тя?

- Следдипломно обучение в областта на патологичната бременност;
  - Следдипломно обучение за подобряване на професионалната комуникация на акушерките;
  - Друго.....
- .....

20. Как приемате идеята в ЖК да се въведе протокол за оценка на риска от настъпване на усложнения на бременността, който да се попълва от акушерката на базата на анамнезата и обективното изследване при всяко посещение на бременната?

- Не одобрявам;
- Нямам мнение;
- Напълно я подкрепям.

21. Въвеждането на такъв документ за оценка на риска ще: /оградете всички възможни според Вас отговори/

- Повиши автономността на акушерката от ЖК;
  - Подобри качеството на пренаталните акушерските грижи;
  - Увеличи излишно броят на документите, които се попълват от акушерката.
  - Друго.....
- .....

22. Смятате ли, че акушерката е загубила авторитета и доверието на жените?

- Категорично не;
- В известна степен;
- Категорично да.

**Анкетна карта за специалисти по АГ**

*Уважаеми акушер-гинеколози!*

*С тази анонимна анкета проучваме Вашето мнение относно участието на акушерката в пренаталната консултация. Резултатите ще се използват само за нуждите на проучването с цел оптимизиране на акушерските грижи за бременните жени. Моля, оградяйте с кръгче верния отговор/отговори!*

*Благодарим Ви за сътрудничеството!*

1. Вие сте на възраст:
  - Под 30 г.
  - 31 - 40 г.
  - 41 - 50 г.
  - Над 50 г.
  
2. Трудовият Ви стаж по специалността е:
  - По-малко от 5 години;
  - 5 -10 години;
  - 10 – 20 години;
  - Повече от 20 години.
  
3. Къде работите в момента?
  - Родилна зала
  - Рискава бременност
  - Гинекология
  - Извънболнична помощ
  - Друго .....
  
4. Провеждате ли пренатални консултации на бременни жени в извънболничната помощ?
  - Не;
  - Да.

Ако сте отговорили положително с акушерка ли работите?

  - Не;
  - Да.
  
5. Според Вас притежават ли акушерките необходимата подготовка за проследяване протичането на нормална бременност /в рамките на техните компетенции/?
  - Не;
  - Не мога да отговоря;
  - В известна степен. Смятам, че е нужна е допълнителна подготовка;
  - Да.

6. Смятате ли, че при нормално протичаща бременност **част** от пренаталната консултация може да се води само от акушерка/ **тази част, която е в рамките на нейните компетенции**/?
- Не;
  - Да;
7. Част от усложненията на бременността и раждането могат да се предвидят предварително въз основа наличието на рискови фактори от анамнезата и обективното изследване на бременната жена. Смятате ли, че акушерката може да се справи с тази отговорност?
- Не;
  - Да, но е нужна допълнителна подготовка;
  - Категорично да.
8. Как приемате идеята в ЖК да се въведе протокол за оценка на риска от настъпване на усложнения на бременността, който да се попълва от акушерката на базата на анамнезата и обективното изследване при всяко посещение на бременната?
- Не одобрявам;
  - Нямам мнение;
  - Напълно подкрепям.
9. Въвеждането на такъв документ в ЖК за оценка на риска ще:
- Подобри качеството на пренаталните грижи;
  - Увеличи излишно броят на документите;
  - Друго.....  
.....

*Протокол за оценка риска при бременни жени – I скрининг*

ФАКТОРИ НА РИСКА	РИСКОВ ИНДЕКС
<b>Фактори на анамнезата</b>	
<i>Социално – икономическа анамнеза</i>	
Възраст на майката < 16 години или > 35 години	<b>1</b>
Неграмотна (без образование)	<b>1</b>
Самотна майка (без партньор)	<b>1</b>
Безработна (без доходи)	<b>1</b>
Неосигурена	<b>1</b>
Професионални вредности /Какви?/	<b>1</b>
Вредни навици: цигари > от 5 цигари дневно алкохол, наркотици	<b>1</b> <b>2</b>
Прием на медикаменти /Какви?/	<b>1</b>
<b>Оценка на риска:</b>	
<i>Здравен статус</i>	
Фамилна обремененост	<b>1</b>
Съпътстващи екстагенитални заболявания – ССЗ, диабет, хипертония, бъбречни заболявания, ендокринни заболявания, инсулинова резистентност, анемия и др. /подчертава се или се дописва/	<b>2</b>
Предшестваща бременност с гестационен диабет	<b>1</b>
Генитални заболявания /аномалии на матката, тумори, хронични възпалителни процеси и т.н. /подчертава се или се дописва/	<b>2</b>
Прекарани операции: Общи /Какви?/ Гинекологични / <u>маточен цикатрикс</u> /	<b>1</b> <b>2</b>
Контакт със заразно болни /Какви?/	<b>1</b>
<b>Оценка на риска:</b>	
<i>Акушерска анамнеза</i>	
Менархе < 10 години или > 14 години	<b>1</b>
Нередовен менструален цикъл /неясна ПРМ/	<b>1</b>
Поредна бременност или раждане > 3	<b>1</b>
Аборти: по желание, 1-2 спонтанни аборта	<b>1</b>
3 и повече спонтанни аборта, аборт по медицински показания	<b>2</b>

/в I или II триместър/	
Предтерминни раждания /уточнява се в какъв срок на бременността са станали/	2
Следтерминни раждания	1
Мъртво раждания	2
Смърт на дете в неонаталния период	2
Вродени аномалии на деца от предишни раждания	1
Родени деца с тегло: под 2500 гр. над 4000 гр. /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
<b>Оценка на риска:</b>	
<b>Оценка на риска от всички анамнестични фактори:</b>	
<b>Фактори от настоящата бременност</b>	
<i>Общ статус</i>	
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 = $\frac{НБ + 20/30 \text{ mm/Hg}}{НБ + 10 \text{ mm/Hg}}$ АН > $\frac{НБ + 30 \text{ mm/Hg}}{НБ + 15 \text{ mm/Hg}}$ НБ – норма за бременността	1 2
<b>Оценка на риска:</b>	



ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Протокол за оценка на риска в хода на бременността

ФАКТОРИ НА РИСКА	РИСКОВ ИНДЕКС									
	/по гестационни седмици/									
<i>Фактори от анамнезата</i>										
Повръщане: 3-5 пъти дневно	1									
> 5 пъти дневно	2									
Главоболие, замаяност, световъртеж до 20 г.с.	1									
след 20 г.с.	2									
Кръвотечение от гениталиите: I триместър	1									
II и III триместър	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									
<b>Оценка на риска:</b>										
<i>Общ статус</i>										
Тегло: не наддава;	1									
наддава > 25% от средното наддаване на тегло/СНТ/ съобразно ИТМ до 20 г.с.;	1									
наддава > 25% от СНТ, съобразно ИТМ между 20 - 30 г.с.;	1									
наддава > от 50% от СНТ, съобразно ИТМ между 30 - 40 г.с.	1									
От огледа: наличие на варици, отоци /освен по глезени и долни крайници/	1									
Телесна температура:										
37 – 37,9 °C	1									
> 38 °C	2									
Пулс > 90 уд./мин/ до 20 г.с.	1									
> 100 уд./мин. след 20 г.с.	1									
Артериално налягане/АН/: АН = $\frac{НБ+20}{30}$ mm/Hg НБ +10 mm/Hg	1									

АН > $\overline{НБ} + 30$ mm/Hg НБ + 15 mm/Hg	2																		
<b>Оценка на риска:</b>																			

<i>Специално акушерско изследване /след 12 г.с./</i>																			
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																		
<i>Акушерска палпация /след 22 г.с./</i>																			
Брой плодове > 1	1																		
Положение на плода, различно от надлъжно	1																		
	2																		
Предлежание на плода, различно от главично	1																		
	2																		
Наличие на регулярни маточни контракции	2																		
ДСТ < 120 уд./мин. > 160 уд./мин. нерактивен NST /Non Stress Test/	2																		
<b>Оценка на риска:</b>																			
<i>Лабораторни изследвания</i>																			
ПКК:	Хемоглобин между 120-100 g/l < 100 g/l	1 2																	
	Хематокрит > 0,4	1																	
	Левкоцити между 10-12 хил. > 13 хил.	1 2																	
	Тромбоцити < 150 хил./мл	1																	
Кръвна захар на гладно > 5 mmol/l	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																		
<b>Оценка на риска:</b>																			

Протокол за оценка на риска при бременни – последен скрининг

ФАКТОРИ НА РИСКА		РИСКОВ ИНДЕКС
<i>Общ статус</i>		
Ръст < 150 см.		<b>1</b>
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.		<b>1</b>
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.		<b>1</b>
От огледа: наличие на скелетни аномалии /основно аномалии на таза/, наличие на варици, отоци /освен по глезени и долни крайници/		<b>1</b>
Телесна температура 37 – 37,9 °C > 38 °C		<b>1</b> <b>2</b>
Пулс > 100 уд./мин.		<b>1</b>
Артериално налягане/АН/:	АН = $\frac{НБ+20}{30}$ mm/Hg НБ +10 mm/Hg	<b>1</b>
	АН > $\frac{НБ + 30}{НБ + 15}$ mm/Hg	<b>2</b>
<i>Специално акушерско изследване</i>		
Обиколка на корема > 100 см.		<b>1</b>
Височина на fundus uteri не съответства на срока на бременността		<b>1</b>
Брой плодове > 1		<b>1</b>
Положение на плода, различно от надлъжно		<b>2</b>
Предлежание на плода, различно от главично		<b>2</b>
Наличие на регулярни маточни контракции		<b>2</b>
ДСТ < 120 уд./мин. > 160 уд./мин. нереактивен NST		<b>2</b>
<b>Оценка на риска:</b>		

<b>Резултати от последните лабораторни изследвания</b>		
Rh отрицателна кръвна група на майката	<b>1</b>	
Наличие на антитела	<b>2</b>	
Серология: положителен: HIV, Wass, HBAg	<b>1</b>	
ПКК:	Хемоглобин между 120-100 g/l	<b>1</b>
	< 100 g/l	<b>2</b>
	Хематокрит > 0,4	<b>1</b>
	Левкоцити между 10-12 хил. > 13 хил.	<b>1</b> <b>2</b>
Тромбоцити < 150 хил./мл	<b>1</b>	
Биохимия: кръвна захар на гладно > 5,3 mmol/l	<b>1</b>	
Обикновена урина – отклонение от нормата /основно наличие на албумин, масово левкоцити или бактерии от седимента/	<b>1</b>	
Резултат от микробиологично изследване на влагалищен секрет извън нормата	<b>1</b>	
Резултат от онкопрофилактична цитонамазка извън нормата	<b>1</b>	
<b>Оценка на риска:</b>		
<b>Оценка на риска от всички анамнестични фактори от първия скрининг:</b>		
<b>Обща оценка на риска:</b>		

**План за раждане: /АГ/**

**Въпросник за експертна оценка на  
Протокол за оценка на риска от възникване на усложнение  
по време на бременността**

1. Считате ли, че предложеният протокол за оценка на риска при бременни жени отговаря на общоприетите изисквания за техническо оформление?
  - Да, отговаря;
  - Да, отчасти;
  - Не отговаря.
  
2. Считате ли, че протоколът за оценка на риска е съобразен с нивото на компетенции и подготовка – теоретическа и практическа на акушерките?
  - Да;
  - Отчасти;
  - Не.
  
3. Смятате ли, че протоколът за оценка на риска е приложим в реални условия и може да стане част от документацията на пренаталните консултации?
  - Да;
  - Не.
  
4. Считате ли, че предложеният протокол за оценка на риска при бременни жени може да бъде ефективен инструмент за повишаване качеството на пренаталните грижи?
  - Да;
  - Отчасти;
  - Не.
  
5. Кои, според Вас, са силните страни на разработения протокол за оценка на риска?  
.....  
.....  
.....
  
6. Кои, според Вас, са слабите страни на разработения протокол за оценка на риска?  
.....  
.....  
.....
  
7. Бихте ли посочили какви затруднения според Вас могат да възникнат при прилагането на протокола за оценка на риска при бременни жени в практиката?  
.....  
.....

*Благодарим за съдействието!*

**ПРИЛОЖЕНИЕ 8**

**БЪЛГАРСКА АСОЦИАЦИЯ НА ПРОФЕСИОНАЛИСТИТЕ ПО ЗДРАВНИ  
ГРИЖИ – РЕГИОНАЛНА КОЛЕГИЯ - ГРАД СОФИЯ**

**УЧЕБНА ПРОГРАМА**

**ТЕМА: СЪВРЕМЕННИ МЕТОДИ И МОДЕЛИ НА ПРЕНАТАЛНИ ГРИЖИ**

**ФОРМА НА ОБУЧЕНИЕ: курс**

**СРОК НА ОБУЧЕНИЕ: 6 акад. часа**

**МЯСТО НА ПРОВЕЖДАНЕ:**

**ОБЩА КРЕДИТНА ОЦЕНКА: 14 кр.т.**

<b>Дата / Час</b>	<b>Теми</b>	<b>Лектор</b>	<b>Акад. час</b>
13.00-13.45	Пренатални грижи – възникване и развитие.		1
13.50-14.35	Нормативна уредба на грижите за бременни жени в България.		1
14.40-15.15	План за пренатални грижи при нормална бременност.		1
15.20-16.05	Рискова бременност – дефиниция, фактори и степени на риска.		1
16.10-16.55	Международният опит в грижите за бременните жени.		1
17.00-17.45	Оценка на риска – съвременен подход в пренаталните грижи.		1

Организатор: БАПЗГ – РК София

**ПРИЛОЖЕНИЕ 9**

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

<b>Вид на прегледите и изследванията</b>	<b>Периодичност на прегледите и изследванията според срока на бременността</b>
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

**ПРИЛОЖЕНИЕ 10**

**План за пренатални грижи при бременност с риск/програма „Майчино здравеопазване” на НЗОК/**

<b>Рискови фактори</b>	<b>Обем на прегледа</b>	<b>Честота на прегледите</b>	<b>Медико-диагностични изследвания</b>	<b>Честота на медико-диагностичните изследвания</b>	<b>Консултативни прегледи</b>	<b>Честота на консултациите</b>
Възраст над 35г.	1. Същият като при нормална бременност;  2. Две допълнителни ехографии	1. Същата като при нормална бременност;  2. Два пъти	1. Същите като при нормална бременност;  2. Допълнително: -серумен скрининг за алфа-фетопротеин -свободен бета ЧХГ за оценка на риска от синдром на Даун и дефекти на невралната тръба	1. Същата като при нормална бременност  2. Между 15-19г.с.	Пренатална диагноза съвместно от акушер-гинеколог и генетик	
Възраст под 20г.	1. Същият като при нормална бременност;  2. Една допълнителна ехография	1. Същата като при нормална бременност;  2. Един път от 28-32г.с.	1. Същите като при нормална бременност;  2. Допълнително: -изследване за хламидия	1. Същата като при нормална бременност;  2. Еднократно		
Rh- или АВО несъвместимост с биологичния баща	1. Същият като при нормална бременност;  2. Една допълнителна ехография	1. Същата като при нормална бременност;  2. От 28-32г.с.	Изследване за алоеритроантигела чрез аглутинационен или ензимен метод, или  индиректен антиглобулинов тест с поливалентен антиглобулинов серум	9-12г.с. - при бременни с предшестващи спонтанни аборти, мъртвораждания, раждания на деца с  хемолитична болест, поради изоимунизация, в случай на установени антители при предишни бременности, при предстоящи инвазивни пренатални		

				изследвания 17-20г.с. - на бременни с необременена акушерска анамнеза и Rh-отрицателни 26-28г.с. - на Rh- отрицателни бременни, на които при първото изследване не са открити антитела		
Бременни с риск от развитие на диабет: - предишно раждане на едър плод - предишно мъртваждане -семейна обремененост от диабет -предходящо нарушение на въглехидратния толеранс, -раждане на дете с аномалии, - наличие на глюкозурия -възраст над 25г. -повишена кръвна захар над 6,5ммол/л	1.Същият като при нормална бременност  2.Една допълнителна ехография	1.Същата като при нормална бременност;  2. От 28- 32г.с.	1.Същите като при нормална бременност;  2. ОГТТ /орален глюкозо- толерантен тест/ или кръвно- захарен профил	1.Същата като при нормална бременност;  2. При първото посещение – 1 път - 24—28г.с. при необременени – 1 път - 28г.с. – при обременени	Със специа- лист по ендокринология или болести на обмяната	- При първото посещение  -24-28г.с. – при необременени  - в 28г.с. – при обременени
Бременност с друг риск произтичащ от външни фактори: обезитас, фамилна обремененост, обремененост	1.Същият като при нормална бременност;  2. Една допълнителна ехография	1.Същата като при нормална бременност;  2. Един път в 28-32г.с.	1.Същите като при нормална бременност;  2. Изследване за токсоплазмоза - при жени със спонтанни аборти и мъртваждания	1. Същата като при нормална бременност;  2. При първото посещение	Консултация със съответния специалист според риска	

<p>на акушерска анамнеза, проблеми от социално естество; други външни фактори: йонизиращи лъчения, вибрации, медикаменти, контакт с причинител и на инфекциозни и заболявания, тежка физическа работа и др.</p>			<p>3. Серологично изследване за рубеола - при данни за контакт с рубеола по време на бременността</p>	<p>3. До 7 лунарен месец</p>		
---	--	--	---	------------------------------	--	--

**ПРИЛОЖЕНИЕ 11**

**Рутинно послеродово наблюдение /Програма „Майчино здравеопазване” на НЗОК/**

<b>Обем на прегледа и изследванията</b>	<b>Честота на прегледите</b>	<b>Медико-диагностични дейности</b>	<b>Честота на медико-диагностичните дейности</b>
<p>1.Общ преглед /в т.ч. оценка на психичен статус, измерване на артериално налягане/</p> <p>2.Проследяване на инволюцията на матката и кървене от гениталиите</p> <p>3.Мануално изследване на млечни жлези, мамили, проследяване на лактацията</p> <p>4.Промоция на кърменето /здравни съвети и обучение по въпросите на кърменето/, правилното хранене, хигиенни грижи за гърдите и гениталиите</p>	<p>Два пъти: до 7-мия ден и след 30-ия ден от раждането</p>	<p>Изследване на:</p> <p>1.Хемоглобин, хематокрит, диференциално броене на левкоцити</p> <p>2. СУЕ</p> <p>3. Албумин и седимент в урината</p>	<p>Еднократно</p>