

ISSN 1311-3321 (print)
ISSN 2535-1028 (CD-ROM)
ISSN 2603-4123 (on-line)

UNIVERSITY OF RUSE “Angel Kanchev”
РУСЕНСКИ УНИВЕРСИТЕТ “Ангел Кънчев”

BSc, MSc and PhD Students & Young Scientists
Студенти, докторанти и млади учени

PROCEEDINGS
Volume 58, book 8.4.
Health Promotion and Social Work,
Health care

НАУЧНИ ТРУДОВЕ
Том 58, серия 8.4.
Промоция на здравето и социални дейности,
Здравни грижи

Ruse
Русе
2019

Volume 58 of PROCEEDINGS includes the papers presented at the scientific conference RU & SU'19, organized and conducted by University of Ruse "Angel Kanchev" and the Union of Scientists - Ruse. Series 8.4. contains papers reported in the Health Promotion and Social Work, Health Care section.

Book	Code	Faculty and Section
Faculty of Public Health and Health Care		
8.1	FRI-K.201-1-HP	Health Promotion
8.2	FRI-2.113-1-SW	Social Work
8.3	FRI-2G.104-1-HC	Health Care
8.4	FRI-K.201-SSS-HP FRI-K.201-SSS-SW THU-2G.205-SSS-HC	Health Promotion Social Work Health Care

The papers have been reviewed.

ISSN 1311-3321 (print)

ISSN 2535-1028 (CD-ROM)

ISSN 2603-4123 (on-line) Copyright © authors

The issue was included in the international ISSN database, available at <https://portal.issn.org/>.
The online edition is registered in the portal ROAD scientific resources online open access



PROGRAMME COMMITTEE

- **Prof. Velizara Pencheva, PhD,**
University of Ruse, Bulgaria
- **Prof. Leon Rothkrantz,**
Delft University of Technology, Netherlands
- **Assoc. Prof. Antonio Jose Mendes,**
University of Coimbra, Portugal
- **Prof. Ville Leppanen,**
University of Turky, Finland
- **Assoc. Prof. Marco Porta,**
University of Pavia, Italy
- **Prof. Douglas Harms,**
DePauw University, USA
- **Prof. Ismo Hakala, PhD,**
University of Jyväskylä, Finland
- **Prof. Dr. Artur Jutman,**
Tallinn University of Technology, Estonia
- **Prof. RNDr. Vladimír Tvarozek, PhD,**
Slovak University of Technology in Bratislava, Bratislava, Slovakia
- **Doc. Ing. Zuzana Palkova, PhD,**
Slovak University of Agriculture in Nitra, Nitra, Slovakia
- **Andrzej Tutaj, PhD,**
AGH University of Science and Technology, Krakow, Poland
- **Assoc. Prof. Behiç TEKİN, PhD,**
EGE University, Izmir, Turkey,
- **Prof. Valentin NEDEFF Dr. eng. Dr.h.c.,**
“Vasile Alecsandri” University of Bacău, Romania
- **Dr. Cătălin POPA,**
“Mircea cel Bătrân” Naval Academy, Constantza, Romania
- **Prof. dr Larisa Jovanović,**
Alfa University, Belgrade, Serbia
- **Prof. dr hab. Edmund LORENCOWICZ,**
University of Life Sciences in Lublin, Poland
- **Assoc. Prof. Ion MIERLUS - MAZILU, PhD,**
Technical University of Civil Engineering, Bucharest, Romania
- **Prof. Dođil Vojvodić PhD,**
Faculty of Philosophy, University of Novi Sad, Serbia
- **Assoc. Prof. Alexandrache Carmen, PhD,**
Departament of Teacher Training, “Dunarea de Jos”, Galati University, Romania
- **Prof. Alberto Cabada,**
University of Santiago de Compostela, Faculty of Mathematics, Santiago de Compostela, Spain
- **Assoc. Prof. Dr. Mehmet Şahin,**
Necmettin Erbakan University, Ahmet Keleşoğlu Faculty of Education, Konya, Turkey
- **Assoc. Prof. Erika Gyöngyösi Wiersum, PhD,**
Eszterházy Károly University, Comenius Campus in Sárospatak, Institute of Real Sciences, Sarospatak, Hungary
- **Anna Klimentova, PhD,**
Constantine the Philosopher University in Nitra, Slovakia
- **Prof. Igor Kevorkovich Danilov, DSc,**
Yuri Gagarin State Technical University of Saratov, Russia

- **Prof. Aleksander Valentinov Sladkowski, DSc,**
Silesian University of Technology, Poland
- **Prof. Pether Shulte, PhD,**
Institute for European Affairs (INEA), Dusseldorf, Germany
- **Prof. Asliddin Nizamov, DSc., PhD,**
Bukhara Engineering-Technological Institute, Bukhara, Uzbekistan
- **Prof. Marina Sheresheva, PhD,**
Lomonosov Moscow State University, Russia
- **Prof. Erik Dahlquist, PhD,**
Mälardalen University, Sweden
- **Prof. Erik Lindhult, PhD,**
Mälardalen University, Sweden
- **Prof. Annika Kunnasvirta, PhD,**
Turku University of Applied Sciences, Finland
- **Prof Walter Leal, Dr. (mult.) Dr.h.c. (mult.),**
Hamburg University of Applied Sciences, Germany
- **Prof. Dr. Gerhard Fiolka,**
University of Fribourg, Switzerland
- **Prof. Haluk Kabaalioglu, PhD,**
Yeditepe University, Turkey
- **Prof. Silva Alves, PhD,**
University of Lisbon, Portugal
- **Hanneke van Bruggen,**
Appeldoorn, The Netherlands
- **Nino Žganec,**
President of European Association of Schools of Social Work, Prof. at the Department of Social Work,
University of Zagreb, Croatia
- **Prof. Violeta Jotova, MD, DSc,**
Pediatric department in University Hospital „St. Marina“ – Varna, Bulgaria
- **Prof. Tanya Timeva, MD, PhD,**
Obstetrics and Gynecology Hospital "Dr. Shterev", Sofia, Bulgaria
- **Prof. Kiril Stoychev, PhD,**
Institute of Metal Science, Equipment and Technologies “Acad. A. Balevsci” with Hydroaerodynamics centre
– BAS, Bulgaria
- **Assoc. Prof. Mark Shamtsyan, PhD,**
Technical University, Saint Petersburg, Russia
- **Assoc. Prof. Oleksii Gubenia, PhD,**
National University of Food Technologies, Kiev, Ukraine
- **Assoc. Prof. Olexandr Zaichuk, DSc,**
Ukrainian State University of Chemical Technology, Dnepropetrovsk, Ukraine
- **Prof. Eugene Stefanski, DSc,**
Samara University, Russia
- **Doc. Dr Tatiana Strokowskaya,**
International University of Nature “Dubna”, Dubna, Russia
- **Prof. DSc. Petar Sotirov,**
Maria Curie-Sklodowska University of Lublin, Poland
- **Prof. Papken Ehiasar Hovsepian,**
Sheffield Hallam University, Sheffield, UK
- **Accos. Prof. Krassimir Dochev, PhD,**
University of Portsmouth School of Engineering, UK
- **Mariana Yordanova Docheva, PhD,**
University of Portsmouth School of Engineering, UK

- **Assoc. Prof. Ivan Antonov Lukanov, PhD,**
University of Botswana, Faculty of Engineering and Technology, Gaborone, Botswana
- **Assoc. Prof. Petko Vladev Petkov, PhD,**
Research Associate Cardiff University, UK
- **Prof. Stepan Terzian DSc,**
Bulgarian Academy of Science, Bulgaria
- **Prof. Dr. Gabriel Negreanu,**
University Politehnica of Bucharest, Romania

ORGANISING COMMITTEE

- ◆ **ORGANIZED BY:** University of Ruse (UR) and Union of Scientists (US) - Ruse
- ◆ **ORGANISING COMMITTEE:**
 - **Chairpersons:**
COR. MEM Prof. Hristo Beloev, DTSc – Rector of UR, Chairperson of US - Ruse
 - **Scientific Secretary:**
Prof. Diana Antonova PhD, Vice-Rector Research,
dantonova@uni-ruse.bg, 082/888 249
- ◆ **MEMBERS:**
 - Assoc. Prof. Kaloyan Stoyanov, PhD
 - Assoc. prof. Velina Bozduganova, PhD
 - Assoc. Prof. Kiril Sirakov, PhD
 - Assoc. Prof. Milko Marinov, PhD
 - Pr. Assist. Elena Ivanova, PhD
 - Assoc. Prof. Simeon Iliev, PhD
 - Assoc. Prof. Pavel Vitliemov, PhD
 - Assoc. Prof. Mimi Kornazheva, PhD
 - Boryana Stancheva, PhD
 - Prof. Vladimir Chukov, DESc
 - Pr. Assist. Krasimir Koev, PhD
 - Prof. Juliana Popova, PhD
 - Pr. Assist. Hristina Sokolova, PhD
 - Pr. Assist. Magdalena Andreeva, PhD
 - Assoc. Prof. Emilia Velikova, PhD
 - Assoc. prof. Bagryana Ilieva, PhD
 - Pr. Assist. Reneta Zlateva, PhD
 - Pr. Assist. Velislava Doneva, PhD
 - Assoc. Prof. Stefka Mindova, PhD
 - Assoc. prof. Sasho Nunev, DSc
 - Assoc. Prof. Despina Georgieva, PhD
 - Pr. Assist. Vanya Panteleeva, PhD
 - Assoc. Prof. Emil Trifonov, PhD
 - Assoc. Prof. Galina Lecheva
 - Assist. Prof. Milen Sapundzhiev, PhD
 - Assoc. Prof. Tsvetan Dimitrov, PgD
 - Assoc. Prof. Nastyia Ivanova, PhD

♦ **REVIEWERS:**

Prof. Bianca Tornyova, PhD
Assoc. Prof. Elena Zheleva, PhD
Assoc. Prof..Ognyan Sherbanov, MD, PhD
Assoc. Prof. Teodora Nedeva, MD, PhD
Assoc. Prof. Tamara Tsvetkova, PhD
Assoc. Prof. Rosica Doinowska, PhD
Assoc. Prof. Teodora Eftimova, PhD
Assoc. Prof. Valentina Dimitrova, PhD
Assoc. Prof. Boryana Todorova, PhD
Assoc. Prof. Irina Karaganova, PhD
Assoc. Prof. Ivelina Stefanova, PhD
Assoc. Prof. Stefka Mindova, PhD
Pr. Assist. Prof. Denitsa Vassileva, PhD

Health Promotion SECTION

Content

1. FRI-K.201-SSS-HP-01	12
Treatment of scoliosis by the method of Schroth	
<i>Yuliana Pashkunova</i>	
2. FRI-K.201-SSS-HP-02	19
The attitude of rehabilitation students towards alternative medicine and their readiness to employ in practice	
<i>Elena Ivanova, Donka Nikolova</i>	
3. FRI-K.201-SSS-HP-03	23
The aspects of loneliness as a main problem of ageing	
<i>Donka Nikolova, Elena Ivanova</i>	
4. FRI-K.201-SSS-HP-04	27
Innovations and creativity in occupational therapy for inclusive education and sensory impairments	
<i>Anna Bisset, Maria Hondrodimou, Hristiana Grigorova, Petya Mincheva</i>	
5. FRI-K.201-SSS-HP-05	29
Game of states – analysis for the therapeutic application in occupational therapy	
<i>Viktoria Ivanova, Liliya Todorova</i>	
6. FRI-K.201-SSS-HP-06	33
Role of the occupational therapist in a daily centre for children with disabilities	
<i>Viktoria Ivanova, Liliya Todorova</i>	
7. FRI-K.201-SSS-HP-07	42
Analysis of the Hopscotch game as a therapeutic media in occupational therapy	
<i>Hasret Ramis, Liliya Todorova</i>	
8. FRI-K.201-SSS-HP-08	45
Occupational therapy for enhancing daily activities of a female adult with bilateral coxarthrosis	
<i>Hasret Ramis, Liliya Todorova</i>	

Social Work SECTION

Content

1. FRI-K.201-SSS-SW-01	51
A medical model for the realization of social work-opportunities and critical remarks	
<i>Emiliya Dimitrova, Sasho Nunev</i>	
2. FRI-K.201-SSS-SW-02	56
Typology, age, specificity, and motivation of suicidal behavior	
<i>Milena Todorova, Sasho Nunev</i>	
3. FRI-K.201-SSS-SW-03	60
The influence of the national socialist rule in Germany in the period 1939-1945 on the development of social work	
<i>Stanislava Stoqnova, Sasho Nunev</i>	

4. FRI-K.201-SSS-SW-04	66
Self-help groups – specific identity and performance of their activity	
<i>Svetlina Karapetrova, Sasho Nunev</i>	
5. FRI-K.201-SSS-SW-05	67
The importance of family communication	
<i>Ioniță Oana Cătălina</i>	
6. FRI-K.201-SSS-SW-06	70
Relationship between social worker and beneficiary	
<i>Radu Florin</i>	
7. FRI-K.201-SSS-SW-07	74
Empathic communication in relationship social worker – client	
<i>Sandu Elena</i>	
8. FRI-K.201-SSS-SW-08	78
A health activity for seniors: volunteer work	
<i>Coman Ștefania</i>	

Health Care Section

Content

1. THU-2G.205-1-SSS-HC-01	82
Special nursing care for dialysis patients	
<i>Elena Andonova, Teodora Todorova</i>	
2. THU-2G.205-1-SSS-HC-02	86
Informing students of a nursing specialty at university of ruse about alternative methods of hygienic care	
<i>Gamze Yasharova, Irina Hristova</i>	
3. THU-2G.205-1-SSS-HC-03	93
What do i have to know about the patient before performing a concrete examination?	
<i>Tsvetelina Grigorova, Hristiana Ilieva, Nevenka Boninska, Petranka Gagova</i>	
4. THU-2G.205-1-SSS-HC-04	99
Parents for immunoprophylaxis - for and against	
<i>Martina Dobreva, Daniela Konstantinova</i>	
5. THU-2G.205-1-SSS-HC-05	104
Dental fears and phobias, role and importance of the nurse in coping with them	
<i>Miroslava Stoyanova, Petya Drencheva, Radostina Jecheva</i>	
6. THU-2G.205-1-SSS-HC-06	109
Student's awareness about measles	
<i>Nazmie Samieva, Pervin Shefket, Radostina Jecheva</i>	
7. THU-2G.205-1-SSS-HC-07	114
Psychosocial problems of people with foreign accent syndrome	
<i>Zerin Ahmed, Despina Georgieva</i>	
8. THU-2G.205-1-SSS-HC-08	121
The satisfaction of patients about health care services provided by students	
<i>Selen Ayrieva, Shukran Syuleyman, Daniela Konstantinova</i>	
9. THU-2G.205-1-SSS-HC-09	127
The increase of added sugar consumption and obesity among the adolescent	
<i>Ana-Maria Mladenova, Despina Georgieva</i>	
10. THU-2G.205-1-SSS-HC-10	129

Arterial hypertension and metabolite syndrome	
<i>Simona Nedelcheva, Greta Koleva</i>	
11. THU-2G.205-1-SSS-HC-11	135
Anorexia neuroza, eyes in eyes with disease. To find out you	
<i>Irina Todorova, Despina Georgieva</i>	
12. THU-2G.205-1-SSS-HC-12	141
Nurse satisfaction in quality of training	
<i>Gyulben Yosifova, Hava Orhanova, Daniela Konstantinova</i>	
13. THU-2G.205-1-SSS-HC-13	146
Parkinson's disease - alternative and complementary methods of treatment	
<i>Petya Doneva, Tatyana Atanasova</i>	
14. THU-2G.205-1-SSS-HC-14	153
The role of auxiliary technical equipment for development in a home for deadly people with disabilities	
<i>Sabrie Yasar, Svilen Dosev, Kina Velcheva</i>	
15. THU-2G.205-1-SSS-HC-15	158
Overweight and obesity – level of awareness and real action	
<i>Selin Mehmed, Despina Georgieva</i>	
16. THU-2G.205-1-SSS-HC-16	164
Prophylaxis – significant part of the comprehensive treatment of varicose disease	
<i>Zehra Ahmed, Kristina Zaharieva</i>	
17. THU-2G.105-1-SSS-HC-17	170
Choriocarcinoma - necessary obstetric care	
<i>Radostina Nikolova, Tsveta Hristova</i>	
18. THU-2G.205-1-SSS-HC-18	175
A midwife's duty in ovarian cancer treatment care – a case study report	
<i>Gyonyul Refka, Tsveta Hristova</i>	
19. THU-2G.205-1-SSS-HC-19	182
Breast cancer - the essential role of the midwife in regard to prevention, prophylaxis and and healthcare	
<i>Aylin Syuleymanova, Tsveta Hristova</i>	
20. THU-2G.205-1-SSS-HC-20	188
Teratogenic effect on the fetus	
<i>Telma Ivanova, Yoana Lukanova</i>	
21. THU-2G.205-1-SSS-HC-21	192
Communication in midwifery	
<i>Daniela Lyutakova, Tsveta Hristova</i>	
22. THU-2G.205-1-SSS-HC-22	198
Delayed first bath of the newborn	
<i>Daniela Lyutakova, Ivanichka Serbezova</i>	
23. THU-2G.205-1-SSS-HC-23	208
The importance of Vernix caseosa in the context of contemporary midwife led care	
<i>Daniela Lyutakova, Ivanichka Serbezova</i>	
24. THU-2G.205-1-SSS-HC-24	210
Contemporary achievements of fetal surgery	
<i>Victoria Todorova, Didem Redzhebova, Tanya Timeva</i>	

PHYSICAL EDUCATION AND SPORT

Content

1. Study of The Parents 'Relations for Physical Activity	217
<i>Martina Georgieva, Iskra Ilieva</i>	
2. Needs for The Physical Activity of Students from the Ruse University "Angel Kanchev"	223
<i>Rositsa Venkova, Iskra Ilieva</i>	
3. Reflection as A Factor for Motivation of Students to Teach "Physical Culture" in Kindergarten	230
<i>Renay Akaeva, Iskra Ilieva</i>	
4. Integrative Relationships of Physical Culture with Other Educational Fields	236
<i>Petya Marinovska, Iskra Ilieva</i>	
5. Reading of The Students of The Specialty Education and Primary School Pedagogy at Ruse University to Teach Educational Directory "Physical Education"	240
<i>Anka Atanasova, Iskra Ilieva</i>	
6. Table Tennis for Children	245
<i>Monika Tsaneva, Valeri Yordanov</i>	

TREATMENT OF SCOLIOSIS BY THE METHOD OF SCHROTH¹

Yuliana Pashkunova, PhD

Department of Public Health and Social Activities,

“Angel Kanchev” University of Ruse

Phone: 0889255301

E-mail: ypashkunova@uni-ruse.bg

Abstract: *Schroth therapy has a long tradition. In Germany the Schroth Method developed into the most recognized conservative exercise-based approach for scoliosis treatment. Scoliosis patients need to have information about the disease in order to help themselves to develop pro-active coping strategies. Such information should include a calculation of the risk of progression for immature children with scoliosis <25° Cobb. To interrupt the circular process of scoliosis progression, the main therapeutic aspect is to reduce the asymmetric loading on the spine and its effects for the body statics and the postural and structural adaptation before the end of skeletal maturity.*

Keywords: scoliosis, patients, Schroth therapy, scoliosis progression, skeletal maturity.

ВЪВЕДЕНИЕ

Началото на Шрот терапията е поставено през 1921 г. от Катарина Шрот в Майсен, град в източната част на Германия – фиг. 1.



Фигура 1. Катарина Шрот

През 1961 г. Катарина, заедно с дъщеря си Криста се преместват в град Бад Зобернхайм и през 1983 г. основават своята клиника „Катарина Шрот Клиник“. През 1995 г. клиниката е продадена на компанията Асклепиос – доставчик на здравни услуги в Германия. Бъдещото развитие на метода се осъществява главно от Удо Рувених и Аксел Ханес, както и от ортопедът Ханс Рудолф Вайс - син на Криста. В Германия, Шрот методът се превръща в най-широко приетия метод за консервативно лечение на сколиоза, базиран на упражнения. Експанзията на

¹ Докладът е представен на студентската научна сесия на 10.05.2019 г. в секция „Промоция на здравето“ с оригинално заглавие на български език: ЛЕЧЕНИЕ НА СКОЛИОЗА ПО МЕТОДА НА ШРОТ.

метода извън границите на Германия, започва преди 20 години, когато д-р Риго представя Шрот в страни като Испания, Израел, Обединеното кралство и САЩ. През 2015 г. Аксел Ханес основава ISST – международен - обучаващ институт, заедно с Asklepios и компанията Sanomed, осъществяваща високоектично корсетолечение, MVZ-Sobernheim – специализирана в извънболничното лечение на гръбначни изкривявания, включващо пълно медицинско и физиотерапевтично обслужване на гръбначните деформитети.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Сколиозата е сложен процес, включващ морфологични изменения и цялостна трансформация, вследствие на която се получава триизмерна деформация на гръбначния стълб, имаща структурни промени на прешлените в трите равнини:

F – фронтална равнина: латерално отклонение в посока на конвексната страна на кривината, водещо до латерална флексия на гръбначния стълб. Латералните кривини са били назовавани с името „сколиоза“, идваща от гръцката дума „scolios“, която означава изкривен, прегърбен;

T – трансверзална равнина: ротация, главно във върха на кривината, в посока съвпадаща с латералното отклонение;

S – сагитална равнина:

- Торакална хипокифоза /Hypokyphosis/ – в апикалната част на гръденния кош, която води до нефункционална антериорна флексия;
- Лумбална хиполордоза /Hypolordosis/ - в апикалната област на лумбалната извивка; понякога тя е в корелация с хиперлордоза /hyperlordosis/ в лумбо-сакралното свързване. Това функционално увреждане показва намалена лумбална екстензия на ниво L1/L2.

Структурната сколиоза се свързва със загуба на гъвкавост в един или повече участъци на гръбначния стълб, като прешлените са в позиция на ротация, ребрата са ригидни, гръденния кош е скосен и встрани от центъра си, а дисковете между прешлените са компенсирани и клиновидни. Поради торзията на прешлените, те са асиметрично оформени и височината им от вдълбнатата страна е по-малка, в сравнение с височината на прешлена от изпъкналата страна. Това общо заболяване, трябва да се разграничава точно от сколиотични деформации при разлика в дължините на долните крайници, при болки в областта на гръбначния стълб, при порочна стойка при ученици. По-късия долен крайник, обикновено води до изкривяване на сакралната база и гръбнакът компенсира това, чрез промяна в кривините му. При тези случаи, след отстраняване на причината, гръбначният стълб се изправя, а също така, липсва и торзионната деформация на прешлените.

Вероятно повечето структурни промени на гръбначния стълб започват като функционални кривини, които се фиксираят с времето. Функционалните аспекти са взаимносвързани с постуралните изменения и са обратими в хода на лечението, но за целта е необходим интензивен терапевтичен подход, за да се стабилизират тези корекции и да се възстанови нормалната стойка на тялото. Структурните компоненти на сколиозата и особено механично адаптирани дискове, прешлени и ребра са не обратими в краткосрочен план. Асиметричното натоварване на гръбнака води до асиметрична статика на тялото, при която извития гръбначен стълб става по-къс. Достигайки критичния праг и особено в комбинация със засилване не растежа, сколиотичните извивки започват да прогресират.

Сколиозата може да възникне във всеки един сегмент на гръбначния стълб: цервикален, гръден и лумбален. Честотата на заболяването варира между 7 и 23% и се среща по-често при момичетата. Торакалните извивки са склонни да прогресират повече, отколкото лумбалните. При двойни главни кривини, лумбалният компонент е по вероятно да прогресира, отколкото торакалния, а десните лумбални кривини имат два пъти по-голям рисък от прогресия, отколкото левите.

Дали в дългосрочен план тези структури ще имат възможността да бъдат коригирани чрез използване на корсет и упражнения, зависи от потенциала за растеж на пациента. Колкото по-рано е започната сколиозата, толкова по-висок е рисът от прогресия. Процесът на прогресия има най-голямо въздействие по време на фазата на ускоряване на растежа, което при момичетата започва 1,5 до 1 година преди менструацията, а при момчетата започва 1 до 2 години по-късно. За да се прекъсне порочния кръг на прогрес на сколиозата е необходимо на първо мястода се намали асиметричното натоварване на гръбначния стълб и неговото влияние върху стойката, преди да е завършил скелетния растеж.

В 80-90% от случаите, сколиозата е **идиопатична**, останалите са **вродени и нервно-мускулни**.

Идиопатичната сколиоза не може да се свърже с точна дата на възникване и много често прогресира. Тя представлява дисплазично състояние на гръбначния стълб, което е програмирано генетично още в зиготата. Поради това, точната причина за възникването ѝ не е известна. Тук спадат около 70% от всички случаи на сколиоза.

Идиопатичната сколиоза се класифицира в няколко групи в зависимост от възрастта на децата:

1. **Инфантилна идиопатична група** – от 0 до 3 г. в 1% от случаите; по-често при момчетата;
2. **Ювенилна идиопатична група** – от 4 до 9 г. в 12-21 % от случаите; 70% изискват лечение;
3. **Адолесцентна идиопатична група** – над 9 до 17 г.; по-честа при момичетата.

Особеност на идиопатичната сколиоза е, че тя обикновено не се забелязва в ранна възраст, а едва във възрастта преди или около пубертета. Точно тогава тя напредва значително бързо в рамките на месеци, като прогресира до завършване на растежа и след това остава фиксирана. Патологичните промени засягат по-голямата част от гръбначния стълб, гръден кос и органите, разположени в него.

Вродената сколиоза е вследствие на нарушено развитие на прешлените, т. е. деформация на прешлените още по време на ембрионалното развитие. Най-честата причина е появата на отклонения от нормалната структура на един или повече прешлени: допълнителни прешлени, клиновидни прешлени, синостози между два или повече прешлена и др. Най-честото място на появата на тези отклонения са преходните зони на гръбначния стълб. Тази форма на сколиоза се установява още в най-ранна детска възраст и търпи по-бавно развитие в периодите на по-бърз растеж на организма като цяло (в пубертета). Често се комбинира с други вродени аномалии: вродено изкълчване на тазобедрената става, вродени криви крачета и др.

Нервно-мускулната сколиоза е вследствие на централно-мозъчна увреда или на мускулно заболяване. Характеризира се с проблеми в локомоторната функция, нарушено запазване на позата на тялото, ментални проблеми, а също и с генерализирана мускулна дисфункция.

Измерването на гръбначните изкривявания е трудно поради постоянно променящото се състояние на мускулатурата на тялото и динамиката на гръбначния стълб. Точна диагноза и отчитане на ъгъла на изкривяването се прави на рентгенография. Един от най-често използваните рентгенографски методи за диагностика и измерване на гръбначните изкривявания е метода на Cobb. Той измерва страничното отклонение на гръбначния стълб във фронталната равнина, между два преходни /неутрални/ прешлена. Според стойността на този ъгъл се прави количествена класификация на сколиозите в градуси.

В зависимост от големината на деформацията, сколиозите се делят на няколко степени:

I степен - отклонението от вертикалната ос е до 10° с незначително странично изкривяване. Няма торзия и промяна във формата на прешлените.

II степен - отклонението от вертикалната ос е между 10° и 25° . Изразена С-образна или S-образна сколиоза. Установява се начална торзия на прешлените.

III степен - отклонението от вертикалната ос е между 25° и 50°. Установяват се структурни промени в прешлените. Ако сколиотичната болест засяга гръденя отдел, се наблюдава оформяне на гърбица. Появява се и поясно подуване - вал.

IV степен - отклонението от вертикалната ос е над 50°. Установяват се всички характерни за сколиотичната болест патологоанатомични промени: структурни промени в прешлените, връзковия апарат, мускулите. Наблюдава се пълна неподвижност на гръбначния стълб в зоната на най-голямата деформация. Изкривяването има негативно влияние върху вътрешни органи - бял дроб, сърце. Налице е страничен контакт или странично качване на ребрата върху таза – фиг. 2.



Фигура 2. Изкривяване на гръбначния стълб

Съгласно SRS /Scoliosis Research Society - Научно-изследователско общество за изследване на сколиоза/, една извивка трябва да е с Коб ъгъл по голем от 10°. При децата трябва да се обърне внимание на ротационната компонента, дори ъгълът на Коб да е по-малък от 10°. Прогресията на сколиозата, след пълното ѝ развитие при нелекувани пациенти има следната класификация:

- Торакална сколиоза – ъгъл на Коб <30°: статически няма по-нататъшна прогресия;
- Торакална сколиоза – ъгъл на Коб >30°: вероятност за прогресия;
- Торакална сколиоза – ъгъл на Коб 50° - 75°: категорична прогресия с около 1° за една година;
- Лумбална сколиоза < 30°: няма склонност към прогресия;
- Лумбална сколиоза >30°: очаква се по-нататъшна прогресия;

Особено важно за добрия краен резултат е рано започнатото и компетентно провежданото лечение.

Шрот метода е консервативен метод, базиран на упражнения, повлияващи сколиотичните промени в трите равнини: S-сагитална, F-фронтална и T-трансверзална.

Според класификацията по Шрот метода, тялото се разделя на определени телесни части - блокове. От физиологична гледна точка, те са перпендикулярно разположени към вертикалната средна линия. Боди блоковете изобразяват деформациите на тялото, като промени в техните геометрични форми от правоъгълна към трапецовидна, страничното

изместване и ротация, а също така компресията върху конкавната страна и разширяването на конвексната. Сколиотичната асиметрия на тялото е загуба на симетрия и показва изкривени и изместени от центъра блокове. Класификацията на Шрот определя областите на странично отклонение и ротация на основните боди блокове и дава ясна ориентация за стандартния терапевтичен план, който включва: изготвяне на терапевтична диаграма, програма от упражнения с упражнения за вкъщи и нужните мобилизационни техники.

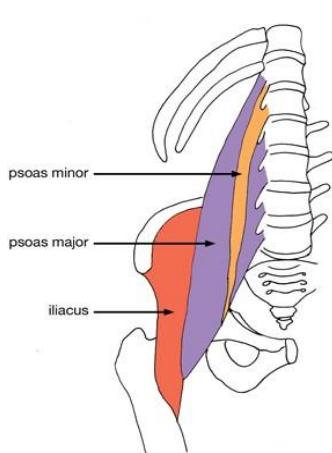
Специфичното лечение на сколиозата може да бъде индивидуално или групово. Независимо от причинителя, водещ до развирането на гръбначната кривина, премахването на асиметричното гравитационно натоварване чрез възстановяване на постуралния баланс, може да доведе до подобрене на признаците и симптомите на сколиозата, дори и след като тя е прогресирана до фиксирано гръбначно изкривяване особено, ако това се случи преди завършването на растежа и преди да е изминало твърде много време. В противен случай, това ще доведе до повишен риск от прогресия и до типичните постурални и спинални изменения.

Един от основните начини да се работи срещу асиметричното натоварване е да се намали натоварването на гръбначния стълб чрез всякакъв вид поддръжка. Легналото положение на тялото е най-лесният начин да се отбремени гръбначния стълб и да се намали бъдещата прогресия – страничният лег на конкавната страна на главната крива, подпомага пасивно да се намали страничното изкривяване на гръбначния стълб. Пациента трябва да се обучи да замени обичайната за него стойка с новата – осъзната стойка, при която се постига статично и динамично подравняване на отделните телесни блокове. Така осъзната стойка, трябва да бъде максимално най-близка до физиологичната поза, като се използва Основно напрежение – фиг. 3.

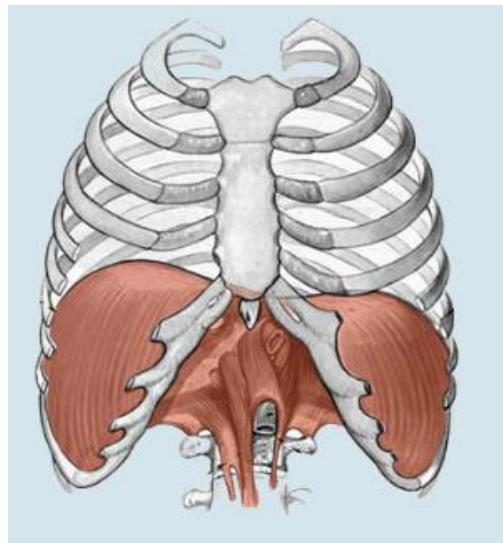


Фигура 3. Сколиоза

Основното напрежение се осигурява, чрез активация на дълбоките лумбални екстензори в синергия с дълбоките абдоминални и тазоводънни мускули, свързани с диафрагмата – фиг.4., фиг.5.



Фигура 4. M. psoas major



Фигура 5. Диафрагма

За пациентите е трудно да променят обичайната си стойка, защото субективно усещат тези размествания като комфортни и понякога дори като правилен стоеж. Чрез съзнателната стойка се спомага да се намали или поне да се забави прогресията, посредством редуциране на асиметричното натоварване върху гръбначния стълб. Те трябва свикнат с нея и да я прилагат в ежедневните си дейности, като по този начин се намалява времето в стриктен тренировъчен режим, което им позволява да прекарват повече време в подходящи за възрастта им желани начинания.

Корекциите на таза също трябва да се следят при всеки един пациент, за да бъде в правилна позиция, която да се контролира по време на цялото упражнение. Основната цел е да се увеличи лумбалната лордоза на ниво L2 и да се възстанови торакалната кифоза.

Прилагането на специфичните мобилизации е много важно, тъй като прогресията на сколиозата е свързана със загуба на функция, следователно и с компенсаторни структурни деформации. Целта е да се подобри функцията, за да се създадат по-добри условия за 3D корекции и да се предотврати прогресията. Терапевтичната структура на една специфична мобилизация преминава винаги от пасивна техника към асистирана и след това към активно изпълнение. Тези техники са насочени към обръщане на гръбначните отклонения в отделните равнини.

Използването на корективно дишане е особено полезно за вдълбнатите области на трупа, тъй като позволява корекции откъм „вътрешността“, при което се получава „вътрешна деторзия“. От биомеханична гледна точка, основният проблем е загубата на подвижност, последвана от рестриктивни респираторни дисфункции, при които се нарушава виталният капацитет. Според Шрот методът, корективното дишане включва едновременно мобилизация на ребрата, както и техники за интеркостален масаж, фасциални и стречинг техники. Главният фокус по време на терапията е да се разработят различни дихателни модели с определени посоки на дишане, приложени с помощта на специфични мануални съпротивления. При типичните дихателни упражнения се използва и работа с въображението, визуализация и тактилна обратна връзка, с цел улесняване на корективните сили.

При повечето упражнения, целта е да се постигне корекция и трите равнини, за да се възстанови правилното физиологично подреждане на боди блоковете. Стабилизацията е неразделна съставна част от специфичните упражнения за сколиоза и е свързана най-вече с

основната част на упражнението. Един от аспектите ѝ се осигурява от коригираната стойка, тъй като дейността на мускулите осигуряващи издръжливост и постурален контрол е важна за стабилизацията на стойката. Тренировката на мускулния корсет, започва с активен постурален контрол, като главната цел е да се получи стабилно регулиране на лумбо-сакралното съединение, свързващо таза. От тази начална позиция започва и по-нататъшната корекция на гръбначния стълб в посока противоположна на отклонението и ротацията на частите на тялото, като се включва и самостоятелно изтегляне на гръбначния стълб по дължината му /елонгация/.

Лечебния процес води до намаляване или предотвратяване на прогресията, с цел да се избегна корсетолечението и най-вече хирургичната интервенция. Друга задача на консервативното лечение е обучаване и планиране на специфичните упражнения за сколиоза и техниките на дишане, в съответствие с принципите на различните Шрот-вариации на стойката, с цел да се даде възможност и да се насърчат пациентите да изпълняват упражненията и в домашна обстановка, за да постигнат корекции в стойката по време на ежедневните си дейности. Интензивността на лечението трябва да бъде индивидуално съобразена с възможностите на пациента да прави упражнения, както и с риска от прогресия на сколиозата.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Специфичните пасивни, асистиращи и активни мобилизационни техники, са задължителни в случаи на структурни и функционални ограничения. Стремежът е дълбокото разбиране и разпознаване на основната цел за дългосрочна промяна на стойката на тялото да доведе до увеличаване на мотивацията, съгласието, ангажираността и дисциплинарността на пациента. При лечение на сколиоза чрез Шрот метода, целта е да се постигне мускулна симетрия и от двете страни на гръбначния стълб, да се забави или предотврати по-нататъшна прогресия, като се стабилизира корекцията на гръбначния стълб в трите измерения. От друга страна постуралното осъзнаване и контрол на постуралните промени, чрез програмата от упражнения ще подобри подвижността на гръденния кош, съответно и респираторната функция. За това терапевта трябва да бъде на разположение на пациента понякога с месеци, с години, даже и цял живот.

REFERENCES

- Vladimirov, B., D. Dzherov, V. Ivanov, (2000). *Orthopedics, Traumatology, Orthotics*. Bulgarian National Academy of Medicine, Knowledge. (**Оригинално заглавие:** Владимиров, Б., Д. Джеров, В. Иванов, (2000). *Ортопедия, травматология, ортоптика*. Българска национална академия по медицина, „Знание”.)
- Karaneshev, G., (1987). *Theory and Methods of Physical Training*. Medicine and Physical Education. Sofia. (**Оригинално заглавие:** Карапетев, Г., (1987). *Теория и методика на лечебната физкултура*. Медицина и физкултура. София.)
- Pashkunova, Y., (2017). *Kinesitherapy for scoliotic disease*. Proceedings of the Union of Scientists - Ruse, Series 4, Medicine and Ecology - Volume 7, pp. 74-78, ISSN 1311 - 1078. (**Оригинално заглавие:** Пашкунова, Ю., (2017). *Кинезитерапия при сколиотична болест*. Известия на Съюза на учените – Рузе, Серия 4, Медицина и екология – том 7, , стр. 74-78, ISSN 1311 – 1078).
- Popov, N., (2002). *Spine*. NSA - PRESS. Sofia. (**Оригинално заглавие:** Попов, Н., (2002). *Гръбначен стълб*. НСА – ПРЕС. С.).
- Hennes, Ax., (2018). *International Schroth 3 D Scoliosis Therapy according to Katharina Shroth – Training Manual*. Part 1.
- Hennes, Ax., (2018). *International Schroth 3 D Scoliosis Therapy according to Katharina Shroth – Training Manual*. Part 1.
- Ward, R. *Foundation for Osteopathic Medicine*. Williams & Wilkins. American osteopathic association.

THE ATTITUDE OF REHABILITATION STUDENTS TOWARDS ALTERNATIVE MEDICINE AND THEIR READINESS TO EMPLOY IT IN PRACTICE²

Elena Ivanova

TRS Rehabilitation Therapist,
Medical College, Medical University of Varna
E-mail: e_kraycheva@abv.bg

Donka Nikolova

TRS Rehabilitation Therapist,
Medical College, Medical University of Varna
E-mail: donna_nik@abv.bg

Abstract: Alternative medicine has existed for centuries, however, yet in many countries it is still not officially recognized and is governed by various laws and regulations. The following methods for diagnosis and treatment are part of medical students' curriculum. This study aims to investigate rehabilitation students' attitude towards alternative medicine and their readiness to apply it in practice. An interesting finding of this study is the fact that a large number of participants stated they are willing to incorporate it in their practice in the future.

Keywords: alternative medicine, education, professional practice.

INTRODUCTION

Alternative medicine, also called unconventional medicine, has existed for centuries. In many countries, it is not officially recognized and there are diverse orders regulating it. In recent years, alternative medicine has aroused the interest of the Bulgarian patients. According to the Health Act and Ordinance № 7, the methods of alternative medicine are not included in the curricula of students at the medical universities. The unconventional methods included in Art. 167 of the Health Act for favorable impact on individual health are: non-medical products of organic and mineral origin, non-traditional physical therapy methods, homeopathy, acupuncture and acupressure, iris, pulse and auricular methods of examination, dietetics and therapeutic fasting.

According to the Bulgarian legislation the right to practice the methods of alternative medicine have: Bulgarian citizens and citizens of EU member-states, other countries from the European Economic Area and Switzerland who are mentally healthy, are not convicted of a crime of general character and have one of the following characteristics:

- hold a Master's degree in the professional fields "Medicine", "Dental Medicine" and "Pharmacy"
- hold an educational- qualification degree "Specialist" or "Bachelor" in the professional field "Health Care"
- have a diploma for secondary education and a certificate of successfully completed training for no less than 4 semesters at a higher medical educational institution under conditions and by an order determined by an ordinance of the Minister of Health and the Minister of Education and Science.

The right to practice homeopathy has a person with a Master's degree in the professional field "Medicine" or "Dental Medicine". Alternative therapy practitioners are registered with the Regional

² Докладът е представен на студентската научна сесия на 10.05.2019 г. в секция „Промоция на здравето“ със заглавие на български език: ОТНОШЕНИЕ НА СТУДЕНТИТЕ ПО РЕХАБИЛИТАЦИЯ КЪМ АЛТЕРНАТИВНАТА МЕДИЦИНА И ТЯХНАТА ГОТОВНОСТ ЗА ПРИЛОЖЕНИЕТО И В ПРАКТИКАТА.

Health Inspectorate in the region where they practice by submitting an application form with attached documents verifying they meet the requirements.

EXPOSITION

This study aimed to investigate rehabilitation students' attitude towards alternative medicine and their readiness to employ it in practice.

20 third-year Rehabilitation students at the Medical College- Varna took part in the study. The average age of the interviewees was 22,4 years. The gender ratio of the participants was 14 women and 6 men. A documentary and a sociological method were applied.

The analysis of the results revealed that a large number of the participants (60%) were familiar with the methods of alternative medicine. One third of the students (30%) were not sufficiently informed and needed additional information. Only 10% gave a negative answer. (Fig.1)

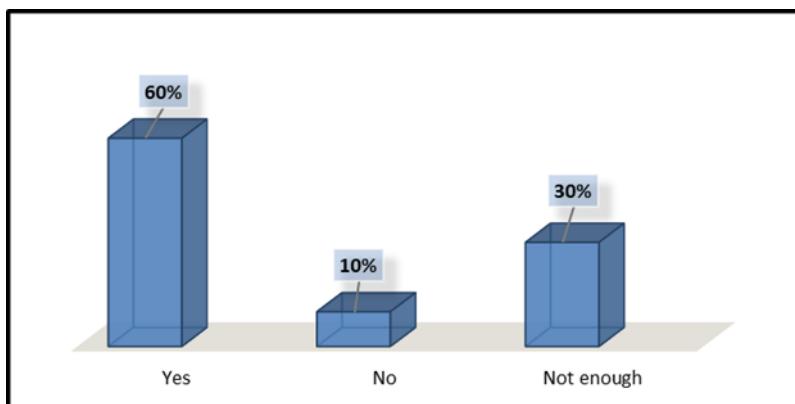


Fig. 1. Students' awareness of the essence of alternative medicine

They obtained information on alternative medicine mainly from the Internet (70%) and the media (30%). Respondents were not aware of the literary sources on the topic. The reason for this, most probably, is that it is not included in their curriculum.

Most of the respondents (70%) had little knowledge of the law regulating the practice of alternative medicine. Only 30% of the respondents were aware of it. (Fig.2)

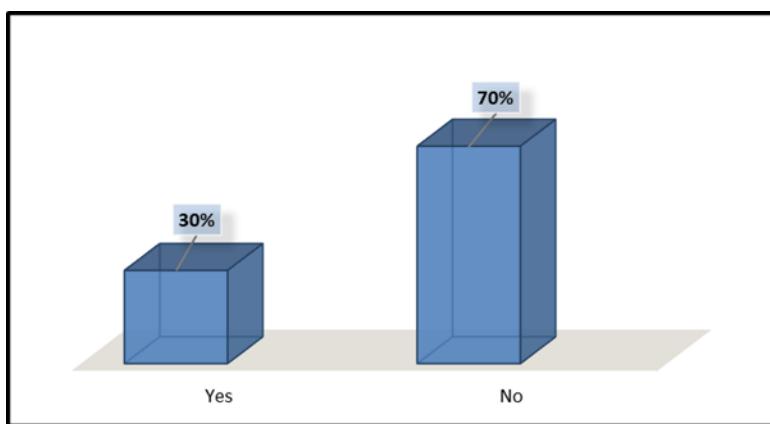


Fig. 2. Knowledge of the law on alternative medicine

The fact that only four of the interviewees have applied unconventional methods to improve their health is impressive. For this purpose, they used homeopathy, aromatherapy and herbal medicine. In their view, these methods are harmless and could help when conventional medicine is powerless.

The students' opinion on the practice of unconventional medicine by healers or persons with secondary education, and a completed training course in the field was of great significance for the study. A great deal of the interviewees (85%) did not approve of the practice of unconventional

medicine by people without medical education. In their opinion, this could be harmful to the health as well as result in serious consequences. 15% of the respondents could not decide and give an answer to the question. (Fig. 3)

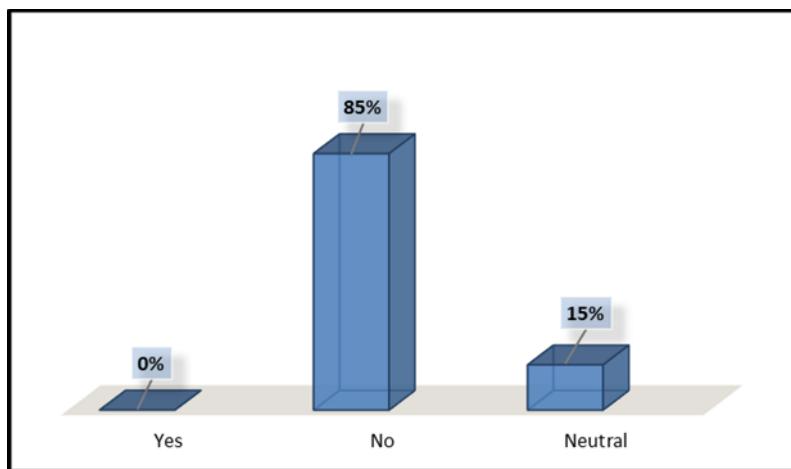


Fig. 3. Practice of unconventional medicine by healers and persons with secondary education who have completed a training course

A great deal of the respondents (60%) stated that unconventional medicine could be part of the complex treatment of the Bulgarian patient. They believed it could be possible to help seriously and terminally ill patients or with chronic diseases. An equal number of students stated “neutral” (20%) or rejected unconventional therapy (20%). (Fig. 4)

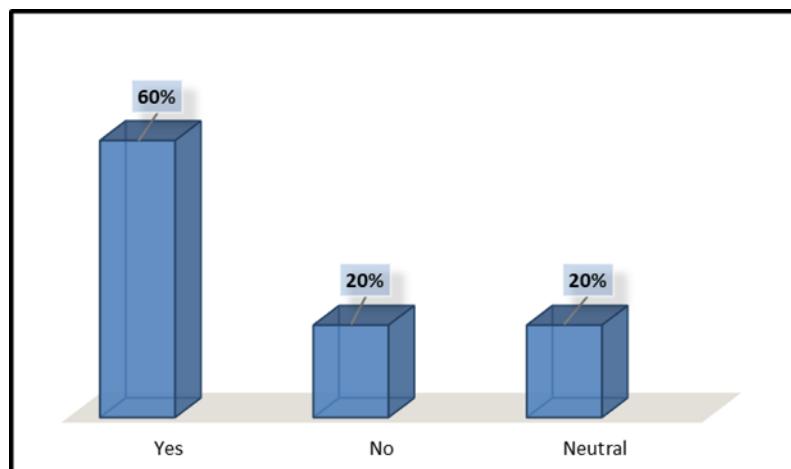


Fig. 4. Unconventional therapy as part of complex treatment

According to the participants in the study (85%), the public in Bulgaria is not prepared to accept unconventional medicine as equal to conventional medicine. Only 15% expressed a positive opinion on the issue.

Readiness to continue their studies and advance in the field of unconventional medicine showed 50% of the students. Most probably due to insufficient awareness, 30 % of the respondents totally disagreed and 20% were neutral. (Fig. 5)

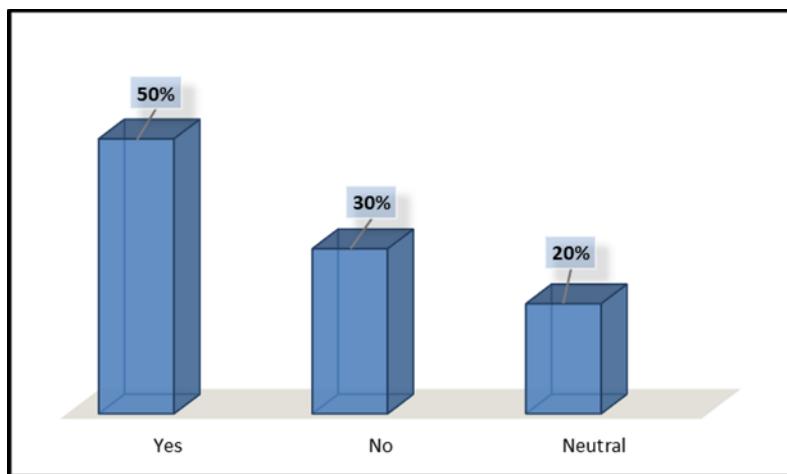


Fig. 5. Readiness to continue their studies in the field of unconventional medicine

DISCUSSION

The analysis and the interpretation of data give us ground to draw the following conclusions:

1. A large number of the participants in the survey are familiar with unconventional medicine methods.
2. According to the students, unconventional medicine should be practiced by people with medical education.
3. According to the survey participants, the public in Bulgaria is not ready to accept unconventional medicine.
4. Half of the students are willing to practice the methods of unconventional medicine.

CONCLUSION

It is essential to improve significantly the students' awareness of the problems of unconventional medicine in our country. There is a need to include unconventional medicine in the training of medical college students.

REFERENCES

Health Act. Chapter Six. *Unconventional Methods of the Favorable Impact on Individual Health*, State Gazette, Issue 70 of 10.08.2004, in force since 01.01.2005 / last. am. State Gazette, Issue 58 of 18th July 2017.

Ordinance № 7 of 1st March 2005 on the *Requirements on the Activities of Persons Practicing Unconventional Methods for Favoring Individual Health*, Issued by the Ministry of Health, Promulgated in State Gazette Issue 22 of 15th March 2005, last am. State Gazette, Issue 24 of 31st March, 2009.

WHO traditional medicine strategy: 2014-2023, http://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy14_23/en/

THE ASPECTS OF LONELINESS AS A MAIN PROBLEM OF AGEING³

Donka Nikolova

TRS Rehabilitation Therapist,
Medical College, Medical University of Varna
E-mail: donna_nik@abv.bg

Elena Ivanova

TRS Rehabilitation Therapist,
Medical College, Medical University of Varna
E-mail: e_kraycheva@abv.bg

Abstract: *Loneliness among the elderly is a particularly serious social problem that has affected a global proportion of mankind in the recent years. This report addresses its aspects as a major problem of old age. The specifics of loneliness among elderly people lead to many unsolved social, psychological, medical and economic problems for ensuring and creating optimum living conditions.*

Keywords: *loneliness, old age, old people, social problem*

INTRODUCTION

From the ongoing socio-demographic processes, the population ageing has the most severe consequences. By 2050 there will be more people over 60 than children under 15, and this happens for the first time in the world history. In Bulgaria by the end of 2017 people aged 65 and over are 1 481 908 (21.0%) of the country's population. By 2050 it is expected their number to have reached over 30% of the total population in Bulgaria.

In the modern world old people are not so much afraid of illness rather than loneliness. It is very often considered synonymous with old age. Loneliness among the elderly is a particularly serious social problem and it is not always related to objective living circumstances. It should be noted that the feeling of loneliness occurs in all ages but it becomes especially relevant to the personality when people get older.

Keeping normal and meaningful communication means not to succumb to loneliness and move away from old age. Ageing and loneliness are inevitable. Old age itself is loneliness. At the same time ageing similar to loneliness is a manifestation of the feelings experienced by man. It depends on each personality how strongly these feelings overtake them, to what extent they obey and how they prevail over the other human feelings. In the sense of aging there is not only bitterness, but also a kind of charm. This feeling can only be experienced by the one who, despite all life trials and adversity, has reached old age. For an elderly person it is important to maintain high self-esteem for their own personality. Respect for yourself is also a guarantee of public respect and recognition. It is for this reason that loneliness appears to be an important phenomenon that requires careful and serious research. The progressive tendency towards loneliness among people over 60+ and the future deepening of this problem, make it important for more detailed study not only by doctors, but also by sociologists, psychologists, educators and economists.

DISCUSSION

The report aims to reveal the aspects of loneliness as one of the main problems arising from old age.

³ Докладът е представен на студентската научна сесия на 10.05.2019 г. в секция „Промоция на здравето“ със заглавие на български език: АСПЕКТИТЕ НА САМОТАТА КАТО ОСНОВЕН ПРОБЛЕМ НА СТАРОСТТА.

The problem of loneliness has always excited mankind, occupying the minds of scholars, philosophers and writers. Recently more and more studies have been conducted to explore the essence of loneliness, its causes, typical displays and impact on different categories of people at certain times in their lives.

Today we can treat loneliness as a serious social problem. Growth of individualism, weakening the bonds with the circle of friends and relatives, the intensity of social mobility, the increase in social divide and the resulting instability, lead to a rise in socially-related loneliness. Loneliness is experienced not only by those who do not have a family and relatives, but also by many "successful and well-established" people who have numerous social contacts and live the so-called "prosperous and flourishing life." The feeling of loneliness (to varying degrees) can be experienced by everyone but it is particularly expressed during life crises.

In multiple studies loneliness is described in various ways such as conscious deprivation of social contacts when one has the potential to interact with others but does not; lack of appropriate people or unwillingness to share social or emotional experiences with someone; a mismatch between current and desirable interactions with others; a painful experience resulting from the lack of social contacts. Frequently, loneliness is associated with concepts such as social isolation, lonely life, or social ignorance. There is no universal definition of this term; loneliness depends to a large extent on those thinking processes that indirectly influence a man's experience and their subjective assessment. In addition, behaviour is closely related to experiencing loneliness as it reflects the broken real interactions with the other people. Loneliness is not only characteristic of old age, it can accompany a person throughout their life or for a certain period of time.

The feeling of loneliness is especially important when people get older. There are three basic dimensions of loneliness associated with the individual's assessment for their social status, the type of social relationships they experience and the temporary perspective of loneliness. The problem with loneliness is particularly prevalent among older people also because some of their friends and relatives die, and this hurts them and causes a sense of deep isolation. An important condition for the harmonious life of elderly people is communication and if it is absent, they begin to feel a sense of futility, insignificance and uselessness.

Ageing and old age are a natural process of age change. Old age is the age that can be said to be the most controversial for a person. This is a biological phenomenon that is primarily associated with serious psychological changes. Old age is often accompanied by deficits - economic, social, individual, which during this period of life contribute to the loss of independence. In psychology old age is seen as a final period of human life which is theoretically assumed to start with the man's withdrawal from their direct participation in the productive life of society. Old people often feel lonely and need to a great extent help and support from their relatives. The problem of loneliness among the elderly has recently become more noticeable. Its manifestation is associated not only with the absence of relatives and friends, but also with the lack of acceptance or understanding of the family members with whom the elderly person lives.

Ageing can be noted as an inevitable process that leads to the decrease of a number of functions, both of the biological organism and of the social system. In this sense, ageing and old age are usual mechanisms of the natural development that are connected to each other as a process and its result.

The concept of "old age" has different definitions depending on the criteria for measuring. This term can be viewed through the perspective of biological, sociological and psychological aspects. In this case, it can be noted that biologically old age is a process of "frailty" of the body and weakening of all its vital functions. Sociologically, old age is a social role that appears in relation to the personality performing certain socially significant functions and roles. Psychologically, old age is a later period of life in which psychological discomfort, depression, loneliness and chronic diseases are inherent as well as the human's self-acceptance in terms of their place in the social structure of society.

The problem of loneliness is a possible cause for stress and personal problems. The reasons why elderly people feel lonely could be many and various. First of all, this is due to the fact that grown-up children leave home; friends and old acquaintances are also getting fewer. In addition,

retirement for most people can cause serious stress that can result in depression. In turn, it leads to health deterioration, a negative change in social status and prestige, which is a natural response to stress factors. There is a correlation between mental and physical health. Elderly people and the oldest old with cardiovascular diseases experience higher levels of depression than those who have good health. In the other case, if you do not treat depression in people with cardiovascular problems, it can affect negatively the outcome of the physical illness.

The most significant psychological aspects in old age are isolation and self-isolation that reflect the awareness of loneliness associated with the lack of understanding and indifference from the others. Loneliness is felt most severely by a person who lives long enough and their social circle is becoming narrower and narrower. The old man begins to feel isolated from society since the distance with other people increases. An important reason for not keeping relationships with the others is that old people lose contact with the young and feel useless.

CONCLUSION

Studying the social, psychological, medical and economic aspects of loneliness is of great importance for understanding and realizing the problems of population ageing and for the implementation of adequate policies by the society and the state. When looking for a solution to the problem of loneliness, social rehabilitation and social assistance for the elderly and the oldest old are of great importance. Independence and loneliness are incompatible. Independent and self-reliant people, who have enough strength, try to be useful and necessary and do not seek support and help from anyone. Aid that is aimed at lonely people in most cases must change the situation, not the person himself. Social rehabilitation as a way to restore the body's functions is a complex of socio-economic, medical, legislative, professional and other measures which aim to ensure the necessary conditions and return this group of people to a decent life in society.

REFERENCES

- Alperovich, V. D. (1997). *Social gerontology*. Rostov on the Don: Phoenix, 576 p.
(Оригинално заглавие: Альперович В.Д. (1997). *Социальная геронтология*. Ростов на Дон: Феникс, 576 с.)
- Bydtaeva, E.L., Zuraeva, A.M. (2017). Loneliness of the elderly as a psychological problem *SISP*. №6-2. **(Оригинално заглавие:** Быдтаева Э.Л., Зураева А.М. (2017). *Одиночество пожилых людей как психологическая проблема*. СИСП. №6-2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/odinochestvo-pozhilyh-lyudey-kak-psihologicheskaya-problema> (дата обращения: 18.04.2019)
- Clark, M., Enderson, B.G. (1989). *Loneliness and old age. Labyrinths of loneliness*. M.: Progress, Pp. 453-484. **(Оригинално заглавие:** Кларк М., Эндерсон, Б.Г. (1989). *Одиночество и старость. Лабиринты одиночества*. М.: Прогресс, 1989. С. 453-484.)
- Eissensen, E. (1989). *Loneliness and a divorced man of old age. Labyrinths of loneliness*. M.: Progress, p. 433-452. **(Оригинално заглавие:** Эйсенсен, Э. (1989). *Одиночество и разведенный мужчина преклонного возраста. Лабиринты одиночества*. М.: Прогресс, С. 433-452.)
- Ermolaeva, M. (2002). *Practical psychology of old age*. M.: Izd-vo EKSMO-Press, p.117. **(Оригинално заглавие:** Ермолова М. *Практическая психология старости*. М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. с.117.)
- Krasnova, OV. (2005). The production of delusions: the elderly and old age. *Domestic notes*. (3), 24. **(Оригинално заглавие:** Краснова, О. В. (2005). *Порождение заблуждений: пожилые люди и старость. Отечественные записки*, (3), 24.)
- Kuritsyna, O. V. (2010). Social aspect of loneliness. *Newspaper of Kazan Technological University*. №3. **(Оригинално заглавие:** Курицына О. В. (2010). *Социальный аспект одиночества* // Вестник Казанского технологического университета. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnyy-aspekt-odinochestva> (дата обращения: 18.04.2019.)

Psychology of middle age, aging, death. Ed. A. A. Reana. SPb.: Prime-Evroznak, 2003. - p. 276-277. (**Оригинално заглавие:** *Психология среднего возраста, старения, смерти* / Под ред. А. А. Реана. СПб.: Прайм-ЕвроЗнак, 2003. - С.276-277.)

Psychology of old age and aging: A reader: Textbook. allowance for stud. psychol. fact higher uch. Head. (2003). Comp. Krasnova OV, Lidere A.G. M.: Publishing Center "Academy", 416 p. P. 53. (**Оригинално заглавие:** *Психология старости и старения:Хрестоматия: Учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. уч. зав. / Сост. Краснова О.В., Лидере А.Г. М.: Издательский центр «Академия», 2003. 416 с. С. 53.)*

Puzanova, J. V. (2009). *Sociological dimension of loneliness.* Abstract. Diss. ... Dr. sociol. Sciences, 22 (01). (**Оригинално заглавие:** Пузанова, Ж. В. (2009). Социологическое измерение одиночества. автореф. дисс.... доктора социол. наук, 22(01).)

Sergiyenko, E. A., Kharlamenkova, N. E. (2018). Psychological factors of successful aging. *SPSU Newspaper.* Series 16: Psychology. Pedagogy. № 3. (**Оригинално заглавие:** Сергиенко Е. А., Харламенкова Н. Е. (2018). *Психологические факторы благополучного старения.* Вестник СПбГУ. Серия 16: Психология. Педагогика. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psychologicheskie-faktory-blagopoluchnogo-stareniya> (дата обращения: 22.04.2019.)

Shanina, E. V. (2014). Health as a factor of social well-being of the elderly [Text] / *Proceedings of the Universities. Volga region. Social Sciences.* № 3 (31) С.130-141. (**Оригинално заглавие:** Щанина Е. В. *Здоровье как фактор социального самочувствия пожилых людей* [Текст] / Известия ВУЗов. Поволжский регион. Общественные науки. 2014. №3 (31) С.130-141.)

Shergeng, N.A., Nafikova, A.I. (2017). Aging and old age as a global problem of modernity. *Health and education in the XXI century.* №7. (**Оригинално заглавие:** Шергэнг Н.А., Нафикова А.И. (2017). *Старение и старость как глобальная проблема современности.* Здоровье и образование в XXI веке. №7. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/starenie-i-starost-kak-globalnaya-problema-sovremennosti> (дата обращения: 18.04.2019).

Vankova, D., Mikhailova N., Feschieva, N. (2014). *Actively aged and social capital.* volume 53; series 8.3. (**Оригинално заглавие:** Ванкова Д., Михайлова Н., Фесчиева, Н. (2014). *Активно стареене и социален капитал.* том 53; серия 8.3.)

Yakushev, A.V. (2010). Social protection. *Social work: Lecture notes* [Text] / A.V. Yakushev - M.: A-Prior. 144 p. (**Оригинално заглавие:** Якушев А.В. (2010). *Социальная защита. Социальная работа: Конспект лекций* [Текст]/ А.В. Якушев – М.: А-Приор. 144 с.

Yatsemirskaya, R.S. (1999). *Social gerontology.* M.: VLADOS. 224 p. (**Оригинално заглавие:** Яцемирская Р.С. (1999). *Социальная геронтология.* М.: ВЛАДОС, 1999. 224 с.)

www.nsi.bg/sites/default/files/files/pressreleases/Population2017_R5PBSJP.pdf

FRI-K.201-SSS-HP-04

INNOVATIONS AND CREATIVITY IN OCCUPATIONAL THERAPY FOR INCLUSIVE EDUCATION AND SENSORY IMPAIRMENTS⁴

Anna Bisset

Department of Public health and social work
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: + 359886221915
E-mail: musiclovegirl@abv.bg

Maria Hondrodimu

Department of Public health and social work
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +3590894097123
E-mail: mariahondrodimou1998@hotmail.com

Hristiana Grigorova

Department of Public health and social work
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359887873175
E-mail: spongebob7@dir.bg

Assoc. Prof. Petya Mincheva, PhD

Department of Public health and social work
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359886439086
E-mail: pmincheva@uni-ruse.bg

Abstract: The paper reviews the experience of students in occupational therapy programme in University of Ruse during an international module "Innovation and Creativity for Life". Team of students from different specialities had developed ideas and some basic prototypes of innovative decisions of health and social disadvantaged people. The paper presents the work of the students on the problems of inclusive education and play, and blindness. The ideas are based on existing technologies and some new solutions. "Inclusive school of the future" combines existing technologies in order to create accessibility to learning experience for children with different disabilities. "Discovery village" is an idea for inclusive playground for all children. A solution for blind people designed, based on existing technologies. The module provided additional knowledge and competences in innovations and creativity.

Keywords: Innovations, creativity, disabilities, occupational therapy.

REFERENCES

- Bose P., J. Hinojosa (2008), *Reported Experiences From Occupational Therapists Interacting With Teachers in Inclusive Early Childhood Classrooms*, May/June 2008, Volume 62, Number 3
- Chantry J., C. Dunford (2010), *How do Computer Assistive Technologies Enhance Participation in Childhood Occupations for Children with Multiple and Complex Disabilities? A Review of the Current Literature*, BJOT, Vol 73, Issue 8
- Copley J., J. Ziviani (2004), *Barriers to the use of assistive technology for children with multiple disabilities*, OT international, Volume 11, Issue 4, 2004, Pages 229-243

⁴ Докладът е отличен с награда Best Paper в секция „Промоция на здравето“ и включен в книга „Reports Awarded with BEST PAPER Cristal Prize“ – 2019 г.

<https://www.caot.ca/document/4069/Social%20Inclusion%20-%20Fact%20Sheet.pdf>

<https://canchild.ca/en/resources/209-occupational-therapy-role-in-the-school-partnering-for-change-model>

<https://www.wfot.org/about-occupational-therapy>

<http://visionsofindependence.info/CourseDocs/visual-fact.pdf>, *Occupational Therapy Services for Individuals With Visual Impairment*, American Occupational Therapy Association Fact Sheet

GAME OF STATES – ANALYSIS FOR THERAPEUTIC APPLICATION IN OCCUPATIONAL THERAPY⁵

Viktoria Ivanova – Student

Department of Public Health and Health Care,
University of Ruse “Angel Kanchev”
Tel.: +359 895081939
E-mail: s179057@stud.uni-ruse.bg

Assoc. Prof. Liliya Todorova, PhD

Department of Public Health and Health Care,
University of Ruse “Angel Kanchev”
Phone: +359 82 821 993
E-mail: litod@uni-ruse.bg

Abstract: *Activity analysis is an essential skill of the occupational therapist used to identify the demands of the activity and its therapeutic potential. The paper presents an analysis of a popular child's game. Children with special needs often remain excluded from games. Therefore, by analyzing the game the occupational therapist can organize it in a way that it is accessible for disabled children. The activity analysis addresses the relevance and meaning of the game, special and temporal requirements, steps, performance skills and patterns. In addition, different ways of grading and adapting of the game are presented. Safety measures and target groups for whom the game is appropriate or inappropriate are taken into consideration.*

Keywords: Occupational Therapy, activity analysis, play

ВЪВЕДЕНИЕ

Игра е занимание, което се създава и търси поради асоциацията със забавен начин за прекарване на времето. Зад игрите обаче стоят голям брой ползи, които недооценяваме или не успяваме да проумеем. Доказателство за тяхната значимост е и фактът, че се прилагат в професии като педагогиката и психологията.

Поради холистичния характер на професията Ерготерапия игрите са сред често използваните средства. Базирайки се на лесната им достъпност, разнообразието от начини за изпълнение и възможностите да се адаптират в зависимост от увреждането, игрите са неизменна част от ерготерапевтичните програми. Освен това в ерготерапията ключова се оказва възможността да се създават нови игри в зависимост от проблемите, ситуацията и нуждите на клиентите. Играйте се прилагат във всяка възраст, като целите са изграждане, развитие и поддържане на когнитивните, комуникативните и двигателните умения, както и осмисляне на свободното време. Подбират се индивидуални игри в зависимост от специфичните цели. Същевременно посредством групови игри се изгражда индивидуалност и самочувствие съвместно с умението за колективна работа. Поради тези причини играта се прилага като едно от основните терапевтични средства в ерготерапията

Анализът на дейност е процес и основно умение на ерготерапевта. Той представлява съществен компонент на ерготерапевтичното изследване, който допринася за определяне на проблемите в дейностното изпълнение и планиране на терапевтични дейности. С помощта на

⁵ Докладът е представен на студентската научна сесия на 10.05.2019 г. в секция „Промоция на здравето“ с оригинално заглавие на български език: ИГРА НА ДЪРЖАВИ – АНАЛИЗ ЗА ТЕРАПЕВТИЧНО ПРИЛОЖЕНИЕ В ЕРГОТЕРАПИЯТА.

този анализ могат да се предвидят евентуалните затруднения, които могат да възникнат при лица с различни здравни проблеми и състояния.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Анализ на дейност

Анализът на дейност е комплексен и обхватен процес. При него дейността се разлага на съставни компоненти и последователност от задачи. С това цели на първо място да определи какви умения се изискват за нейното изпълнение, на второ място – отчитане на терапевтичния ѝ потенциал за клиента.

Анализът на дейност е процес и основно умение на ерготерапевта. Самият процес представя как терапевтът вижда изпълнението на дейността стъпка по стъпка. С цел да бъдат избегнати евентуални затруднения и рискови ситуации терапевтът предварително изследва всички елементи за осъществяването на дейността. На първо място се оценяват уменията и желанията на клиента, като се отчита до каква степен отговарят на необходимите. След това се изследва доколко е достъпна и подходяща средата за дейността. В зависимост от резултатите от изследването на отделните компоненти се определя какви промени в стъпките и средата ще бъдат необходими. По този начин се създава цялостен и комплексен план за действие, посредством който клиентът ще може да изпълни дейността. Важно е да се отбележи, че анализът на дейност отчита влиянието да дейността комплексно и индувидуално.

Анализът на дейност е предназначен да предвиди евентуалните затруднения, които могат да възникнат при лица с различни здравни проблеми и състояния. В допълнение се използва за планиране и организиране на целенасочени действия, който да се използват като предпоставка за изпълнението на определени дейности.

Настоящият доклад представя анализ на играта на държави с цел определяне на нейния терапевтичен потенциал.

Игра на държави

Описание на играта

В началото се рисува кръг, който се разграфява на сектори. Броят на секторите трябва да отговаря на броя на играещите. Всеки от участниците си избира държава, чието име вписва в избран сектор и остава в него. След изтеглен жребий едно дете застава в центъра. Участникът се нарича „биещ“ и има право да атакува всяка друга държава освен своята. Атаката се извършва с изричането на фразата „Да бий, да бий“ (и се назовава името на атакуваната държава). Атакуваното дете трябва да се отдалечи максимално за отбранените от биещия 3 секунди. След това биещият се опитва да познае броя крачки. Позволено е да се използват човешки, миши или великански крачки. Ако атакуващият познае броя крачки до атакувания, той отнема територия. В нов „биещ“ се превръща вече атакуваният играч. Всеки играч трябва да съумее да завземе държавите на другите участници. Посредством изграждане на тактика трябва да се стреми да ги елиминира един по един, но и да запази своята държава и по този начин да създаде своя империя.

Приложимост и значение на играта

Целта на играта е развлекателна, но създава предпоставки за комплексно приложение. По вид тя представлява обединение на индивидуални и колективни, както и на интелектуални и активни характеристики. Макар да преобладават индивидуални елементи по-големите играчи помагат на по-малките, като им поясняват и им дават указания какво да направят. По този начин се постига групово взаимодействие.

Игра е интелектуална, защото изисква децата да знаят имена на държави и да могат съответно да ги напишат в кръга. При атакуване те трябва да могат да броят, да внимават за команда и да правят точна преценка. Активност се проявява при бягането, измерването на броя крачки и при начертаването на граници.

Брой участници

За провеждане на игра на държави са необходими минимум трима участника. Играта е предназначена за деца от 7 до 11-годишна възраст, което не е строго задължително. Полът няма значение. В случай, че сред играчите има деца с умствено изоставане или някъкъв друг вид ограничения, играта може да бъде модифицирана.

Оборудване и материали

Играта изискава само тебешир и асфалтова повърхност. Не е необходимо друго обурудване, което я прави много достъпна и лесно осъществима.

Самата среда и материали имат символично значение в играта. Линиите на тебешира символизират границите на държавите. Секторите с държавите представлят местата, на които играещите биха си избрали да „живеят“. Всеки сектор е символ на страна, която детето обича. Имената на държавите представлят традициите и културата на другите народи, които са интересни за играчите. Казано с други думи, държавите представляват значимостта на друг народ и страна за играча.

Пространствени изисквания

Във физическата среда е необходимо широко, изчистено от мебели, уреди и всякакви други предмети пространство, задължително равно и без стълби. Повърхността може да е асфалтова или циментова. Времето трябва да е умерено топло (18-24 градуса), за да могат децата да се чувстват комфортно, докато се движат. Мястото не трябва да е шумно с цел играчите да се чуват, докато броят. Друга необходимост е повърхността лесно да може да се почиства от тебешира, за да се променят границите. Освен това цветът на тебешира трябва да се открява от покритието.

Социално обкръжение

В играта биха могли да се включат лица с различни роли, което ще допринесе за взаимоотношенията и ще промени очакванията. Може да се включи преподавател, който да съобщава различни факти за държавите, да им покаже флаговете, да даде на децата цветни тебешири, за да си ги нарисуват. Секторите могат да се обозначат с различни модели на забележителности от тези страни, а децата да са с националните облекла на тези държави. По този начин преподавателят ще прибави не само знания към играта, но ще я направи още по-забавна. Децата ще го приемат като някой, който поощрява играта им, а не като наблюдател или учител.

Като групово занимание, играта на държави изиска спазване на правила, норми и очаквания. Трябва да се спазва ред и последователност при завземане на територия. За да няма спорове, се тегли жребий за атакуващ, а след атаката на мястото на атакуващия идва атакуваният. Децата спазват правилата, ако някой не ги знае, връстниците му ги обясняват. Така се изгражда връзка между участващите, предават се знания, спазват се нормите на групата. Фактът, че участват момичета и момчета на различна възраст, учи децата на толерантност към по-малките и на уважение към по-големите. Постига се равноправие между двета пола, защото всички се подчиняват на еднакви правила.

Играта има културно и символично значение, защото децата научават за другите страни не от възрастен, а един от друг. По този начин при наличие на различни етноси децата по-лесно биха се сплотили и разбрали за своите традиции.

Последователност, времетраене и модели

Описание на стъпките

Играта се изпълнява в девет стъпки, всяка от които отнема около две минути. В началото има подготвителна част. Започва с чертаене на скръг със сектори. След това всяко дете си избира държава и изписва нейното име в сектора. Провежда се теглене на жребий за избор на „биещ“.

Същинският етап на играта започва, когато биещият казва фразата и брои до три, като през това време атакуваният бяга. Щом спре, биещият преценява броя крачки и съобщава предположението си, след което отмерва колко са действително крачките. Извършва се отнемане на територия в случай на познаване броя крачки. Последната стъпка се осъществява, когато атакуваният става нов биещ. Следва повторение на всички стъпки.

Възможност за промяна в последователността и времетраенето на стъпките

Играта дава възможност за промяна на стъпките, както и за скъсяване на времето за всяка стъпка с по 1 минута. Така ще се усложни и ускори процесът на работа.

Друга възможност за промяна е да се изтегли жребий за избор на „биещ”, а после да се начертава кръг със сектори. Като трета стъпка децата ще си изберат държава, а после ще изпишат името на държавата в сектора.

При същинската част само времето може да се намали. Промяна в стъпките не може да се извърши и играта следва описаните по-горе стъпки.

Модели

Може да се играе два или три пъти седмично, дори ежедневно. Подходящо време са следобедите към 16:00 часа, когато са приключили учебните занятия и подготовката за следващия ден.

Умения

Играта развива трите вида умения на детето – двигателни, процесуални и социално-интерактивни. От двигателните умения се изискват стабилизиране, навеждане, издръжливост, темпо и ходене/бягане. За правилното и навременно извършване на отделните стъпки са нужни процесуални умения като обмисляне, употребяване, започване, последователна работа и приключване.

Освен това екипната работа изисква комуникативни и интерактивни умения. От тази група най-значими са произвеждане на реч, ориентиране, своевременно отговаряне, сътрудничество и проява на уважение. Всичките три групи умения се обогатяват, вследствие на което детето осъществява прогрес в своето развитие.

Телесни структури и функции

В играта детето използва усилено следните части на тялото – горни и долни крайници, туловище, очи и длани. Това поражда и изисква своевременно функциониране на съответните части. Детето трябва да кординира движенията на горните и долните крайници (при бягане и чертане), да подържа стоежа, да съзира, да се ориентира и да планира. Необходими са енергия и проприоцептивност.

Мерки за безопасност

При изпълнение на играта има риск от нараняване, поради което е необходимо да се вземат нужните мерки за безопасност. На първо място най-важен е рисъкът от физическо нараняване при бягането, където някое от децата може да се спъне, да падне и да се нарани на асфалтовата повърхност. Освен това трябва да се обърне внимание на възможността от вербално нараняване. Нужно е да избягват и предотвратяват конфликтни ситуации. Ако например две деца си изберат една и съща държава, трябва да им се помогне да намерят консенсус.

Възможности за адаптиране

Съществуват начини за модификацияране изпълнението на играта, свързани с играчите или с промени в средата. По този начин, тя става достъпна за децата с увреждания или тези, които са в по-ранна възраст. Това позволява осъществяване на социалното включване.

При по-малките играчи може всички да започват да бягат, когато биещият атакува. Когато прекрати броенето, той ще си избере до кого да отмерва крачките, т.е. да го атакува.

Ако имаме играчи с увреждания на ходилото (при различните походки), може да се играе в салон със специално релефно подово покритие, което да стимулира образуването на свода. За целта атакувания няма да бяга, а ще ходи. Биещият може да брои до 12, преди да каже „стой“ или да бъде със затворени очи. Вместо да се чертае с тебешир, могат да се използват ленти за очертаване на кръга и границите.

При деца със слухови и говорни нарушения може да се използват карти с имената на държавите. Ако биещият вдигне високо карта с нечия държава, то той трябва да бяга, докато биещият не го уцели с топка. После отново с карта или с пръсти се посочва броят крачки.

Възможности за степенуване

В зависимост от развитието на участниците, възрастта и техните проблеми играта може да бъде представена и изпълнена по различен начин, определящ нивото на сложност.

Начините за опростяване са свързани с премахване на видовете крачки и да се използват само човешки. Също така могат да участват по две деца в сектор – едното да бяга, а другото да чертае, като се редуват за улесняване на изпълнението. Друг начин на опростяване е предварително да бъдат известни две държави за атакуване, като се казва само едната от тях, за да се намали нуждата от непрекъсната концентрация.

Начините за усложняване предвиждат всяко дете да разкаже нещо интересно за своята държава преди началото на играта, както и възможност за атакувания да спаси територията си чрез задаване на въпроси на биещия. Ако той не отговори вярно, няма да може да отнеме територията.

Степенуване за развиваане на двигателните умения може да се постигне като децата с преминават и измерват стъпките си през гумени полусфери. По този начин се стимулира развиващето на равновесие.

Потенциални клиенти

Играта е подходяща за всички деца в училищна възраст. Тя може да се играе и от деца с леки до умерени интелектуални затруднения, с увреда на горните крайници, с девиантно поведение или трудности в общуването с връстници.

Играта е неподходяща при тежки двигателни увреждания на долните крайници, при зрителни, слухови или речеви нарушения, тежки психически разстройства и др.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Посредством анализ на играта на държави тя може да бъде планирана и организирана като терапевтична или развлекателна дейност за деца с увреждания и специфични образователни потребности.

REFERENCES

Тодорова Л. *Теоретични основи на ерготерапевтичния процес*, Рузе, Издателски център при РУ "Ангел Кънчев", 2012.

Тодорова Л. *Аналитични и терапевтични методи и средства в Ерготерапията I*, Академично издателство „Русенски университет“, Рузе, 2018.

<http://www.theotroom.com>

ROLE OF THE OCCUPATIONAL THERAPIST IN A DAILY CENTRE FOR CHILDREN WITH DISABILITIES⁶

Viktoria Ivanova – Student

Department of Public Health and Health Care,
University of Ruse “Angel Kanchev”
Tel.: +359 887341071
E-mail: s179057@stud.uni-ruse.bg

Assoc. Prof. Liliya Todorova, PhD

Department of Public Health and Health Care,
University of Ruse “Angel Kanchev”
Phone: +359 82 821 993
E-mail: litod@uni-ruse.bg

***Abstract:** The paper presents the role of the occupational therapist in a daily centre for children with disabilities. It is illustrated with an example of a real case study, conducted by the student at the daily centre in Svishtov. The Occupational Performance Process Model (OPPM) is applied to structure the process. Strategies for social inclusion, such as building partnerships, capacity building and changing attitudes, are recommended.*

Keywords: Occupational Therapy, children with disabilities, social services, social inclusion

ВЪВЕДЕНИЕ

Дневен център за деца с увреждания е социална услуга в общността, свързана със задоволяване на ежедневни здравни и рехабилитационни потребности на деца и младежи с увреждания. Услугата е безплатна, а децата я посещават според определен график. Право за използване на услугата се получава чрез подаване на молба от родител до Отдел „Социално подпомагане“ в съответната община.

Всеки център има определен капацитет на потребителите, с които може да работи. В зависимост от уврежданията на клиентите в центъра са подбрани екип от специалисти от здравни грижи, специална педагогика и други. Броят и видът на специалистите е различен за всеки център. Прилаганите методи и социалните услуги също са специфични според нуждите на потребителите.

Ерготерапията е здравна специалност, насочена към клиенти с дейностни затруднения, породени от двигателни и психични проблеми във всички възрастови групи. Благодарение на използваните подходи ерготерапията подпомага клиентите да постигнат максимална степен на самостоятелност в трите сфери на дейност – самообслужване, продуктивност, свободни занимания.

Чрез адаптиране на средата в дома, училище или на работа могат да бъдат компенсирани затруднения, които не подлежат на развиване или възстановяване. Това дава възможност на клиента да се самообслужва, учи или работи и не на последно място да бъде част от обществения живот.

Специфично за професията е, че към всеки клиент се подхожда индивидуално, в зависимост от ценностите и целите му.

⁶ Докладът е представен на студентската научна сесия на 10.05.2019 г. в секция „Промоция на здравето“ с оригинално заглавие на български език: РОЛЯ НА ЕРГОТЕРАПЕВТА В ДНЕВЕН ЦЕНТЪР ЗА ДЕЦА С УВРЕЖДАНИЯ.

ИЗЛОЖЕНИЕ

ДНЕВЕН ЦЕНТЪР ЗА ДЕЦА С УВРЕЖДАНИЯ В ГР. СВИЩОВ

История

Идеята за проекта възниква в директорката на центъра г-жа Тодорова по време на работата ѝ в Отдел „Закрила на детето“ в Община Свищов. Виждайки множеството проблеми на децата с увреждания и техните родители, тя решава да започне дейност, чрез която трайно да помага на тези семейства. Затова със свои колеги в продължение почти на година посещава и проучва всички дневни центрове и домове в България с цел да натрупат знания за методите на работа на персонала в заведенията, за мнението и проблемите на родителите и потребностите на децата. Проучването установява, че повечето услуги не са в добро състояние, а родителите се изказват негативно към предоставените услуги. Насочена от семейства на деца с увреждания, г-жа Тодорова посещава Карин дом в гр. Варна, който се превръща в модел за изграждането на Дневният център за деца с увреждания (ДЦДУ) в Свищов. Същевременно Карин дом става основен партньор на центъра през годините. Започва обучение на персонала, който ще работи в ДЦДУ гр. Свищов. Включени са обучители от Англия, които пренасят английската практика.

Екип специалисти

Към момента мултидисциплинарният екип на дневния център се състои от 11 специалисти – по двама рехабилитатори, кинезитерапевти и психологи, един специален педагог, трима социални работници и един логопед. Всичките са обучени по английски модел, но продължават да участват в обучения с цел да натрупат нови знания. Работата се осъществява екипно – обсъждат се и се оценяват проблемите на детето, а след това двама специалисти заедно работят с него. В центъра се прилага методът на Монтесори. Погрижили са се всичко в средата да е напълно достъпно за децата. ДЦДУ разполага и с допълнителен персонал – шофьор и поддържащ персонал, както и със собствен автомобил.

Потребители

Броят на клиентите е 37. Разделени са на две възрастови групи – от 3 до 7 и от 7 до 18-годишна възраст. Всяка група разполага с отделна стая, а подбраните мебели са подходящи по размер. За малките са избрани столчета–масички, които да поддържат правилната поза на детето, а също и шкафчета с достъпна височина. Диагнозите на децата са синдром на Даун, ДЦП, аутизъм и комплексни увреждания. Голяма част от децата са с трайно увреждане – над 50 % и дори над 90% ТЕЛК.

Тъй като услугата е държавно делегирана, семействата не заплащат никакви такси. Децата получават храна и транспорт от и до околните села, а когато някой родител е ангажиран и не може да заведе детето от училище до ДЦДУ, центърът поема грижата за придвижването му.

Услугата е целодневна, полудневна или почасова в зависимост от нуждите на клиента. Децата, посещаващи детската градина или училище, посещават центъра полудневно след обед.

Мисия, цели и задачи

Главната цел на ДЦДУ е да изгради умения за самостоятелен живот във всеки свой клиент. За да постигнат целта си, трябва да се изпълнят три задачи за всяко дете. *На първо място* за екипа е много важно да се започне работа още от най-ранна възраст, защото това е периодът, в който психиката е най-пластична и децата лесно могат да компенсират или преодолеят дефицитите си. *Втората задача* е да обучават клиентите си как да общуват с околните и как да играят с връстниците си, като изграждат взаимоотношения. Осигурили са дори домашни любимци, за да научат децата да се грижат и поемат отговорност към друго същество. *Третата задача* е децата да получат необходимите умения за самообслужване, но също така и за поддръжка на дома като гладене, сгъване, подредба на масата, миене, чистене, шиене и други. Децата се обучават по учебните дисциплини чрез специална програма поради липса на такава в училищата.

Философията на ДЦПУ е подчинена на идеята, че всяко дете трябва да придобие трайни знания чрез практика, а не седейки на скамейката в училище. За тях децата трябва да са активни през цялото време и чрез действията си да надграждат нови знания на базата на старите.

Мисията на ДЦПУ град Свищов е да променят обществените нагласи към лицата с увреждания в България като ги интегрират в училище и в обществото. Според екипа на ДЦДУ гр. Свищов в обществените нагласи се забелязва малък напредък, което го стимулира да продължава да работи в тази насока. Освен това мисията на ДЦДУ е да покаже на родителите какви права имат, за да могат да се прокарват нови закони, с които в бъдеще да се осигури работа и достоен живот за хората с увреждания.

Дейности

Клиентите са ангажирани в групови или индивидуални занимания. При груповите занимания в определени дни в дейностите се включват родителите и деца от местните детски градини и училища. Децата от центъра участват в сензорно развиващи игри, експресивни игри, обучават се в ежедневни дейности. Средата е устроена така, че те сами да изграждат навици да се самообслужват, като си вземат предметите, работят с тях и ги връщат по местата. Всеки ден имат дежурни, който подреждат масата за обяд. Индивидуалните занимания с детето се провеждат едновременно и съвместно от двама специалисти. Кинезитерапевтът работи за усъвършенстване на двигателните способности на детето, а педагогът – за интелектуалното развитие.

Всички лични поводи се отбелязват. По време на празниците изработват картички, мартенички, боядисват яйца или изнасят представления и пиеци. Децата участват в проекти като програмата „Сензорен час“. Включват се в изработването на творби за конкурса „Три звездички“ на фондация „Ангели от Лим“. Центърът печели награда за участието си в Националната кампания „Дни на приобщаването“, категория „Приобщаваща педагогическа практика“ през 2016 г.

Екипът на центъра преминава всяка година различни обучения. През 2018 г. е проведено обучение от фондация „АСИСТ“, която дарява на дневния център комуникатор и компютър. Екипът е обучен как да използва системата за комуникация с поглед, чрез която децата с говорни проблеми могат да общуват със специалистите. Обучителен семинар е проведен също от фондация Карин дом за прилагането на нови техники за работа на деца с трамплин. Организирани са обучения за използване на иновативни методи за комуникация при деца с нарушения от аутистичния спектър. Специалистите от Карин дом ежегодно провеждат семинар с екипа на центъра, на които представят новите практики и методи за терапия, оказали се ефективни в работа с деца със специални нужди. През месец април 2018 г. центърът организира „Ден на информираност за аутизма“ с цел да приобщи хората с аутизъм в обществото.

Финансиране

Социалната услуга е създадена през 2008 г. по проект на Община Свищов, финансиран по Програма Фар. Партьор и участник е СНЦ „Хуманитас“ – гр. Русе. След края на проекта през 2009 г. ДЦДУ работи като държавно делегирана дейност.

Връзки и взаимодействие с други институции и организации

Основният партньор на ДЦДУ гр. Свищов е фондация „Карин дом“. Други партньори са фондация „АСИСТ – Помагащи технологии“, фондация „Ангели от Лим“, фондация „Екип“, сдружение „Хуманитас“ – гр. Русе и SpringCommonSchool. Също така, центърът работи с Детска работилница по керамика към ПБЧ „Еленка и Кирил Аврамови“ – гр. Свищов, в сътрудничество е с две от училищата в града и Стопанска академия „Димитър А. Ценов“. В града има семейство от Америка, което всяка година дарява стипендия за обучението на едно дете. Центърът получава храна от кетъринг „Млечна кухня“.

Проекти

Настоящият проект на дневния център е “Увеличаване капацитета на Дневен център за деца с увреждания - гр. Свищов чрез преустройство и ремонт - качествени грижи и достъпни услуги“. Той се реализира по Оперативна програма „Региони в растеж“ 2014-2020 г.

Рекламни материали, уебсайт

Дневния център има актуална Фейсбук страница. Информация относно дейностите и проектите се публикува също така в сайта на Община Свищов. Събитията се отразяват допълнително от местните медии, така че информацията да достига до всички хора.

РОЛЯ НА ЕРГОТЕРАПЕВТА

На този етап в екипа на ДЦДУ не е включен ерготерапевт, но неговата роля е важна и многостранна. Една от водещите роли на ерготерапевта е свързана с адаптацията на средата. Най-необходима е промяната на средата в учебните заведения. Също така, ерготерапевтът може да помага в обучителната дейност на децата, като проведе оценки с тях и установи в кои от сферите е нужно подобреие. Той може да предложи на педагогите методи, игри и стимули чрез които да се подобри концентрацията и желанието на децата за работа, както и адаптирани средства за подпомагане на учебния процес. Ерготерапевтът може да участва в изготвянето на индивидуални програми за децата, които не посещават училище.

Ерготерапевтът може да се включва в организация на свободното време на децата, в изграждането на навици и изпълнение на ролите му. Също така може да наಸърчава общуването с други деца. Познанията в областта на специалната педагогика от една страна дават шанс за оказване на помощ при обучението и усвояването на учебния материал на децата със специални потребности. От друга страна, благодарение на тях ерготерапевтът е добре запознат с метода, по който се работи в центъра.

Ерготерапевта може да работи съвместно с кинезитерапевт за подобряване на вестибулацията, локомоториката, перцепцията и сензорната стимулация чрез занимателни игри, които да удължат продължителността на извършваната от детето дейност.

Освен това, ерготерапевтът оказва подкрепа на семействата и на самите деца при преодоляване на обществената изолация. Чрез застъпничество той би спомогнал родителите да защитават правото на децата си да бъдат включвани в дейности.

Пример

За онагледяване на ролята на ерготерапевта е представена примерна работа на студент по ерготерапия с клиент от дневния център. Приложен е Моделът на ерготерапевтичния процес, който включва седем етапа. От значимост е динамичният му характер, благодарение на което се допуска междинна оценка и при нужда промяна в планираните дейности. По своята същност моделът е основан на клиент-центрирания подход. Това дава възможност за използване на силните страни и ресурсите на клиента при постигането на желаните цели.

Предварително терапевтът се запознава с клиента и дейностната му история чрез провеждане на интервю и работа с документацията. Нужната информация за детето е получена от интервю с майката.

Д.В. е единадесетгодишна, страда от детска церебрална парализа (ДЦП) с леки двигателни дефицити, по-силно изразени в долните крайници. Въпреки това детето редовно посещава масово училище.

Дейностната история на клиентката е от голяма значимост при изграждането на цялостната представа и интервенцията. Д.В. е с вродена с ДЦП. Засегната е само опорно-двигателната система, без увреди в когницията и поведението. Семейството започва да я обучава да ходи, закупува проходилка и шведска стена, за да може Д. да прави гимнастика вкъщи. Тръгва нормално на детска градина, но съвместно с това ходи на гимнастика в рехабилитационен център. На седем години тръгва на училище, но с нея има придружител. Така Д. не изостава с писането и четенето, когато има проблем, се обръща към придружаващото я лице. Развива се нормално за възрастта си. В момента може да ходи самостоятелно, но на кратки разстояния, качва стълби сама, но с усилия и трябва да има опора. Не може да бяга или да ходи бързо. Няма проблеми с писането, но я затруднява чертането на

по-сложни линии и форми, както и фините движения с ръка. Може да се храни сама, но много бавно. Не може да използва нож и по-трудно поднася течна храна с лъжица. Ако няма кой да ѝ сипе ядене, сама извършва действието, но разсипва. Може сама да се къпе, мие и облича, стига да няма сложни закопчалки и прилепнали дрехи, но обличане изисква много време. Не може да си обува чорапи и обувки. Трудно се съблича, а събуването на чорапогащи, клинове и подобен вид облекло е невъзможно. Затрудненията се пораждат от трудности във флексията на тазобедрената и екстензията на колянната става.

Д. е много дружелюбна, разговорлива, приятно ѝ е да бъде с връстниците си, играе заедно с тях, стига играта да не изисква бягане и скачане. При излети, походи и екскурзии Д. си остава у дома със семейството. През свободното си време тя се занимава с пеене. Посещава читалищните репетиции, пее на празненства и не се притеснява да излезе на сцената пред голяма публика. Има награди и грамоти за първи места от фестивали. Също така се занимава с рисуване, но не успява да се справи при чертаенето, по-лесно ѝ е да оцветява.

Причините за търсene на ерготерапевтична намеса са свързани със затруднения в ежедневните дейности.

Детето се нуждае от промяна в дейностите по самообслужване. За да бъдат осъществявани без адаптиранi средства (с цел да не привиква към улесненията, а да се развиват двигателните функции), е необходимо да се работи върху фината моторика, флексията в тазобедрената става и ходенето.

В първия етап от модела се определя наличието на проблеми в някоя от трите сфери при клиента, както и тяхното приоритетно подреждане. Ако не се открият дейностни проблеми, работният процес се прекратява поради липса на нужда от интервенция.

Във втория етап се подбират подходящи теоретични и терапевтични модели, за да се определи посоката на терапевтичния процес.

Теоретичен модел

Подходящ в конкретния случай е японският модел KAWA, тъй като е по-лесно достъпен и детето може да разбере смисъла и целта на интervенцията. Така то ще стане участник в решаването на дейностните проблеми, а не само изпълнител на плана. Освен това ще удоволства интереса ѝ към рисуването.

Терапевтични рамки

Нервно-развойната приложна рамка се прилага при двигателни проблеми, породени от увреждане на ЦНС, каквото е ДЦП. Чрез тази рамка Д. ще доразвие ходенето и качването по стълби. Така ще бъде напълно независима в мобилността, а освен това ще може да ходи на екскурзиите. Би спомогнала и при осъществяването на желанието ѝ да кара колело, защото допринася за развиване на балансирането. Д. се нуждае също от подобряване на фината моторика, за което отново ще спомогне нервно-развойната приложна рамка.

Третият етап е свързан с идентифицирането на факторите на средата и индивидуалните компоненти, които влияят върху дейностното изпълнение. По същество това е процесът на ерготерапевтично изследване. То се провежда с цел да идентифицира причините за установените проблеми.

Методи и средства

Използваните методи и средства при изследването са интервю с майката на Д. и Канадска оценка на дейностното изпълнение. Резултатите показват, че Д. може да се придвижи бавно сама и да се самообслужва. С фините манипулации не се справя добре, но полага усилия и е мотивирана. Общителна е. Има интереси към пеенето, като излиза без притеснения пред публика и е добра в това, което прави. Семейната и училищната среда са подкрепящи. Нуждае се от подобряния в ходенето и фината моторика. От около година и половина може да стои стабилно изправена, но за кратко време.

Социален контекст

Живее в с. Царевец, с майка си, баща си и по-големия си брат. Домът е пригоден за нуждите на детето. Има уреди за раздвижване, стаите са лесно достъпни, а мебелите са

пригодени с меки ъгълчеата. След училище посещава Детски рехабилитационен център в град Свищов.

Условията на социалната среда в дома и училище предразполагат Д. към развитие. Посещенията в рехабилитационния център обаче не са напълно ефективни, защото няма достатъчно персонал и не винаги има кой да работи с Д. Институционалната среда също не осигурява нужните финансови средства, за да може семейството да закупи необходимите уреди за гимнастика на Д. в собствения ѝ дом.

Проведеното изследване установява нужда от ерготерапевтична намеса по отношение на дейностните проблеми, свързани с обличането и самостоятелното хранене. Провеждането на ерготерапевтична интервенция в тези сфери ще постигне желаните резултати.

По време на четвъртия етап се установяват силните страни на клиента и ресурсите в средата, които могат да допринесат за ефективността на интервенцията.

Клиентката е стимулирана и отговорно изпълнява поставените задачи. Проявява уважение, разговаря открыто и съдейства при изграждане на връзката клиент-терапевт. Запазените когнитивни и развиващите се двигателни умения са предпоставка за успешното изпълнението на плана за интервекция. От друга страна терапевтът се отнася с уважение и толерантност към ценностите, желанията и разбиранията на детето и семейството. Благодарение на оценките ергоерапевтът ще следи резултатите при изпълнение на дейноста.

Петият етап е базиран на определяне на целите съвместно с клиента. Изготвя се план за интервенция въз основа на поставените цели и направеното проучване. Задължително условие е планът за действие да бъде съгласуван с целите, а те от своя страна да бъдат реалистични. При Д. проблемите са свързани с самостоятелното обличане и хранене. Това наложи следните дългосрочни и краткосрочни цели:

Цели

Първата дългосрочна цел е Д. да се облича и съблича самостоятелно за период от два месеца. В изпълнение на тази цел са формулирани две краткосрочни цели:

- обуване на чорапи и обувки за период от 1 месец като сяда на ниска повърхност (например на столче), за да може по лесно да достига до ходилото;
- самостоятелно да съблича прилепнали дрехи (чорапогащи, клинове и др.) за около 3 седмици, като вместо да дърпа дрехите, ги навива и избутва отново сядайки на ниска повърхност.

Втората дългосрочна цел е Д. да може да се храни напълно самостоятелно след около три месеца. За постигането на тази цел са формулирани 4 краткосрочни цели:

- самостоятелно сиване с прибори с късо рамо и държач на дръжката, за период от 4 седмици, по време на вечеря и обяд;
- да се научи да борави самостоятелно с малък нож с държач за период от 2 седмици, като помага на възрастен при готвене;
- да започне реже с малък лек нож без държач в рамките на 1 месец под наблюдение на възрастен, помогайки при готвене;
- да започне да реже самостоятелно с малък нож, като си приготвя закуската в рамките на месец.

План за интервенция

Планът за интервенция съдържа конкретни подходи и дейности за постигане на целите. В случая съобразно възрастта на детето и неговите способности коректните подходи са:

- *Развиване на дейностите по самообслужването, финната моторика и ходенето чрез упражнения в центъра, сутрешен тоалет и помагане при готвене у дома.*
- *Поддържане на вече развитата стойка чрез игри и упражнения в центъра или с връстници.*

Подбор на терапевтични дейности:

Д. ще се облича самостоятелно сутрин в рамките на два месеца. За да се справи с обуването на чорапите и еластичните дрехи, ще сяда на ниско столче. Така по-лесно ще флексира тялото към крайниците и спокойно ще достига ходилата. За да си облече клиновете

и чорапогащите, ще бъде обучена да прилага улесняващи специални техники. От страна на майката на клиентката се изисква да проявява по-голямо търпение и да изчаква детето.

При храненето част от приборите ще бъдат адаптирани. Благодарение на това клиентката не само ще се храни сама, но ще помага при готвене. Така детето ще бъде под надзора на възрастен, който да следи за безопасността, както и за правилното усвояване на захватите. След около месец Д. сутрин сама ще започне си приготвя закуската с обикновени прибори. Така ще усвои движенията и ще създаде навик за работа с приборите.

Ще се проведе консултиране с кинезитерапевт, за да може детето редовно да извършва упражнения.

Шестият етап включва изпълнението на плана за интервенция. Цели да се премахнат или намалят ограниченията в средата и изпълнителските компоненти и по този начин да се постигнат желаните цели. Този етап е съпътстване от провеждане на междинни оценки и при необходимост промяна в плана за интервенция.

В последния *седми етап* се отчитат резултатите от ерготерапевтичния процес. Когато резултатите са постигнати и клиентът е доволен от изпълнението, се счита че процесът е приключи.

В конкретния пример процесът приключи с планирането на интервенцията.

СТРАТЕГИИ ЗА СОЦИАЛНО ВКЛЮЧВАНЕ

Описаните по-долу стратегии могат да допринесат за разширяване на обхвата от дейностите и повишаване ефективността на работата в центъра.

Подходящ партньор

Подходящ партньор на дневния център е Професионалната гимназия по лека промишленост и строителство в гр. Свищов. Причината за това е, че образовайки се в нея, децата от центъра ще успеят да получат професия, чрез която да си намерят работа, когато завършат. Така самостоятелно ще могат да се справят в живота, включвайки се в продуктивна и смислена дейност. Гимназията разполага с разнообразни специалности – готварство, кетъринг, дизайн на облекла, електротехника, автомеханика и строителство. Професите са подходящи за клиентите и са търсени на работния пазар. Също така знанията до голяма степен се изграждат чрез практика, което ще спомогне за усвояването на учебния материал. В допълнение гимназията предлага безплатен пансион за учениците от околните селища. Гимназията изпраща учениците на практика в Европейска страна, тъй като работи с партньори по програма Еразъм+. Това би спомогнало за усвояване на новите методи на обучаване от центъра. Гимназията ще постигне увеличаване броя ученици и нарастване на популярността в община.

Изграждане на капацитета

За изграждане на капацитета дневният център може да предприеме отглеждане на зеленчуци и овощни дръвчета. Градината ще бъде от полза за подобряване на концентрацията на децата (особено тези хиперактивност и аутизъм), ще ги научи да работят заедно, да изграждат взаимоотношения, да се грижат и трудят по един нов интересен начин. Тя може да се бъде разработена на изоставеното до центъра място. За целта центърът може да си сътрудничи с Фондация „Биоселена“. Връзката между него и фондацията ще бъде общият им партньор Стопанска академия „Д. А. Ценов“. Фондацията се стреми към популяризиране на екологичните продукти и тяхното отглеждане. Поради това предлага обучения и предоставя специализирани услуги, което я прави подходящ партньор. Ползата за фондацията е, че може да доставя на центъра и работещите с него училища екологично произведени в България продукти (кисело мляко, сирене, мед и др). С това, ще се популяризира екологичната храна сред децата, което ще изпълни основната цел на Фондация „Биоселена“.

Дейност за промяна в нагласите

С цел промяна в обществените нагласи персоналът на центъра може да осигурява посещения на определени занятия в Професионалната гимназия по лека промишленост и строителство от децата. От една страна това ще провокира интереса на учениците да покажат

уменията си пред децата от центъра и ще направи часовете им по-интересни. От друга страна децата от центъра ще се включват в практическите часове, ще усвояват нови умения за комуникация и най-вече ще покажат на останалите ученици, че не са различни. По този начин учениците от гимназията ще приемат децата със специални потребности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ерготрапевтът има съществена роля в дневните центрове за деца поради широкия си обхват от знания и умения. Центровете са среда, в която терапевтът прилага уменията си за работа в екип при изготвянето на оценка и план за интервенция за всеки клиент. Прилагането на ерготерапевтичните подходи в съчетание с кинезитерапия и специална педагогика ще повиши ефективността на екипната работа и ще доведе до трайни и ефикасни резултати. Това ще осигури възможност на клиентите да бъдат част от общността.

За постигане на пълноценно участие в социалния живот ерготерапията прилага разнообразни стратегии за социално включване – изграждане на партньорства, повишаване на капацитета, промяна в нагласите.

REFERENCES

Тодорова, Л. *Ерготерапия за социално приобщаване на хората с увреждания*. В Ерготерапия – втора част (специална), под ред. на Ив. Топузов. София, РИК „Симел”, 2008.

Тодорова Л. *Теоретични основи на ерготерапевтичния процес*. Русе, Издателски център при РУ "Ангел Кънчев", 2012.

<http://www.asp.govment.bg/register-na-vidovete-socialni-uslugi-finansirani-ot-drzavniabudzet>

<https://socialaffairsru.weebly.com/uploads/2/6/2/8/26282900/edu-svishtov-30-05-2018.pdf>

<http://business.svishtov.bg/bg/Section/Municipality-projects/dneven-centar-za-deca-s-uvrezhdania>

ANALYSIS OF THE HOPSCOTCH GAME AS A THERAPEUTIC MEDIA IN OCCUPATIONAL THERAPY⁷

Hasret Ramis – Student

Department of Public Health and Health Care,
University of Ruse "Angel Kanchev"
Tel.: +359 884697085
E-mail: s179059@stud.uni-ruse.bg

Assoc. Prof. Liliya Todorova, PhD

Department of Public Health and Health Care,
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359 82 821 993
E-mail: litod@uni-ruse.bg

Abstract: The paper introduces the hopscotch game and its benefits as therapeutic media in occupational therapy. Hopscotch is a popular game, simple to play, that brings about the physical and cognitive development and encourages social interactions. The paper presents detailed analysis of the demands and benefits of the game. Different options of grading the complexity of the game are provided.

Keywords: activity analysis, occupational therapy, hopscotch.

ВЪВЕДЕНИЕ

Анализът на дейност в ерготерапията е съществена и неизменна част от работата на ерготерапевта, защото чрез него могат да се установят проблемите в дейностното изпълнение. Той служи предвиждане на евентуални затруднения, които могат да възникнат при лица с различни здравни проблеми и състояния, както и за планиране и организиране на целенасочени действия като предпоставка за изпълнението на конкретни дейности.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Анализ на дейност

Анализът на дейност представлява мисловният процес на ерготерапевта за дейностите в общ план. Той включва изследване на типичния контекст, изискванията и потенциалното значение, които могат да бъдат приписани на една дейност в дадена култура. Анализът има абстрактен характер – не е свързан с конкретен клиент и контекст.

Анализът на дейност има две основни предназначения. Първо, той допринася за предвиждане на евентуални затруднения, които могат да възникнат при лица с различни здравни проблеми и състояния. Второ, той служи за планиране и организиране на целенасочени действия като предпоставка за изпълнението на определени дейности. По този начин ерготерапевтът си изработва ментален инструментариум за работа с различни клиенти в разнообразен контекст.

Анализът на дейност се разглежда като процес на разлагане на една дейност на съставни компоненти и последователност от задачи, за да се определят способностите и уменията, необходими за нейното изпълнение, както и за оценка на нейния терапевтичен потенциал.

⁷ Докладът е представен на студентската научна сесия на 10.05.2019 г. в секция „Промоция на здравето“ с оригинално заглавие на български език: АНАЛИЗ НА ИГРАТА ДАМА КАТО ТЕРАПЕВТИЧНО СРЕДСТВО В ЕРГОТЕРАПИЯТА.

Всяка дейност включва съвкупност от умения – физически, когнитивни, психосоциални и междуличностни. Въз основа на получените резултати се извършва подбор на дейности с терапевтично предназначение, както и постигане на съответствие между способностите на конкретното лице и изискванията на задачата.

Дейностният анализ е комплексен и обхватен процес на определяне на елементите, включени в изпълнението на една задача, който изследва всички потенциални въздействия на дейностите едновременно и последователно. Анализът на дейност определя ефекта на всяка дейност върху ума и тялото в единство с околната среда. Той отчита влиянието на дейностите комплексно – не само върху физическото състояние, но също така върху паметта, емоциите и мотивацията.

Анализът може да бъде цялостен – на всички компоненти, или частичен – само на компоненти, свързани с използваната рамка. Някои ерготерапевти препоръчват анализът винаги да се извърши от позициите на теоретичен модел или референтна рамка, защото така се постига по-добро обяснение на затрудненията на клиента.

Анализ на играта Дама

Описание на играта

Дама е популярна и обичана детска игра. Започва с начертаване на дама с тебешир на земята и изписване на числата от 1 до 10 в квадратчета. С броенка се определя кой ще играе първи. Първо се хвърля камъче на числото 1. Камъчето показва до коя цифра трябва да се стигне. Започва се с прескачане на квадратчетата на един крак. Не трябва да се стъпва на квадратчето, в което е камъчето, също така се внимава да не се настъпват очертанията на дамата. Който събърка, губи реда си и започва следващият участник. Хвърлянето на камъче не трябва да излиза от очертанията на желаното квадратче. Това се повтаря от едно до десет. Печели този, който първи успее да стигне и да изиграе квадратчето с числото десет.

Приложимост и значение на играта

Играта може да се играе поединично и колективно. Може да се използва за научаване на числата чрез забавление, както и за наಸърчаване на социално взаимодействие.

Правилата са прости – не трябва да се стъпва с два крака, не трябва да се стъпва на квадратчето с камъчето, не трябва да се настъпват очертанията на дамата.

Брой участници

Няма ограничения по отношение броя на участниците, но обикновено се играе от 3-4 деца. Подходяща е за възраст над 4 години. Предпочигана е от момичетата.

Оборудване и материали

Нужен е само тебешир за начертаване на дамата, камъчета, листа, клонки, щипки и т.н. за хвърляне върху цифрата.

Пространствени изисквания

Физическите изисквания на средата са открыто пространство, равна повърхност с площ 2-3 кв.м, за да има достатъчно място за рисуване и подскачане. Играе се през деня, когато навън е топло и светло. Може да се играе и на закрито.

Социално обкръжение

Участието на повече играчи прави играта по-забавна и я превръща в състезателна, като всеки се стреми да заеме първо място.

Последователност, времетраене и модели

Описание на стъпките

- Начертаване на дама
- Избиране на последователността на играчите
- Хвърляне на камъче
- Подскачане на един крак до цифрата
- Навеждане и вземане на камъчето
- Изправяне и връщане на заден ход

Тази последователност се повтаря при всяко хвърляне на камъче.

Възможност за промяна в последователността и времетраенето на стъпките

Тази последователност от стъпки не търпи промени. Времетраенето се определя от броя на играчите.

Модели

Дама е любима игра на много деца, която се играе в свободното време и през почивните дни. Може да се играе по всяко време на деня.

Умения

- *Двигателни* – хвърляне на камъче, достигане на камъчето, хващане на тебешир, навеждане, изправяне.
- *Процесуални* – внимание, започва/инициира, работи последователно, приключва/привършва.
- *Комуникативни и интерактивни* – разговаря, съобразява се, уважава.

Телесни структури и функции

- *Използвани части на тялото* – горни и долни крайници.
- *Телесни функции* – поддържане на стоеж; поддържане на равномерно дишане, за да се избегне задъхване и умора.

Мерки за безопасност

При скачането на един крак може да се загуби равновесие и някой от играчите може да се удари или да падне.

Възможности за адаптиране

- Ако играчите са на възраст под 4 години, вместо на един крак могат да скачат на два крака.
- Ако времето не позволява да се играе навън, може да се начертае дама в закрито помещение (например върху паркет или на бели листи да се напишат цифри).
- Може да се използва и фабрично килимче с начертана дама, която може да се закупи и да се използва в дъждовни дни.

Възможности за степенуване

Начини за опростяване на играта – дамата може да бъде с по-малко на брой квадрати и да се напишат по-малко числа – например до 3 или 5 вместо 10.

Начини за усложняване на играта:

- да се напишат повече числа
- да се начертае различна, по-сложна форма;
- да се подскача толкова пъти, колкото показва цифрата;
- да се хвърлят толкова камъчета, колкото е цифрата;
- да се скача с кръстосани крака.

Потенциални клиенти

Играта е подходяща за деца с нарушена билатерална координация и процесуални умения, свързани с внимание, иницииране и следване на последователност. Тя не е подходяща за деца с тежки физически увреждания на долните и горните крайници.

REFERENCES

Тодорова Л. *Аналитични и терапевтични методи и средства в ерготерапията 2 (учебно пособие)*, Академично издателство „Русенски университет“, Русе, 2018.

<https://fitwell.bg>

<https://dariknews.bg/novini/liubopitno/liubimite-igri-ot-nasheto-detstvo-snimki-2027344>

<https://www.detetoigrae.com>

<https://www.youtube.com/watch?v=wokiT046vKM&t=12s>

OCCUPATIONAL THERAPY FOR ENHANCING DAILY ACTIVITIES OF A FEMALE ADULT WITH BILATERAL COXARTHROSIS⁸

Hasret Ramis – Student

Department of Public Health and Health Care,
University of Ruse "Angel Kanchev"
Tel.: +359 884697085
E-mail: s179059@stud.uni-ruse.bg

Assoc. Prof. Liliya Todorova, PhD

Department of Public Health and Health Care,
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359 82 821 993
E-mail: litod@uni-ruse.bg

Abstract: The paper examines the occupational performance issues of a female adult with bilateral coxarthrosis. The Canadian Practice Process Framework (CPPF) is used as a process model. The first 4 action points of the CPPF are conducted by an OT student as part of a course assignment. Assessment is based on interview, observation, COPM and Interests Checklist. Facilitators and barriers to occupational performance are identified. The process ends with intervention planning.

Keywords: Occupational Therapy, coxarthrosis, CPPF.

ВЪВЕДЕНИЕ

Артрозата е често срещано заболяване, което се развива при лица в средна и напреднала възраст. Най-често засегнати са ставите, подложени на голям механичен натиск, каквато е тазобедрената. Коксартрозата представлява артроза на тазобедрената става. Заболяването причинява болка и скованост в тазобедрената става и води до затруднения в елементарни ежедневни дейности като завързване на обувки, ставане от стол или кратка разходка в парка.

Ерготерапията осигурява възможност за максимална самостоятелност и независимост на лица с физически, умствени и емоционални отклонения чрез развиране, възстановяване, поддържане или промяна в ежедневните им умения за самообслужване и трудова дейност. Освен това ерготерапевтите могат да адаптират домашната, училищна и работна среда, така че да се компенсират трайно намалените или напълно загубени умения на клиентите. Основна цел на ерготерапевтичната интервенция е да осигури пълно и активно участие на хората с увреждания в обществения живот и да подобри качеството на техния живот. Ерготерапевтите използват клиент-центриран подход, който поставя желанията на клиента в центъра на терапевтичния процес.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Коксартроза

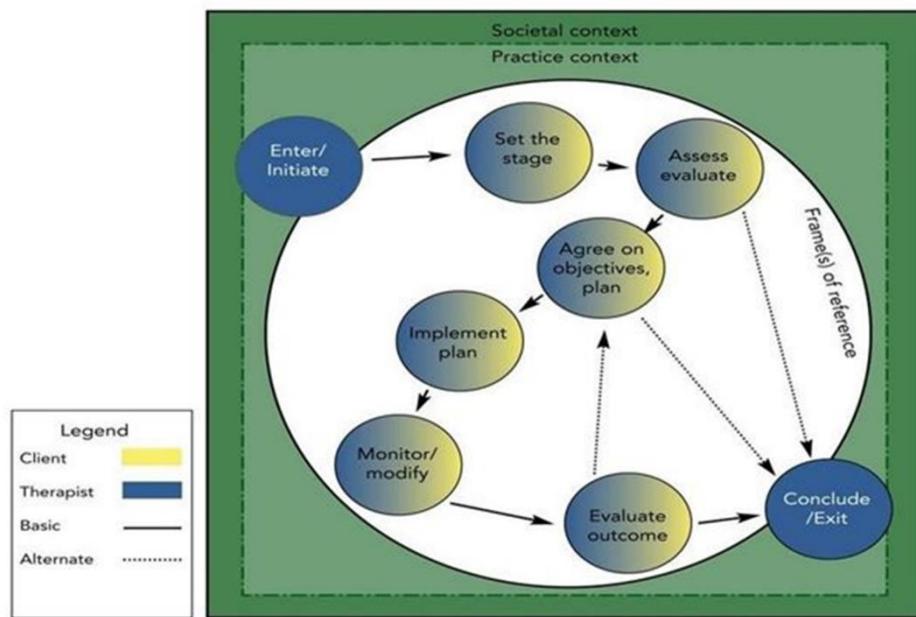
Артрозата на тазобедрената става е една от най-честите локализации на артрозната болест, която стои на трето място след артрозата на гръбначния стълб и колянната става. Тя представлява износване на хрущяла, покриващ ставните повърхности, със съответната клинична и рентгенова картина. Промените засягат не само ставния хрущял, но и подлежащата

⁸ Докладът е представен на студентската научна сесия на 10.05.2019 г. в секция „Промоция на здравето“ с оригинално заглавие на български език: ЕРГОТЕРАПИЯ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА ЕЖЕДНЕВНИТЕ ДЕЙНОСТИ НА ВЪЗРАСТНА ЖЕНА С ДВУСТРАННА КОКСАРТРОЗА.

кост, ставната капсула и съседните мускули. Преобладава при женския пол. До 30-годишна възраст се наблюдава сравнително рядко, докато след 45 години честотата ѝ се увеличава. Това заболяване няма нищо общо с възрастовите промени в ставите както по отношение на етиологията, патогенезата и патологоанатомията, така и по отношение на клиничната и рентгенова картина. Съществуват много причини за възникване и развитие на коксартроза – вродени, статични аномалии, възпалителни, обменни заболявания, травми и други. В крайна сметка решаващ е механичният фактор, което значи, че в основата на артрозната болест стои несъответствие между натоварването на ставата и възможността тя да издържи тези натоварвания. Обратно, нормални натоварвания могат да доведат до артрозни промени в резултат на промени в хрущяла по различни причини – вродена непълноценост при генерализирани и локални аномалии, при възпалителни, обменни заболявания (диабет, подагра), съдови промени (асептични некрози, след травматични състояния) и други.

Канадска рамка за ерготерапевтична практика

Канадската рамка за ерготерапевтична практика, насърчава сътрудничеството с клиента като елемент на клиент-центрираната практика и отчита експертното мнение както на клиента, така и на ерготерапевта. Канадската рамка е гъвкава и динамична, съчетава теория и практика и е насочена към целите, поставени от клиента. Чрез Канадската рамка ерготерапевтът оценява постигнатите резултати. Тя е приложима с разнообразни клиенти (индивидуални, групови) и в разнообразна среда. Този модел стимулира отчетност и документация и разграничава ерготерапията от другите професии.



Polatajko, H. J., Craik, J., Davis, J., & Townsend, E. A. (2007). Canadian Practice Process Framework. In E. A. Townsend and H. J. Polatajko, *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation*, p. 233 Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.

Фигура 1. Канадска рамка за ерготерапевтична практика

Канадската рамка има 8 етапа.

Първи етап: Начало/вход

В този етап се осъществява първият контакт с клиента на база на полученото направление. Ерготерапевтът предоставя информация за целта на ерготерапията в конкретната ситуация, полага началото на терапевтичните взаимоотношения, обсъжда с клиента необходимостта от ерготерапевтична интервенция, обучава го в процедурите и получава неговото съгласие, извършва преглед на документация, провежда първоначално интервю с клиента и други заинтересовани лица и идентифицира дейностните предизвикателства.

Втори етап: Подготовка

Този етап включва подготвяне на дейностна история/интервю, споделяне на ценностите, убежденията, възгледите, очакванията и желанията на клиента, изграждане на доверие, създаване на правила, идентифициране на дейностни проблеми и възможни цели, подбор на теоретични и терапевтични рамки за изследването.

Трети етап: Изследване

Този етап се състои в изследване на личностните фактори и условията на средата, които причиняват дейностните проблеми, консултиране с клиента, неговите близки и други специалисти при оценката и анализа на личността и факторите на средата, анализ и интерпретиране на данните при отчитане на всички гледни точки, формулиране на препоръки, подбор на подходящи методи и средства за оценка, както документиране на резултатите.

По време на този етап процесът може да бъде приключен в случай, че не се идентифицират дейностни проблеми, направлението е само за оценка и препоръки или по решение на терапевта и клиента поради конфликт във възгледите.

Четвърти етап: Съгласуване на целите и плана

През този етап се съгласуват приоритетните дейностни проблеми, идентифицирани в процеса на изследване, съгласуват се целите и задачите и се изготвя план за интервенция в съответствие с наличните ресурси и времевата рамка. Дейностните цели се формулират в сътрудничество с всички заинтересовани лица. Формулират се краткосрочни цели (задачи) за постигане на целите, изготвя се план за изпълнение и постигане на целите.

По време на този етап процесът може да приключи в случай, че направлението е само за консултация.

Пети етап: Изпълнение на плана

През този етап клиентът е ангажиран в терапевтични дейности за изпълнение на плана. Документира се постигнатият напредък и се отчита ефективността на избраните референтни рамки за постигане на промяна.

Шести етап: Проследяване и модифициране

През този етап се прави оценка на изпълнението на плана в съответствие с поставените цели. При необходимост планът може да се модифицира и промени. С този етап се проследяват постиженията на клиента към постигане на целите.

Седми етап: Оценка на резултатите

През този етап се прави повторна оценка на дейностните проблеми в сравнение с първоначалните данни. Резултатите се документират и се правят препоръки за следващи стъпки, идентифицират се други дейностни проблеми.

Осми етап: Приключване/изход

През този етап се обсъжда с клиента степента на постигане на целите, документират се заключенията, предоставя се информация за други възможни услуги или необходимостта от ново начало на ерготерапевтичен процес. В случай, че целите са постигнати и не са идентифицирани други дейностни проблеми, терапевтичните взаимоотношения приключват.

Приложение на Канадската рамка за ерготерапевтична практика при клиент с коксартроза

Кратка информация за клиента: Ж.Ш. е на 52 г., от женски пол, с вродена луксация на двете тазобедрени стави, разведена, майка на 2 дъщери, пенсионерка.

Описание на контекста

Живее сама с домашния си любимец в гр. Силистра в апартамент на първи етаж. В дома ѝ всичко е пригодено така, че да ѝ е удобно – тоалетната чиния е повдигната, така че да не се налага да кляка; високите прагове на вратите са заменени с по-ниски, за да не се налага да прескача. Има личен асистент. Ж.Ш. е в добри отношения със съседите си, има много приятели, които я посещават и ѝ помогат, когато има нужда.

1. Начало/вход

При първото посещение в дома на клиентката тя беше благоразположена и ентузиазирана да окаже съдействие при провеждане на инструментите за оценка. Първо ме

запозна с дома си и ми разказа какво се е променило, след като е получила това увреждане. След това сподели за предишния си житейски опит и каква е разликата сега. Клиентката беше много общителна и ми предостави всички нужни документи, за да бъде изследването ми пълноценно.

Причините за ерготерапевтично направление са, че желае да почиства сама дома си, но има затруднения в дейностното изпълнение.

Дейностни проблеми – не може да пуска прахосмукачка, не може да простира пране.

2. Подготовка

Преди да посетя клиентката, разговарях с нея по телефона, за да получа нейното съгласие за срещата. Подгответих си инструментите за оценка – Канадска оценка за дейностно изпълнение (КОДИ) и Анкетна карта на интересите.

Дейностните предизвикателства към момента са:

- Поддържане на изправен стоеж продължително време (10-20 минути)
- Пускане на прахосмукачка, като с едната ръка държи прахосмукачката, а с другата ръка се държи за проходилката
- Обиране на прах, докато е в изправено положение и се държи за проходилката

Дейностна история

Клиентката е работила като счетоводител, а след това в продължение на 10 години е работила в чужбина – Гърция. Прекъснала е работата си единствено по време на майчинството.

Извършвала е и много други дейности като разходки, танци, ваканционни занимания, грижа за домашни любимци, пътуване, дребни ремонти, посещения на концерти, къмпинг, пране, чистене, готвене, грижа за деца и пазаруване.

Клиентката е в това състояние от месец февруари 2010 г. в резултат от падане и счупване на главата на бедрената кост.

Има изградени навици от предишния си житейски опит, които ѝ помагат при извършването на определени дейности. За други дейности обаче се е наложило да си изгради нови навици. Рутинните ѝ дейности са свързани главно с почистване и подреждане на средата, която използва, например бърсане на масата, оправяне на леглото, обиране на прах, поливане на цветята.

Клиентката смята, че се справя с дейностите от сферата на самообслужването – обличане, къпане, хранене и личен тоалет. Основната бариера при извършването на дейности е, че не може продължително време да стои изправена.

Интересите ѝ многоструни – игра на карти, чужди езици, разходки, слушане на популярна музика, пъзели, филми, гостуване, четене, телевизия, настолни игри, дрехи и история.

Ж.Ш. има много роли, които е запазила и след увреждането – приятелка, майка, дъщеря, сестра, съседка, но е изгубила и част от ролите си. Някои от тях са загубени частично – домакиня, а други напълно – работещ, служител, счетоводител.

Терапевтични рамки:

Използваната е рамка Биомеханична приложна референтна рамка. Тя се опира на знания от областта на анатомията, физиологията, патологията, биомеханиката и кинезиологията и намира приложение в рехабилитация на лица с дейностни ограничения, породени от двигателни нарушения при травми и заболявания на опорно-двигателната, сърдечно-съдовата и периферната нервна система.

Фокусът е насочен към физическите параметри – мускулна сила, обем на движенията, издръжливост, оток и стабилност. Оценката започва с преглед на медицинска документация, внимателно запознаване с патологичните промени, прогнозата и предпазните мерки. Оценката обхваща специфични биомеханични дефицити, свързани с изпълнението на дейности, които са важни за клиента. Ингервенцията е насочена към преодоляване на двигателните дефицити, но целите трябва да отразяват очакваното подобреие в дейностно изпълнение. Терапевтичните дейности са насочени към превенция на деформитети, поддържане на

запазените способности, възстановяване на двигателния капацитет и компенсиране на трайно ограничени движения.

3. Изследване

Изследвани компоненти: дейности и дейностно изпълнение.

Методи и средства: наблюдение, интервю, КОДИ, Анкетна карта на интересите.

На първата среща е проведено интервю и тестване. На втората среща е използвана наблюдение, за да се установи къде точно е дейностния проблем.

С помощта на КОДИ и Анкетната карта на интересите са идентифицирани дейностите, които са проблемни и са от значение за клиента. Наблюдението показва в коя от стъпките се затруднява по време на дейностното изпълнение. Клиентката се затруднява да държи едновременно проходилката и прахосмукачката, както и да се задържи в изправено положение продължително време. На базата на получената информация заедно с клиента определихме дългосрочните и краткосрочни цели.

В хода на изследването са идентифицирани подкрепата и бариерите пред дейностното изпълнение.

Подкрепа за ангажирането в дейности:

- Във физическата среда – проходилката ѝ е пригодена така, че предните ѝ крака се удължават и така тя слиза по стълбите; в дома ѝ всичко е пригодено така, че да ѝ е удобно – тоалетната чиния е повдигната, високите прагове заменени с по-ниски.
- В социалната среда – семейството и приятелите ѝ я подкрепят и ѝ помагат по всяка начин. През седмицата има личен асистент, който ѝ помага при извършването на дейности, които са трудни или невъзможни за изпълнение от нейна страна.
- Ценности и убеждения – семейството и вярата в Бог ѝ помагат по-лесно да се справя в различни житейски ситуации.
- В топлito време се чувства по-добре, защото може по-често да излиза на разходки със своя личен асистент.
- Чрез виртуалния контекст тя може да се свързва с дъщерите си, които са извън страната, може да разговоря със своите приятелки и да се забавлява.

Бариери пред ангажирането в дейности:

- Въпреки, че живее в блок с асансьор, той слиза едва до първата площадка и трябва да слиза пеша останалите няколко стъпала.
- Дъщерите ѝ са в чужбина и се прибират много рядко в България. През почивните дни и празниците личният ѝ асистент не я посещава.
- Най-голямата бариера оказват студените и дъждовни дни, защото се налага да стои само в дома си. Периодите, в които най-често има епидемии от грип, също са бариери за нея, защото това ограничава контактиите ѝ с други хора поради страх да не се разболее.

Сред *приоритетите* ѝ на първо място са животът и здравето на нейните деца.

Желае да бъде колкото е възможно по-самостоятелна и да не се налага да чака пристигането на личния си асистент, за да започне да извършва някаква дейност в своя дом. Желае да възвърне частично загубената роля на домакиня.

Очаквани резултати: подобряване на дейностното изпълнение на дейността чистене.

4. Съгласуване на целите и плана

Изготвен е план за ерготерапевтична интервенция, съдържащ дългосрочни и краткосрочни цели, ерготерапевтични подходи и терапевтични дейности.

Дългосрочни цели: почистване с прахосмукачка като с едната ръка държи прахосмукачката, а с другата ръка се държи за проходилката до 3 месеца; обиране на прах в изправено положение, като се подпира на проходилката до 2 месеца.

Краткосрочни цели:

- поддържане на изправен стоещ в продължение на 10-15 мин. след 4 седмици;

- поддържане на изправен стоеж около 20 минути, докато се задържа за проходилката само с една ръка, като сменя ръката с която се държи през 5 мин. след 6 седмици;
- поддържане на изправен стоеж, докато с едната ръка се придържа за проходилката а с другата само държи дръжката на прахосмукачката за 10-20 мин. след 8 седмици.

Ерготерапевтични подходи – разиване на

- Развиване и поддържане на изправен стоеж с помощта на проходилка
- Превенция на допълнителни увреждания с помощни средства
- Промоция на здравето

Методи и средства:

- Консултиране с кинезитерапевт за постигане на по-добри резултати в позиционирането.
- Терапевтични дейности – почистване с прахосмукачка и обиране на прах.
- Застъпничество за адаптиране на дома.

Ерготерапевтичният процес е приключен на етап съгласуване на целите и плана.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ерготерапията има важен принос в преодоляването на дейностни затруднения, породени от артрозни заболявания. Тя подпомага човека в изпълнението на ежедневните дейности въпреки ограниченията във физическото състояние.

Приложението на Канадската рамка за ерготерапевтична практика гарантира провеждането на последователен и ефективен ерготерапевтичен процес и постигане на положителни резултати.

REFERENCES

- Владимиров Б., Д. Джеров, В. Иванов, *Ортопедия, травматология и ортоптика*, София, „Знание“ ЕООД, 2000
- Тодорова Л. *Теоретични основи на ерготерапевтичния процес*. Русе, Издателски център при РУ "Ангел Кънчев", 2012.
- Townsend, E., & Polatajko, H. (2007). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.

FRI-K.201-SSS-SW-01

A MEDICAL MODEL FOR THE REALIZATION OF SOCIAL WORK- OPPORTUNITIES AND CRITICAL REMARKS ⁹

Emiliya Dimitrova - student/ Speciality Social Work

Department of Public Health and Social Work

University of Ruse "Angel Kanchev"

Tel: +359887891897

e-mail: emmka@abv.bg

Assoc. Prof. Sasho Nunev, DSc of Social Work/ Scientific Supervisor

Department of Public Health and Social Work

University of Ruse "Angel Kanchev"

Tel: +359886 802 466

E-mail: sasho_nunev@abv.bg

Abstract: From the very beginning of its development, the theory and practice of social work is defined and constructed in a conceptual and methodological way by the assisting process which includes the following five stages: history, diagnosis, intervention, therapy and evaluation.

Keywords: social work, medical model, social worker, history, diagnosis, intervention, evaluation.

ВЪВЕДЕНИЕ

Още от древността желанието на хората да помогат, на тези които са в неблагоприятна ситуация в резултат на различни стресови събития като епидемии, смяна на правителства, динамични трансформации или деструкции в геополитически аспект, природни катализми, конфликти, войни, води до възникване на социално политически, икономически способи за помощ и взаимопомощ през отделните периоди на човешкото културно, историческо и социално развитие. Историята дава много примери как в древността се е осъществявала социалната работа. Активен деец в този аспект е била църквата с изграждането на манастири, към тях изграждане на сиропиталища, трапезарии, училища. В по-късните етапи на развитие тази функция се е поела от държавата, като църквата продължава да дава своя принос и днес.

Джералд Хендъл е въвел термина „Филантропия“, който в семантичен план означава „Любов към человека и към човечеството, изразявана и под формата на благотворителност“ (Radeva, V. 2012).

Същност на социалната работа – има превантивна, възпитателна, организираща и в същото време коригираща роля при тълкуването и прилагането на законовите актове. Те регулират защитните функции на държавата, общините, работодателите, неправителствените, религиозните и други организации в страната (Dushkov, V, 2007).

Функциите на социалната работа включват – теоретико обяснителна функция, методологическа, социално-прогностична функция, активно-преобразователна, конструкторно-технична, социалнополитическа функции.

Базира се на няколко принципа:

- принцип на демократичност – т.е потребителите да имат възможност да избират между различните социални услуги и подпомагане в зависимост от техните потребности.

⁹ Докладът е представен на студентската научна сесия на 10.05.2019 г. в секция „Социални дейности“ с оригинално заглавие на български език: МЕДИЦИНСКИ МОДЕЛ ЗА РЕАЛИЗИРАНЕ НА СОЦИАЛНАТА РАБОТА-ВЪЗМОЖНОСТИ И КРИТИЧНИ БЕЛЕЖКИ.

- принцип на хуманизъм- отразява обществената ни солидарност, чрез подпомагане на бедните от богатите, на болните от здравите, на възрастните от младите.
- дискретност- или конфиденциалност на получените анкети и информация от потребителя, които биха нарушили неговите човешки права.
- принцип на необходимата достатъчност- т.е качеството и вида на интервенцията от страна на социалния работник да бъде в достатъчно количество и качество, че да не се налага потребителя да търси отново подкрепа. То трябва съвместно с подкрепата да получи в ново поведение за избягване на повторен социален рисък.
- плурализъм на формите и ресурсите на социалната работа- т.е заедно с регламентираните държавни и общински начини на социална работа, да се разширява дейността от страна на държавата, работодатели, организации и фондации (Dushkov, V.,2007).

В исторически план медицинския модел за реализиране на социалната работа е широко използван, наложил се е като основен метод в социалната работа, в днешно време също е широко се използва от социалните работници в институции, където се отнема отговорността от потребителите във възпитателни училища, детска педагогическа стая или местата за лишаване от свобода, също така и при изготвянето на индивидуалните оценки на потребностите на потребителите. Също така може да се направи паралел между авторитарния модел на възпитание и медицинския модел на подпомагане, отново по отношение на характера на ролите при взаимодействието и отношението на власт в него. Като се има предвид широкото поле на неговата действителна разпространеност- от семейството до институциите, става ясно че дискусията за преобладаващите процесуални подходи е актуална и у нас (Petrova, N.,2001.).

ИЗЛОЖЕНИЕ

Същност на медицинския модел за реализиране на социалната работа

Понятието „модел“ се използва, за да се обозначи представянето на реалността. Моделите се създават, за да опростят обяснението или описание на процес или обект. От самото начало на своето развитие теорията и практиката на социална работа се определя и конструира в идеен и методически план помагащия процес, който включва следните пет етапа-анамнеза, диагноза, интервенция, терапия и оценка. Той се базира на диагноза, поставена от социалния работник, при което не е необходимо взаимодействие със социалния обект, а се взаимодейства върху него. Този модел изиска еднопосочко направление към клиента под формата на терапия и въздействие с цел „лечение“. Същевременно с това, той позволява да се представи не клиничен шаблон, а начин на приложно мислене и процес, който се осъществява на няколко етапа. Реализирането на социалната работа като професионална- практическа дейност, отразява динамичния процес на взаимодействие на ценности, знания, умения и опит, чието единство и значимост са осмислени достатъчно ясно от личностни и професионални позиции и непрекъснато се разглеждат в контекста на многопосочко осъществената връзка „социален работник- клиент- социален работник“ (Vasilev, G, Sotirova, V, 2000).

Етапи на реализиране на медицинския модел социална работа

Анамнеза. Състои се в описание и анализ на предисторията на клиента отчитащи възможното въздействие на индивидуални, психологически и социални фактори, върху функционирането и развитието и сегашното му състояние, след като е приел ролята и статуса на клиент. Целта на анамнезата е да се постигне разбиране на клиента като човек, попаднал в трудна ситуация и чиито условия на живот, в социална и културна принадлежност изискват внимателно изслушване от социалния работник, посредством което да разбере както причините и мотивите, довели до актуалната ситуация, така и насоката и предмета на помощта. Извършване на внимателен подбор на информация, отнасяща се непосредствено до случая. Важно е откриятото, възприемащото със съчувствие изслушване, което подпомага споделянето от страна на клиента без притеснение от оценяване. Възприемане на излаганите

от клиента събития, факти и гледни точки като различни и независещи от интерпретациите на социалния работник. Разглеждане предисторията на случая не толкова като състояние, колкото като процес, с определена динамика на протичане, който е допринесъл за постигането на това положение (Nunev, S,2001).

Диагноза. Представлява установяване на трудностите и проблемите в живота на клиента и изясняване на отношението му към тях и създалата се ситуация. Преценка на състоянието, на личните ресурси, потенциал, компетентност, желание, нагласи, притеснения, бариери, приоритети, отговорности и необходими стъпки по пътя на решаването на проблема. Планиране на мерки и свързани с тях активности върху основата на интерпретираната информация, данни, направления и преценка, като заедно с това се прогнозира ефекта от тях. Диагнозата при социалната работа прилича на клиничния й вариант дотолкова, доколкото цели да установи обективните причини за предоставяне на помощ и услуги, но се отличава от него поради включването на повече субективни основания- смисъла, който се придава на ситуацията от страна на клиента, като се отчита правото му на самоопределяне (Nunev, S, 2001).

Интервенция. Характеризира се с приемането на конкретни действия, намеса от страна на социалния работник и неговата служба или заведение върху основата на получената информация от анамнезата и идентифицираните проблеми, преценката на ресурси, средства, компетенции, очаквания, възможности, определянето на цели и приоритети по време на диагнозата. По насоченост и функции анамнезата и диагнозата в определена степен могат да се разглеждат като форма на намеса, която при неадекватна реализация предизвиква негативни последици. В някои случаи интервенцията е част от верига от други интервенции или се осъществява преди анамнезата и диагнозата, когато се изисква неотложно реагиране- при случаите на кризисна интервенция.

Пряка намеса. Свързва се с ясно изразени властни отношения, в които от позициите на институционално потвърденото доминиране клиента се насочва да извърши или преустанови нещо определено от социалния работник и социалната служба или заведение като неотложно.

Оферта. Представлява извършване на услуга по предварително уточнени и конкретни условия- различава се от праята намеса по това, че се предоставя правото на избор и поемане на отговорност от клиента да приеме или отхвърли дадено предложение за помощ или услуга без да се притеснява от санкции от компетентните органи. Съвместна дейност между клиент и социален работник е форма на интервенция, която е възможно да следва както непосредствената намеса, така и офертата. Водещи нейни характеристики са доброволното участие, съгласуваните действия, диалог, партнирането и активирането на потенциала на клиента за решаване на проблема и постигане на промяна и развитие.

Оценка. Характерно за нея е, че присъства във всеки от представените етапи – анамнеза, диагноза, интервенция, съдържа в себе си елементи на оценка. Оценката е насочена към определянето на постигнатите резултати от:

- прилаганите методи за установяване и интерпретиране проблемите на клиента по отношение на пълнота, ясно и успешно откряване на значимите и неотложните за решаване проблеми.
- използваните техники, методи, подходи- професионално технологична цялост по отношение на целесъобразност, адекватност и принос за реални промени при действието и взаимодействието.
- взетите решения и предприетите стъпки по отношение на съответствие с приетата цел и планираната последователност от действия.
- ориентацията на реализирания помощен процес по отношение на постигнатото доверие, съпричастност, сътрудничество и партниране, самоопределяне, етични взаимоотношения и професионален морал (Nunev, S.,2001).

Базови критерии за оценяване на извършеното през предходните етапи са:

1. Ефективност на помагащия процес- степен на съответствие между постигнатите резултати и предварително набелязаните задачи, ефект от реализирането на методическата последователност и цялост
2. Реалистичност на приетата цел и свързаните с нея задачи- степен на съответствие между желаните промени и реалните възможности за интервениране.
3. Етичност във взаимоотношенията между социален работник и клиент- степен на вграждане на професионално легитимираните принципи от моралния кодекс на социалния работник в работното взаимоотношение.

Критики към медицинския модел за реализиране на социалната работа

Критични бележки се отправят към медицинския модел по отношение на:

- заложеното в него виждане за относително непроменяемите социални работници и техните служби и заведения, които от позициите на социално гарантираната “компетентност” интерпретират представената от клиента информация в съответствие с установени професионални виждания и стандарти и чрез планирана намеса въздействат върху променяемия обект– клиент”
- създаването на препядствия при представянето на алтернативни гледни точки от клиента, който е притеснен от интерпретирането им в контекста на разбиранията на социалния работник– доминираност на социалния работник
- не се отдава достатъчно значение на възможностите за промяна от страна на обекта- клиента;
- установява се конформизъм
- властнически позиции от страна на социалния работник и неравнопоставеност с клиента, трудна комуникация, трудно партниране.
- експертен контрол от страна на социалния работник върху ситуацията. Стремеж на социалния работник да контролира това, което се случва.
- философията и практиката на този модел е ориентирана към справяне с болестта, т. е със слабото място на пациента.
- липса на гъвкавост, без възможности за активно участие на клиента в решаването на собствените му проблеми.
- в медицинската практика медицинския модел спазва определена последователност на действията на лекаря- проучване, изследване, поставя диагноза и след това съставя своя план на лечение. В практиката на социалната работа процесът не е така праволинеен (Petrova, N.,2001).

Предимства на медицинския модел социална работа:

- от значение е приемствеността между етичните норми и ценности на професията на социалния работник и тези на други помагащи професии
- организиране на дейността на социалния работник в определена организационно-технологична схема с определени етапи.
- в исторически план този модел, чрез който се акцентира върху индивидуално-психичното, допринася за преодоляването на крайни социологизаторски нагласи.
- медицинския модел в социалната работа се утвърждава като основен използва се при социална работа с отделен случай, т.е. при индивиди и семейства. Работата със случай предполага акцент към промяна на индивида и неговите особености да се интегрира по-успешно в социалната среда, в която живее. При този модел усилията на социалния работник са центрирани върху клиента и в по- малка степен върху средата. Благодарение на медицинския модел, след неговото въвеждане в социалната работа, социалните работници успяват да акцентират вниманието си върху човека, неговата психика, потребности и да преодолеят стремежа си да морализират (Petrova, N.,2001).

ИЗВОДИ

В заключение на казаното до тук, можем да изведем следните изводи:

Медицинския модел е актуален поради следните причини: той е много разпространен, макар да се назовава с други имена. Идеологията на помощта на всички социални институции, идеологията и моделите на работа в специализирани институции налага този или подобен на него модел. Общия признак може да се открие в – отнемане на отговорността от този на когото ще се помага за начина, целите, продължителността и пр. на помощта. Откриваме го както при изготвянето на индивидуаните оценки на потребителите в центровете за социално подпомагане, така и във Възпитателните училища, детска педагогическа стая или в местата за лишаване от свобода. Там клиента се третира като обект. Твърди се, че въпросните институции го налагат. Всъщност именно, защото дава власт, медицинския модел е предпочитан и от институциите и от експертите, той им позволява да се чувстват експерти – знаещи, можещи, предписващи. Също така може да се направи паралел между авторитарния модел на възпитание и медицинския модел на помагане, отново по отношение на характера на ролите при взаимодействието и отношението на власт в него. Като се има предвид широкото поле на неговата действителна разпространеност – от социална работа със семейства до социална работа в специализирани институции, се открява въждането, че дискусията за преобладаващите процесуални подходи е актуална у нас (Petrova, N., 2001).

REFERENCES

- Dushkov, V. (2007). Methods of social work. Gabrovo. (*Оригинално заглавие: Душков, В. (2007). Методи на социална работа. Габрово.)*)
- Vasilev, G., Sotirova V (2000). Methods of social work. S., Bulvest Publishing House. (*Оригинално заглавие: Василев, Г., Сотирова В (2000). Методи на социална работа. С., Издателство „Булвест”.)*)
- Petrova-Dimitrova, N. (2001). Basic I methods of social work. S., Letter Publishing House. (*Оригинално заглавие: Петрова-Димитрова, Н. (2001). Основни I методи на социална работа. С., Издателство „Литера”.)*)
- Nunev, S., (2001), Fundamentals of social work. Shumen, Antos Publishing House. (*Оригинално заглавие: Нунев, С., (2001, Основи на социалната работа. Шумен, Издателство "Антос").*)

TYPOLOGY, AGE SPECIFICITY AND MOTIVATION OF SUICIDAL BEHAVIOR¹⁰

Milena Todorova – Student / Specialty Social Work

Department of Public Health and Social Work

University of Ruse "Angel Kanchev"

Tel.: +359899 504 330

E-mail: mht34@abv.bg

Assoc. Prof. Sasho Nunev, DSc of Social Work/ Scientific Supervisor

Department of Public Health and Social Work

University of Ruse "Angel Kanchev"

Tel.: +359886 802 466

E-mail: sasho_nunev@abv.bg

Abstract: *Suicidal behavior is one of the forms of deviant behavior. Bulgaria takes fourteenth place among men and tenth place among women in suicide mortality worldwide. Young people and those in third age are defined as groups in high suicidal risk. Along with all the risks of formation of suicidal behavior, today we stand in front of new challenges, which provoke people to put an end to their lives.*

Keywords: *Suicide, Pseudo suicide, Dysthymia, Suicidal behavior, Suicidal motivation.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Всяка минута 2300 души се самоубиват на ден или 800 хиляди души годишно в световен мащаб. Според различни източници още 8 до 30 милиона души неуспешно са извършили опит да отнемат живота си. В същото време всеки втори човек, който се опита да извърши самоубийство, повтаря опита си през годината и обикновено в по-тежка форма. Всяко трето лице е извършило опит за самоубийство в миналото. Опитите за самоубийство са предимно от хора, които са психически здрави и в трудоспособна възраст. Самоубийците в случай на смърт оставят децата си без родители, причинявайки дълбока травма на семействата и приятелите си. Неуспешните опити за самоубийство често водят до увреждания. Самоубийствата са особено характерни за развитите страни, където те заемат трето място (след сърдечно-съдови и онкологични заболявания) сред причините за смъртта на най-ефективното население - между 15 и 45 години (Starshenbaum, G., 2005). България заема четиринаесето място сред мъжете и десето място сред жените в света по суицидна смъртност. Около 25% от опитите за самоубийство са осъществени от млади хора на възраст между 15 и 19 години и 45% от хора в пенсионна възраст (Nunev, S. 2019).

Самоубийство (лат. *suicidium*, от *sui caedere*, „да се убия“) е акт, при който човек умишлено причинява собствената си смърт (Todoranova, V., 2015).

ИЗЛОЖЕНИЕ

За самоубийството (суицид) не съществува само една причина и то е резултат от комплексното взаимодействие между биологични, генетични, психологически, социални и културни фактори. Суицидът представлява обмислено и целенасочено причиняване на

¹⁰ Докладът е представен на студентската научна сесия на 10.05.2019 г. в секция „Социални дейности“ с оригинално заглавие на български език: ТИПОЛОГИЯ, ВЪЗРАСТОВА СПЕЦИФИКА И МОТИВАЦИЯ НА СУИЦИДНОТО ПОВЕДЕНИЕ.

собствената смърт, вследствие на болезнена и мъчителна духовна и психологическа криза, динамичен и силен вътрешен конфликт, които в своята съвкупност водят до потискане на съзнанието и загуба на смисъла на живот (Nunev, S. 2019).

Основни причини за възникване на суицид:

- страх от наказание;
- нарушения в личния живот;
- финансови проблеми;
- нереализация в живота (в творчески, професионален план);
- загуба на интерес към живота, умора от живота;
- здравословни проблеми;
- психични / психосоматични заболявания;
- приемане на психотропни лекарства, наркотици, алкохол;
- религиозен фанатизъм (обикновено преобладаващ в секти), ригуално самоубийство;
- идеологически (политически, отхвърляне на ценностите на обществото като цяло).

Типология и възрастови особености

Суицидното поведение се свързва с оствързаните и целенасочените самостоятелни и доброволни действия, които са ориентирани към причиняване на собствената смърт. В структурата на суицидното поведение се включват: *суицидни действия и суицидни прояви*. Те разкриват, че суицидното поведение се характеризира с едновременно реализиране във вътрешен и външен план. Суицидните действия включват:

- *суициден опит* – представя целенасоченото използване на средства за причиняване на собствената смърт, без това да е постигнато. Той е предназначен за привличане на вниманието на околните и не е истинско желание за приключване на живота;
- *завършен (реален) суицид* – намира израз в предприети действия, завършващи с летален край. Характеризира се с реалното желание за приключване на живота, чувство на изчерпване, липса на вяра за възможност нещо да се промени и виждане на единствен изход в това действие (Nunev, S., 2019).

Всички самоубийства могат да бъдат разделени на два класа - същински и демонстративен (т.н. *псевдосуицид*).

Суицидно поведение при деца и младежи

През последното десетилетие броят на самоубийствата сред младите хора се е увеличил 3 пъти. Основните причини за самоубийство: несподелена любов, конфликти с родители и връстници, страх от бъдещето, самота (Starshenbaum, G., 2005).

Специфичните особености на тийнейджърската възраст определят тази група като високо рискова по отношение на суицидно поведение.

По пътя към постигане на идентичност, тийнейджърът преминава през няколко етапа: регресия до детско ниво с желание да отложи получаването на статут на възрастен; неясно, но стабилно състояние на тревожност, свързано със социалната незрялост; чувство за изолация и празнота поради страх от загуба на собствената си идентичност в интимни и лични взаимоотношения; в очакване на чудо, което може внезапно да промени живота; страх от общуване, особено с противоположния пол; враждебност и презрение към съществуващите социални роли и др. (Ivanov, P., 2009).

Суицидно поведение при стари хора

Въпреки, че хората над 65-годишна възраст съставляват една десета от населението, сред тях се отбелязва една четвърт от всички самоубийства. Често соматичните страдания на старите хора са придружени и с психологически такива. Едно от тях е *дистимията*. Тя е форма на хронична депресия, която се проявява с липса на енергия, общ негативизъм, чувство на неудовлетворение и безнадеждност. Човек, който страда от дистимия, може да

изживее симптомите на общата депресия, които са по-слабо изразени, но обикновено много по-продължителни. Специфичността на дистимията при възрастните хора е изразен тревожен компонент. Човек на тази възраст вече не очаква нищо добро от живота, а само го заплашва с нови неприятности и трудности.

Развитието на дистимията при възрастните хора е продължително, с тенденция към прогресия и преход към депресивно невротично развитие на личността. Много често, загубили смисъла на живота си те реализират суицидно поведение (Ivanov, P., 2009).

Старите хора се сблъскват със сериозни социални и психологически проблеми, които ги подтикват към желание да причинят собствената си смърт. В съчетание с други фактори (бедност, липса на грижи от страна на близки хора, висока престъпност, насилие и др.) това представлява сериозна причина за реализиране на суицидно поведение. Това отклоява общността на старите хора като една от високо рисковите групи по отношение на суицидно поведение (Nunev, S., 2019).

Суицидна мотивация и формиране на суицидно поведение

Суицидните прояви включват *суицидни нагласи* и *суицидни тенденции*, изразяващи се в *суицидни помисли* и *суицидни намерения*. Суицидните нагласи се отличават с представи и фантазии на тема собствена смърт, която се обмисля като вариант за справяне с проблеми, но не са свързани конкретно с нейното причиняване като действие. Суицидните помисли са по-активна форма на проява на намерение за суицид. Тук суицидната тенденция нараства с разработването на план за самоубийство (средства и начина на осъществяване, време и място на реализация). Суицидното намерение се формира, когато суицидните помисли се съчетаят с волеви компонент, изразяващ се във вземането на решение и готовност за определяването им в суицидно поведение. Рискът от реален суицид нараства в степенно отношение от суицидните нагласи, през суицидните помисли до суицидните намерения, когато човекът вече говори за тази своя идея, споделя я с близки и я обсъжда. По този начин се формира реална възможност, която се оценява и обмисля явно и тя реално навлиза във всекидневието на човека. Рискът при суицидните намерения е изключително висок. При подготовка за осъществяване на самоубийството се взема окончателно решение на основата на плана за реализация (Nunev, S., 2019).

Съвременни рискове от възникване на суицидно поведение

Наред с всички рискове за формиране на суицидно поведение, днес сме изправени и пред нови предизвикателства, които провокират хора да сложат край на живота си. Ще се спра само на три, които според мен са най-актуални:

Опасни игри („Син кит“) – десетки ученици са се включили в „игрите на смъртта“, тласкащи към самонараняване и самоубийство. Повечето се включили от любопитство, желание за вдигане на адреналина, самота и дори с мотив да покажат на родителите си, че могат да довършат докрай нещо, което са започнали. Поканите за участие в "Син кит" са изпращани обикновено от непознати хора, в някои случаи от виртуални "приятели" в групата им. Оферти са отправяни първоначално на руски, а след това и на английски език. Задължително изискване било децата да изпратят видеоматериал, доказващ стриктното изпълнение на всяка дадена задача. Даваните на децата предизвикателства са: рисуване на кит върху дланта с бръснарско ножче или с друг оствър предмет, събуждане в точно определен час, гледане на страшни филми, правене и изпращане на "по-секси" снимки, извършване на палеж в дома или в училището, извършване на кражба, *подтикване към суицид* и др.

Самоубийствени състояния - Такива състояния са последица от някои актуални и неочеквани конфликти с най-близкото обкръжение, в които на човек съзнателно, но най-често несъзнателно, му се струва, че не е постъпил добре, например, че е засегнал някого прекалено силно, или че не му е отговорил „както заслужава“, или че го заплашва опасността да не може да се измъкне от такъв конфликт и т. н. Тъй като това са състояния, в които значително

нараства афективната възбуда, за която като правило знаем, че силно намалява будността на съзнанието, а с това и вниманието и концентрацията, напълно разбираемо е, че и шофирането в такова състояние може да бъде гибелно. Някои даже „подсилват“ умишлено емоциите си с алкохол или психоактивни вещества. Мисля, че можем да направим извода, че със сигурност има скрити самоубийци зад волана. Никой не е в състояние да каже колко е техният брой. Човекът, който кара, трябва да постигне такава самодисциплина, която да го научи, че не всеки ден и час е благоприятен за шофиране. Състоянието на прекалена възбуда, страх, омраза към някого, презрение към себе си, конфликти с околните, не са особено подходящи за шофиране, защото в такива състояния по-често се случва, вместо очакваната релаксация, да се почувства силно напрежение, което да бъде причина за нещастията, които са могли да бъдат избегнати. И то само с малко повече самопознание и самодисциплина. Към тази група приобщавам и хората, които упражняват екстремни спортове не за постижения, а за повдигане на адреналина и преживяването на силна емоция.

Телефонни измами – жертвите им са предимно възрастни хора, които са податливи на психологически атаки. Много често след като разберат, че са измамени те решават и слагат край на живота си. За съжаление това продължава вече повече от десетилетие в държавата ни, въпреки предприетите мерки като информационни кампании, писмени предупреждения на места, където често се събират възрастни хора и др.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Една от формите на девиантно поведение е суицидното поведение. Няма една единствена причина за самоубийството. Комплексно действат много биологически, социални и психически причини. Статистическите данни за опитите и за реалните самоубийства са тревожни не само за нашата държава, но и в световен мащаб. Най-застрашени от суицидно поведение са децата, тийнейджърите и старите хора. Специфичните особености на тези групи ги определят като високо рискови. Наред с всички рискове за формиране на суицидно поведение, днес сме изправени и пред нови предизвикателства, които провокират хора да сложат край на живота си.

Хората трябва да се информират за този сериозен проблем, да се „образоват“ за възможните рискове, да се научат да сигнализират, когато открият рисък, да търсят професионална помощ и да се доверяват на специалистите. Важно е да се обръща повече внимание на психичното здраве на отделните индивиди и на обществото като цяло. Разработването на национални програми за превенция на суицидното поведение и осъществяването на проекти в тази насока са от особена важност за намаляване на честотата на опитите и на смъртността от самоубийства.

Профилактиката на самоубийствата е задача не само на държавата, но и на цялото общество, защото човешкият живот е уникален и безценен.

REFERENCES

- Ivanov, P. (2009). *Applied Psychology*. Ruse, Agat Publishing House. (**Оригинално заглавие:** Иванов, П. (2009). *Приложна психология*. Русе, издателство „Ахат“.)
- Nunev, S. (2016). *Lecture course "Social work with people with deviant behavior"*. Rousse University "A. Kanchev". (**Оригинално заглавие:** Нунев, С. (2016). *Лекционен курс „Социална работа с хора с девиантно поведение*“. Русенски университет „А. Кънчев“.)
- Starschenbaum, G. (2005). *Suicide and Crisis Psychotherapy*. Labyrinth Publishing House. RU). (**Оригинално заглавие:** Старшенбаум, Г. (2005). *Суицидология и кризисная психотерапия*. Издателство „Лабиринт. РУ“).
- Todoranova, V. (2015). *Bulgarian-Latin Dictionary*. Sofia, Publisher of BAS "Prof. Marin Drinov". (**Оригинално заглавие:** Тодоранова, В. (2015). *Балгарско-латински речник*. София, Издателство на БАН „Проф. Марин Дринов“).

FRI-K.201-SSS-SW-03

THE INFLUENCE OF THE NATIONAL SOCIALIST RULE IN GERMANY IN THE PERIOD 1939-1945 ON THE DEVELOPMENT OF SOCIAL WORK¹¹

Stanislava Stoyanova – Student / Specialty Social Work

Department of Public Health and Social Work

University of Ruse "Angel Kanchev"

Tel.: +359894326148

E-mail: stasiistyless@gmail.com

Assoc. Prof. Sasho Nunev, DSc of Social Work/ Scientific Supervisor

Department of Public Health and Social Work

University of Ruse "Angel Kanchev"

Tel.: +359886 802 466

E-mail: sasho_nunev@abv.bg

Abstract: Social policy at the time of the Third German Reich expresses extreme and anti-human measures to deal with people who are described as „the burden of society” (people with disabilities, people with homosexual orientation, people from ethnic minorities and representatives of some Slavic peoples). Through this policy millions of people lose their lives and this is a deadly period in the history of social work.

Key words: Social policy, Society, Social work, Third German Reich, Nationalist movement.

ВЪВЕДЕНИЕ

Национализма е официални идеология на Третия германски Райх, съществувал през 1933-1945 година. Държавата е управлявана по това време от Адолф Хитлер в съответствие с принципите на национализма, характеризиращ се с пълен политически контрол върху обществения живот и използване на средства за постигане на обществена, расова и културна хигиена в контекста на теорията за арийската раса. Таза идеология обвързва по краен начин социализъм, национализъм, расизъм, фашизъм и антисемитизъм. В съответствие с нея, държавния апарат провежда политика на преследване на определяните като идеологически и расово непълноценни. Обекти на тези действия са етнически малцинства (евреи, цигани), хора с увреждания, хора с хомосексуална ориентация, както и представители на славянски народи (поляци, руснаци и др.) по време на Втората световна война (Nunez, S. 2018).

ИЗЛОЖЕНИЕ

Социалната политика на Националсоциалистическата германска работническа партия (НСГРП) е един от основните и най-важни компоненти в цялостната пропагандна машина на Адолф Хитлер (1889-1945). Това се обуславя, от една страна, от тежката икономическа ситуация, в която Германия се намира в началото на 30-те години и необходимостта от инициативи на държавата за преодоляване на масовото обедняване и произхождащото от него силно социално недоволство. От друга страна, Хитлер осъзнава важността на социалната политика по отношение на спечелване доверието на народа и политическите дивиденти, които той може да получи от една широко машабна програма в областта на трудовата заетост, на социалното осигуряване и подпомагане.

¹¹ Докладът е представен на студентската научна сесия на 10.05.2019 г. в секция „Социални дейности“ с оригинално заглавие на български език: ВЛИЯНИЕ НА НАЦИОНАЛСОЦИАЛИСТИЧЕСКОТО УПРАВЛЕНИЕ В ГЕРМАНИЯ В ПЕРИОДА 1939-1945 ГОДИНА ВЪРХУ РАЗВИТИЕТО НА СОЦИАЛНАТА РАБОТА.

В основата на цялостната социална политика на Хитлер обаче стои не грижата за отделния човек, не подпомагането му при накърнени интереси и задоволяването на определени потребности, а постигането на една „народна общност”, която трябва да изпълнява социални функции и да служи за пропагандни цели. Въпреки че тя се дефинира като обединение на „всички граждани, които трябва да притежават еднакви права и задължения” и в този смисъл „действията на отделния индивид не трябва да противостои на интересите на мнозинството” (програма на НСГРП), в доктрина на Хитлер „народната общност” се реконструира и се изгражда върху два, различни от демократично възприетите, опорни механизма: *раса и светоглед*.

Това означава, че от „народната общност” се изключват онези, които не са германци (чужденци), във вените на които не тече чиста (арийска) кръв (евреите) и които не могат да допринесат за подобряване на родовите черти (хора с физически и психически увреждания). По този начин „народната общност” се реализира като *расова общност* и за нейното формиране се използват всякакви средства и прийоми (преследване, изгонване, изтребване). Но принадлежността към арийската раса не е достатъчно условие, за да има право даден индивид да бъде член на „народната общност”. Необходимо е да притежава и *определен светоглед*, който издига националсоциализма в религия, а Хитлер – в бог. По този начин не изповядващите тази вяра също са изключени автоматически от общността, а това са комунисти, демократи, антифашисти и други инакомислещи. (Chavdarova, A. 2007)

Социална политика в областта на безработицата

В първите години на управление на националсоциалистическата партия усилията са насочени снижаване числото на безработните, което се заявява и от Хитлер в негова реч – обръщение към германския народ по повод встъпването му в длъжност на райхсканцлер: „...За 4 години безработицата трябва да бъде окончателно преодоляна, като заедно с това се създадат предпоставки и за цъфтеж на икономиката”. Тук ясно се посочва, че намеренията на НСГРП са, тези два процеса да вървят паралелно, от една страна, да се стимулира икономиката, а от друга, да се разработят стратегии за ограничаване на незаетите трудови лица. (Chavdarova, A. 2007) С тази свои думи, Хитлер умело успява да „замаже очите” на народа, за да може да получи подкрепата му и да властва и упражнява своите фашистки възгледи. Неговата цел не е общественото благо, а тоталния контрол над населението.

Данъчната политика

Данъчната политика на Хитлер и НСГРП е основния лост, чрез който се осъществява социалното благополучие в Третия Райх.

Новото е въвеждането на семейното подоходно облагане, чрез което се заменя съществуващото до този момент индивидуално отчитане. Това, от една страна, повишава паричните постъпления в семейството, но от друга, поради въвеждането на прогресивен данък за допълнителните доходи, ограничава силно възможността на някой от брачните партньори (предимно на жените) да работи и да получава възнаграждение.

Данъчни облекчения получават и тези категории работници, които се причисляват към групата на ниско доходните професии. Те са освободени изцяло от подоходен данък, включително и от въведения през 1940 г. военен данък. По този начин се осъществява обещанието на Хитлер и НСГРП за подобряване материалното положение на социално най- slabите в обществото. (Chavdarova, A. 2007)

Трудова политика

В основата на социалната политика на Хитлер и НСГРП стой трудът и задължението на всеки гражданин да се труди, което е формулирано още в Програмата от 1920 г. Ето защо се въвежда и задължителната трудова повинност, чрез която се цели участието на всеки в трудови дейности, макар че често те са безсмислени и имат по скоро пропаганден характер, от колкото

да носят полза за индивида или обществото. Пример за това е събирането за кратко време, буквально „от улицата”, на всички безработни младежи и изпращането им на работа.

По-различно е отношението към тези, които по определени причини не могат да работят – хора с физически и психически проблеми. За тях принудата е невъзможна, поради което те се картотекират и разпределят в три групи: първата група включва лица за които, не се осъществяват никакви мероприятия; втората група – лица, които се настаниват в специализирани заведения и третата – лица, които се подготвят за „лечението”, т.е. убиват се. В болничните заведения се прилага и евтаназията, която е особено разпространена във военните лазарети.

Нацисткият режим премахва съществуването на всички професионални и съсловни сдружения, като на тяхно място през 1933 г. под патронажа на самия А. Хитлер се създава единна организация, наречена *Германски трудов фронт* (DAF). (Chavdarova, A. 2007)

Социално осигуряване

През периода на националсоциализма съществено се променя системата за социалното осигуряване по посока на нейната ефективност и обхват, като основните принципи, положени от времето на Бисмарк, остават да действат. Осъществените промени са насочени към изграждането на единна държавна система за социално осигуряване, която да включва както отделните застрахователни рискове, така и органите, които ще ги контролират и управляват.

През 1934 г. се приема *Закона за изграждане на социалното осигуряване*, чрез който се цели, от една страна, да се съхраняват всички съществуващи до този момент осигурителни рискове, а от друга, чрез едно по-ефективно да се направят плащанията по тях по лесни и възможни. (Chavdarova, A. 2007)

Социални придобивки

Към посочените мероприятия в областта на трудовата политика могат да бъдат добавени и различни дейности, които също имат социална насоченост и които са ориентирани към повишаване производителността на работниците. Това са многообразните програми, организирани и финансиирани от държавата в областта на почивките и свободното време, развлеченията и забавленията, спорта и туризма.

За целта през 1933 г. се създава специална организация, наречена „Сила чрез радост”, която е най-масовата и популярна общност сред германския народ в Третия Райх, тъй като е насочена към организиране на почивките в края на седмицата и годишните отпуски; към организиране на свободното време чрез театрални посещения, участия в певчески групи и занимания по интереси; към създаване на спортни клубове за масово физическо възпитание; към подобряване на работническото хранене и на хигиенните условия в предприятията. (Chavdarova, A. 2007)

Семейна политика

Грижата за децата и семействата са следващата значима област, в която НСГРП осъществява целенасочена дейност. Целта на всички мероприятия е да се изгради едно здраво и силен семейство, в което децата не самодържат, но да се възпитават в духа на новите ценности. Началото на семейната политика се поставя още с първите мероприятия по ограничаване на безработицата, насочени срещу включването на жените в производството. Прокламираното мото „Светът на жената е в дома” насочва общественото мнение към това, че жените трябва да останат във всички за да отглеждат и възпитават по-добре бъдещите граждани на Третия Райх. За целта се въвежда едногодишна задължителна служба за жени без образование, през времето на която девойките трябва да се подготвят за майки и съпруги.

Създаването на семейство се подкрепя и финансово от властта, като за целта се правят редица данъчни облекчения в зависимост от броя на децата в семейството.

За да се подпомага майката по време на бременност и при отглеждане на детето се осъществяват множество инициативи, които са организирани от доброволчески организации.

Най-значим в областта на семейната политика е помощния съюз „Майка и дете”, който се основава през 1934 г. и има за цел да подпомага бъдещите майки и техните деца.

Грижата за децата се осъществява и чрез изгражданите и поддържани от Съюза детски заведения – ясли и градини, които силно конкурират религиозните. Паралелно с това Съюзът поддържа и домове за отглеждане на деца без родители или на многодетни семейства, както и множество летни колонии и места за отдих. (Chavdarova, A. 2007)

Младежка политика

За всички младежи и девойки в Третия Райх е въведена трудова повинност. След завършване на училище всички задължително отиват в трудови лагери, където престояват една година. Основните дейности са свързани със строителството – строеж на автостради, мостове, гранични укрепления и др.

Една от особено разпространените инициативи е Националното работническо състезание, масова програма, която има социален ефект и стимулира състезателните наклонности у младежите. В нея се включват младежи и девойки, които принадлежат към група на „неорганизираните”, т.е. които не членуват в различни политически организации.

Особено голяма е грижата на НСГРП към подрастващото поколение, което след завършване на образованието трябва да се включи активно в обществено-политически живот. За целта се създава *Национална социална служба за ръководство на младежите*, която е призвана да след подпомага младежките дейности и да ги насочва в правилната насока.

Тези които остават извън очертаната рамка, тези които не могат да се социализират по определения начин попадат в категорията на неудобните и НСГРП прави всичко възможно да ги изолира от обществото. Спрямо стотици хиляди младежи, които са обявени за неблагонадеждни по различни причини се осъществяват наказателни мерки, които от една страна има за цел тяхното превъзпитание, а от друга приобщаване към съществуващия ред.

Характерна особеност на цялостната програма за справяне с младежката престъпност е, че тя се разработва в контекста на расовата хигиена. В този смисъл се приема т.нар. *Закон за предпазване от наследствено болни младежи*, чрез който се обясняват престъпните наклонности и прояви. Обикновено те се стерилизират и подготвят за „специални интервенции”, което означава смърт. (Chavdarova, A. 2007)

Обществена благотворителност

Основен компонент в социалната политика на НСГРП е стимулирането на широкото участие на народа в различни благотворителни и социално-помощни дейности. Това се осъществява, подобно на всички инициативи в Третия Райх абсолютно организирано и координирано, като за целта се създава специален съюз, наречен *Националсоциалистическа народна благотворителност* (NSV). NSV се определя като доброволческа организация, в която членуват хора на индивидуален принцип чрез членство и заплащане на членски внос. Финансирането на различните дейности става и чрез дарения, помощи и др. Особено се разчита на доброволци, които със своят безвъзмезден труд реализират многообразните грижи и услуги, като майчина помощ, домакинска помощ, младежка помощ, подпомагане на туберкулозно болни, помощ през зимата, помощ на гарата, помощ за отглеждане на деца, помощ на хора, занимаващи се с изобразителното изкуство и др.. Съществуват и институции като „Майка и дете”, детски градини, служби „Грижа в малкото населено място”, моторизирана бригада за стоматологична помощ, помощна служба „Изхранване на населението”, които организират и координират отделните инициативи. Всички тези дейности широко се пропагандират в пресата, като за целта излиза месечно списание, в което подробно се описва извършената работа.

Чрез посочените организации се извършват социални грижи и услуги, които до този момент са се осъществявали от поделения на църквата и Червения кръст. През годините на Третия Райх те продължават да съществуват, въпреки монополното положение на NSV, но в по-ограничен обхват. (Chavdarova, A. 2007)

Реализирането на концепцията за расова хигиена(евгеника) и за прочистване на нация от „непълноценни за живот хора” (хора с увреждания и хора с хомосексуална ориентация) се реализира целенасочено и планомерно с политически, законодателни и институционални средства през целия период на нацисткото управление. Тази политика бележи своя връх след изоставянето на Мадагаскарския план(предложение на правителството на Третия райх за евакуация на европейските евреи на остров Мадагаскар с цел решаване на европейския въпрос) и организирано избиване на около 6 милиона евреи.

През 1933 година е приет Закон за принудителна стерилизация на хора с „вродено психическо увреждане, шизофрения, маниакално-депресивна психоза, наследствена епилепсия, хорея, наследствена слепота, наследствена глухота, тежки физически увреждания и силна зависимост от алкохол”. На принудителна стерилизация през първата година след приемането на закона са подложени над 56 000 човека, а през 1939 година - около 350 000. Постепенно от стерилизация се преминава към умъртвяване. За тази цел е разработена специална програма под названието Т-4, която има предназначението да „изчисти” арийската раса от същества, които нямат принос за развитие на обществото и не са способни да оставят здраво потомство. Нацистката пропаганда извежда като допълнителен мотив, оправдаващ тези действия, високата финансова стойност на лечението, с което цели допълнително да предизвика негативни настроения към „психически непълноценните” и „безполезните” хора, за чието лечение се отделят много средства на данъкоплатците. По този начин се обосновава и ликвидирането на тези хора. Стерилизацията на болни се регламентира и със Закона за предотвратяване на раждането на болно потомство. В периода 1934-1945 година във връзка с негови разпоредби на стерилизация са подложени около 400 000 човека с различни видове увреждания. Постепенно кръгът на „биологично застрашаващите здравето на народа” се разширява, като в него се включват и хора с хомосексуална ориентация (напр.;лесбийките като неспособни да имат потомство). Подборът на жертвите се извършва от лекари – „експерти”, които още при анкетирането на човека поставят в документация знак, който решава неговата съдба, без той и близките му да са информирани за това.

В условията на Втората световна война нацистката „расова хигиена” се радикализира и поставя в обхвата си не само лицата, представляващи „биологична заплаха”, но и представители на етнически групи. В таза насока евреите са определяни като „замърсяващи” чистотата на расата, а циганите като „социално опасни елементи”. Представените евгенистични политики и практики имат такова силно въздействие, че дори след прекратяването на Програма Т-4, в различни медицински клиники, превърнали в центрове за унищожаване на хора, продължава умъртвяването не само на пациенти на и на нетрудоспособни хора и болни представители на „нисши раси” – принудително доведени от Източна Европа работници в немски заводи (основно жени и деца от Русия). Част от отделите на Програма Т-4 функционират към концетранционите лагери, а някои от нейните ръководители са назначени за началници на едни от най-ловещите лагери на смъртта „Треблинка” и „Белзек”.

По време на Третия райх социалната работа е сведена до строг контрол над хората и се превръща в политическо средство. Създадени са детски и младежки нацистки организации (напр. „Хитлерова младеж”), в които животът и дейността са изцяло определяни от фашистката идеология. Нацисткото управление принуждава много деятели на социалната работа в Германия, включително и Алис Саломон, да емигрират в други страни – основно Англия и САЩ. За времето през, което съществува Третият немски райх, социалната работа загубва своята хуманистична ценностна ориентация и мисия да помага на нуждаещите се хора и се превръща в средство, в оръжие за провеждане на нацистката евгенистична политика. В резултата на това са отнети милиони човешки животи(Nunev, S. 2018).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение в периода на Третия германски райх, под натиска на фашизма и неговите политически възгледи, принципите на социалната работа биват потъпквани безкористно.

Политиката на управление се отнася безмилостно към хората нуждаещи се от помощ, като се опитва да втълпи и зароди, омраза от страна на „арийската раса“ и за някои края бива фатален вследствие на Програма Т-4. През този период социалната работа бележи крачка назад с това, че не зачита хуманните ценности градени през вековете и губи много пионери на социалната работа, които биват принудени да емигрират (Nunev, S. 2018). Тази информация „има за цел да запознае студентите и всички, които проявяват интерес към тази проблематика, с възникването и развитието на грижите, помощта и закрилата на бедни, както и със създаването и функционирането на съответните социални институции“ (Petrov, R. 2018)

REFERENCES

- Nunev, S. (2018). *Lecture course "History of Social Work"*. University of Rousse "A. Kanchev. (Оригинално заглавие: Нунев, С. (2018). Лекционен курс „История на социалната работа“. Русенски университет „А. Кънчев.)
- Chavdarova, A. (2007). *Social Work History*. Bulherba Publishing House, Second revised edition. (Оригинално заглавие: Чавдарова, А. (2007). „История на социалната работа“. Издателска къща „Булхерба“, Второ преработено издание.)
- Petrov, R. (2018). *Confused in pain, social trauma and social responsibility*. Sofia, Ed. The paradox. (Оригинално заглавие: Петров, Р. (2018). *Объркани в болката, социална травма и социална отговорност*. София, Изд. Парадокс.)

SELF-HELP GROUPS-SPECIFIC IDENTITY AND PERFORMANCE OF THEIR ACTIVITY¹²

Svetlina Karapetrova – Student / Specialty Social Work

Department of Public Health and Social Work

University of Ruse "Angel Kanchev"

Tel.: +359888 456 122

E-mail: karapetrova74@abv.bg

Assoc. Prof. Sasho Nunev, DSc of Social Work/ Scientific Supervisor

Department of Public Health and Social Work,

University of Ruse "Angel Kanchev"

Phone: +359886 802 466

E-mail: sasho_nunev@abv.bg

Abstract: The Self-help Movement Phenomenon. Self-help groups - essence, target orientation, self-help groups types. Requirements contributing to the realization of the self-help process. Therapeutic factors in self-help groups. Effectiveness of self-help groups. Formed principle of treatment of dividends. Voluntary associations of people who have a similar problem, motivate to gather together to exchange experience. The empowerment of their members, in encouraging them to organize and work together. Self-help groups in Bulgaria.

Keywords: Self-help groups, Therapeutic factors, Effectiveness of the groups, Basic models.

REFERENCES

- Anonymous alcoholics. *History of Thousands Men and Women How They Recovered*. From Alcoholism. Fourth edition, translation from English. http://aa-bg.dir.bg/_files/5292105.pdf
- History of Alcoholics Anonymous in Bulgaria*, http://aabg.dir.bg/_wm/basic/?df=12
- Kasl, C. D. (1992). *Many Roads, One Journey: Moving Beyond the Twelve Steps*. New York: HarperCollins.
- Luks, A. (1988, October). „Helper's high: Volunteering makes people feel good, physically and emotionally. „Psychology Today, 22(10), 34-42.
- Maton, K (February 1988). „Social support, organization characteristics, psychological wellbeing and group appraisal in three self-help populations“. American Journal of Community Psychology 16 (1): 53–77. doi:10.1007/BF00906072
- Nunev., S., (2001). *Methods of Social Work - Part II (Social Work with Groups)*, Ruse.
- Nunev, S., (2001). *Foundations of Social Work*, Ed., Anthous, Shumen.
- Pagano, M. E., Friend, K. B., Tonigan, J. S., & Stout, R. L. (2004). *Helping other alcoholics in Alcoholics Anonymous and drinking outcomes: Findings from Project MATCH*. Journal of Studies on Alcohol, 65 (6), 766-773.
- Riessman, Frank (1965). "The 'helper' therapy principle". Social Work 10 (2): 27–32.
- Rogeness, G.A., & Badner, R.A. (1973). *Teenage helper: A role in community mental health*. American Journal of Psychiatry, 130, 933- 936.
- What is Al-Anon? <http://www.al-anon-bg.info/>.
- Wink, P. & Dillon, M. (2007). *Do generative adolescents become healthy older adults?* In S.G. Post (Ed.), *Altruism and health: Perspectives from empirical research* (pp. 43-54). Oxford University Press.

¹² Докладът е отличен с награда Best Paper в секция „Социални дейности“ и включен в книга „Reports Awarded with BEST PAPER Cristal Prize“ – 2019 г..

Ioniță Oana Cătălina – Student / Specialty Social Work

University of Pitești, România – Faculty of Education, Social Sciences and Psychology

Department of Psychology, Communicational Sciences and Social Work

Study program bachelor: Social Work, second year

Email: oana.aaa98@yahoo.com

Abstract: This essay is about the role and importance of family communication. Communication is one that keeps the relationship of any kind, but especially keeps the harmony and understanding in the family, that is why I chose this theme for the essay. Without communication a family could not work, misunderstandings that occur over time are solved only through communication.

Keywords: communication, relationships, behaviour, family, teenagers.

INTRODUCTION

The importance of family communication can be summed up with one phrase: A happy, fulfilling and successful family life. Communicating successfully involves more than sharing, imparting or conveying of ideas and feelings.

First of all, if what you say is not understood by a person, the whole communication is in vain. It is necessary for the receiver to understand, accept and apply the information. So the importance of family communication relates to the importance of effective listening.

Secondly, the same rule should be applied in the case of interlocutor. He has to be clear, able to make the receiver to understand his message and any of his reaction.

When communication between two people is effective, there will be improved relationships, increased respect, less friction and success.

EXPOSITION

Effective communication is an important characteristic of strong, healthy families. Communication is identified as an essential building block of strong marital, parent-child, and sibling relationships. Communication involves the ability to pay attention to what others are thinking and feeling. In other words, an important part of communication is not just talking, but listening to what others have to say.

Communication within the family is extremely important because it enables members to express their needs, wishes and concerns to each other. Opened and honest communication creates an atmosphere that allows family members to express both differences and love to each other. It is true that the communication between family members is responsible for resolving most of the unavoidable problems among these.

And so, the effective communication is almost always found in strong, healthy families while, the poor communication is usually found in unhealthy family relationships. Marriage and family therapists often report that poor communication is a common complaint of families who are having difficulties. Poor communication is unclear and indirect. It can lead to numerous family problems, including excessive family conflict, ineffective problem solving, lack of intimacy and weak emotional bonding.

Concepts like love, care and tenderness are foremost in our minds when discussing the relationship between a parent and a child. Those concepts are identical in most people's minds when

¹³ Докладът е представен на студентската научна сесия на 10.05.2019 в секция „Социални дейности“ със заглавие на български език: ВАЖНОСТТА НА СЕМЕЙНАТА КОМУНИКАЦИЯ.

they become responsible for a child. However, they are not enough when it comes to a child's upbringing as communication and observation is the key to a child's rearing. Daily routine focuses parents' attention elsewhere.

For instance, while doing daily chores or trying to take your mind off of the pressures of daily life, your child talks to you about their day in school and you reply absent mindedly without processing what you are listening to. Financial difficulties have now increased and children's needs and wants have been multiplied and as a result, working for hours have increased and the expected lack of communication between couples is exacerbated in the few hours they have together. Frequently, parents will start arguing over an important or trivial decision concerning the child, even if it happens in front of the child.

Here are some ideas on how to form a good relationship through communication with a child:

- Firstly, the adult behaviour is the archetype on which a child will develop his own behaviour.
- Observe the adult child's doings as any unexplained change who indicates that something has taken place or something is bothering them.
- Parents must tell the child things that may be obvious or apparent to them. Telling to child that you love him or feel proud of him might be obvious to you, but it is not certainly to him.
- Set aside a part of the day no matter what else you are occupied with and talk to your child about his day.
- Listen and respect his opinion. In that way, you are teaching him to respect the opinion of others.
- Explain to your child any decisions you have taken that concerns him.
- Listen to your child and try not to overact to what you hear. Big reactions scare children.
- Remember that no child wants to upset or hurt his parents. The key of him keeping secrets.

Create a climate of security and trust through conversation.

Many families are experiencing lack of communication, although they all live together but they don't often talk to each other. How does this happen? Are they invisible to each other or they just don't know how to speak up and open a communication? Having a family like that is not easy or healthy to a child. He becomes hesitant on talking about his struggles. However teenagers might no longer ask for their parent's attention and rather they will just seek it to their friends. They might be lucky enough to have good friends around them and not to be involved with alcohol, tobacco and/or illegal drugs.

It is important keeping the lines of communication open in a family. Start a good communication on the dining table. Eating dinner together is the best time and place to communicate and reconnect to each other. You can talk about each other's favourite part or biggest challenge of the day. Or maybe you can make it something playful like "If you would be any super hero, what would you be and why? – which could only work for kids below 12 (imagine if you asked that to your teenage kid). When it comes to teenagers, it will be a little bit harder to talk to them especially about the boyfriend/girlfriend issue. Just let them know that you're always there to listen and ready to help them on their problems.

Good communication skills in a family may build self-esteem because a child learns about his capabilities from what his family tells him about himself. But not in a way that you'll give comments like "you are good", "you are wonderful", "you are perfect" and don't say he's perfect because he might just answer you back like "isn't it, nobody's perfect?" (children are much intelligent these days). Rather, be a nurturing parent, which build self-confidence and point out his skills and strengths that will make him aware of his worth.

To investigate the relationship between parenting styles and family communication patterns with adolescent's quality of life. The cross-sectional study was carried out on 439 randomly selected adolescents in the city of Zahedan, Iran, from January to July 2011. The subjects were asked to complete the KIDSCREEN-52 health-related quality of life questionnaire, while their parents were asked to complete the Diana Brinder's Test to show their parenting styles. SPSS 15 was used to analyse data. Most parents had 'authoritative' parenting style (n = 380; 86.6%). Pluralistic (n = 170;

38.7%) and consensual (n = 152; 34.6%) patterns were the most frequent styles of communication in families.

Data suggested a significant relationship between parenting style and some dimensions of quality of life, including physical well-being, psychological well-being, social support and peers, and autonomy ($p < 0.05$). There was also a significant relationship between family communication patterns and parent relation and home life ($p < 0.001$) as well as autonomy ($p < 0.006$). Families play a critical role in increasing adolescents' health-related quality-of-life. Effort should be made to address problems facing parents while raising their children.

CONCLUSION

In the issue, our most precious relationships in life are those we create with our children. The years pass quickly and lost time can never be recovered. Each stage in the child's life is an immense opportunity to learn and practice your communication skills. The adults shouldn't avoid this wonderful and important parenting responsibility; make a personal commitment to learn and apply positive communication.

Yes, it takes time, commitment and discipline, but with mindful effort and practice, good communication becomes a habit, leading to loving and harmonious family relationships. Communication is the best way to solve problems, so the child must learn to listen, understand and communicate what is annoying to him.

REFERENCES

- Albu, G., (2008). *Comunicarea interpersonală: Aspecte formative și valențe psihologice*, Editura Institutului European, Iași.
- Balaban, D., C., Hosu, I., (2009). PR Trend: Societate și comunicare, Editura Tritonic, București.
- Barnlund, D. C. (2008). *A transactional model of communication*, in. C. D. Mortensen (Eds.), *Communication theory* (2nd ed., pp47-57). New Brunswick, New Jersey: Transaction.
- Baxter, L. A., Bylund, C. L., Imes, R. S., & Scheive, D. M. (2005). *Family communication environments and rule-based social control of adolescents' healthy lifestyle choices*. The Journal of Family Communication, 5, 209–227.
- Baylon, Ch., Mignot, X., (2000). *Comunicarea*, Editura Universității „Al. I. Cuza”, Iași;
- Berlo, D. K. (1960), The process of communication. New York, New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Chelcea, S., Ivan, L., Chelcea, A., (2008). *Comunicarea nonverbală: Gesturile și postura*, Editura Comunicare.ro, București.
- Chiru, I., (2003). Comunicarea interpersonală, Editura Tritonic, București.
- Moumeni F, Amiri S. (2008). *The relationship between parent's child rearing styles and incidence of anorexia nervosa among 14-17 years old female adolescents in Isfahan*. Journal of Family Research 2008; 3:775-89.
- Schramm, W. (1954). How communication works. In W. Schramm (Ed.). *The process and effects of communication* (pp. 3-26). Urbana, Illinois: University of Illinois Press.

Radu Florin – Student / Specialty Social Work

University of Pitești, România – Faculty of Education, Social Sciences and Psychology

Department of Psychology, Communicational Sciences and Social Work

Study program bachelor: Social Work, first year

Tel: 0756610771

E-mail: florinargintiu90@gmail.com

Abstract: The social worker is the person involved in solving the problems faced by the beneficiary finding solutions to annihilate difficult situations and to achieve social change in favour of the client. In the following, we will discuss topics such as social assistance counselling, mobilization of available resources, ways to intervene in the crisis, finding the client's strengths, and participatory approach.

Keywords: Counselling, mobilization of resources, intervention in the crisis situation, values and skills in working with clients, the beneficiary's strengths, the participative approach.

INTRODUCTION

The present paper focuses on presenting a synthesis on the relationship between the social assistant and the beneficiary. I think this issue is important because inefficient communication, lack of communication skills of the social worker can lead to the failure of the communication between the two social actors, but also to an intervention without expected results. As far as the social workers' counseling process is concerned, they will act on the basis of the relationship established with the beneficiaries, with the aim of knowing the problematic situation encountered during the lifetime and mobilizing the resources for its solution.

On the other hand, the relationship between the social assistant and the beneficiary is centered on dynamic interaction, attitudes, emotions, behaviours, aimed at better adapting to the requirements of the environment in which he lives. The relationship between the social assistant and the beneficiary aims at supporting the client in overcoming the problematic situations of life, satisfying the psycho-social needs of the client, but also creating an atmosphere in which the client feels free to communicate, collaborate in psycho-emotional security with the assistant social.

Beneficiaries through the established relationship with the social assistant want to be recognized the main psychosocial needs. The psychosocial needs of individuals seek how they want to be treated like human beings, have the opportunity to express their emotions, both positive and negative, freely, accepting regardless of the number of failures in life or the degree of addiction vulnerability.

Another essential aspect of the social worker in relation to the beneficiary is that he must be aware of the client's attitude that initiates interaction and leads to the establishment of relations of equality and cooperation. Also, the social worker is sensitive to the needs and feelings of the client, understands their meaning and engages themselves as such, both by attitude towards the beneficiary and by verbal or nonverbal behaviors. Social workers in the work with recipients must adopt an open attitude, as customers may have the ability to detect falsehood, hypocrisy against what the social worker asserts. The mission of the social worker is also based on knowledge of some ways to intervene in the crisis situation. In order to maintain an effective relationship with clients, the social assistant must take into account the values and working skills promoted by his / her own profession, respecting professional ethics, with the objective of gaining confidence in the beneficiaries. To help

¹⁴ Докладът е представен на студентската научна сесия на 10.05.2019 в секция „Социални дейности“ със заглавие на български език: ДЕВИАНТНОТО ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ЛИЦА СЪС ЗАВИСИМОСТ КЪМ ПСИХОАКТИВНИ ВЕЩЕСТВА.

people overcome their difficult situations, the social worker must use both theoretical knowledge and certain skills and values selected and tailored to the characteristics, needs and context of each situation.

However, social assistants offer a range of specialized services to particular categories of beneficiaries in difficulty, such as children, adults, the elderly in order to develop the person to overcome or meet the identified social needs.

EXPOSITION

In the context of the interaction between the social assistant and the beneficiary, we must bear in mind that counselling is an essential part of helping to solve the social problems encountered throughout life. In this sense, it is necessary to provide a number of definitions to understand the role of counselor, which the social assistant directs to his / her own clients. For example, the counselling function of the social worker is based on the activity of giving time, respecting the obedience to the person, as claimed by Membership Notes (1990). Also, Nelson Jones (1983) emphasizes that counselling is based on the existence of vital qualities suitable for the social assistant, but also the maintenance of appropriate behaviour to understand the beneficiary's own difficulties. Of these indispensable qualities we can remember the listening capacity, the empathy or understanding of each other, the ability to convey confidence, self-knowledge and promptitude.

Often, beneficiaries face to a series of psychological disorders generated by the internal conflict between their own experience and how they are seen by others so that the social assistant intervenes as a catalyst trying to change the image of people about their own strengths, to discover both the available resources of the beneficiary and the latent skills. Social therapies aim at individual development of each individual in terms of openness to new opportunities, social inclusion, acceptance, understanding, development of the person's ability to maintain his / her own standards and validation of independence in the face of choices and decisions taken on his own. Regarding resource mobilization, Payne (1986) is of the opinion that the social assistant must strive to obtain justice and to combat the abuse of power on the basis of competitive tactics for the benefit of the beneficiaries. One of the best known practical skills that is absolutely necessary to find a social assistant is to negotiate with the goal of achieving an optimal result for mobilizing the resources available in the environment in which the beneficiary lives.

By negotiation, we understand the social worker's ability to set priorities for action, planning, maintaining a cooperative climate, exploring, understanding the situation, reflecting existing benefits, generating creative suggestions, and achieving mutual interests.

In order to understand the relationship between the social assistant and the beneficiary, we will provide a concrete example of the mobilization of resources. For example, in the case of Mary, a woman in Gorj County was complained by her neighbours at the General Social Assistance Directorate that her boyfriend was exposed to danger because her home was used by traffickers and drug users. Of course, in this case, the police, but especially the responsible social worker who adopted the emergency placement measure for the child, intervened.

Unfortunately, the house was turned into ruins because the furniture and things were destroyed. Therefore, the social worker responsible for this case was involved in developing a well-established plan to host Mary and the child in a home for homeless people for a specified period and to search for the resources available to buy a new home. In this situation, the social worker needs to be informed about the resources available to improve the life of the client.

On the other hand, the social worker's intervention in the situation where the beneficiary is confronted with a crisis situation is based on the maintenance of the temperament of calmness, understanding that under these circumstances even the social assistant must be quiet so that he does not enter too in crisis. The roles in the crisis situation are redeeming both to the social assistant and to the beneficiary. On the other hand, the social worker in the case of family life may face to the death of a family member, which may cause an inability to listen effectively to the needs of the beneficiary and the problematic situation. Therefore, the social worker must distinguish between professional and personal standards.

The main trigger of the crisis is stress, being burdened by a negative connotation, in a burden, a pressure that people cannot focus on for achieving the desired performance, having a destructive effect. According to Lydia Rapport (1970 p.276), the crisis was defined as "a fixed disorder". So, through crisis, a dramatic change occurs, having the influence of placing the individual in a state of helplessness.

However, if the human being is overcome by external forces (contradictory needs), it is found that harmony has been lost. For example, Veronica Couston defines crises as "a threat, a challenge is a loss" (...) a threat to respect, an inner sense of isolation and emptiness that contributes to a certain extent to the possibility of growth.

In order to effectively relate the relationship between the social assistant and the beneficiary, we must discuss the use of techniques to act in the crisis situation. So, the social assistant acts in this unpleasant situation of the beneficiary by using concrete terms such as "Let's focus on ... You do ... I will do." In this way the diminution of the beneficiary's attachment, but also of the feeling of helplessness occurs.

Once the client's thinking has become clearer, the feeling of dependence is rational. It is advisable, in the relationship between the social assistant and the beneficiary, to assess the client's crisis situation from an objective perspective, even in such cases to solve the problem, as clients present themselves to social assistance services with unique life stories and sometimes loaded with dramatic events (violence or abuse).

The development of the relationship between the social assistant and the client is based on respecting the values and skills that are important for identifying the problems faced by the beneficiary.

Through the uniqueness of the human being it is individualized that all persons are unique in their own way, having certain cultural acquisitions. This value is particularly important in the relationship between the social assistant and the beneficiary because they are not allowed to discriminate regardless of race, ethnicity, sex, social status, age, etc. Miley (2006) emphasizes that the social worker must treat people with great care, respecting their uniqueness and listening to their own opinions.

In terms of Borowski's dignity (2007), he relies on the fact that this value fits the role of coordinating the profession, as social assistants are not allowed to judge and label the person regardless of the facts committed. The social assistant's mission in respecting human dignity is based on the process of socioprofessional reintegration, problem solving, unconditional acceptance with both the limits, the positive aspects of the beneficiaries and their defects.

The right to opt is based on promoting the rights of the person to make major decisions on their lives. Social assistants also propose a range of alternative solutions, and beneficiaries will choose the best solution for them. At the same time, the social worker does not have the right to oblige the beneficiary to accept the solution required to solve the problem in question. Social welfare professionals are meant to include the client in all the activities included in the intervention plan, the value of the participation.

The antidote to emotional and social addiction is even participation, since the beneficiary has the right to assistance services aimed at enhancing self-confidence and independence in making decisions and actions that might change his life.

Communication is a strong point in the relationship between the social assistant and the beneficiary. Through the communication process, the beneficiary presents the difficulties he / she is facing, and the social worker acts in the best interest of the beneficiary ensuring confidentiality. Confidentiality is important in the relationship between the social assistant and the beneficiary, as professional secrecy is maintained and the information can only be disclosed with the express consent of the client, as Miley (2006) argues. Social justice seeks to eliminate unequal access to community resources, Doru Buzducea (2009). In general, social justice defines the equality of all people in accessing community resources, giving support to vulnerable people, respecting human rights.

Behavioral concerns follow if the social assistant is attentive to what the beneficiary claims. Nonverbal behaviors are perceived both by the recipient and the social assistant consisting of the

body's position, the look and the way of expression, being perceived as direct messages by the clients. For example, Kandushin (1997) points out that the social worker needs to focus his attention closely with good visual contact and a nod in his head so that he can encourage clients to continue the discourse but especially to define their views. In order to find out if the recipient has understood the message sent by the social worker, he / she has to observe the reactions of the clients.

Wording of questions is particularly important in terms of relationships with our peers. Thus, questions play a fundamental role in obtaining specific information, which supports a profound analysis of the difficulties and needs of the beneficiary. With the help of open questions, we can be directed to the beneficiary's strengths. If we start from the idea that all beneficiaries have certain skills, abilities, skills, we can conclude that social workers are concerned about the identification and awareness of the resources available to the beneficiary. On the other hand, social assistants transmit a ray of hope to the sad and distressed, so that the beneficiaries are motivated and willing to activate their latent resources to build a favorable self-image by making a number of remarkable advances. The participatory approach defines the collaboration of the social assistants with the beneficiaries with the purpose of solving the problematic situations.

In order to develop a collaborative relationship established between the social worker and the beneficiary, account must be taken of the freedom of the client. He must feel involved in the activities carried out by the social assistant on the basis of the intervention plan and respect his freedom of respect, acceptance, acceptance of the constant feeling of "being himself", which is manifested through free dialogue and its participation in the adoption of alternative solutions.

CONCLUSION

1. In the relationship established with the beneficiary, the social assistant must inspire confidence, seriousness, non-critical attitude towards respecting the customer's own standards, unconditional acceptance, capitalizing, encouraging and facilitating the feeling of optimism in the face of difficult situations.
2. Social assistants have a duty to assist clients in solving daily problems and to be informed about the mobilization of available resources and how to access them.
3. In the crisis situation of the beneficiary, the social worker must resort to crisis intervention techniques in order to clarify the problems of the present life.
4. Despite the difficulties the beneficiary confronts with, such as lack of social skills, the social assistant must know the effective ways of communication in order to collect the necessary information about the unfortunate situation of the client.

REFERENCES

- Alexiu, Teodor Mircea (2008). *Theories and Practices of Intervention in Social Work*, Ed. Mirton, Timisoara.
- Buzducea, Doru (2009). *Modern Social Assistance Systems*. Global trends and local practices, Iasi, Publisher: Polirom.
- Coushed, Veronica (1993). *Practice of Social Work*, Bucharest, Publisher: Alternative.
- Kandushin, Alfred (2009) *The Social Work Interview: A Guide for Human Service Professional*, Columbia, Publisher: University Press.
- Krousrud Miley, Karla, O'Melia, Michael, DuBois, Brenda (2006). *Practice of Social Work*, Bucharest, Publisher: Polirom.
- Malcom Payne (2011). *The Modern Theory of Social Assistance*, Bucharest, Publisher: Polirom.
- Neamțu, George, Bocancea, Cristian (1999). *Elements of Social Work*, Iași, Publisher: Polirom.
- Rădulescu, Ana (2007). *The development of the profession and the role of the Social Work in Romania*, Bucharest, Publisher: Polirom.
- Roth – Szamoskozi, Maria, (2003). *Theoretical and Practical Perspectives of Social Work*, Ed. Cluj University Press, Cluj-Napoca.
- Sagebiel J. Munteanu A. (2007). *Practices in Social Work*, Iasi, Publisher: Polirom.

EMPATHIC COMMUNICATION IN RELATIONSHIP SOCIAL WORKER - CLIENT¹⁵

Sandu Elena – Student / Specialty Social

University of Pitești, România – Faculty of Education, Social Sciences and Psychology

Department of Psychology, Communicational Sciences and Social Work

University of Pitești, România – Faculty of Education, Social Sciences and Psychology

Department of Psychology, Communicational Sciences and Social Work

Tel.: 0787317490

E-mail: sanduelena50@yahoo.com

Abstract: The present paper speaks about the empathic communication in the social worker's relationship with the beneficiary. In this paper we emphasized the role of empathy in the social assistance profession and how it can influence the assistance process. The way in which our professional and social life is influenced by empathetic communication is quite special. As many sociologists say, communication is the basis of an assistant process. We will see in the paper some of the most important definitions of empathic communication.

Keywords: communication, empathy, social assistance, beneficiary, barriers.

INTRODUCTION

Our lives are invaded by a communicative flow - we speak, write, gesture, convince, demonstrate, observe, etc. We communicate verbally and nonverbally, communicate through words and actions. It is hard to imagine a world without communication - without knowing what people think or not sharing our own thoughts.

In order to influence others and to be influenced in our turn, we must master the art of communication, both verbal and nonverbal. The difficulty lies in the fact that the mistaken communication skills are strongly imprinted in our conduct, most of us being aware of it.

Interpersonal relationships are extremely numerous and varied. There are relationships between children of the same age or different ages; between parents and children, doctor - patient, seller - buyer, chief - subordinate; mutual help, but also conflict and opposition; friendly relations, honoring, respect, love, but also tense relationships, enmity and hatred, etc. (McQuil, 1993)

Interpersonal relationships have a pronounced ethical, moral character because through them the man pursues the realization of good or evil, either in relation to himself or in relation to others. Through them, human behavior is valued, that is, it becomes positive or negative, accepted or rejected from the social point of view. Such a peculiarity of interpersonal relationships is gaining in time, being established or functioning only when people reach the consciousness of human identity and value. (Chelcea, 1990)

Carl Rogers defined empathy as "perceiving the other's internal reference framework as if one person were the other without losing sight of it as though" (C. Rogers, 1966). The focus is on feelings: the social assistant understands and communicates, with accuracy and sensitivity, both the immediate emotions and experiences of the client, as well as the significance given to them. Of course, the content of the client's messages is not ignored, but the focus falls on being sensitive to his emotions.

So to be empathetic means to be an active respondent rather than a passive listener: the accurate recognition of the intensity of the client's feelings is proved both verbally and nonverbally by the social assistant (Truax, C. B. Si Mitchell, 1971)

¹⁵ Докладът е представен на студентската научна сесия на 10.05.2019 в секция „Социални дейности“ със заглавие на български език: ЕМПАТИЧНА КОМУНИКАЦИЯ В ОТНОШЕНИЕ СОЦИАЛЕН РАБОТНИК - КЛИЕНТ.

EXPOSITION

For people, the main source of spiritual health is the other people. Only people can sick people's souls. We can overcome many difficulties (hard work, poor external conditions), but not bad relationships with other people. In relationships we learn to live with our fears, with anger, sadness, feelings of guilt and with our love. The greatest challenge, to stay healthy soul, is the attachment relationship, because the soul attachments produce mutual dependencies. Feelings are shared, joys and tribulations are felt in common. Relationships between family members work on systemic principles, each element is related to others.

If we look at the situation in the terms of attachment (emotional connection), when partners experience a certain attachment to each other, it is easier for them to be parents, ensure a safe paradise and a child safety base. Thus children have the opportunity to learn positive models of relationship and management of difficult emotions. A significant body of clinical trials shows that children with a secure attachment are happier, socially competent and more resilient to day-to-day stress. Thus, the idea that the best thing a parent can do for children is to relate positively to the other parent is not just a sentimental statement but a scientific fact. (Neamtu, 2004)

"Social assistance is the professional activity of helping individuals, groups or communities, an activity that strengthens or restores their capacity for social functioning, and creates favorable social conditions for achieving the goals." (NASW-National Association of Social Work)

The main purpose of social assistance is to help people change certain aspects of social functioning. The first step from which we need to start in relief is to develop the individual's communication with society. To help the individual to open up, to express his ideas, feelings, desires, feelings. Thus he can improve his interactions at different levels of life - with his family, friends, colleagues, institutions or the community in which he lives (Neamtu, 2004)

Empathy is an absolutely necessary skill in the professional relationship, playing a vital role in maintaining and sustaining the relationship of self-help. The empathetic understanding reduces the client's sense of threat and the tendency to defend himself - he feels the desire, the social assistant's interest in helping him. This creates an atmosphere of acceptance and understanding, generating change (E.Sirotenco, p.64)

Social assistance follows the following steps in the communication process:

1. Collecting the information needed for the relief process.
2. Explore the ideas, feelings and paths that come to encounter the problem and find ways to solve it.
3. Expression of thoughts and feelings.
4. Structuring the work.
5. Information, encouragement and offering a way to follow.

According to NASW's code of ethics in 1956, "social workers recognize the fundamental importance of interpersonal relationships and promote them in professional practice." Interpersonal communication as a form of semi-interactive interaction has its important role in structuring interpersonal relationships and in professional development of social work activities.

From the diachronic perspective of social assistance, the importance of interpersonal communication was recognized, and the notion of an interpersonal relationship was introduced as a special support for the benefit of the population served. The virtues of an effective communicative action were needed from the beginning of social assistance in its quantitative stage reference to prosocial behavior (concept involving unconditional help for community members, introduced by S. Chelcea, 1990 and St. Boncu, 2005).

It is known that an important part of the problems faced by the social assistants in the relationship with the beneficiaries is due to the deficiencies of interpersonal communication. The lack of communication abilities and skills, as well as the presence of communication barriers, significantly impedes the process of specialized social assistance intervention.

We consider that, for our approach, interpersonal communication diadica is not only useful but also indispensable. This involves strictly two participants and occupies a special place in the hierarchy of communication types because it has the capacity to influence people's opinions, attitudes, or beliefs. A good relationship is empathic interpersonal contact, in which the partners are relatively synchronous and in harmony.

Creating a good relationship means choosing from the range of possible behaviors those that ensure harmony with the interlocutor. To create a relationship easily means to master the art of making you accepted, credible, competent in helping you at a professional level. In the statement on the purpose and objectives of social assistance, published in Social Work revisited no. 26 of January 1981, it is stated that the activity of professionals in the field aims to facilitate the interactions between individuals.

At each level of social life we find a multitude of relationships and networks of interaction and communication that shape and are modeled by communication flows. They function according to common, cultural and communicative languages and codes. All this legitimizes a sociological perspective of communication, which means to address communication as a process and the basic component of social life (McQuil, 1993)

Like the client, the social assistant is a human being, with or without conscious motivation, with contradictory feelings, prejudices, etc. The practitioner brings in the relationship with the client his predetermined attitude, which can significantly affect this relationship.

For example, the social assistant attributes to others their own feelings, which leads to the misunderstanding of the problem and the situation of the client;

the beginner practitioner learns that in his work he should not judge, not be influenced by his own affectivity, he will try to hide his feelings, becoming artificial in the answers given to the client.

Stereotypes of the social worker: Following the experience with some clients, the professional finds similarities between their experiences, on the basis of which they begin to develop analogies with that client, which can lead to faulty communication.

Carl Rogers, referring to another communication barrier from the social assistant - client anticipation - states:

"What I do not like about myself is that I can not hear the other person, being sure of what he is going to say. So I do not listen to it, because what she says might be too awful, could change my ideas and behavior".

Assuming the meaning of the message-assistant receives an ambiguous message, it controls it insufficiently and considers it the right one. The words themselves can be ambiguous, the way they are pronounced can lead to unclear thoughts and feelings about the behavior of the interviewee. For example, the word "surgery" may point to a different surgeon, a mathematician or an officer. Everyone will tend to think of the meaning that he has in his professional sphere.

The social assistant's failure to clearly define the purpose of the interview can lead to the client and the practitioner pursuing different, perhaps even opposite, purposes. This one and the other will interpret the messages in the light of their meaning for the purpose of the interview, is heading in different directions (E. Sirotenko, p. 83)

The professional's attempts to change the client - the function of social assistance is to promote change, as an agent of change, the social assistant undertakes to intervene at the community level and, on the other hand, to assist the assisted to use community resources in a more efficient way.

The inattention of the social worker is another obstacle in his relationship with the client. When the practitioner thinks, for example, to other clients or to planning some future activities, there is a discontinuity between the communication between him and the beneficiary. As it is natural, clients expect from the social assistant an undivided attention throughout the meeting. (E. Sirotenko, p. 84)

Resistance - It's a barrier that the interviewee can create. This can be considered as a special type of defense used by the assisted person, trying to protect himself from the discomfort of participating in the process of solving the problem.

What are the sources of this discomfort?

a.contact with a foreign person in an unusual situation that can generate anxiety;

- b. cultural and subcultural norms regarding the request for assistance and involvement of social services;
- c. some applicants feel safe when they have problems.

The social assistant should facilitate communication, help the aid claimant identify and remove any such obstacle.

CONCLUSION

In professional practice, recognition and understanding of the meaning of interpersonal behaviors is a source of important discoveries for the social assistant. Often these behaviors communicate feelings that the beneficiary is unable to express in words. The social distance and posture that the beneficiary adopts in interviews with the social worker can indicate the level of acceptance or rejection that the beneficiary has on the social worker. We reinforce the usefulness of this form of interaction through the need to intervene as a professional, especially in some cases in the crisis intervention, and the failure of the communication act can sometimes irremediably keep the applicant in the state in which he is.

Empathy communication is an inter-human process of real importance in social and professional life. The profession of social assistant is based solely on communication.

In the practice of social assistance, empathy is of great importance because it provides us with a series of tools that help us move from a language of criticism, blame, and pretense to a language of compassion, mutual understanding and retreat.

In other words, empathic communication is a powerful resource to improve productivity and morale. Moreover, empathic communication in the social assistance process, in the relationship with bosses, beneficiaries and colleagues strengthens our ability to live and work productively, motivated by compassion and not by fear or guilt.

REFERENCES

- Anghel P. (2007). *Strategii eficiente de comunicare*, Bucuresti, Editura Eita.
- Antonio Sandu (2013). *Asistenta sociala aplicata. Tehnici de cercetare si modele de interventie*; Editura Lumen, Iași.
- Carl Rogers (1966). *Client-Centered Therapy*, in Theories of Counseling and Psychotherapy, Ed. C.H. Patterson, Harper and Row, p.409.
- Elena Sirotenco (2006). *Asistentul Social fata in fata cu Clientul*, Editura Eurostampa.
- McQuil,D. (1993). *Mass Communication Theory*, Londra: Sage Publications.
- Neamtu George (2004). *Tratat de asistenta sociala*, Editura Polirom, Iași.
- Septimiu Chelcea (1990). *Un secol de cercetari psihosociologice*, Editura Polirom, Iași.
- Ştefan Boncu (2005). *Procese Interpersonale*, Editura Institutul European.
- Thyer B.(2001). *The Handbook of Social Work Research Methods*, Sage Publications.
- Truax,C.B. Si Mitchell (1971). *Research on Certain Therapist Interpersonal Skills in Relation to Process and Outcome*. New York, p.299-344.

A HEALTH ACTIVITY FOR SENIORS: VOLUNTEER WORK¹⁶

Coman Ștefania – Student / Specialty Social Work

University of Pitești, Romania

Faculty of Education, Social Sciences and Psychology

Department of Psychology, Communicational Sciences and Social Work

student 2nd year Bachelor Social Work

stefaniacoman08@yahoo.com

Abstract: This paper is focused on senior volunteering and points out interesting facts about this phenomenon: benefits, opportunities and motivation for senior volunteering. Furthermore, this paper presents benefits that volunteering has on seniors, recalling some studies, and how seniors can help the community at their age. The paper also includes a research about motivation for senior volunteering with statements from participants. This paper demonstrates that volunteering is a health activity, especially for seniors, and can prevent dementia, anxiety, depression, isolation or heart disease.

Keywords: volunteering, seniors, benefits, opportunities, community, motivation.

INTRODUCTION

It has been said that the giving of one's time to others is the best gift one can give. Volunteering gives you an opportunity to change people's lives, including your own. It gives you the satisfaction of playing a role in someone else's life, helping people who may not be able to help themselves.

Volunteering is important for numerous reasons that benefit both the community and the volunteers themselves. Volunteering is what makes a community because it brings people together to work on a goal. When a person donates their time, they give hope to someone who needs it. If a local family's house burnt down and a group of people hosted a benefit for them, that family's faith would be revived when they realized that people care. Although that family lost their house and their belongings, seeing how their own community wants to help would bring joy and show them that money isn't everything.

A volunteer also benefits themselves because they get to see how their contribution has made a difference. This experience contributes to personal development especially in areas such as self-confidence and self-esteem. Knowing that you made a positive impact on someone is an emotionally uplifting experience that can never be matched by money or fame. Senior citizens are an important part of the volunteer community, with millions of seniors donating their time to make a difference each year.

EXPOSITION

In recent years, as a result of interest in the development of social capital and community capacity building, volunteering has become a vital part of discussion on the function of society (Salamon & Anheier, 1998). A particular dimension of this is that relating to volunteering by seniors, particularly in light of the ageing of the population and growing number of active retirees (Warburton, Le Brocq & Rosenman, 1998). After retiring from a traditional career, retirement leaves many seniors wondering, "what's next?". Volunteering can offer the opportunity to explore new career paths or pursue different hobbies or passions.

¹⁶ Докладът е представен на студентската научна сесия на 10.05.2019 в секция „Социални дейности“ със заглавие на български език: ЗДРАВНА ДЕЙНОСТ ЗА ПОТРЕБИТЕЛИ: ДОБРОВОЛЕН ТРУД.

Studies have also shown that volunteering has great benefits as you age – older volunteers show lower mortality and depression rates, fewer physical limitations, and higher levels of well-being compared to others in their age group. The National Institute on Aging found that participating in meaningful, productive activities such as volunteering may lower the risk of health problems. According to a study done by the Corporation for National and Community Services, volunteering may lower the risk of health problems in seniors, such as dementia and depression. It gives many seniors a sense of purpose and greater satisfaction in life. It keeps the brain and body active.

For many people once they stop working, they lose many social connections. The study indicates that about 85 percent of people who volunteer after retiring develop new friendships through their volunteer activities. And especially for those who live in a rural area, volunteering keeps them from becoming isolated. Seniors who volunteer have a lower mortality rate than those who do not. Older volunteers tend to walk more, find it easier to cope with everyday tasks, are less likely to develop high blood pressure, and have better thinking skills. Volunteering can also lessen symptoms of chronic pain and reduce the risk of heart disease. Most importantly, volunteering was associated with 38 percent fewer nights spent in the hospital.

- ✓ Volunteering can prevent senior isolation and reduce symptoms of depression.

According to a study done by the Corporation for National and Community Service, adults over the age of 60 who volunteer reported higher levels of well-being and lower disability than those who did not volunteer.

- ✓ Volunteering can make you feel like you have more time and money.

Giving others your time can make your time feel more affluent. A study done at Wharton College found that people who give their time felt more capable, confident and useful. So, even though realistically they have less time, they feel as though they have more time. Similarly, those who donate their money feel like they are wealthier.

- ✓ Volunteering can help improve intergenerational relationships.

Seniors who volunteer have a unique opportunity to engage with a younger generation of volunteers, even if their volunteer work isn't to serve younger people. Volunteering together can create lasting friendships through shared experiences despite generational differences. The benefits of consistent socializing include better brain function and lower risk for depression or anxiety and improve immune system.

- ✓ Volunteering keeps seniors active for longer.

No matter if it's walking dogs at the Humane Society, building homes for Habitat for Humanity, or restocking books at the library, volunteering keeps seniors physically active. Maintaining physical exercise and an active lifestyle can prevent many injuries and diseases. Volunteering can be good for keeping the body active.

- ✓ Volunteering promotes mental health and may help prevent dementia.

As the dementia epidemic grows, researchers have a growing focus on prevention methods. The National Institute on Aging has stated that participating in meaningful social activities, like volunteering, can improve longevity, improve mental health, and reduce the risk of dementia.

Here are some ways seniors can get involved in their community:

- ✓ They can join in different organizations, associations or program which organizes volunteer activities: RSVP (Retired and Senior Volunteer Program) is one of the largest volunteer networks in the nation for people 55 and older. A program of Senior Corps, it provides flexible and diverse opportunities for older adults to get involved in their communities.

- ✓ Spend time with kids: There are plenty of ways for older volunteers to engage with kids and share some love with a younger generation. They can reach out to our local children's hospital to see how they can support patients and their families.

- ✓ Help out a fellow senior: For those looking to connect with someone their own age, consider becoming a Senior Companion to help others remain independent as they age. Many residents of assisted living facilities would love to see a friendly face.

UNDERSTANDING THE MOTIVATION FOR SENIOR VOLUNTEERING

In the international literature, the motivation of older people to volunteer is simply categorized as resulting from personal and altruistic motives. Many authors also point to a link between volunteering and geographic place in that many of the volunteers lived in or near the area they were born, or had been in their present neighborhood for many years, and had built up extensive social networks based on social capital. According to Robert Putnam social capital refers to connections among individuals – social networks and the norms of reciprocity and trustworthiness that arise from them. Lukas Pavelek researched the motivation for senior volunteering. The research project started in late 2009 and first partial outcomes were published in 2010. The research sample consisted of fifteen older volunteers (around sixty years) and fifteen volunteer coordinators or representatives of non-profit organizations working with volunteers.

Generally, all of the interviewed senior volunteers saw volunteering as a positive phenomenon. The barriers in terms of negative public perceptions of volunteers can be illustrated on the following examples. One of the volunteers indicated how her activities are received in her immediate surroundings: "The people in my environment think that only fools do this type of work in this age." Another similarly argues that the problem is in: "our people's minds. It is necessary to do some work in here." One coordinator said: "Volunteering is generally understood as an activity for young people..."

Michael Rambarose, President and CEO of Whitney Center, a Life Care community in Hamden, says, "Volunteering seems to be especially beneficial for the retired population. After careers are over and families are grown, it can be difficult to feel like you still serve a purpose. Volunteering allows retirees to plug into positive activities that truly benefit others and themselves."

CONCLUSION

Seniors have a unique set of skills and knowledge to offer as volunteers: a lifetime of experience can help you help others in a myriad of ways, from mentoring and tutoring younger generations, to providing career guidance, to offering companionship and care.

Past research suggests citizens often face challenges related to deteriorating physical and mental health, and the quality of their lives. Past research also suggests that volunteering can improve the health and quality of life for seniors.

In conclusion, volunteering has important emotional and physical health benefits for the volunteer, especially when that volunteer is a senior.

REFERENCES

- Barlow, J., & Hainsworth, J. (2001). *Volunteerism among older people with arthritis*, Ageing and Society
- Bussell, H., & Forbes, D. (2002). *Understanding the volunteer market: The what, where, who and why of volunteering*. International Journal of Nonprofit and Voluntary Sector Marketing.
- Callow, M. (2004). *Identifying promotional appeals for targeting potential volunteers: An exploratory study on volunteering motives among retirees*. International Journal of Nonprofit and Voluntary Sector Marketing.
- Chappell, N. L., & Prince, M. J. (1997). *Reasons why Canadian seniors volunteer*. Canadian Journal on Aging.
- Fisher, B. J., Day, M., & Collier, C. E. (1998). *Successful aging: volunteerism and generativity in later life*. In D. E. Redburn (Ed.). *Social Gerontology*, (pp. 43-54). Westport, CT: Auburn House.
- Gottlieb, B. (2002). *Older volunteers: A precious resource under pressure*. Canadian Journal on Aging.
- Hendricks, J., & Cutler, S. J. (2004). *Volunteerism and socioemotional selectivity in later life*. *Journals of Gerontology Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*.
- Maner, J. K., Luce, C. L., Neuberg, S. L., Cialdini, R. B., Brown, S., & Sagarin, B. J. (2002). *The effects of perspective taking on motivations for helping: Still no evidence for altruism*. *Personality and Social Psychology Bulletin*.

- Musick, M. A., & Wilson, J. (2003). *Volunteering and depression: The role of psychological and social resources in different age groups*. Social Science & Medicine.
- Okun, M. A., Barr, A., & Herzog, A. R. (1998). *Motivation to volunteer by older adults: A test of competing measurement models*. Psychology and Aging.

SPECIAL NURSING CARE FOR DIALYSIS PATIENTS¹⁷

Elena Andonova - Student

Department of Health Care,
Faculty of Public Health and Healthcare,
University of Ruse "Angel Kanchev"
Tel: 0894 088 140
E-mail: elenaa_1@abv.bg

Assist. Prof. Teodora Todorova, PhD

Department of Health Care,
Faculty of Public Health and Healthcare,
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 0888 694 158
E-mail: tetodorova@uni-ruse.bg

Abstract: Nursing care is a set of events aimed at helping sick people. They are a major part of the treatment and are properly set up to create a favorable domestic and psychological setting at each stage. The aim of the care is to adapt the patient to the situation and to maintain his/her quality of life. The establishment of a care plan includes the medical treatment and medical history of the patient, the patient himself with his daily needs. Special care for dialysis patients is a set of events performed before, during and after the procedure and consists of timely and accurate implementation of doctor appointments, skillful and seamless inclusion into and out of the hemodialysis apparatus, performing various healing activities, aim to reduce the discomfort of the treatment. Sertarian care is aimed at maintaining a satisfactory long-term health, avoiding or reducing complications in hemodialysis sessions, resulting in patient satisfaction. The use of special care for dialysis patients requires a specific approach to patients in order to achieve a good overall well-being in the long run. The aim is to help patients with chronic kidney disease to take their illness and cope with the daily routine that is aggravated by the need to conduct dialysis procedures throughout the day.

Keywords: Special care, Patients, Dialysis

ВЪВЕДЕНИЕ

Основно действащо звено във всяко диализно отделение е сестринският екип. Ключовата роля на медицинската сестра произтича от компетенциите ѝ, развити на база потребностите на пациенти с терминален стадий на хронично бъбречно заболяване и на развитите ѝ специфични знания и умения. Тя извършва разнообразни дейности, има задължения и отговорности, които я отличават от медицинските сестри, работещи в другите звена на болницата; работата е интензивна и психически натоварваща. Професията на медицинската сестра е уникална, защото нейната основна роля е да се докосва до хората, до тяхната мъка и страдание, да ги подпомага и подкрепя. Грижите за хронично болен пациент са предизвикателство, което изиска от нея да употреби всичките си знания и умения, на които е способна.

Пациентите с терминален стадий на хронично бъбречно заболяване, провеждащи хемодиализно лечение, се отличават от останалите пациенти. Грижите, подходът, отношението към тях са специфични, работата с тях изиска много внимание, търпение и любов. Създаването, формирането и изграждането на медицинска сестра, работеща в диализна структура, е дълъг и труден процес, защото не всеки може да работи с такъв контингент пациенти.

¹⁷Докладът е представен на студентската научна сесия на 09.05.2019 в секция „Здравни грижи“ с оригинално заглавие на български език: СПЕЦИАЛНИ СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ ПРИ БОЛНИ НА ДИАЛИЗА.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Развитието на медицината, интензивността на сестринския процес значително променят характера на дейността на медицинските сестри. Терминалният стадий на хроничното бъбречно заболяване изисква целенасочени и дългосрочно организирани грижи. Сестринските грижи представляват съвкупност от мероприятия, насочени в помощ на болни хора. Те се явяват основна част от лечението и правилно положени създават благоприятна битова и психологическа обстановка на всеки етап. Основават се на принципите на лечебно-охранителния режим, щадят и съхраняват психиката на пациента, голямо значение има създаването на комфорт, поддържане на оптимизъм и увереност в успешния изход на заболяването (Kambova, L., 1997; Albert W. Wu et al, 2004).

Здравните грижи са специфичен продукт, който включва медицинските грижи за пациентите, като те представляват комплексен медицински подход от страна на лекарите, медицинските сестри и помощния обгръщащ персонал. Качествата, които характеризират здравните грижи са – достъпност, равнопоставеност, уместност, своевременност, ефективност, ефикасност, безопасност, приемливост. Основната функция на медицинската сестра е да подпомага индивида, болен или здрав, в извършването на такива дейности, които допринасят за опазване, укрепване или възстановяване на неговото здраве и които той би изпълнявал самостоятелно, ако имаше необходимите знания и възможности за това.

Човекът – пациент е в центъра на здравните грижи и всички дейности насочени към него са подчинени на една цел – по-добро общо състояние, по-голяма степен на независимост и по-добро самочувствие на заболелия. Отношението към пациента е не като към болен, а като към личност с нейните качества, ценности, убеждения, като потребител на здравните услуги. Здравните грижи се полагат за задоволяване на основните жизнено важни функции на човека, когато той не е в състояние да извърши това сам и е необходимо съобразяване с индивидуалните особености на човека (Anadoliyska, A., 1996; Milcheva, H. T., 2011).

Грижите за пациентите са съвкупност от лечебни, профилактични и санитарно-хигиенни мероприятия, които целят да облекчат състоянието им, комплекс от манипулации, извършвани от медицинските сестри, самостоятелно или по назначение от лекар, за удовлетворяване на основните потребности. Цел на грижите е да адаптират пациента към ситуацията и да се запази качеството му на живот. В последните години се стига до извода, че хората започват да се чувстват по-добре и се възстановяват по-бързо, когато се насярчава желанието им за участие в грижата за себе си. Когато се обясни състоянието им и се дава възможност да участват в планирането на грижите, тогава пациентите възприемат по-добре положените за тях здравни грижи.

Днес пациентите искат да са партньори при вземане на решения за здравето им, като всеки има право да получи информация за своето заболяване, прогноза, здравно състояние и изисква индивидуална мултидисциплинарна грижа (Georgieva, A., Kr. Stamova, 2009).

С появата на хроничната болест се променя целият стил и начин на живот на човека, влошава се психическото здраве, емоционалната стабилност, намалява цялостната житейска активност, влошава се социалния статус, появява се риск от инвалидизация. Ритъм на живот вече е подчинен на процедура, която се провежда три пъти седмично по четири часа и целият им живот се планира и живее съобразно времето за диализа. Грижите не трябва да се извършват рутинно и автоматично, към което предразполага еднотипната работа в диализното отделение – включване на пациентите към апаратите за хемодиализа, наблюдението им и следене на жизнените им показатели, изключване от апаратите. Трябва да се полагат индивидуално, като медицинската сестра може да приложи творчески умения, личностно ориентириания подход предполага удовлетворяване потребностите на пациента (Barbera, E., 2016). Грижите за пациентите на хемодиализа се полагат по време на процедурата, която е с времетраене 4 часа. Планират се, ръководят и провеждат от добре обучени медицински сестри. Създаването на план за грижи включва медикаментозното лечение и медицинската история на пациента, самият пациент с неговите ежедневни нужди. Прилагането на комуникативни умения е от съществено значение, тъй като пациентите с терминален стадий на бъбречно

заболяване са раними и чувствителни. Медицинските сестри трябва да познават усложненията, които могат да възникнат по време на процедурата, да са внимателни, да преценяват състоянието на пациента при влошаване и съответно да реагират адекватно при възникналата ситуация.

Специалните грижи за болни на диализа са сбор от мероприятия, извършвани преди, по време и след процедурата и се състоят в своевременно и точно изпълнение на лекарските назначения, умело и без проблемно включване към и изключване от апаратата за хемодиализа, осъществяване на различни лечебни дейности, с цел намаляване дискомфорта от провежданото лечение. Без полагането на качествени здравни грижи е немислимо провеждането на ефективна диализа. Сестринските грижи са насочени към поддържане на задоволително здраве в дългосрочен план, да се избегнат или намалят усложненията при извършваните хемодиализни сеанси, което да доведе до удовлетвореност у пациентите.

За добрата грижа са важни не само знания и умения, но и отношението към пациента, чувствителността, тактичността, способността за психологическо въздействие, така че да се преодолее повишената раздразнителност на болните, владеещото ги чувство за тревожност и безизходица. Грижите биват общи и специални. Общите грижи се заключават в поддържането на добро санитарно-хигиенно състояние в залите за диализа, което да създаде комфорт и уют на пациентите при провеждането на диализната процедура. Специалните грижи включват особеностите на грижите, обусловени от спецификата на заболяването.

Специалните сестрински грижи за болни на диализа са насочени към:

- ✓ подобряване общото състояние на пациентите;
- ✓ преодоляване на стреса при започване на лечението;
- ✓ адаптиране на болните към процедурата;
- ✓ обучение на пациентите за грижа за съдовия достъп;
- ✓ даване на указания на пациентите за спазване на правилен хранителен режим и диета;
- ✓ запазване на физическата активност;
- ✓ ограничаване/спиране на вредните навици – тютюнопушене, алкохол;
- ✓ запознаване на придружителите на пациентите с процедурата и с новия начин на живот с хемодиализа;
- ✓ справяне с кризисни ситуации;
- ✓ психологическа подкрепа.

ИЗВОДИ

Медицината се променя динамично и съответно сестринската практика се променя в отговор на здравните потребности. Сестринските грижи отговарят на нарастващите потребности на пациентите. Прилагането на специални сестрински грижи при болни на диализа изиска специфичен подход към пациентите, за да се постигне добро общо състояние в дългосрочен план. Целта е да се подпомогнат пациентите с хронично бъбречно заболяване да приемат болестта си и да се справят с ежедневието, което е утежнено от необходимостта да се провеждат диализни процедури през ден.

REFERENCES

Albert W. Wu et al (2004), *Changes in Quality of Life during Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Treatment: Generic and Disease Specific Measures*, <https://jasn.asnjournals.org/content/15/3/743.full>, (Accessed on 05.04.2019).

Anadoliyska, A., (1996), *Emotional impact of terminal renal failure – interaction between disease, care and treatment*, Pediatrics, XXXVI, №4, 17-18, (**Оригинално заглавие:** Анадолийска, А., (1996), *Емоционално въздействие на терминалната бъбречна недостатъчност – взаимодействие между болест, грижи и лечение*, Педиатрия, XXXVI, №4, 17-18).

Barbera, E. (2016), *Creating a dialysis-friendly facility*, <https://mcknights.com/the-world-according-to-dr-el/creating-a-dialysis-friendly-facility/article/495339/>, (Accessed on 05.04.2019).

Georgieva, A., Kr. Stamova, (2009), *Opinion of the nursing graduates about the importance of informed consent to patients*, Health care, VII, 2, 34-39, (**Оригинално заглавие:** Георгиева, А., Кр. Стамова, (2009), *Мнение на медицинските сестри – дипломантки относно значимостта на информираното съгласие за пациентите*, Здравни грижи, VII, 2, 34-39).

Kambova, L., (1997), *Why psychological care is needed in hemodialysis centers?*, Psychosomatic medicine, V, №1, 68-71, (**Оригинално заглавие:** Камбова, Л., (1997), *Защо са необходими психологични грижи в центровете по хемодиализа?*, Психосоматична медицина, V, №1, 68-71).

Milcheva, H. T. et al (2011), nauch. red. Teodor Nikolov Popov *Health care for the patient*, Gabrovo: *Eks-pres*, 100, (**Оригинално заглавие:** Милчева, Х. Т. и съавт. al (2011), *Здравни грижи за пациента*, науч. ред. Теодор Николов Попов-Габрово: Екс-прес, 100).

THU-2G.205-1-SSS-HC-02

INFORMING STUDENTS OF A NURSING SPECIALTY AT UNIVERSITY OF RUSE ABOUT ALTERNATIVE METHODS OF HYGIENIC CARE¹⁸

Gamze Yasharova – Student

Department of Health care,
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359 88 446734
E-mail: g_19@abv.bg

Chief Assist. Prof. Irina Hristova, PhD

Department of Health care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359 88 458 2733
E-mail: ihristova@uni-ruse.bg

Abstract: Patients who are on bed rest or who have difficulty moving around themselves rely on the nurse to perform their personal hygiene. For immobile patients, washing the body in bed is sometimes the only option for bathing. Traditional methods of bathing in the bed are made with water and soap, and they require a large amount of accessories and devices that are difficult to maintain in a hospital environment that meets the requirements of Ordinance No. 3 of 2013. for the approval of the Medical Standard on the Prevention and Control of Inpatient Infections. Successfully applied in healthcare are the alternatives methods "bathing without water" or "dry bathing" methods, which consist of the use of disposable detergents, disposable detergents and disinfectant disposable sponges, gloves, disposable towels, disposable hats. The article aims to determine the level of awareness and preference for students to apply traditional versus alternative hygienic methods.

Keywords: Hygiene care; Bedridden; Washing without water; Dry bathing; Dependent from compensatory care.

ВЪВЕДЕНИЕ

Полагането на хигиенните грижи е част от базовите фундаментални знания, умения и компетенции на медицинските сестри. Хигиената е набор от практики, изпълнявани за опазване на личното и общественото здраве. Според СЗО "хигиената се отнася до условия и практики, които спомагат за поддържане на здравето и предотвратяване на разпространението на болести". Поддържането на личната хигиена допринася за комфорта, безопасността, благосъстоянието и достойнството на пациента. (WHO guidelines on hand hygiene in health care., 2009).

На пациентите, нуждаещи се от компенсиращи хигиенни грижи, се извършват: частични тоалети, къпане на цялото тяло в леглото, измиване на глава в леглото и специални тоалети на очите, носа, ушите и устната кухина. Традиционно за осъществяването им са необходими и голям обем от принадлежности и средства, които в болнична обстановка е трудно да се поддържат в състояние, отговарящо на изискванията на Наредба № 3 от 2013г. за утвърждаването на Медицински стандарт по превенция и контрол на вътреболничните инфекции (ORDINANCE № 3, 2013).

Измиването „без вода“ е алтернативен метод и може да се опише като хигиенна процедура с опаковани продукти за еднократна употреба за цялостно измиване на тялото, състоящи се от гъба, кърпа или ръкавица и почистващ флуид без изплакване. Прилагат се при лежащи болни хора за дълбоко почистване и дезинфекция, не мокрят спалното бельо. Напълно

¹⁸Докладът е представен на студентската научна сесия на 09.05.2019 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ИНФОРМИРАНСТ НА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАНОСТ МЕДИЦИНСКА СЕСТРА В РУСЕНСКИ УНИВЕРСИТЕТ ОТНОСНО АЛТЕРНАТИВНИТЕ МЕТОДИ ЗА ХИГИЕННИ ГРИЖИ.

почистват и освежават болния на легло без да има необходимост от изплакване с вода след това. Шапките за измиване на коса са удобно средство, както за болния, така и за обслужващите го медицински сестри, близки или асистенти и също не изиска изплакване с вода след ползване. Алтернативните хигиени методи „къпане без вода“ или „сухо къпане“ имат доказани предимства в сравнение с традиционните хигиенни тоалети в леглото на болния (Georgieva, D., 2018).

Използваните материали за „къпане без вода“ са еднократни средства, съдържащи миещ агент и антисептик. Хигиенните гъби, ръкавици или кърпи са импрегнирани най-често с Хлорхексидин-глюконат, който е антисептичен разтвор. Безопасен е за кожата, ефективен и с широка антисептична активност. Прилага се за цялостно почистване и дезинфекция на кожата, деколонизация на кожата, измиване на тялото и предоперативно къпане. Хлорхексидина е подходящ за употреба както при възрастни така и при деца. Изследванията показват, че ежедневна хлорхексидинова баня на пациентите в интензивно отделение намалява колонизацията и предаването на микроорганизмите по кожата. За пациентите, които не са в състояние да поддържат личната си хигиена сами, къпането без вода е доказано ефективен метод за подобряване на хигиената и намаляване на разходите за обслужването им. Научно доказано е, че медицинските сестри предпочитат къпането „без вода“ в сравнение с традиционния начин на къпане в леглото на болния и се прилагат успешно като алтернатива на традиционната практика (Koleva, G., 2018; Weinstein R. A., 2008).

ИЗЛОЖЕНИЕ

Грижата за зависимите от хигиенни грижи пациенти е изключително важна за да се предотврати настъпването на различни усложнения. Освен това извършването на частични и пълни хигиенни тоалети спомага за комфорта на пациентите, те се чувстват щастливи и уверени. Медицинските сестри трябва да осъществяват адекватни хигиенни грижи и да действат съзнателно при обслужването на болните, като по този начин гарантират сигурността на лежащо болните (Hristova I., 2018; Georgieva, D., Koleva, G., 2016; Sabrieva, S., Koleva, Gr., 2017).

Университетското обучението на медицински сестри притежава всички характерни особености на традиционния учебен процес, но и специфики, основната от които е наличието на трети субект в процеса на обучение – пациентта и неговите близки. Провеждането на обучението в реална болнична среда поставя акцент на практическите умения и изисква прилагане на съвременни методи за обслужване на пациентите (Draganova, D., 2013).

Обучението на медицинските сестри в България осигурява нужната компетентност за осъществяване оценката на потребностите, планиране и осъществяване на здравни грижи, но все още масово се преподават добре познатите традиционни методи и средства за хигиенни грижи. Последния етап от обучението за специалност медицинска сестра е преддипломен стаж с продължителност 1600 астрономически часа, в които студентите под наставничеството на работеща медицинска сестра, прилага на практика усвоените здравни грижи (Georgieva, D., 2015).

За академичната 2018/2019 година студентите от 1-ви курс, специалност медицинска сестра в Русенски университет, по учебната дисциплина Философия и въведение в сестринските грижи, се обучават както за прилагане на традиционните хигиенни методи, описани в учебната литература, така и за алтернативните методи „къпане без вода“. Студентите от 2-ри, 3-ти и 4-ти курс на специалността са обучавани само за прилагане на традиционните хигиенни методи, по същата дисциплина (Beloev Y., 2000; MarkovaSt. 2008; Stoykov D., 2012). Към настоящия момент само студентите от 1-ви курс в университета имат теоретични знания и практически умения, получени по време на обучението им за алтернативните хигиенни методи.

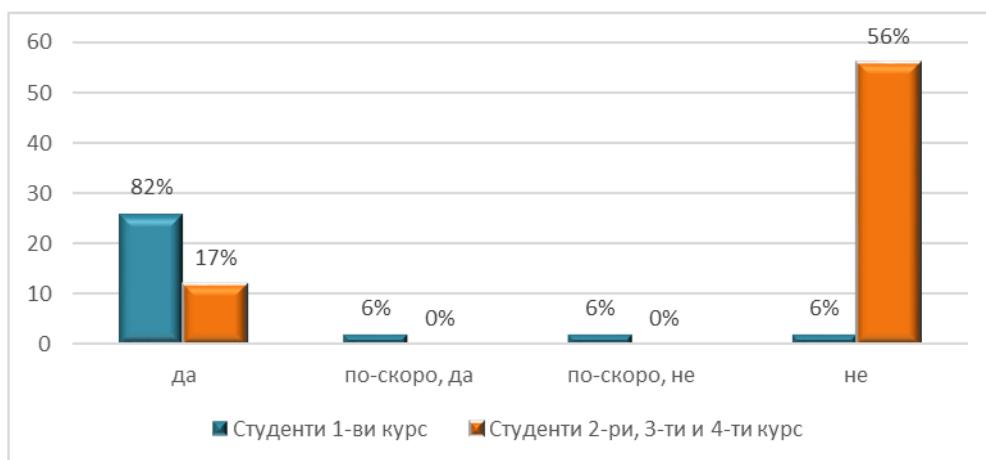
Целта на настоящото научно съобщение е определяне степента на информираност и предпочтенията на студентите за прилагане на традиционните спрямо алтернативните хигиенни методи.

Материал и методи – изработена е анкетна карта, съдържаща 10 въпроса, относно информираността, предпочтенията и ползите на двета метода. Проведено е анкетно проучване сред студенти от специалност медицинска сестра, катедра Здравни грижи на Русенския университет „Ангел Кънчев“ през м. април. 2019г. Извършен е анализ и съпоставяне мнението на студенти от 1-ви курс спрямо това на 2-ри, 3-ти и 4-ти курс.

Резултати.

Общият брой на анкетираните студенти е 100, разпределени както следва: от 1-ви курс – 32; от 2-ри курс – 29; от 3-ти курс – 19 и от 4-ти курс – 20 студента.

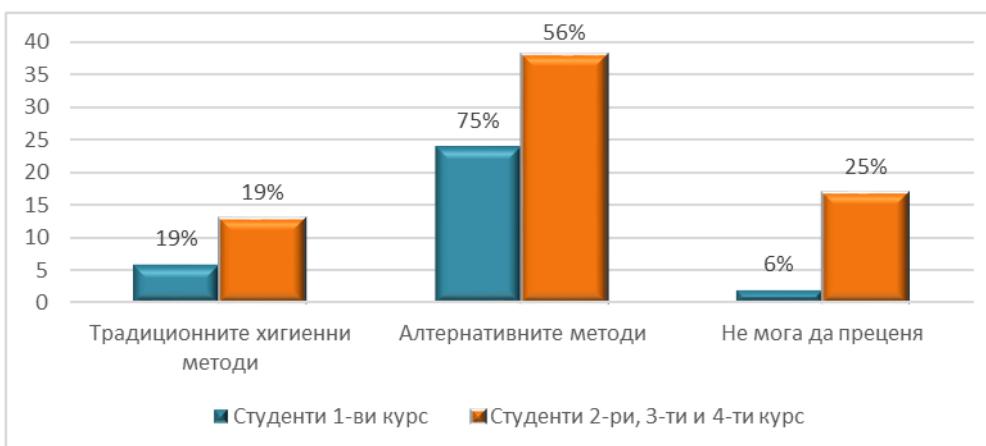
Респондентите определиха своята информираността за алтернативните методи „*къпане без вода*“. Резултатите са представени графично във фигура 1.



Фигура 1. Отговори на въпроса: *Запознати ли сте с алтернативните хигиенни методи за „къпане без вода“?*

От студентите първи курс, информирани изцяло са 81%, като по-скоро информирани се определят 6%, като по-скоро неинформирани и неинформирани са по 6%. От останалите курсове изцяло информирани са само 18%, а неинформирани са 56%. Информираността на първокурсниците, в сравнение с останалите курсове, е обусловена от обема на преподадения учебен материал, само студентите от настоящия първи курс са теоретично и практически обучени за алтернативните методи за „*къпане без вода*“. Въпреки това част от студентите, които не са обучавани за алтернативните методи, са запознати с тях.

Проучи се мнението на респондентите относно подобряване хигиената на пациентите и състоянието на кожата им при двета метода (фигура 2).



Фигура 2. Отговори на въпроса: *Според Вас традиционните или алтернативните методи спомагат повече за подобряване хигиената на пациента и състоянието на кожата им?*

Почти всички студенти са посочили, че алтернативните методи спомагат за подобряване на хигиената на пациента и състоянието на кожата му: от 1-ви курс 75%, от останалите курсове 56%. В множество чужди литературни източници къпането без вода се определя, като по-ефективен метод в сравнение с традиционните хигиенни грижи.

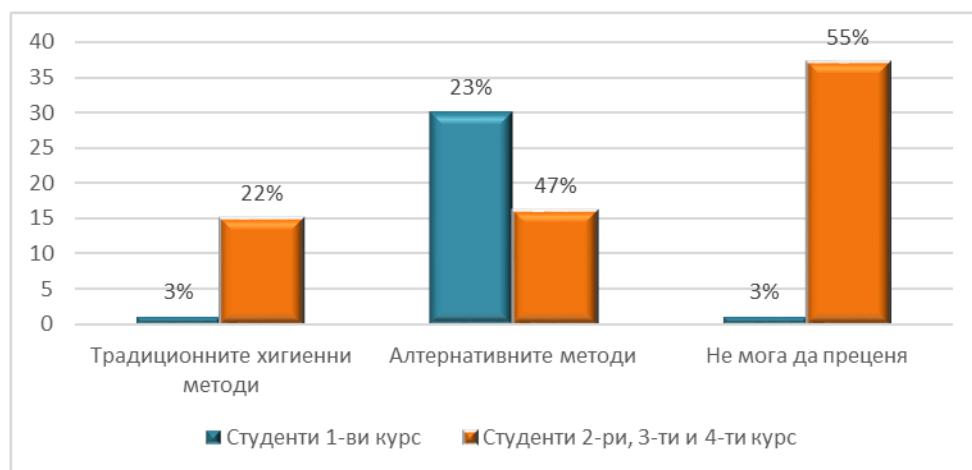
Относно намаляването на инфекциите свързани с медицинското обслужване (ИСМО) почти всички студенти от първи курс са на мнение, че алтернативните методи спомагат повече за това (85%). Данните са представени графично на фигура 3.



Фигура 3. Отговори на въпроса: *Според Вас кой от двета метода спомага повече за намаляване на инфекциите свързани с медицинското обслужване (ИСМО)?*

Студентите от 2-ри, 3-ти и 4-ти курс не са получили достатъчно информация за алтернативните хигиенни методи и това определя отговорите им на въпроса, свързан с предимството на двета метода за намаляване на ИСМО: 40% считат, че традиционните методи предотвратяват повече инфекциите свързани с медицинското обслужване, а 47% отбелязват, че алтернативните методи са по-надеждни за това.

Подготовката на необходимите материали за извършването на хигиенни тоалети по традиционните или алтернативните методи се различават, поради наличието на по-голям обем от принадлежности за прилагане на традиционните методи. Мнението на респондентите е представено на фигура 4.



Фигура 4. Отговори на въпроса: *Според Вас кой от двета метода спестява време при подготовка на необходимите принадлежности?*

Почти всички студенти от първи курс твърдят, че алтернативните методи отнемат по-кратко време за подготовка (94%). Повечето студенти от големите курсове отбелязват, че не

могат да преценят (55%), а останалите дават колебливи отговори между традиционните и алтернативните методи, съответно 22% и 23%.

Респондентите бяха попитани дали са имали възможност да приложат на практика алтернативните методи за хигиенни тоалети (фигура 5).



Фигура 5. Отговори на въпроса: *Прилагали ли сте практика алтернативните методи за „къпане без вода“?*

Повечето студенти отбелязват, че до момента не са имали възможност да извършат „къпане без вода“ на лежащо болен в болнични условия, 78% от първи курс и 83% от останалите курсове. В домашни условия такива тоалети са извършвали 22% от първокурсниците и 17% от 2-ри, 3-ти и 4-ти курс.

Предпочитанията за прилагане на традиционните или алтернативни методи за хигиена на студентите са представени във фигура 6.



Фигура 6. Отговори на въпроса: *Традиционните или алтернативни хигиенни методи предпочитате да прилагате в практиката си?*

По-голяма част от не обучаваните за извършване на „къпане без вода“ студенти (2-ри, 3-ти и 4-ти курс) не могат да преценят (56%). Предпочитания изказват за алтернативните методи 37% и за традиционните 7%. Мнението на първокурсниците е различно – 85% предпочитат алтернативните методи, 6% традиционните и 9% не могат да преценят.

ИЗВОДИ

Литературния преглед разкрива, че в страните извън България, успешно се използват методите за „къпане без вода“, като по този начин се повишават качеството на здравните грижи и удовлетвореността на пациентите. От проведеното проучване се установи висока информираност на студентите от 1-ви курс и ниска на останалите, относно алтернативните

хигиенни методи за „къпане без вода“. Къпането без вода е предпочитан метод от обучените за това студенти, спестява време за подготовка и спомага за намаляване на ИСМО. Част от студентите 2-ри, 3-ти и 4-ти курс също изказват предпочтение за прилагане на алтернативните методи въпреки, че не са застъпени в обучението им. По-голямата част от всички изследвани студенти не са имали възможност да приложат на практика в болнични условия методите за „къпане без вода“.

Анализа на резултатите от изследването показва, че е необходима промяна в преподаването и прилагането на традиционните методи и средствата за хигиенни грижи с алтернативни.

REFERENCES

- Beloev Y. (2000). *Care for sick and nursing equipment*. MI Arso. Sofia. (**Оригинално заглавие:** Белоев Й. (2000). *Грижи за болния и сестринска техника*. МИ Арсо. София)
- Draganova, D. (2013). *Formation of social empathy and civic position in the training of nurses*. Association of Slavic Professionals. EKS-PRESS Publishing House. Gabrovo, 2013. Book 2. Volume 2, 76-78. ISBN 978-954-404-3. (**Оригинално заглавие:** *Формиране на социална съпричастност и гражданска позиция при обучението на медицински сестри. Асоциация на професионалистите от славянските страни. Издателство ЕКС-ПРЕС. Габрово, 2013. Книга 2. Том 2. 76-78 ISBN 978-954-404-3.)*
- Georgieva D. (2015). *Pregraduate traineeship and professional adaptation of the nurse*. University Publishing Center at Angel Kanchev University of Rousse, MEDIATECH Pleven, 2015, ISBN 978-619-207-022-9. (**Оригинално заглавие:** *Преддипломен стаж и професионална адаптация на медицинската сестра. Университетски издателски център при Русенски университет „Ангел Кънчев“, МЕДИАТЕХ- Плевен, 2015, ISBN 978-619-207-022-9)*
- Georgieva, D. (2018). *Alternative methods and means for the realization of quality and safe compensatory hygienic care*. PROCEEDINGS. Vol. 57, book 8.3, Health care, Pages 61-67. ISSN 2603-4123. URL: https://www.researchgate.net/publication/331546651_ALTERNATIVE_METHODS_AND_MEAN_S_FOR_THE_REALIZATION_OF_QUALITY_AND_SAFE_COMPENSATORY_HYGIENIC_CARE (Accessed on 17.04.2019).
- Georgieva, D., Koleva, G. (2016). *Palliative nurse care education and training*. Scripta Scientifica Salutis Publicae, vol. 2, 2016, suppl. 1, pp. 166-170. Medical University of Varna. URL: https://www.researchgate.net/profile/Greta_Koleva/publication/331346534_PALLIATIVE_NURSE_CARE_EDUCATION_AND_TRAINING/links/5c751ebd92851c695041815f/PALLIATIVE-NURSE-CARE-EDUCATION-AND-TRAINING.pdf (Accessed on 09.04.2019)
- Hristova, I. (2018). *The basic hygienic health care as a factor for the rise of infections due to medical service (IDMS)*. PROCEEDINGS. Vol. 57, book 8.3, Health care, Pages 53-60. ISSN 2603-4123. URL: https://www.researchgate.net/profile/Irina_Hristova/publication/331522821_THE_BASIC_HYGIENIC_HEALTH_CARE_AS_A_FACTOR_FOR_THE_RISE_OF_INFECTIONS_DUE_TO_MEDICAL_SERVICE_IDMS/links/5c7e3cb992851c6950550bf3/THE-BASIC-HYGIENIC-HEALTH-CARE-AS-A-FACTOR-FOR-THE-RISE-OF-INFECTIONS-DUE-TO-MEDICAL-SERVICE-IDMS.pdf (Accessed on 17.04.2019).
- Koleva, G. (2018). *Current state of the hygiene health care in the context of quality and patients' safety*. PROCEEDINGS. Vol. 57, book 8.3, Health care, Pages 53-60. ISSN 2603-4123. URL: https://www.researchgate.net/profile/Greta_Koleva/publication/331400329_CURRENT_STATE_OF_THE_HYGIENE_HEALTH_CARE_IN_THE_CONTEXT_OF_QUALITY_AND_PATIENTS_SAFETY/links/5c7e533e299bf1268d395ce5/CURRENT-STATE-OF-THE-HYGIENE-HEALTH-CARE-IN-THE-CONTEXT-OF-QUALITY-AND-PATIENTS-SAFETY.pdf (Accessed on 17.04.2019).

Markova St. (2008). *Medical Standards for Health Care*. (2008). Handbook for nurses, midwives, clinical lab technicians, radiology technicians. Under the editing of Prof. Dr. Stanka Markova. Sofia. (*Оригинално заглавие: Медицински стандарти по Здравни грижи*. (2008). Наръчник за медицински сестри, акушерки, клинични лаборанти, рентгенови лаборанти. Под редакцията на Проф. д-р Станка Маркова. София)

ORDINANCE № 3 of 18 February 2013 amending the design of registered road vehicles and individual approval of road vehicles registered outside the Member States of the European Union or another State party to the Agreement on the European Economic Area. Effective from 01.03.2013 г. (*Оригинално заглавие: НАРЕДБА № 3 от 18 февруари 2013 г. за изменение в конструкцията на регистрираните пътни превозни средства и индивидуално одобряване на пътни превозни средства, регистрирани извън държавите - членки на Европейския съюз или друга държава - страна по споразумението за Европейското икономическо пространство. В сила от 01.03.2013 г.*)

Sabrieva, S., Koleva, Gr. (2017). *Satisfaction of the patients with the health care during the admission and stay in the neurosurgery department at UMHAT-Ruse AD*. XIII National Forum of Healthcare Professionals, Varna. pp. 125-128, ISBN 978-619-221-168-4. URL: https://www.researchgate.net/profile/Greta_Koleva/publication/331284183_Udovletvorenost_na_patientite_ot_zdravnite_grizi_pri_priemaneto_i_prestoa_v_otdelenie_Nevrohirurgia_pri_UMBAL-Ruse_AD/links/5c7001c8458515831f67a459/Udovletvorenost-na-patientite-ot-zdravnite-grizi-pri-priemaneto-i-prestoa-v-otdelenie-Nevrohirurgia-pri-UMBAL-Ruse-AD.pdf (Accessed on 09.04.2019) (*Оригинално заглавие: Удовлетвореност на пациентите от здравните грижи при приемането и престоя в отделение Неврохирургия при УМБАЛ-Русе АД. XIII Национален форум на специалистите по здравни грижи, Варна. стр. 125-128, ISBN 978-619-221-168-4.*)

Stoykov D., (2012). *Health Care Guide - Technical datasheets. Training manual for nurses, midwives and lab technicians*. (2012). Under the editing of Prof. Dr. Dimitar Stoykov. UMHAT Dr. Georgi Stranski "EAD - Pleven. Faculty of Health Care - MU-Pleven. (*Оригинално заглавие: Справочник за здравни грижи - технически фишове. Учебно помагало за медицински сестри, акушерки и лаборанти (2012). Под редакцията на Проф. д-р Димитър Стойков. УМБАЛ д-р Георги Странски" ЕАД- Плевен. Факултет по здравни грижи- МУ- Плевен*)

Weinstein, R. A., Milstone, A. M., Passaretti, C. L., Perl, T. M. (2008). Chlorhexidine : Expanding the Armamentarium for Infection Control and Prevention. *Clinical Infectious Diseases*, Vol. 46, Issue 2, 2008, Pages 274–281, <https://doi.org/10.1086/524736>

World Health Organization (WHO). (2009). Guidelines on hand hygiene in health care. ISBN: 9789241597906. URL: <http://www.who.int/gpsc/5may/tools/9789241597906/en/> (Accessed on 07.04.2019).

THU-2G.205-1-SSS-HC-03

WHAT DO I HAVE TO KNOW ABOUT THE PATIENT BEFORE PERFORMING A CONCRETE EXAMINATION? ¹⁹

Tsvetelina Grigorova – Student

Medical University of Sofia,
Medical College "Y. Filaretova"
Tel.: +359 898 285 866
E-mail: c.borislavova@abv.bg

Hristiana Ilieva – Student

Medical University of Sofia,
Medical College "Y. Filaretova"
Tel.: +359 882 595 741
E-mail: hristianailieva96@gmail.com

Assistant Nevenka Boninska

Medical University of Sofia,
Medical College "Y. Filaretova"
Tel.: +359 888 970 625
E-mail: nevenabo @abv.bg

Chief Assist. Prof. Petranka Gagova, PhD

Medical University of Sofia,
Medical College "Y. Filaretova"
Tel.: +359 888 539 856
E-mail: petjagagova@yahoo.co.uk

Abstract: According to European legislation / Directive 2001/83 / EC, Regulation (EC) N726 / 2004 / contrast substance is: "Any substance or combination of substances that can be introduced into the human body ... with a view to ... obtaining diagnostic information ...". Contrast agents are a group of preparations that are used to enhance the contrast of structures or fluids in the body during imaging as they enhance the visibility of cavities, structures, lesions and others. Used for all diagnostic tests in imaging diagnostics. The purpose of this work is to present what we need to know about the patient before conducting a contrast imaging study to prevent possible complications after the use of contrast material in risk patients, how to deal with them. A documentary method has been used. Literary and internet sources describing contrast agents and their use in imaging diagnostics have been studied. In the case of a contrast imaging study, the most important information from the patient's dossier is the history. Side effects of contrast media are uncommon, but in the presence of risk factors, such as allergies, impaired kidney function, thyroid disease, metformin, etc. undesirable side effects and complications may occur. For this purpose, it is necessary to accurately assess the amount of contrast, monitoring during and after the study, and good hydration of the patient. The risk of a missed disease in a non-contrasting study is significant. Proper preparation for a contrasting procedure is paramount. It depends on both the prevention of complications and the better the recovery period.

Keywords: contrast, imaging, patient, risk factors, complications, prophylaxis.

ВЪВЕДЕНИЕ

Съгласно Европейските закони /Directive 2001/83/EC, Regulation (EC) N726/2004/ контрастно вещество е: "Всяка субстанция, или комбинация от субстанции, които могат да

¹⁹ Докладът е представен на студентската научна сесия на 09.05.2019 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: "КАКВО ТРЯБВА ДА ЗНАЕМ ЗА ПАЦИЕНТА ПРИ ИЗВЪРШВАНЕ НА КОНТРАСТНО РЕНТГЕНОВО ИЗСЛЕДВАНЕ?".

бъдат въвеждани в човешкото тяло с оглед на получаване на диагностична информация...” Контрастни вещества са група препарати, които се използват за усилване на контрастта на структури или течности в тялото по време на образни изследвания. Често тези препарати се използват за усилване видимостта на кухини, структури, лезии и други. Използват се за всички диагностични изследвания в образната диагностика. Приложението им в някои случаи може да доведе до появата на алергични реакции, или проблеми с бъбреците и щитовидната жлеза, въпреки че повечето от тях са безопасни за употреба (<https://medpedia.framar.bg>). Понякога прилагането на контрастни вещества може да предизвика у пациента прояви на свръхчувствителност или алергичност (кожни изяви, сърбеж, горещи вълни, сърцевиене, прилошаване) (<https://www.puls.bg/aktsenti>), а при пациенти е с нарушена бъбречная функция, съществува и риск от нефрогенна системна фиброза. Тя е рядко усложнение при магнитно-резонансната томография и е следствие от инжектирането на високи дози гадолиний.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Целта на настоящата разработка е да представи какво трябва да знаем за пациента преди извършване на контрастно образно изследване, с цел превенция на евентуални усложнения след прилагане на контрастна материя при рискови пациенти, как да постъпим с тях. Използван е документален метод. Проучени са литературни и интернет източници, описващи контрастните вещества и тяхното приложение в образната диагностика.

Причината за поставяне на КМ е усилването видимостта на кухини, структури, лезии и уточняване или доказване на диагноза, както и съмнение за нея. В някои случаи използването на контрастното вещество е необходимо независимо от рисковите фактори. За това най-важната информация от пациентското досие е анамнезата. Тя трябва да бъде точна, за да знаем какви са рисковете при поставяне на КМ и как да постъпим при евентуални усложнения. Анамнезата трябва да е целенасочена и да се следи за алергични заболявания и прояви към храни и медикаменти, ухапвания от насекоми и др. Трябва да се има предвид, че при болни с алергии (уртикария, сенна хрема, бронхиална астма, хранителни алергии и др.) се развиват 2 пъти по-често явления на непоносимост. Да се изясни клиничното състояние на черния дроб, бъбреците и щитовидната жлеза, да бъдем информирани за евентуална бременност, кърмене и прием на метформин.

При прилагането на КМ съществуват известни **противопоказания**:

Специфични противопоказания са: поливалентна алергия; остра и хронична форма на бъбречная недостатъчност; цироза на черния дроб; ендокринни патологии като тиреотоксикоза, тежък захарен диабет.

Относителни забрани за провеждане на процедурата се отнасят за: алергични реакции към каквото и да е лекарствени вещества; бронхиална астма; тежка съдова и сърдечна патология; нарушения в дейността на бъбреците; обезводняване; полицитемия - рядко заболяване, характеризиращо се с повишен синтез на кръвни клетки, сърповидно-клетъчна анемия; миелома; въвеждане на контрастни вещества през последните 24 часа; приемането от пациента на интерлевкини и бета-блокатори; бременност над 2 седмици (<https://rezonans.lekar.bg>).

Дори и рядко може да възникнат следните усложнения:

Леки реакции с гадене, повръщане, кожни обриви, чувство за затопляне, зачевряване, сърбеж, спастична кашлица

Умерено тежките реакции са с трепор, гърчове, изразен кожен обрив, едем на ларинкса, диспнея с цианоза, асматичен пристъп.

Тежките реакции са с токсичен шок, циркулаторна и дихателна недостатъчност (колапс спиране на дишането и сърдечната дейност, състояние на клинична смърт).

Най-честите симптоми на алергична реакция към контрастни средства за МРТ са: копривна треска, подуване на лицето, обриви, сърбеж, потене, воднисти или сърбящи очи и задух.

Как се проявяват усложненията при пациенти с алергии и как да постъпим ние?

Алергията представлява имунообусловена свръхчувствителност на организма към антигени от външната среда, наречени алергени. Реакциите обикновено са лек или умерени, много рядко тежки. От съществено значение е в кабинета, в който се провежда образното изследване на бъде оборудван с: стерилни превръзки и спринцовки за венозни манипулации, средства за капкова венозна инфузия, апарат за измерване на артериалното налягане, кислороден апарат с маска, спешен шкаф със следите лекарствени средства (Преднизолон, Урбазон, Алергозан, Диазепам, Адреналин, Натриев хлорид, Витамин С и др.) Медикамент на първи избор при анафилаксия е адреналин. Трябва да се направят вливания на водно-солеви разтвори за възстановяване на вътресъдовия обем и артериалното налягане. Прилагат се и медикаменти от групите на H1 и H2- блокери, кортикоステроиди, антиаритмични медикаменти и други според клиничната картина. Кортикоステроидите профилактират късните алергични прояви. Алергичните реакции с контрастни вещества не са чести. Д-р Джонатан Р. Дилман и колеги от Университета в Мичиган са изследвали 78 353 пациенти, които са преминали през МРТ сканирания с контрастен агент и са съобщили, че само 54 от тях са имали остро алергични реакции. Това проучване е публикувано в "American Journal of Roentgenology" през декември 2008 г. Обикновено алергичните реакции се развиват скоро след инжектирането на контраста. Обикновено са леки и могат да бъдат контролирани с медикаменти, казва Radiology Info. Ако не се лекува, алергичната реакция може да стане сериозна и дори животозастрашаваща (<https://bg.lifepleasure.club>).

Как се проявяват усложненията при пациенти с бъбречни заболявания и как да постъпим ние?

В медицинската практика има едно остро бъбречно усложнение, наречено контрастиндуцирана нефропатия (за по-кратко КИН). За него може да се мисли при влошаване на бъбречната функция до 72 часа след приложение на венозна контрастна материя. Подобна субстанция влиза в съображение при редица образни и диагностични изследвания - ангиография, коронарография, компютърна контрастна томография и много други. При това състояние се наблюдава сравнително бързо покачване на серумния креатинин с над 25%. Бъбречната дейност прогресивно се влошава по типа на остра бъбречна недостатъчност. Често се установява намаляване на количеството отделена урина, спадане на кратининовия клирънс, нарастванена уреята, пикочната киселина. При още по-тежки случаи се наблюдава обемно обременяване на организма с течности. Нерядко болният трябва да бъде подложен на сравнително спешна хемодиализа (<https://www.puls.bg>). Механизмът, по който се развива контрастиндуцирана нефропатия подлежи на спорове и дискусии поради многостранния си характер. Вероятно от части се дължи на директното токсично въздействие на контрастната материя. Към това се добавят спазмите на кръвоснабдявящите малки и по-големи съдове. В резултат намалява кръвоснабдяването във функционално активните зони. Спада гломерулната филтрация, водеща до каскадата на острото функционално смущение.

При КИН от първостепенно значение е количеството контрастна материя, която е използвана. Смята се, че над 140 мл вече може да бъде опасно. Всяко повторно контрастно изследване в кратък интервал увеличава риска. Видът на използваното вещество съвсем не е без значение. Материалите с по-висока плътност и йодна концентрация, както и по-голямата скорост на въвеждане увеличават вероятността за контрастиндуцирана нефропатия. Предхождаща бъбречна увреда, хронична бъбречна недостатъчност, единствен бъбрек, прием на лекарства с нефротоксично действие, предшестваща дехидратация завишават риска от подобна реакция. Напредналата възраст е самостоятелен рисков фактор.

Един от основните фактори, които намаляват вероятността за контрастиндуцирана нефропатия, е добрата хидратация на организма. Следват се точни правила за въвеждане на нужните течности (между 2 и 4 л.) в периода 6 часа преди и 24 часа след съответната процедура. Водата и нужните разтвори се приемат по възможност през устата. Наред с добрата хидратация се препоръчва да се използват и медикаменти, намаляващи процесите на вредно въздействие върху бъбречните тъкани (<https://www.puls.bg>).

Най-сериозният страничен ефект, причинен от контрасти при МРТ, се дължи на гадолиниума. FDA съобщава, че пациентите с бъбречна недостатъчност и бъбречни заболявания не могат да филтрират КМ достатъчно бързо и тя остава в тялото, където причинява нефрогенна системна фиброза (NSF). Според проучване, проведено от д-р Томас Громнър, публикувано в "Нефрология диализа трансплантация" през януари, 2006 г. симптомите на NSF включват закалена кожа с червени петна, най-често по крайниците. Други чести симптоми са: затягане на мускулите, болки в ставите, жълти петна по очите и вътрешна дисфункция на органите. Заболяването не се лекува и засяга само пациенти със съществуващи бъбречни проблеми, инжектирани с гадолиний. Пациентите, получили други контрастни вещества или нестрадащи от проблеми, свързани с бъбреците, не получават NSF. Четири от петте одобрени контрастни агенти на гадолиний, свързани с NSF, включват Omniscan, Multihance, Magnevist и OptiMARK, твърдят FDA (<https://bg.lifepleasure.club>). Диагностичните процедури, включващи използването на магнитно-резонансни контрастни вещества трябва да бъдат провеждани само след точна анамнеза, при наличие на подходящи лекарства и апаратура за справяне с всякакви възможни усложнения, както и за спешно повлияване на евентуалните тежки реакции към самата контрастна материя. Както при други диагностични процедури с контрастно усиливане, е препоръчително пациентът да е под наблюдение след процедурата, особено при пациенти с анамнестични данни за алергии.

Вероятността за възникване на странични реакции винаги трябва да се има предвид, особено при пациенти с известна клинично проявява на свръхчувствителност, анамнестични данни за астма или други алергични заболявания.

При реакции на свръхчувствителност незабавно трябва да прекратим незабавно приложението на контрастното вещество и при необходимост, да се приложи специфично лечение чрез венозен достъп. Необходима е предварителна готовност за спешна намеса, т.е. да са налични подходящи лекарствени продукти, кислородна маска и др.

При пациенти с увредена бъбречна функция преди прилагане на КМ се препоръчва скрининг за нарушена бъбречна функция чрез лабораторни изследвания (урея, креатинин), както и коригиране на дозировката.

Пациенти с алергия към контрастни вещества трябва да съобщят на рентгенолога преди изследването. В тези случаи може да се наложи подготвителна медикаментозна терапия с цел намаляване риска от алергична реакция по време на изследването (<https://medpedia.framar.bg>).

Усложнения при пациенти, приемащи метформин и как да постъпим ние?

Пациентите, които провеждат лечение с метформин, трябва да преустановят приема му 48 часа преди изследването, а преди приложението на йодна контрастна материя трябва да бъде измерено нивото на серумния креатинин. При нормален серумен креатинин приемането на метформин трябва да се спре по време на приложението на КМ и да не се започва отново до 48 ч. Когато креатинина е извън границите на нормата, Метформин трябва да се спре и изследването с КМ да се отложи за 48 ч. Метформин трябва да се започне само ако креатинина е нормален. При спешни случаи когато бърчната функция е променена или неизследвана лекаря трябва да прецени съотношението риск/полза от изследването с КМ, съобразявайки се с предупреждението: Метформина да се спре, пациента да се хидратира, да се проследи бъбречната функция и да се наблюдава за появя на лактатна ацидоза.

Лактатната ацидоза е вид метаболитна ацидоза, получаваща се в резултат на натрупване на млечна киселина (лактат) в тъканите на тялото. Възниква тогава, когато клетките произвеждат млечна киселина по-бързо отколкото организма може да усвои. Характерни симптоми са: дълбоко и ускорено дишане, повръщане, болки в областта на корема. Установена е връзка между лактатната ацидоза и диабета. Смята се, че тя предхожда болестта и може да бъде важен диагностичен белег (<https://medpedia.framar.bg>).

Как да постъпим при пациенти със заболявания на щитовидната жлеза?

Специално внимание е необходимо при пациенти с хипертиреоидизъм. При пациенти с мултинодуларна гуша съществува риск от развитие на хипертиреоидизъм в резултат на

инжектирането на йодирана КМ. Трябва да се знае също за възможността от предизвикане на транзиторен хипотигоидизъм у недоносени деца получаващи КМ.

Всички йодни КМ могат да взаимодействат с тестове за определяне на тироидната функция, поради това йод-свързващия капацитет на щитовидната жлеза може да бъде намален за няколко седмици (<http://www.zdrave.bg>).

Как трябва да постъпим при бременност?

Безопасността на КМ за използване по време на бременност при хората не е установена.

Оценката на експерименти проведени на животни не показват индиректни и директни увреждащи ефекти по отношение на репродукцията, развитието на ембриона или фетуса, в периода на гестацията и пери и постнаталното развитие. КМ не трябва да се използва по време на бременност, освен ако клиничното състояние на пациентката не налага употребата ѝ. Винаги когато е възможно рентгеновото изследване по време на бременност трябва да се избягва, ползата от рентгеновото изследване със и без КМ трябва внимателно да бъде преценена спрямо възможния риск. КМ не трябва да се използва при бременни, освен когато ползата превиши риска и е преценено като крайна необходимост.

Как трябва да постъпим при кърмене?

Контрастните вещества, съдържащи гадолиний, се екскретират в кърмата в много малки количества. При клинични дози не се очакват ефекти върху кърмачето, поради малкото количество, което се екскретира в кърмата, както и слабата абсорбция в червата. Продължаването на кърменето или прекратяването в период от 24 часа след прилагането трябва да се извърши по преценка на лекаря и майката кърмачка.

Не е известно дали йодсъдържащите КМ се екскретират в кърмата. Не може да се изключи риск за кърмачето. Кърменето трябва да се преустанови за поне 24 часа след прилагането на КМ.

ИЗВОДИ

1. Правилната подготовка за една контрастна процедура е от първостепенно значение.
2. Най- важната информация от пациентското досие е точната анамнеза.
3. Да се изясни клиничното състояние на черния дроб, бъбреците(серумен креатинин) и щитовидната жлеза, да бъдем информирани за евентуална бременност, кърмене и прием на метформин.
4. Да се изяснят всички състояния, свързани с повишен риск от странични ефекти при въвеждане на контрастна материя.
5. Риска при изследване без контрастна материя да бъде пропуснато заболяване е значителен. Нуждата от контрастна материя се определя от лекар по образна диагностика.
6. Прилаганите нови контрастни материи са изключително причистени и обикновено се понасят много добре. Въпреки това те могат по време на изследването или след него да доведат до различни видове нежелани странични реакции.

Ползата от всяко контрастно образно изследване трябва внимателно да бъде преценена спрямо възможния риск. Контрастно вещество не трябва да се използва освен когато ползата превиши риска и е преценено като крайна необходимост.

REFERENCES

- <https://medpedia.framar.bg> (Accessed on 08.04.2019)
<https://www.puls.bg/aktsenti-c-16/kompiutrna-tomografiia-za-detailna-i-tochna-vizualizatsiya-na-vtreshnite-organi-n-27790> (Accessed on 08.04.2019)
<https://rezonans.lekar.bg/>(Accessed on 09.04.2019)
<https://bg.lifepleasure.club/>(Accessed on 09.04.2019)

<https://www.puls.bg/>(Accessed on 09.04.2019)
<http://www.zdrave.bg/drugs/>(Accessed on 09.04.2019)
<http://www.medik.bg/>(Accessed on 09.04.2019)

Martina Dobreva – Student

Faculty of Public Health and Health Care
University of Ruse “Angel Kanchev”
Tel: +359898441661
E-mail: martina_dobreva7@abv.bg

Assoc. Prof. Daniela Kostantinova, PhD

Faculty of Public Health and Health Care
University of Ruse “Angel Kanchev”
Phone: +359888520021
E-mail: ddraganova@uni-ruse.bg

Abstract: The vaccine is a biological product that enhances the ability of the immune system to counteract a specific disease. Fears and myths about vaccines and the consequences of these cause many parents to refuse them. To make an accurate “risk-benefit” judgment, every parent must possess knowledge, and the decision is his or hers, especially if the vaccine is not in the mandatory but in the recommended list.

Keywords: vaccines, disease prevention

ВЪВЕДЕНИЕ

Паметта на човечеството пази спомени за страдания и смърт, причинявани в течение на столетия от опустошителни епидемии. Чума, сифилис, едра шарка, петнист тиф. Векове наред хората са били безпомощни пред масовите инфекциозни заболявания, чито невидими причинители стават известни едва през последната четвърт на 19 век.

В глобален план ваксинопрофилактиката е сред най-големите успехи в общественото здравеопазване. Благодарение на нея има заболявания, за които сме забравили, а честотата на други спада убедително. Доброто ваксинално покритие изгражда т.нар. колективен имунитет, който осигурява защита на хората, които по обективни причини не могат да бъдат ваксинирани (Wharton, M., 2010), като намалява циркулирането на болестотворните агенти сред населението.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Основен инструмент за провеждане на ваксинопрофилактиката са ваксините. Като всички лекарствени продукти, те преминават през редица клинични проучвания, като се проверява тяхната ефикасност, безопасност и съвместимост и едва след това получават разрешение за употреба (<http://vaksinko.bg/bezopasnost-na-vaksinite>).

Основните съставки на ваксините представляват отслабен (атенюиран) жив или убит (инактивиран) щам на инфекциозен агент или части от него, наричани най-общо антигени. <https://www.vaksinite.com/>

Ваксинациите са основен инструмент за първична профилактика на болести и една от икономически най-ефективните налични мерки за защита на общественото здраве. Имунизацията чрез ваксиниране е най-добрата защита срещу сериозни, предотвратими и понякога смъртоносни заразни болести. Благодарение на широкообхватните програми за ваксинация бе ликвидирана едрата шарка, в Европа вече няма случаи на полиомиелит, а много

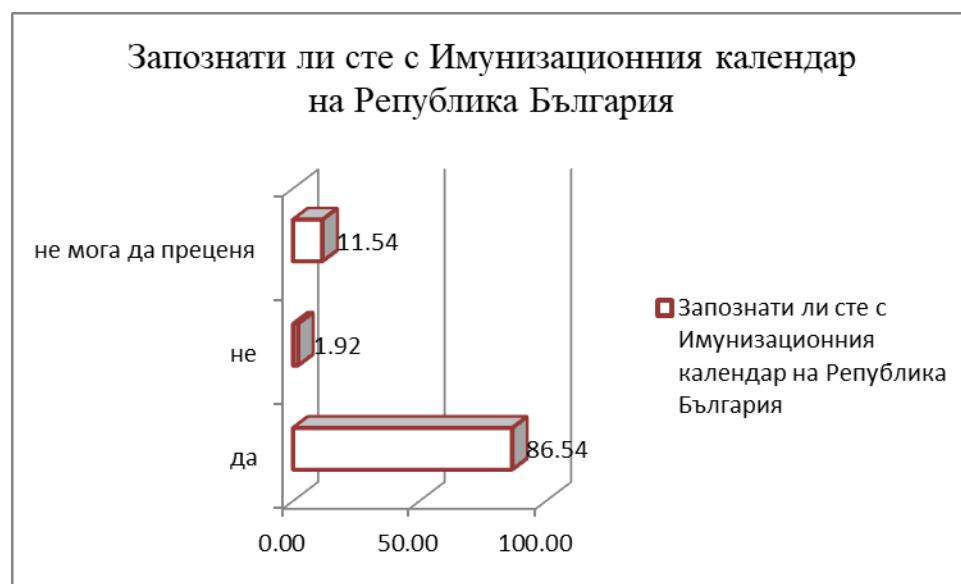
²⁰ Докладът е представен на студентската научна сесия на 09.05.2019 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: РОДИТЕЛИ ЗА ИМУНОПРОФИЛАКТИКАТА – ЗА И ПРОТИВ.

други заболявания също са почти премахнати.
 (https://ec.europa.eu/health/vaccination/overview_bg)

Борбата с инфекциите днес е претърпяла сериозна промяна и поставя изключителни предизвикателства пред общественото здравеопазване и персонална медицина, свързани с нарастващата микробна резистентност към много от антибиотиците, както и с броя имунокомпрометирани индивиди (Vinarova,J., M. Tongova, 2014). Това придава на новите ваксини особено значение не само в борбата с инфекциозните заболявания, а и в множество изследвания за потенциала им при лечение и профилактика на автоимунни и онкологични заболявания, както и към бъдещи възможности сърдечни заболявания да бъдат профилактирани, контролирани и лекувани чрез ваксинотерапия. Във времето на глобален имунен дефицит срещу инфекциозни причинители, при които са използвани основно атенюирани (живи) ваксини, се стимулира производството на конюгиранi такива - с характер на Т-зависими антитела с висока имуногенност, както и на комбинирани (асоциирани) ваксини, което добавя значими приложни области към класическата им задача за контрол на ваксинопредотвратимите болести.

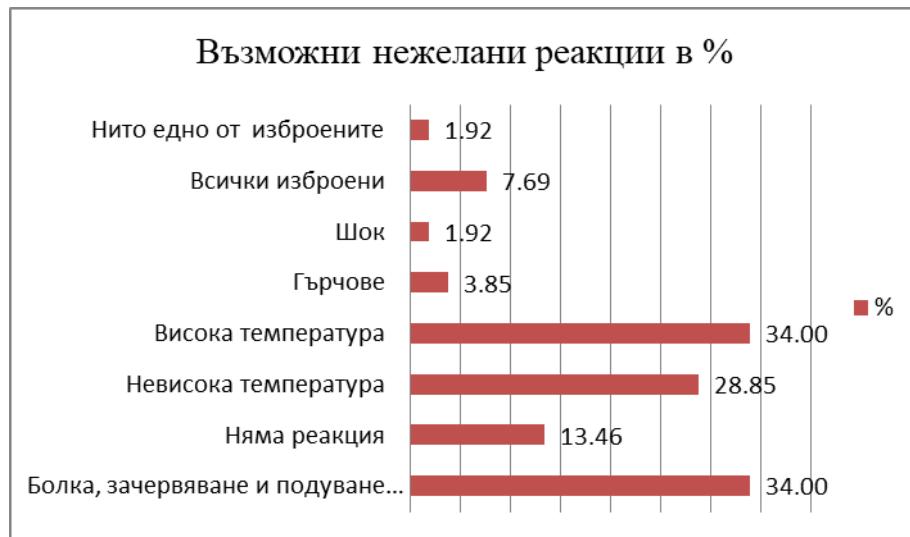
Прилагането на ваксините е класически и модерен мениджърски прийом за регулация на масови болестни състояния, които имат много съществен социален ефект. Те защитават не само отделния индивид, но влияят на здравното състояние на значими човешки популации и позволяват планиран контрол и регулация на пандемиите чрез *Националния имунизационен календар*.

За проучване мнението на родители на деца до 3 години относно нагласите към задължителни и препоръчителни имунизации в Р България, беше подгответа анкета с 8 въпроса. Анкетата е анонимна и проведена сред 52 родители на деца, посещаващи детската язла. Обработката на резултатите е направена с програма SPSS 16.0.



Фиг. 1. Запознати ли сте с имунизационния календар на Р България

Резултатите показват, че въпреки големият процент на родители, които познават имунизационния календар, все още 12 % от тях не знаят какви имунизации са правени или предстоят на децата им.



Фиг. 2. Възможни нежелани реакции

На въпроса за възможните нежелани реакции след прилагане на ваксина голяма част от родителите отговарят според собствения си опит. Сбора на процентите е повече от 100, тъй като има посочени повече от един отговор на въпроса. Всички посочили болка, зачервяване и подуване на мястото са отбелязали и висока температура. Можем да направим извода, че при 34 % от децата имунният отговор е съпровожден с посочените реакции.

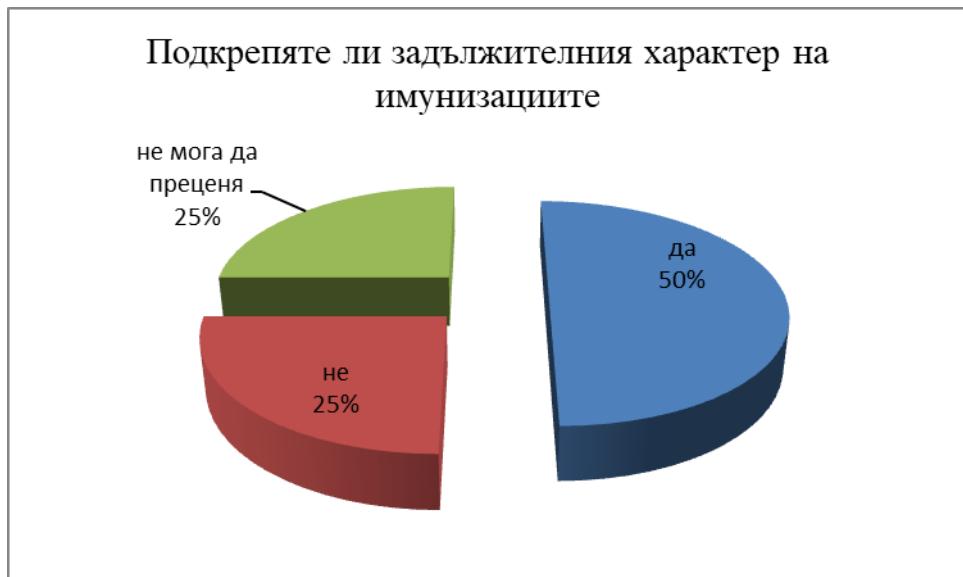
Задоволителни са познанията на родителите за здравословното състояние на детето преди поставянето на ваксина от задължителния имунизационен календар (фиг. 3).



Фиг. 3. Необходими условия за поставяне на ваксина

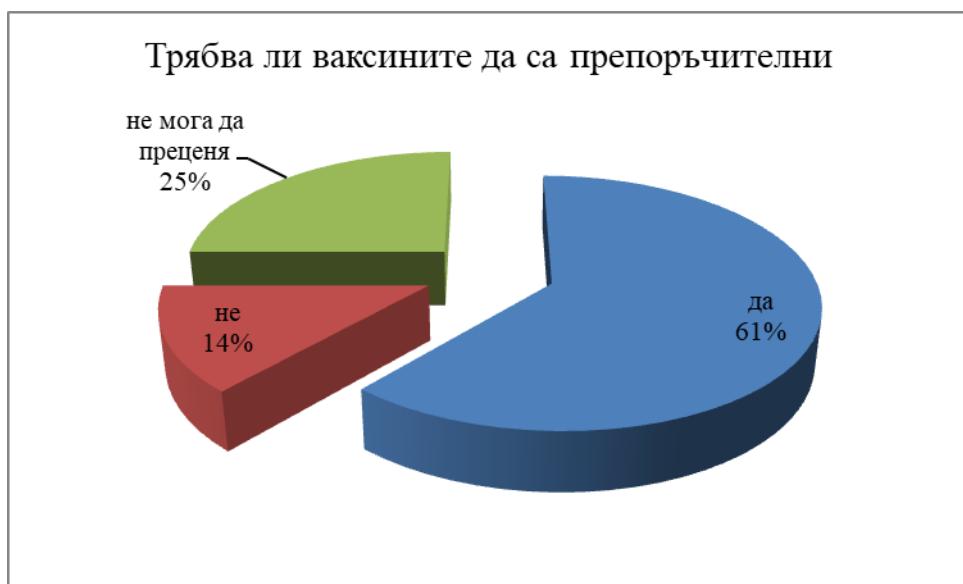
Немалка част от родителите смятат, че неимунизираните деца са заплаха за здравето на техните деца (40,4 %), 15,4 % не се притесняват, а 44,2 % не могат да преценят.

Мнението относно задължителния характер на имунизациите е противоречиво. Половината от анкетираните родители подкрепят задължителните имунизации, останалите не или не могат да преценят (фиг.4)



Фиг. 4. Задължителен характер на имунизациите

Според голяма част от родителите, ваксините трябва да са препоръчителни и родителите да имат право на избор (фиг.5)



Фиг. 5. Препоръчителен характер на ваксините

Страховете и митовете около ваксините и последиците от тях отказват много родители. За да направи точна преценка „риск – полза“, всеки трябва да има знания. Решението остава лично особено, ако ваксината не е в задължителния, а в препоръчителния списък. Такава е ваксината срещу ротавирусите, която пази кърмачето от остра диария.

През 2009 г. Световната здравна организация я препоръчва за всички деца по целия свят, защото е ефикасна и безопасна, а през 2012 година се наಸърчава и включването ѝ в националния имунизационен календар на всички страни.

В България е разработена и приета национална програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити за периода 2017-2020 г. Министерство на здравеопазването е включило ваксината като препоръчителна, но тя се осигурява бесплатно.

И понеже ваксината трябва да се приеме рано, още около втория месец на бебето, когато има и задължителни имунизации (полиомиелит на капка през устата и с инжекция – дифтерия,

тетанус и коклюш) най-тревожният въпрос за родителите е: „*Тази ваксина не претоварва ли излишно имунната система на детето*“

В анкетата има въпрос за имунизирането на децата с Ротарикс ваксина (фиг. 6).



Фиг. 6. Имунизация с Ротарикс

Единственият възможен отговор, който не е отбелязан от нито един родител е „не вярвам на ваксината“. Останалите неимунизирани смятат, че ваксината не предпазва децата на 100% или се страхуват от излишно претоварване на имунната система на детето.

ИЗВОДИ

В научните среди продължават да се водят много спорове „за“ и „против“ ваксините. От отговорите на родителите, показани във фигура 6 можем да направим извода, че само 25 % от тях биха имунизирали децата си ако имаха възможност да избират. Проучването не се фокусира напълно върху възможностите на родителите да направят информиран избор. В подкрепа на това са големият процент на отговори „не мога да преценя“ и би могло проблемът да е обект на друго изследване.

REFERENCES

- <http://vaksinko.bg/bezopasnost-na-vaksinite/>
- https://ec.europa.eu/health/vaccination/overview_bg
- <https://www.vaksinite.com/>

Vinarova,J., M. Tongova, 2014, Vaccines and vaccination as a means and method for health management, New Bulgarian University, Sofia, 2014, (*Оригинално заглавие: Ваксините и ваксинацията като средство и метод за здравен мениджмънт*, Живка Винарова, Марияна Тонгова, Нов български университет, София, 2014

Wharton, M. Vaccine safety: current systems and recent findings. – Curr. Opin. Pediatr., 22, 2010, 88-93

THU-2G.205-1-SSS-HC-05

DENTAL FEARS AND PHOBIAS, ROLE AND IMPORTANCE OF THE NURSE IN COPING WITH THEM ²¹

Miroslava Stoyanova – Student

Department of Health Care,

Affiliate Shoumen,

University of Varna "Prof. D-r Paraskev Stoyanov"

Phone: 0899193939

E-mail: miroslava.at.st@abv.bg

Petya Drencheva – Student

Departament of Health Care,

Affiliate Shoumen,

University of Varna "Prof. D-r Paraskev Stoyanov"

Phone: 0895662213

E-mail: petyadrencheva@abv.bg

Assist. Prof. Radostina Jecheva

Department of Health Care,

Affiliate Shoumen,

University of Varna "Prof. D-r Paraskev Stoyanov"

Phone: 0898433999

E-mail: tinatin@abv.bg

Introduction: *Dental phobia (also called dentophobia, odontophobia or simple fear of the dentist) is a serious problem affecting a large part of the population. Many people have such a severe form of dental phobia that they prefer to suffer constant pain and inconvenience instead of going to the dentist. Research has shown that a clear relationship between dental and general health, if good dental health is not maintained, it can have significant negative effects on general physical health and hence on the quality of life of the patient. Fortunately, the fear of a dentist or a heavier form - dental phobia - can be overcome with some effort and cooperation between the dentist, the nurse and the patient. So if the appropriate steps are taken on both sides and a certain amount of patience is put, the fear will be reduced, so that the patient himself, otherwise suffering from a dental phobia, may not only seek a dental treatment himself but also start feels comfortable in the dentist's office.*

Keywords: *fear, dentist, patient, nurse, phobia, health, dental phobia*

ВЪВЕДЕНИЕ

Денталната фобия (наричана още дентофобия, одонтофобия или прост страх от стоматолога) е сериозен проблем, засягащ голяма част от населението. Много хора имат толкова тежка форма на дентална фобия, че предпочитат да търсят постоянна болка и неудобство, вместо да отидат на зъболекар. Изследванията показват, че ясно изразена връзка между денталното и цялостното здраве, т.е. ако не се поддържа добро дентално здраве, това може да има значителни отрицателни последици за общото физическо здраве, а оттам и за качеството на живот на пациента. За щастие страхът от зъболекаря или в по-тежка форма – денталната фобия – може да се преодолее с известни усилия и сътрудничество между зъболекаря, медицинската сестра и пациента. Така че, ако се предприемат подходящите стъпки

²¹ Докладът е представен на студентската научна сесия на 09.05. 2019 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ДЕНТАЛНИ СТРАХОВЕ И ФОБИИ. РОЛЯ И ЗНАЧЕНИЕ НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА СЪС СПРАВЯНЕТО ИМ.

и от двете страни и се вложи известна доза търпение, страхът ще бъде намален, така че самият пациент, иначе страдаш от дентална фобия, може не просто сам да търси дентално лечение, но и да започне да се чувства удобно в зъболекарския кабинет (Stoev V. 2010; (<http://www.dental-help.net>)).

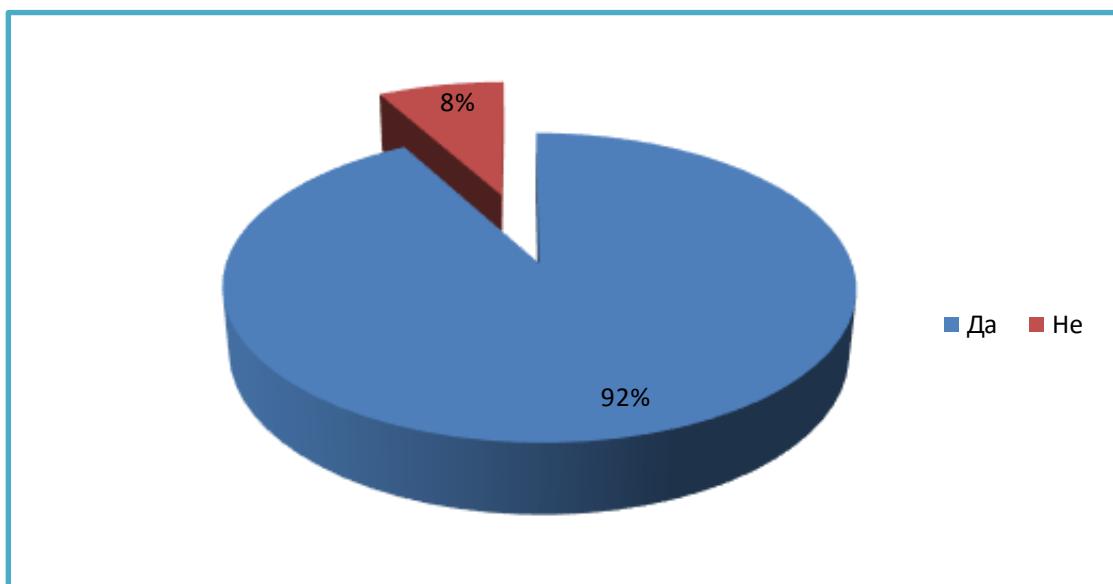
ИЗЛОЖЕНИЕ

Цел: Да се проучи информираността на пациентите от стоматологична клиника относно страховете им свързани със стоматологичните услуги.

Материали и методи: Проучването е осъществено чрез собствено разработена анонимна анкета обхващаща 50 пациента в различна възраст от стоматологична клиника „NK Dental Clinic”, град Шумен. Проучването е направено в периода 08.01.2019г – 09.03.2019г.

Обсъждане на резултати: Анкетата беше проведена през месец април на 2019 година с цел проучване на отношението и страховете на пациентите относно стоматологичните услуги.

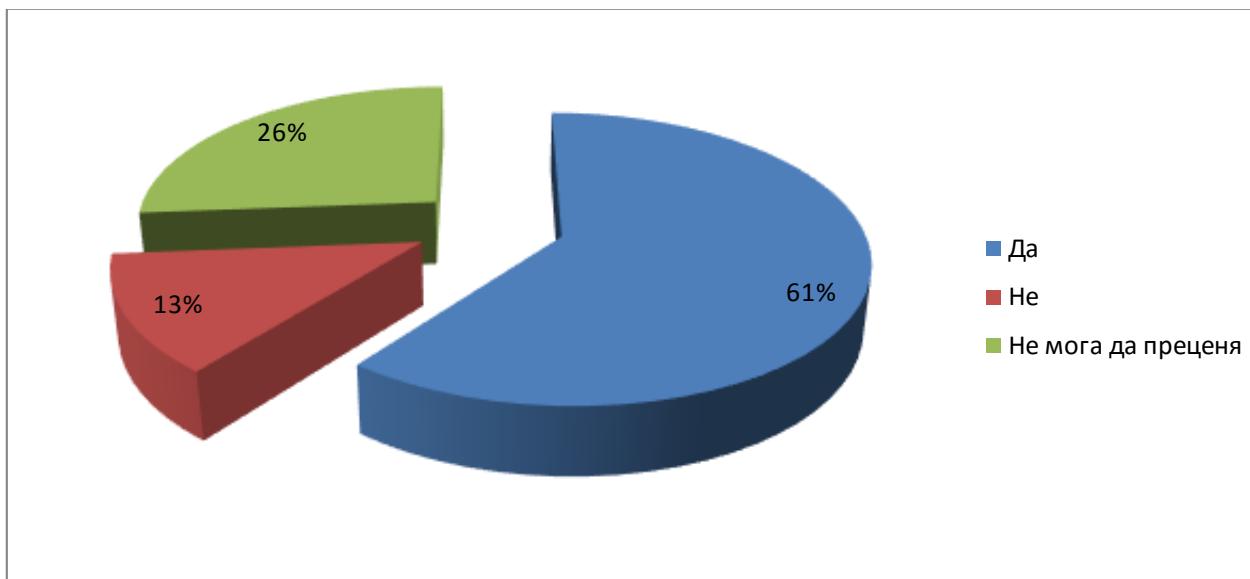
За нас беше важно да разберем от анкетираните пациенти изпитват ли страх от стоматолози ? (Фиг.1).



Фиг.1 Наличието на страхове в денталната практика.

Почти всички анкетирани пациенти споделят, че изпитват страх от стоматолози и посещението на стоматологичния кабинет (92%), а много малка част от тях не изпитват страхове и притеснения (8%).

За нас е от значение, дали този съществуващ страх е предизвикан от някаква травма преживяна в детска възраст (Фиг.2),

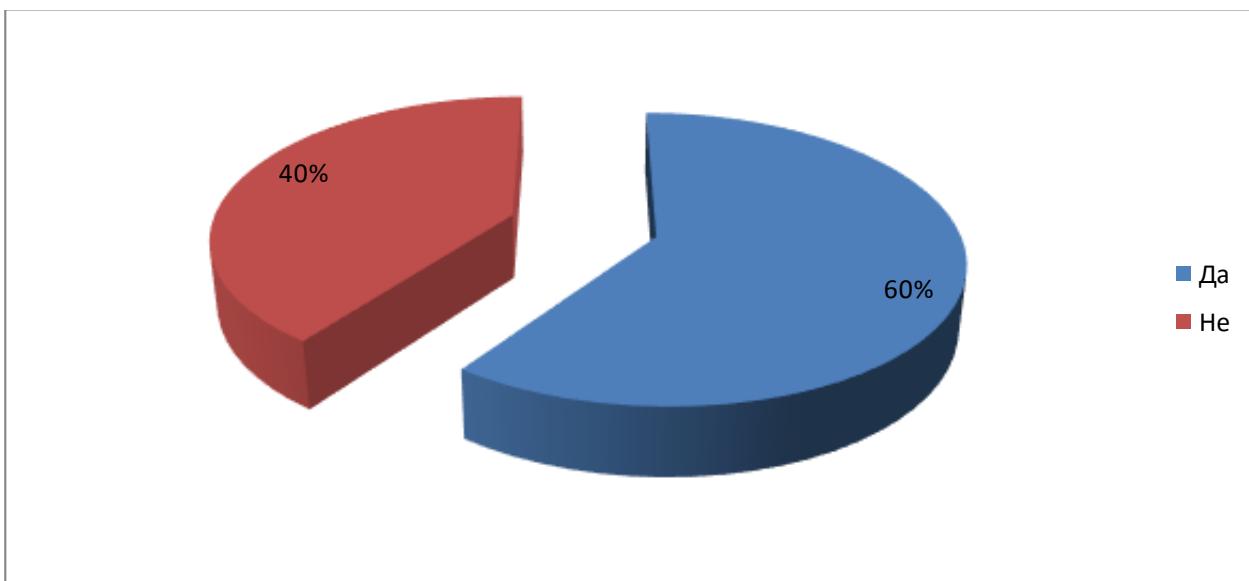


Фиг.2 Етиология на страхъ

Страхът е повлиян още от детството при повече от половината пациенти (61%),

Малко от тях изпитват страх по други причини (13%). Не голяма част от анкетираните не могат да преценят от какво бива породен техният страх (26%).

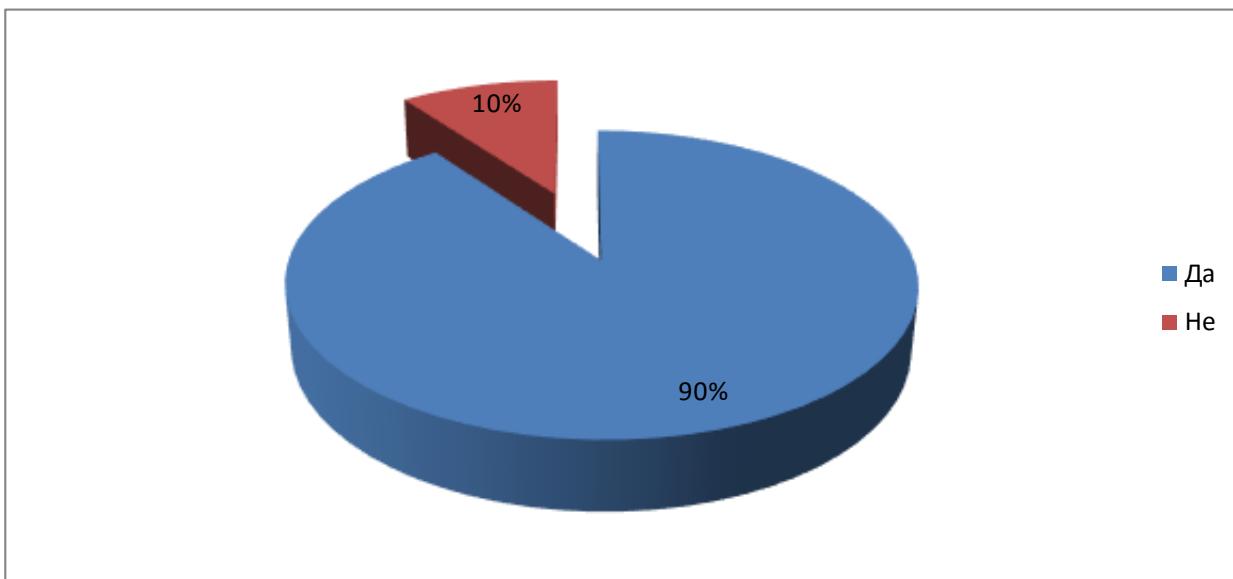
Важно е да се уточни дали наличието на този вид фобия, възпрепятства редовното посещение при стоматолога (*Фиг. 3*).



Фиг.3 Отказ от посещения вследствие на страхъ

По-голям процент от пациентите споделят, че им се е случвало да откажат да посетят своя стоматолог вследствие на страхъ (60%). Задоволителен е факта, че не малък процент въпреки страхъ си са посещавали редовно стоматологичните прегледи (40%).

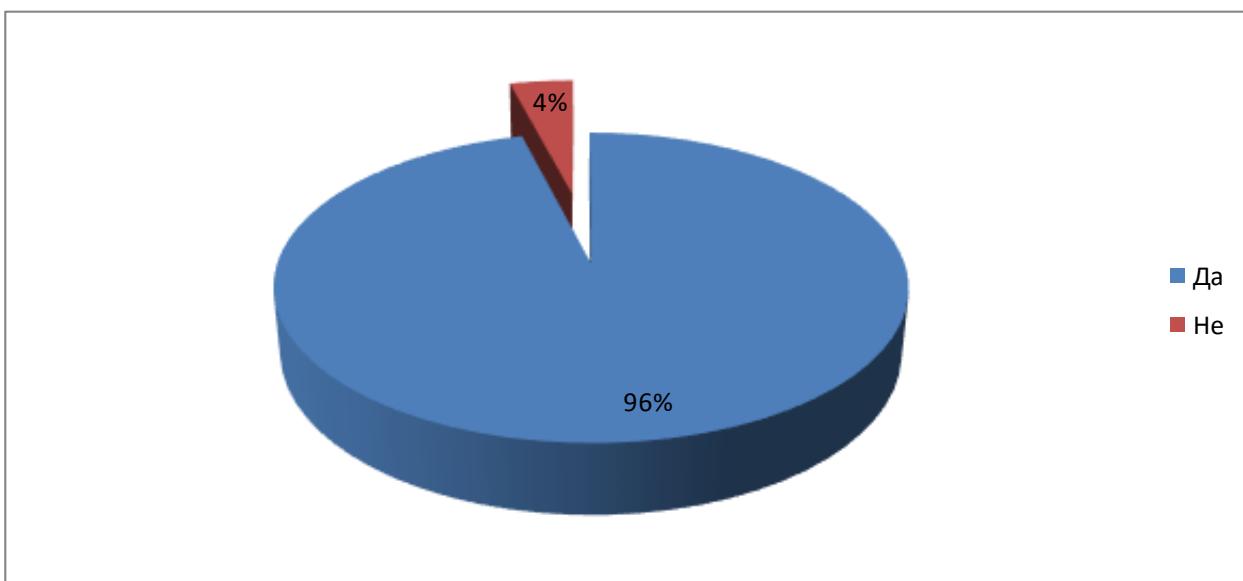
От голяма важност за преодоляването на страхъ е споделянето му с медицинския персонал в денталната клиника (*Фиг.4*).



Фиг.4 Споделяне на притеснения и страхове

Почти всички анкетирани пациенти споделят своите страхове със стоматолога и медицинската сестра, което подпомага по-лесното преодоляване на този вид фобии (90%). А много малка част от пациентите споделят страховете си с персонала в стоматологичната клиника (10%).

За нас беше от изключително значение да разберем, дали подходът на медицинския персонал е адекватен за спомагане, по-лекия и приятен престой на пациента в зъболекарския кабинет (**Фиг.5**).



Фиг.5 Помощ от медицинския персонал за справяне със страх

Резултатите сочат, че почти всички пациенти споделят, че медицинския персонал подпомага преодоляването на страховете им, и че помощта е адекватна (96%), а незначителен процент не мислят, че помощта на персонала им помага да преодолеят страховете си (4%).

ИЗВОДИ

След анализ на резултатите от анкетите, върху пациентите се установи наличието на страхове и притеснения при посещението на стоматологичния кабинет. Установи се също, че медицинския персонал има голяма роля в справянето с денталните страхове.

1. Страх от стоматолози споделят, че изпитват почти всички пациенти. (92%)
2. Повече от половината анкетирани (61%) споделят, че страхът им бива повлиян от травма в детството свързана с някаква стоматологична манипулация, а (26%) не могат да определят от какво произхожда страхът им.
3. Повече от половината анкетирани (60%) биват възпрепятствани, от самия страх, да посетят зъболекарския кабинет, което води до ниска орална хигиена и други здравословни проблеми.
4. Почти всички пациенти (90%) споделят своите страхове и притеснения със зъболекаря и медицинската сестра в денталната клиника.
5. Голям процент от пациентите (96%) споделят, че медицинския персонал спомага преодоляването на страховете им, което спомага редовната дентална профилактика и доброто орално здраве.

Справянето със страха е от изключително значение за добрата стоматологична профилактика и доброто орално здраве. Медицинската сестра има важна роля в спрянето със страха, като използва различни методи в тази насока.

- Обяснение на предстоящата процедура, преди започването и.
- Даване не повече информация на пациента по време на лечението.
- Вербална подкрепа на пациента и вдъхване на увереност.
- Създаване на възможност на пациента да контролира до известна степен манипулацията и болката (Даване на определени знаци, които да преустанови извършваната дейност на зъболекаря).
- Отвличане на вниманието на пациента и намаляване на напрежението.
- Проява на емпатия на пациента.
- Да се избират термини които са наутрални, но все пак информативни. Заменяне на термините – рязане, кървене, пробиване, инжектиране, стягане, като например „зъбът се подготвя” вместо „изрязва”; „областта се подсушава” вместо „да се аспирира кръвта”.

Ключът към преодоляването на страха от зъболекаря е пациентът да почувства, че не е сам. Зъболекарят и медицинската сестра трябва да създават усещането, че го разбират във всеки един момент. В началото справянето с денталната фобия може да изглежда невъзможно, но с малки стъпки и кратки процедури то ще започне да става все по-лесно (Balkanska, P. 2000, 2009; Peneva, M. Tsolova E., Kabakchieva R., Rashkova M., 2009).

REFERENCES

- Balkanska, P. (2000, 2009) "Psychological Approaches in Medical Practice", Sofia, Bulvest
(Оригинално заглавие: Балканска, П. (2000,2009) „Психологични подходи в медицинската практика”, гр. София , Булвест).
- Peneva M., Tsolova E., Kabakchieva R., Rashkova M.,(2009) "Prophylaxis of Oral Diseases"
(Оригинално заглавие: Пенева М., Цолова Е., Кабакчиева Р., Рашкова М.,(2009) „Профилактика на оралните заболявания”).
- Stoev V., (2010)"Clinical Communication", Softtree **(Оригинално заглавие:** Стоев В.(2010) „Клинична комуникация”, Софттрейд).
- <http://www.dental-help.net>.

STUDENT'S AWARENESS ABOUT MEASLES ²²

Nazmie Samieva – Student

Department of Health Care
Medical University of Varna
Prof. Dr. "Paraskev Stoyanov",
Affiliate Shumen
Tel.: +359884260536
E-mail: draw_bro@abv.bg

Pervin Shefket – Student

Department of Health Care
Medical University of Varna
Prof. Dr. "Paraskev Stoyanov",
Affiliate Shumen
Tel.: +359896622536
E-mail: nurci01@abv.bg

Assist. Prof. Radostina Jecheva

Department of Health Care
Medical University of Varna
Prof. Dr. "Paraskev Stoyanov",
Affiliate Shumen
Tel.: +359898433999
E-mail: tinatin@abv.bg

Introduction: Measles is an acutely infectious disease that affects early childhood. It is characterized by high infectivity and general susceptibility. The only source and reservoir of the infection are people - sick and infectious. The spread of the measles virus occurs mainly by air-droplet route when coughing, sneezing or talking. Less frequent infection is caused by objects that have fresh secretions of infected on their surface. Initial symptoms are from organs that are gateways for viral infection. The most common are runny nose, pharyngitis (reddened and painful throat), conjunctivitis (with a burning sensation of the eyes, tearing, and light-headedness). The temperature rises sharply, often there is a dry and irritating cough. A characteristic symptom is the discovery of white blotches on a reddish base that are initially located on the mucous membrane on the inside of the cheeks. The rash spreads throughout the body. After the illness is acquired a lifetime immunity. In infants born to mothers who have passed the infection, immune protection is observed for 6-8 months due to passive passage of antibodies through the placenta during pregnancy and breastfeeding after delivery. Specific prevention against the disease is done by placing a vaccine.

Keywords: measles, infection, disease, infectious disease, immunity, vaccine, students, nurse, midwife

ВЪВЕДЕНИЕ

Морбили е остро протичащо инфекциозно заболяване, което засяга приоритетно ранната детска възраст. Характеризира се с висока заразност и всеобща възприемчивост. Единствен източник и резервоар на инфекцията са хората – болни и заразоносители. Разпространението на морбилиния вирус се осъществява основно по въздушно-капков път при кашляне, кихане или разговор. По-рядко заразяване се осъществява от предмети, които имат по повърхността си пресни секрети от инфектирани. Първоначални симптоми са от страна на органите, които представляват входни врати за вирусната инфекция. Най-честите са хрема,

²² Докладът е представен на студентската научна сесия на 09.05.2019 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: РОДИТЕЛИ ЗА ИМУНОПРОФИЛАКТИКАТА – ЗА И ПРОТИВ.

фарингит (зачервено и болезнено гърло), конюнктивит (с чувство на парене от очите, сълзене и светобоязън). Температурата се покачва рязко, често е налице суха и дразнеща кашлица. Характерен симптом е откриване на бели петънца върху зачервена основа, които първоначално се разполагат по лигавицата от вътрешната страна на бузите. Обривът се разпространява по цялото тяло (Dimitrova, T., 2018). Имунитетът, който се придобива след преболедуване е пожизнен. При кърмачета, които са родени от майки прекарали инфекцията се наблюдава имунна защита в продължение на 6-8 месеца, поради пасивно преминаване на готови антитела през плацентата по време на бременността и чрез кърмата след раждането. Специфична профилактика срещу заболяването се прави чрез поставянето на ваксина (Toncheva, S., 2012).

ИЗЛОЖЕНИЕ

Цел:

Настоящото проучване е с цел да се изследва информираността на студентите от специалност „Медицинска сестра“ и „Акушерка“ от Филиал Шумен на МУ -Варна „Проф.

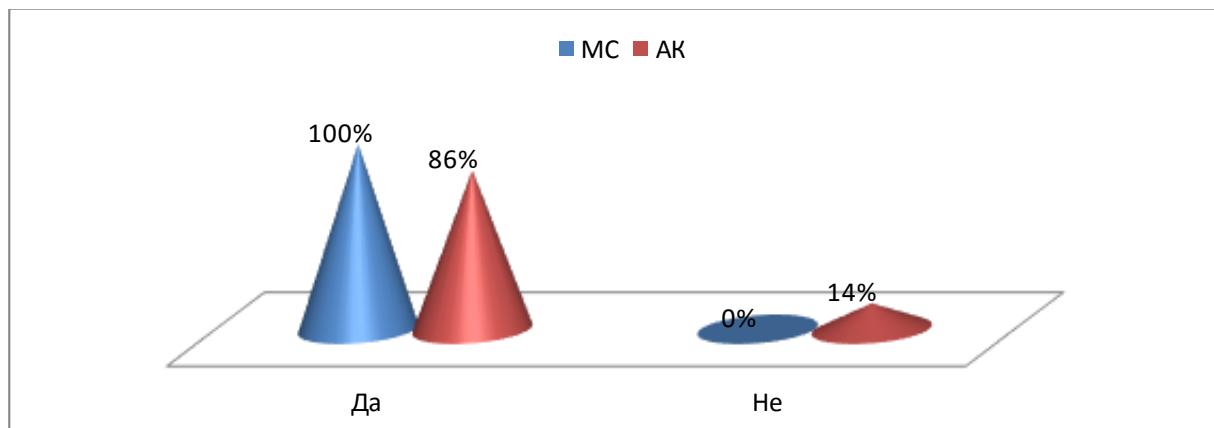
д-р Параксев Стоянов“ относно заболяването морбили.

Материали и методи:

В проучването са обхванати студенти от Специалност „Медицинска сестра“ и „Акушерка“ на МУ- Варна „Проф. д-р Параксев Стоянов“, Филиал Шумен. Проучването е осъществено чрез собствено разработена анонимна анкета обхващаща 74 студента от Филиал Шумен. Анкетата беше проведена през месец март 2019г. За обработка и анализа на данните са използвани документален, статистически и графичен метод.

Резултати и обсъждане:

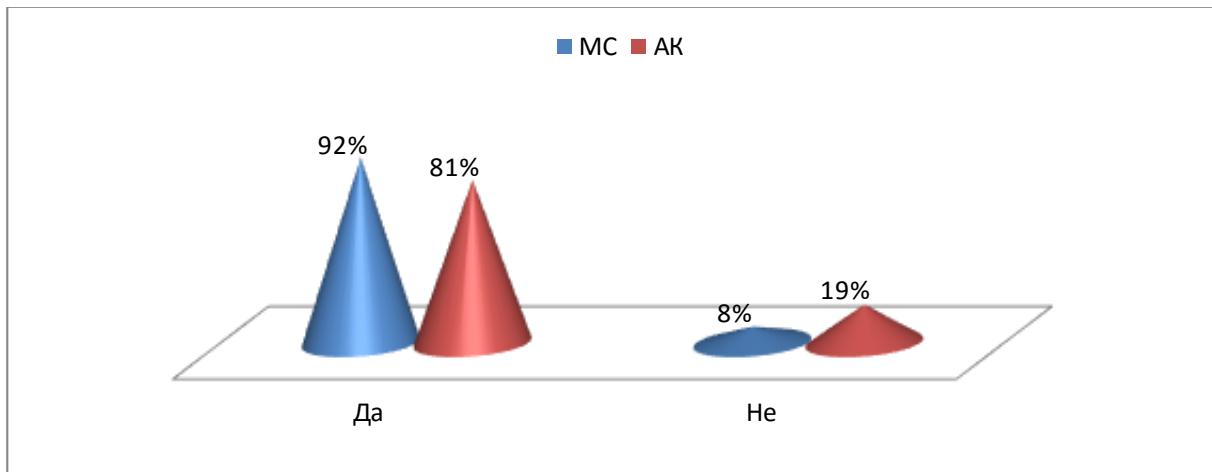
От проведеното анкетното проучване установихме информираността на студенти от Филиал Шумен относно заболяването морбили? (**Фиг.1**).



Фиг.1.Информираност относно заболяването

Всички анкетирани медицински сестри (100%) и акушерки (86%) споделят, че са запознати със заболяването, и много малка част от акушерките не са запознати със заразното заболяване морбили (14%).

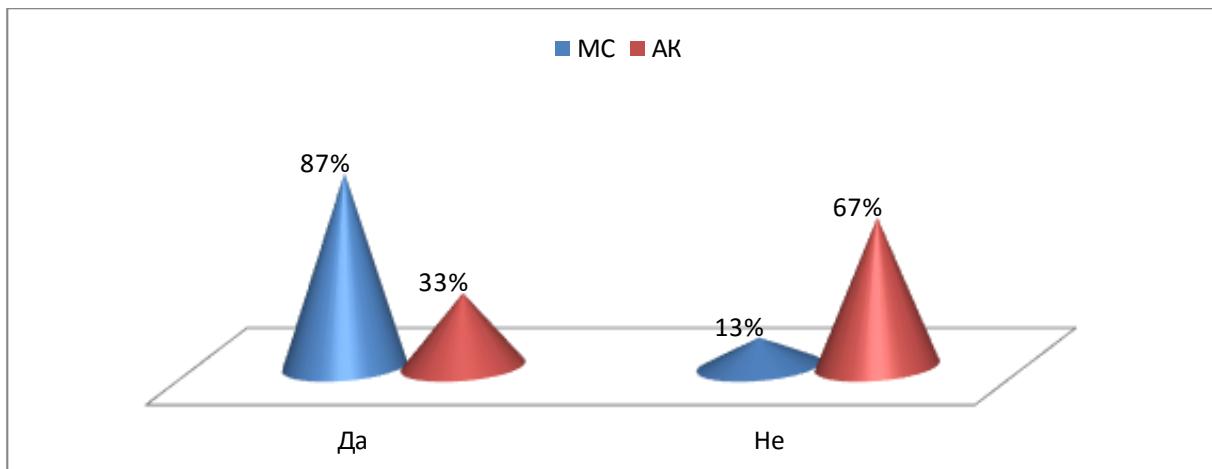
За нас е от голямо значение, информацията на студентите за начините, по които се предава болестта (**Фиг.2**).



Фиг.2. Пътища на разпространение

Повечето и от двете специалности познават пътищата, по които се предава и разпространява болестта. Малък процент от медицинските сестри (8%), и акушерки (19%) дават отрицателен отговор.

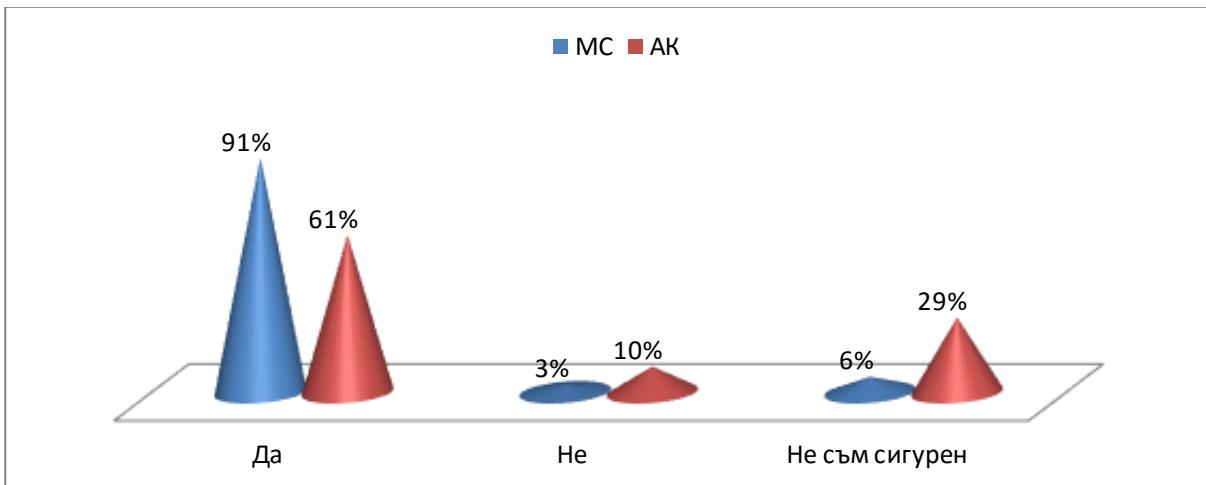
Важно беше да се уточни и запознати ли са със симптомите на заболяването морбили (Фиг.3).



Фиг.3. Симтоматика

Резултатите показваха, че медицинските сестри са запознати със симптомите (87%), които се проявяват при морбили. При акушерките наблюдаваме висок процент на непознаване на симптомите на заразното заболяване (67%).

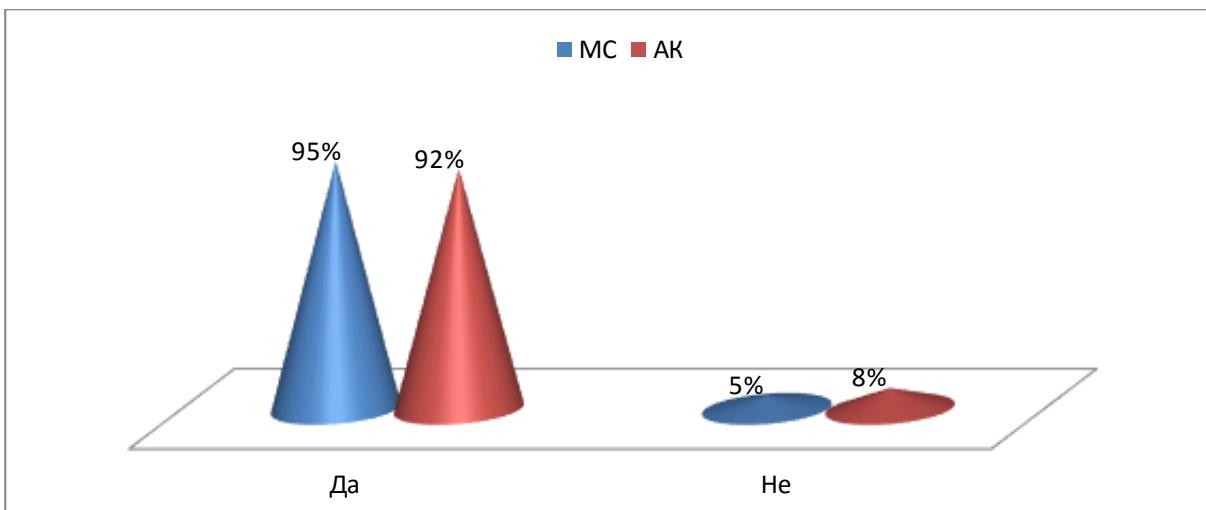
Като бъдещи здравни специалисти от голяма важност бе за нас да узнаем имат ли поставена ваксина студентите (Фиг.4).



Фиг.4. Ваксината МРП сред студентите

Данните показват, че почти всички студенти от двете специалности имат поставена ваксина. Единици са тези, които нямат поставена ваксина, а “не съм сигурен“ посочват от акушерките (29%), и от медицинските сестри (6%).

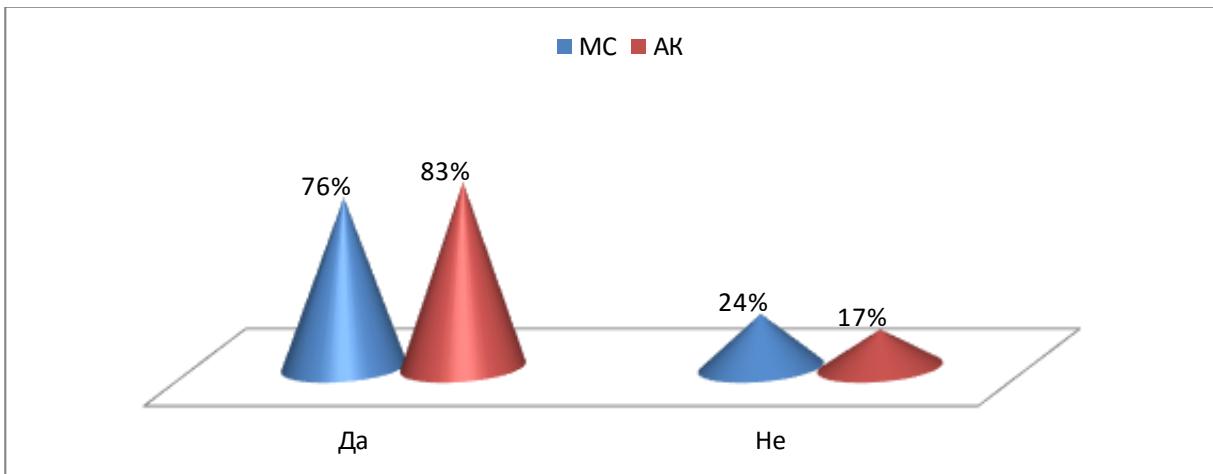
Проучихме мнението на студентите, които не са ваксинирани или са несигурни в това, дали биха желали да се ваксинират (**Фиг.5**).



Фиг.5. Желание за имунизиране

Положителен е факта, че висок процент искат и биха се ваксинирали при медицинските сестри (95%), и при акушерките (92%), малко са студентите, които отказват ваксинация при медицинските сестри (5%) и при акушерките (8%).

Изключително важно и интересно бе да проучим мнението на студентите, като бъдещи майки и здравни специалисти, дали биха искали да ваксинират децата си (**Фиг.6**).



Фиг.6. Мнението на бъдещите майки за ваксинирането на децата им

Анкетираните твърдят, че биха ваксинирали своите деца, при медицинските сестри (76%) и при акушерките (83%). Малко са тези, които посочват отрицателен отговор в проучването за медицинските сестри (24%) и акушерки (17%).

ИЗВОДИ:

След анализ на резултатите се установи, че студентите са добре информирани относно инфекциозното заболяване морбили.

1. Всички медицинските сестри (100%) и почти всички от акушерките (86%) споделят, че са запознати с болестта морбили.
2. Голяма част от медицинските сестри (92%) и акушерките (81%) споделят, че знаят начините, по които се предава и разпространява болестта.
3. Повече от половината акушерки (67%) съобщават, че не са запознати със симптомите на заболяването, а медицинските сестри (87%) съобщават, че са запознати със симптоматичните прояви на болестта.
4. Фактът, че студентите и от двете специалности са ваксинирани е добра превенция на заболяването.
5. Проучването сочи, че има висок процент на положителни отговори от неваксинираните студенти, които проявяват желание да се имунизират.

6. Бъдещите здравни специалисти дават положителен отговор и твърдят, че биха ваксинирали своите деца. Малко са тези, които твърдят обратното в проучването.

Специфична профилактика срещу заболяването от морбили се прави чрез поставянето на ваксина. Включената в българския имунизационен календар е живата трикомпонентна ваксина – срещу морбили, паротит и рубеола. Поради наличието на пасивен имунитет, за да се избегне отрицателното (неутрализиращо ваксиналните антигени) въздействие на майчините антитела, ваксината се поставя на 13 месечна възраст. Втори прием на ваксината е предвиден в задължителния имунизационен календар на Република България за навършилите 12 години. Ваксината е с добра поносимост. След преболедуване се създава траен, пожизнен имунитет, свързан с образуването на специфични антитела, които защитават от повторно заболяване, както и с клетъчномедиран имунитет. Трансплацентарно предадените IgG антитела обуславят имунитета при кърмачетата (пасивен, майчин имунитет), който след първите 6 до 9 месеца започва постепенно да отслабва и в края на първата година от раждането децата стават в почти 100% възприемчиви към инфекцията. Не бива да се забравя, че високият колективен имунитет намалява риска от заразяване на неимунните. Децата в ранна възраст, както и тези с медицински противопоказания за имунизация няма да заболеят, ако околните им контактни са имунизирани.

Всеки случай на морбили следва да се оповести, като за целта се пише бързо известие до Районната здравна инспекция. Децата с доказано заболяване следва да бъдат изолирани. Контактните не трябва да посещават обществени места и училище докато трае инкубационният период (21 дни). Медицинските специалисти имат много важна роля в превенцията на заразното заболяване морбили (Toncheva, S., 2012).

REFERENCES

- Dimitrova, T., 2018, "Epidemiology of Infectious Diseases", Sofia, ARCO (*Оригинално заглавие: Димитрова, Т., 2018 „Епидемиология на инфекциозните болести“, София, APCO*).
- Toncheva, S., 2012 "Nursing in Infectious Diseases", Varna, WINTER – Varna (*Оригинално заглавие: Тончева, С., 2012 „Сестрински грижи при болни с инфекциозни заболявания“, Варна, СТЕНО*).

PSYCHOSOCIAL PROBLEMS OF PEOPLE WITH FOREIGN ACCENT SYNDROME²³

Zerin Ahmed – Student

Faculty of Public Health and Health Care
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone №: 0895372116
E-mail: zerin_ahmed@abv.bg

Assoc. Prof. Despina Georgieva, PhD

Faculty of Public Health and Health Care
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 0889789100
E-mail: dpgeorgieva@uni-ruse.bg

Abstract: *Foreign accent syndrome (FAS) is a rare condition that can be a complication after suffering a disease, including brain disorders, psychogenic disorders, coma, trauma, stroke, migraine, etc. It is manifested in changes in speech, the expression of the words in the mother tongue is changed as speaking with a foreign accent. There have been cases of changing the language with another that has not been studied by the patient. Diagnosis of the disease is difficult, b.c. there is still no clear and definite criteria for its placement. It is recommended that a complex assessment be carried out by a neurologist, psychologist, psychiatrist and speech specialist, conducting numerous psychological and linguistic tests, as well as imaging and electrophysiological studies of the CNS. People suffering from the disease have many psychosocial problems associated with losing their identity and perceiving them as foreigners in their own country.*

Keywords: *foreign accent syndrome, clinical cases, conduct, research, treatment, psychosocial problems, prevention*

ВЪВЕДЕНИЕ

Синдромът на чуждестранният акцент (FAS) е заболяване, попадащо в класацията на 10-те най-редки заболявания по света. В различни източници на информация обобщената информация на случайте обхваща различни периоди от време, случайте на регистрирани пациенти варират от 60-200, като между 1941 и 2009 са регистрирани 60 в света, Не малка част от случайте получават широко медийно представяне.

Синдромът на чуждестранния акцент е нарушение на речта, което причинява внезапна промяна в речта, така че местния говорещ се възприема да говори с "чужд" акцент. FAS най-често се причинява от увреждане на мозъка, причинено от инсулт или травма. Съобщени са и други причини, включително множествена склероза, психогенни разстройства, конверсионно разстройство, мигрена и в някои случаи не е установена ясна причина. Синдромът може да продължи дни, седмици, месеци, години или завинаги и понастоящем няма известно лечение. Речта може да бъде променена от гледна точка на времето, интонацията и разположението на езика, така че да се възприема като чужда. Речта остава силно разбираема и не е задължително да звуци разстроена.

Синдромът е документиран в случаи по целия свят, наблюдавани са промени в акцента от японски на корейски, британо-английски на френски, американо-английски на британо-

²³Докладът е представен на студентската научна сесия на 09.05.2019 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ПСИХОСОЦИАЛНИ ПРОБЛЕМИ НА ХОРАТА СЪС СИНДРОМА НА ЧУЖДЕСТРАННИЯ АКЦЕНТ.

английски, и испански на унгарски, от английски на китайски и други (www.utdallas.edu/research).

ИЗЛОЖЕНИЕ

Състоянието за първи път е описано през 1907 г. от френския невролог Пиер Мари, а друг ранен случай е докладван в чешко проучване през 1919г., проведено от немски интернист Алоис Пик (1859–1945).

Добре познат случай на синдрома е описан в Норвегия през 1941 г., след като една млада жена е получила нараняване на главата от шрапнел по време на въздушна атака. След като очевидно се възстановила от нараняването, тя започва да говори със силен немски акцент. Това и създава много проблеми още в болницата, а по-късно е изпаднала в изолация от колегите си норвежци, тъй като е смятана за немски агент.

След инсулт 61годишна американка Тифани Робъртс, която никога не е живяла във Великобритания започва да говори с британски акцент. "Когато хората първо започнаха да ме питат откъде съм в Англия и един член на семейството ме попита защо говоря така, тогава разбрах, че част от мен е умряла по време на инсулта", споделя тя. Четири години по-късно тя все още се бори да убеди хората, че е американка (NEWS.BBC, 2003).

Робин Вандерлип 42-годишна американка твърди, че след удар по главата и инсулт е започнала до говори с руски акцент, тя никога не е била в Русия, казва, че мрази новия си акцент."когато звучи различно, хората мислят, че съм различна"(Roberts I., 2010).

Кей Ръсел е 49 годишна англичанка, боледува от мигрена, легнала със силна болка. Сутринта, когато се събудила вече говорела с френски акцент. „Това не е преструвка, това е голям недостатък”, споделя 49-годишната жена. Кей Ръсел споделя още „Хората, които не ме познават, ме мислят за французойка или, че съм от Източна Европа или Русия”. Френският акцент е донесъл доста проблеми и на Кей Ръсел. Тя загубила работа си и голяма част от приятелите си. С течение на времето и става все по-трудно да произнася много английски думи, и изпитва силно главоболие в продължение на 10 дни от месеца (Boneva, B., 2010).

Друг интересен случай е представен от BBC със заглавие „Жената, която се роди китайка”. Сара Колуил на 38г. е родена и живяла в Англия през целия си живот. През 2010г се събужда и установява, че говори английски с китайски акцент, като никога не е ходила в Китай и не е изучавала езика. Поставената диагноза, изразяваща се в промяната в говора и създава много проблеми и трудности, пради автоматичното и възприемане и като чужденка (Waugh, R, 2015).

В обзорна статия Стефани Къолен и съавтори представят 15 доказани случай със синдром на чуждестранния акцент. В по-голямата част от случаите, публикувани между 1907 и 2014 г., FAS се дължи на неврогенна етиология. Публикувани са само няколко доклада за FAS с предполагаем психогенен произход. Половата принадлежност на проучените случаи е следната: 67% от включените пациенти са жени ($n = 10/15$), а 33% са мъже ($n = 5/15$). Средната възраст на пациентите с предполагаема психогенна FAS е 48 г. Мъжете са със средна възраст 56г., а при жените 44г.,

Само трима пациенти са получили речева терапия но, тези интервенции не разрешават проблема им. При някои от наблюдаваните пациенти за около 9 седмици синдромът отзува се, но в 60% от случаите не се установява промяна.

Авторите препоръчват комбинираната терапия, фокусирана върху когнитивно-поведенческите проблеми, от една страна, и дефицитите на речта и езика от друга като полезна. Сложната симптоматика може да даде доказателства за припокриващи се когнитивни, психологически и речеви проблеми и затова FAS се интерпретира като се изльчат основните психологически смущения (Keulen, S et al, 2016).

Доскоро лекарите са смятали, че заболяването е психично. Вече е сигурно, че то се дължи на поражения в някои части на мозъка, свързани с езика.

Няма ясно разграничаване на риска от възникване на болестта по възраст и пол, индивиди от всяка възраст и пол могат да бъдат засегнати. При всички описани случаи се наблюдава възстановяване от мозъчно разстройство или нараняване.

Като рискови фактори се определят: инсулт и всеки рисков фактор водещ до това заболяване. В тази група се включват високите стойности на артериалното налягане, сърдечни аномалии, високо ниво на холестерол, повищено телесно тегло, тютюнопушене и алкохолизъм. Те косвено повишават риска от възникване синдрома на чуждестранния акцент (Koleva, G., 2015; (Koleva, G., I. Hristova, 2014; Koleva, G., Hristova, I., Georgieva, D., et all., 2016).

Друга група рискови фактори са мигрена, травма на черепа, мозъчен кръвоизлив и множествена склероза. Важно е да се отбележи, че наличието на рисков фактор не означава, че човек ще получи точно това усложнение. Рисковият фактор увеличава вероятността за получаване на състоянието в сравнение с индивиди без рискови фактори.

Синдромът на чуждестранния акцент най-често се причинява от увреждане на мозъка, което променя тона и степента на речта на индивида. Това разстройство обикновено следва травма на мозъка или силен болков пристъп на мигрена. Увреждането на мозъка влияе и на ритъма или и мелодичността на речта. Когато индивидът говори, някои части от мускулите на езика, лицето и небцето се използват по определен начин. При синдрома на чуждестранния акцент, при мозъчно увреждане или липса на кръвен поток към определени части на мозъка се засяга частта, която контролира езика и речта. Така, когато човек се опитва да говори, звукът или езикът се произвеждат в различен тон. Речта може да бъде променена от гледна точка на времето, тона, стъпката и позицията или разположението на езика, които могат да се възприемат като „чужд акцент“.

Най-честите промените в ритъма и тона на речта се изразяват със следните характеристики:

- По-дълги и изкривени гласни звуци („да“ може да се произнася като „yah“).
- Движение на езика или челюстта по различен начин при говор.
- Използване на неподходящи думи, за да се опише нещо.
- Структуриране на изреченията по неподходящ начин.
- Излишното напрежение върху някои срички, което обикновено не е необходимо.
- Понякога знанието на родния език може изцяло да изчезне.
- Промени в личността, съответстващи на националността на новия акцент.

Индивидът може да се възстанови нормално от първоначалната травма и да започне да говори с чужд акцент няколко седмици или месеци по-късно

Диагностицирането на Синдрома на чуждия акцент преминава през няколко последователни етапа: Първата стъпка е задълбочена оценка, включваща пълна медицинска и семейна анамнеза, изследване на устните структури и стандартизириани тестове за разбирамост на езика и речта. Следва изследване на мускулите, използвани в речта. Оценката на езика се осъществява чрез редица тестове, включващи: тестове за оценка на четенето, писането и разбирането на езика; използване на записи за анализиране на речеви модели. Осъществява се и задълбочена психологическа оценка, за да се изключи психично заболяване (Dove Med, 2018).

Barbara Hernandez в своя статия представя лечебнодиагностични процес на на 65-годишна кубинка с диагноза множествена склероза с роден език - испански, която не е изучавала друг чужд език, но изведнъж започва да говори с английски акцент.

За доказване на диагнозата са осъществени Електроенцефалограма (ЕЕГ), Компютърна томография (КАТ), Ядрено магнитен резонанс (ЯМР) и др. изследвания. Електрофизиологичните и образните проучвания на пациентката показват структурни и функционални аномалии на долните фронтални, темпорални и теменни области двустранно с преобладаване на лявата страна. В заключението авторката посочва, че в действителност не са ясни всички мозъчни структури, които участват в речта и емоционалния му компонент. Поради изчерпване на резултатите е възможно да се потвърди, че мозъчни структури като: инсула, прецентрален и постцентрален гикус (гънка), фронтални и темпорални лобове играят важна роля в някои компоненти на речта. Синдромът на чуждестранния акцент продължава да е рядко заболяване, като най-честата причина според авторката е съдовото заболяване, въпреки това, е представен пациент с множествена склероза,

при който неврофизиологичните и образните изследвания потвърждават нарушение на функцията на фронталните, темпоралните и париеталните области и някои от техните връзки (Hernandez. B., 2018).

Мултидисциплинарният екип от специалисти, ангажиран с диагностиката и лечението на заболяването включва патолог на езика; психолог, невролог, невропсихолог, психиатър, логопед. Публикувани са редица изследвания, свързани със задълбочено изучаване на психичното състояние, психолингвистични оценки, когнитивно и езиково тестване на конкретни клинични случай (Roy J.-Pascale, et all. 2012).

Възможните психосоциални усложнения могат да бъдат: криза на идентичността, проблемите със самочувствието, в резултат на разочарования, свързани с неразпознаване на собствената си реч; социална тревожност, породена от чувството, че засегнатите хора се различават от другите около тях, тревожност и напрежение, свързани с неочекваното начало на болестта и чувството на различност от околните. Чуждестранният акцент може да доведе до фалшиви заключения от хора, които не са запознати със заболяването и до изолация от общността около тях.

Налице е нарастващ интерес към изучаването на езикови и паралингвистични компоненти, психосоциални последици и невронни основи на FAS, но все още не са открыто неврологично лечение за това състояние. Увреждането, което не е достатъчно тежко, за да предизвика фонологични грешки, е свързано с различни промени в финото изпълнение на звуци на речта, които предизвикват впечатление за чуждост (Torresa I.M. et all, 2012).

Синдрома на чуждестранния акцент може да бъде повлиян чрез реч-терапия с логопед, психологическо консултиране и подкрепа. С цел намаляване на проблемите с изолацията от обществото специалистите препоръчват асимилация или преместване на индивида с чуждестранен акцент в тази чужда страна, където те може да не се чувстват изолирани, страни или преследвани заради странния си акцент (Dove Med, 2018).

FAS е интересен синдром, причинен от увреждане на част от мозъка, отговорна за различни аспекти на речта. Съществува общо съгласие, че тези лезии не водят до придобиване на реален и специфичен чуждестранен акцент, а просто до дефицит на произношение или „тон, акцент, паузи, ритъм и вокален стрес“ на речта, които просто предполагат чуждестранен акцент.

Освен това има и случаи на чужестранни акцентни синдроми, при които индивиди без фокално мозъчно увреждане изговарят специфичен чуждестранен акцент. Тези случаи вероятно са психогенни при психични заболявания по време на психотични епизоди (Novella, S., 2010).

ИЗВОДИ

Синдромът на чуждестранния акцент е едно групата на най-рядко срещаните състояния в световен мащаб. Наблюдаваните и описани клинични случаи дават възможност да се синтезира и анализира информацията за тях. Това заболяване продължава да предизвика изследователски интерес в областта неврологията, психологията и лингвистиката. Характерно за редките билести е, че населението не е достатъчно информирано за тях. Важен момент за болните от рядко срещани заболявания е проявата на разбиране и оказване на подкрепа от обществото.

От анализа на научните публикации, изучаващи Синдрома на чуждестранния акцент изводите, които могат да се направят са, че етиологията и механизма на увреждане не е напълно изяснен. Все още няма откърто лечение. От голямо значение е психосоциална подкрепа и проявата на разбиране на проблемите, които възникват с появата на заболяването. Консултациите с клиничен психолог са важни, освен да осъществяване на диагностични тестове, така и за оказване на подкрепа, тъй като голяма част от хората съобщават за проблем и от психосоциален характер и проблеми с идентичността.

Съществен момент е превенцията на заболяването. Основните рискови фактори са инсулт и травматични увреждания. Инсултът се посочва като най-честата причина за синдрома

на чуждестранния акцент, във тази връзка превенцията на инсулт може да помогне за избягване на заболяването. Прилагат се широко известните превентивни мерки, насочени към здравословно хренене и диета, отказване на тютюнопушенето, подържане на оптимално за възрастта тегло и контрол на стойностите на артериалното налягане.

REFERENCES

- Boneva, B., *Foreign accent syndrome* (2010), (**Оригинално заглавие:** Бонева, Б., (2010) Синдромът на чуждестранният акцент) http://news.bnt.bg/bg/a/37311-sindromyt_na_chujdestrannija_akcent
- Dove Med, (2018), *Foreign Accent Syndrome*.. URL: <https://www.dovemed.com/diseases-conditions/foreign-accent-syndrome/> (Accessed on 14.09.2018)):
- Foreign Accent Syndrome (FAS), (2018), UT Dallas., URL: <https://www.utdallas.edu/research/> (Accessed on 05.03.2018)
- Hernandez. B.,(2018). *Neurophysiological and Images Studies in a Case of Foreign Accent Syndrome Secondary to Multiple Sclerosis*. Journal of Neurology and Neuroscience. <http://www.jneuro.com/neurology-neuroscience/neurophysiological-and-images-studies-in-a-case-of-foreign-accent-syndrome-secondary-to-multiple-sclerosis.php?aid=21691> (Accessed on 03.06.2008)), doi:10.21767/2171-6625.1000240
- Keulen, S., Verhoeven, J., De Witte, E., De Page, L., Bastiaanse, R., & Mariën, P. (2016). *Foreign Accent Syndrome As a Psychogenic Disorder: A Review*. *Frontiers in human neuroscience*, 10, 168. doi:10.3389/fnhum.2016.00168
- Koleva G., (2015), *Hypercholesterolaemia - Prevention and prevention*, Scientific Conference of RU and Union of Scientists in Ruse, 8th Series, Volume 54, Rousse, Rousse University, str 59-63, ISBN 1311-3321. <http://conf.uni-ruse.bg/bg/docs/cp15/8.3/8.3-10.pdf>, (**Оригинално заглавие:** Колева Г., 2015, Хиперхолестеролемия- превенция и профилактика, Научна конференция на РУ и СУ, серия 8.3, том 54, Русе, Русенски университет, стр 59-63, ISBN 1311-3321. <http://conf.uni-ruse.bg/bg/docs/cp15/8.3/8.3-10.pdf>)
- Koleva, G., I. Hristova (2014), *Risk factor for arterial hypertension*, Scientific Conference of RU and Union of Scientists in Ruse, 8th Series , серия 8.3, том 53, Ruse, Rusenski universitet, 2014, str. 93-98, ISBN 1311-3321, <http://conf.uni-ruse.bg/bg/docs/cp14/8.3/8.3-19.pdf> (**Оригинално заглавие:** Колева, Г., И. Христова, 2014, Рискови фактори за артериална хипертония, Научна конференция на РУ и СУ, серия 8.3, том 53, Русе, Русенски университет, стр 93-98, ISBN 1311-3321).
- NEWS.BBC, 2003, *Stroke gives woman British accent*, An American woman has been left with a British accent after having a stroke, <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/3235934.stm> Last Updated: Tuesday, 25 November, 10:38 GMT.
- Novella, S., 2010, Foreign Accent Syndrome. Neurologica blog. URL: <https://theness.com/neurologicablog/index.php/foreign-accent-syndrome> (Accessed on 26.08.2010).
- Roberts I., 2010, foreign accent syndrome: who it can affect, <https://www.telegraph.co.uk/news/science/science-news/8186915/foreign-accent-syndrome-who-it-can-affect.html>.
- Roy,J.-Pascale; J. Macoir, V. Martel-Sauvageau, C.-A Boudreault (2012) Two French-speaking cases of foreign accent syndrome: an acoustic–phonetic analysis, *Clinical Linguistics & Phonetics*,26:11-12, 934-945, DOI: 10.3109/02699206.2012.723237.
- Torresa,I.M, M. L.Berthier, M. Del Mar Cid, Cr. Green, A. Gutiérrez, N. García-Casares, S. Fr. Walsh, A. Nabrozhidis, J. Sidorova, G. Dávila, C. Carnero, Foreign accent syndrome: A multimodal evaluation in the search of neuroscience-driven treatments, *Neuropsychologia*, Volume 51, Issue 3, Pages 520-537 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0028393212004770>; <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2012.11.010>.
- Waugh Rob, 2015, British woman who woke up with a Chinese accent is told it's permanent, <https://metro.co.uk/2015/07/06/british-woman-who-woke-up-with-a-chinese-accent-is-told-its-permanent-5282793/>, Monday 6 Jul 2015 3:51 pm .

Koleva, G., I. Hristova,D. Georgieva,D.Draganova, I.Serbezova (2016)Level of awareness of Republic Bulgaria's population for treatment of ischemic stroke via thrombolysis. IN: SEA – Conf 2016, 2 INTERNATIONAL CONFERENCE Constanta, ISBN 2457-144X.
https://www.researchgate.net/publication/331224329_Level_of_awareness_of_Republic_Bulgaria's_population_for_treatment_of_ischemic_stroke_via_thrombolysis

THU-2G.205-1-SSS-HC-08

THE SATISFACTION OF PATIENTS ABOUT HEALTH CARE SERVICES PROVIDED BY STUDENTS ²⁴

Selen Ayrieva – Student

Faculty of Public Health and Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Tel.: +359887724353
E-mail: zilen97@abv.bg

Shukran Syuleyman – Student

Faculty of Public Health and Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Tel.: +359894482250
E-mail: shukran12345@abv.bg

Assoc. Prof. Daniela Konstantinova, PhD

Faculty of Public Health and Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359888520021
E-mail: ddraganova@uni-ruse.bg

Abstract: According to the EU Health Strategy "Together for Health - A Strategic Approach for the EU", healthcare professionals have an exceptional role in the proper functioning of the whole healthcare system. Studies by the European Forum of National Nursing and Midwifery Associations and the World Health Organization indicate that from the number and qualifications of nurses and midwives in hospitals depend the number of complications, duration of treatment and mortality in hospitals. Health care activities are an extremely important part of treatment, rehabilitation, prophylaxis and health promotion.

Keywords: health care, quality in nursing care, patient satisfaction

ВЪВЕДЕНИЕ

Двадесет и първи век е век на здравните грижи. Този факт се обуславя от бързото развитие на диагностичните, терапевтичните и фармацевтичните медицински технологии, които, от една страна допринасят за справянето с нелечимите досега заболявания, но от друга страна, ги „натрупват“ като хронични заболявания, водещи често до инвалидизация (Strategy for Development of Health Care in Bulgaria 2013). Според здравната стратегия на ЕС „Заедно за здраве – стратегически подход на ЕС“, специалистите по здравни грижи имат изключителна роля за правилното функциониране на цялата здравеопазваща система. Проучвания на Европейския форум на националните сестрински и акушерски асоциации и Световната здравна организация сочат, че от броя и квалификацията на сестрите и акушерките в болниците зависи броят на усложненията, продължителността на лечението и смъртността в болниците (Strategy for Development of Health Care in Bulgaria 2013).

В последното десетилетие здравеопазването и здравните грижи все по отчетливо се причисляват към глобалните проблеми на нашето време. Здравните грижи са вид услуга, която

²⁴ Докладът е представен на студентската научна сесия на 09.05.2019 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: Удовлетвореност на пациенти от предоставените от студенти здравни грижи

включва медицинските грижи за пациентите, като здравните грижи са общ медицински подход към пациентите от страна на лекаря и медицински сестри (Todorova, T., 2014).

ИЗЛОЖЕНИЕ

Проблемът за качеството на сестринските грижи в болницата е изключително актуален, поради повишаването на потребностите на пациентите. Те все повече търсят информация по отношение на болничното лечение, качеството на грижите. Степента на неудовлетвореност на пациента ще зависи не само от важността на здравния му проблем, но и от появата на непредвидени проблеми по време на хоспитализацията. Качеството на грижите в болницата трябва да отговаря на очакванията на пациентите и на неговите потребности, както по отношение на техническото изпълнение на грижите и процедурите, така и по отношение и взаимоотношенията с болничния персонал. Редица проучвания доказват, че качеството на сестринските грижи е свързано с удовлетвореността на пациентите.

Удовлетвореността на пациентите от качеството на грижите по време на тяхната хоспитализация е съществен критерий при определяне качеството на оказаната медицинска помощ като цяло в лечебното заведение (Sabrieva, S., Gr. Koleva, 2017).

Обучението на медицинските сестри в България осигурява нужната компетентност за осъществяване оценката на потребностите, планиране и осъществяване на здравни грижи, но все още масово се преподават добре познатите традиционни методи и средства за хигиенни грижи (Yasharova, G., Hristova, I., 2019).

Дейностите по здравни грижи са изключително важна част от лечението, рехабилитацията, профилактиката и промоцията на здраве. Тяхната нормативна регламентация е от съществено значение за прилагане на качествената грижа. Според Наредба 1 Медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти могат да извършват самостоятелно и по назначение от лекар дейности по предоставяне и събиране на здравна информация; промоция на здравето, превенция и профилактика на болестите; предоставяне на медицински и здравни грижи; рехабилитация; осъществяване на манипулации; оказване на спешна медицинска помощ; разработване на проекти, провеждане на обучение и изследвания в областта на здравните грижи.

При проучване за качеството на здравните грижи, почти всички биха казали, че искат здравни грижи с високо качество, и повечето хора интуитивно усещат, какво значи това. Сложността при дефинирането на качеството на здравните грижи се дължи отчасти на това, че различни групи хора могат да имат много разминаващи се причини да измерват качеството – резултатът е различни критерии за оценяване и различни акценти.

Съществуват множество дефиниции за „качествени грижи“, но следната предложена от Института по медицина на САЩ (IOM) обобщава добре съдържанието на много други дефиниции, и е получила широко одобрение (Institute of Medicine, 2001).

„Степента, до която здравните услуги за отделни лица и популации увеличават вероятността за постигане на желаните здравни резултати и са съобразени със съвременното професионално знание (наука).“

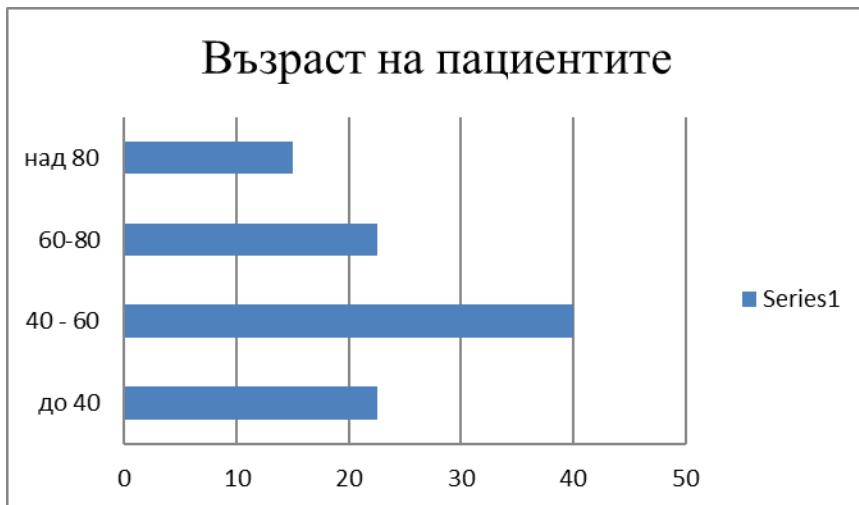
Студентите от трети курс специалност медицинска сестра са в края на своето теоретично и практическо обучение, като им предстои само стаж по специалността. За проучване мнението на пациентите за практическата подготовка на студентите, проведохме проучване сред 40 пациенти от различни отделения на УМБАЛ „Канев“ АД. Резултатите от проучването са обработени с програма за статистическа обработка на резултатите SPSS 16.0.

В проучването се включиха 16 мъже /40%/ и 24 жени /60%. Образователното ниво е показано във фигура 1.



Фиг. 1. Образователно ниво на пациентите.

За преценката на пациентите има значение и образованието, поради което изследвахме и образователното ниво. Резултатите показват, че 88 % от анкетираните лица са със средно и по-високо образование.



Фиг. 2. Възраст на пациентите

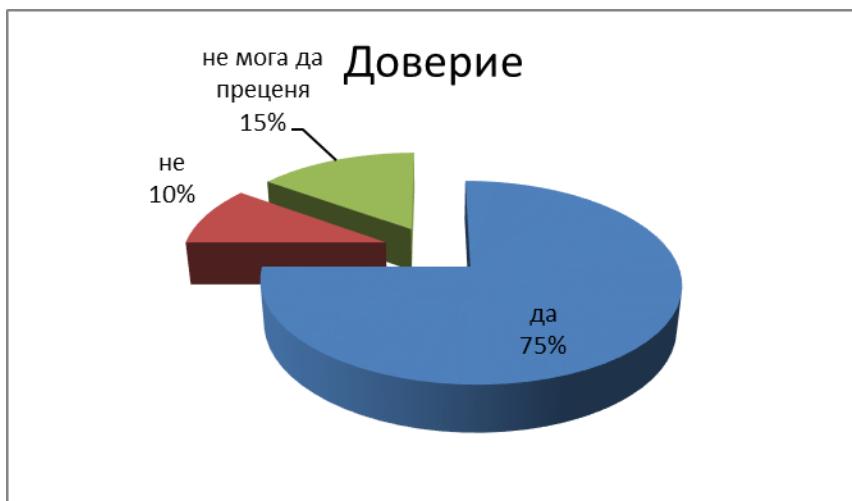
Включени са пациенти от различни възрастови групи (Фигура 2) поради очаквана разлика в потребностите и оценките им.

Увеличаването на абсолютния брой на хората в напреднала и старческа възраст е пряко следствие на увеличената средна продължителност на живота. В Национален социален доклад на Република България за 2013-2014 г. се казва, че България, както редица страни –членки на Европейския съюз, е изправена пред сериозни предизвикателства, свързани със застаряването на населението, което води до повишаване на потребността от медицински услуги и здравни грижи.



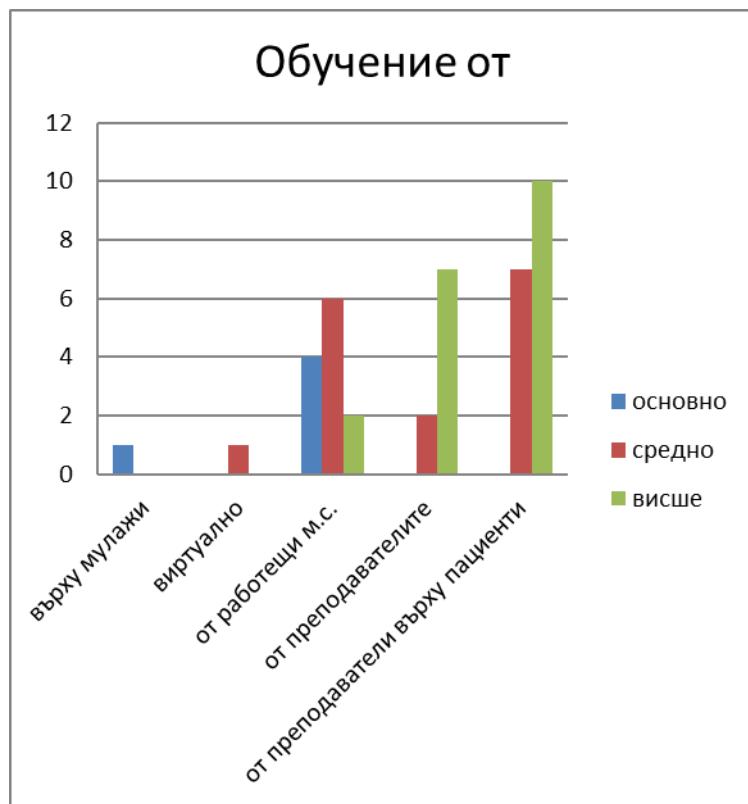
Фиг. 3. Подготовка на студентите според пациентите

Въпреки че пациентите нямат необходимите познания за да оценяват подготовката на студентите, въпросът беше зададен за да преценим тяхното мнение, доверие и отношение към студентите и обучението (фигура 3). Трябва да имаме предвид, че при тяхната оценка голямо влияние оказват отношението на студентите към тях и нивото на комуникация. От фигурата виждаме, че само 7 % смятат студентите за неподгответни за самостоятелна работа. Въпросът има връзка и със следващия – доверяват ли се пациентите на студентите за изпълнението на манипулации и изследвания (Фиг. 4).



Фиг. 4. Доверявате ли се на студентите да изпълняват назначените Ви изследвания и манипулации?

Доверието е от много голямо значение защото участието на пациента в обучителния процес е доброволно и е важна част от практическото обучение на студентите. За постигане на информирано съгласие е необходимо да се проявява уважение и зачитане на личността на пациента, толерантност и емпатия, спечелване на доверието чрез непринудено общуване (Grudeva, M., 2011).



Фиг. 5. Според Вас как студентите трябва да придобият практическите си умения?

Според пациентите практическите умения студентите трябва да придобият чрез обучение върху мулажи (2,5 %), виртуално обучение (2,5 %), от работещи медицински сестри (30 %), от преподавателите (22,5%) и от преподаватели върху пациенти (42,5 %).

Съпоставени отговорите съобразно образованието на пациентите (Фиг. 5) се открояват отговорите на пациентите с висше образование според които обучението трябва да се води от преподавател.



Фиг. 6. Удовлетвореност от здравните грижи, предоставяни от студенти

Като цяло пациентите показват висока удовлетвореност (72 %) от здравните грижи, предоставяни от студенти (Фиг. 6).

ИЗВОДИ

Доверието е от много голямо значение за участието на пациента в обучителния процес, което е доброволно и е важна част от практическото обучение на студентите. Затова е важно да се работи в посока спечелване доверието на пациента и повишаване на неговата удовлетвореност от предоставените от студентите здравни грижи.

REFERENCES

- Grudeva, M., (2011), *The Process of Training in the Higher Medical School*, Training Tool, Ed. MOREA, Varna, (Оригинално заглавие: Грудева, М., (2011), Процесът обучение във висшето медицинско училище, учебно пособие, изд. МООРЕА, Варна).
- Yasharova, G., Hristova, I. (2019). INFORMING STUDENTS OF A NURSING SPECIALTY AT UNIVERSITY OF RUSE ABOUT ALTERNATIVE METHODS OF HYGIENIC CARE. 58th Science Conference of Ruse University - SSS, Bulgari.
- National Social Report of the Republic of Bulgaria for 2013-2014 g. (Оригинално заглавие: Национален социален доклад на Република България за 2013-2014 г. (Приет от Министерския съвет на Република България на 30.04.2014 г.)
- Naredba 1 от 8 февруари 2011 г. for professional activities, such as medical nurses, acuscherkite, asociiranite medicinski specialist, and medical assistants who have been assisted by a self-employed person (Оригинално заглавие: Наредба № 1 от 8 февруари 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно)
- Ocenяване качеството на здравните грижи, URL: https://www.nsoplb.com/uploads/article_documents/____1.pdf .
- Sabrieva, S., Gr. Koleva, (2017) *Satisfaction of Patients with Healthy Diseases upon Admission and Pre-Entrance Neurosurgery at UMHAT-Ruse AD* (Оригинално заглавие: Селиме Сабриева, С., Гр. Колева 2017, Удовлетвореност на пациентите от здравните грижи при приемането и престоя в отделение Неврохирургия при УМБАЛ Русе АД, XIII Национален форум на специалистите по здравни грижи, Варна).
- Strategy for Development of Health Care in Bulgaria 2013 – 2020 г. (Оригинално заглавие: Стратегия за развитие на здравните грижи в Р.България 2013-2020).
- Toncheva, S., From traditional nursing to innovation and responding to patient expectations, NK RU I SUB, klon Ruse, 2015 (Оригинално заглавие: Тончева, С., 2015 От традиционно сестринство към иновации и отговор на очакванията на пациента, НК на РУ и СУБ - клон Русе).
- Todorova, T., (2014), Basic guidelines for improving the quality of health care, RU I SUB, klon Ruse, (Оригинално заглавие: Тодорова, Т., 2014, Основни насоки за повишаване качеството на здравните грижи, НК на РУ и СУБ).

THU-2G.205-1-SSS-HC-09

THE INCREASE OF ADDED SUGAR CONSUMPTION AND OBESITY AMONG THE ADOLESCENT²⁵

Ana-Mariya Mladenova- Student

Faculty of Public Health and Health Care
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone №: 0884294689
E-mail: a_mariq@abv.bg

Assoc. Prof. Despina Georgieva, PhD

Faculty of Public Health and Health Care
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 0889789100
E-mail: dpgeorgieva@uni-ruse.bg

Abstract:

Worldwide the consumption of sugar has rapidly increased and nowadays it reaches to amounts repeatedly exceeding the permissible daily doses. The World Health Organization, as well as a number of American, European healthcare institutions and non-governmental organizations, are taking numerous measures at global level to reduce the added value of sugar in foods and increase public awareness of its harmful health impacts.

In this scientific report, a study of eating habits was conducted among 78 students on the age of 12 to 15y.o. from the city of Rousse. The questionnaire includes questions about the amount of sugar consumed daily, the level of awareness of recommended standards, consumption of pasta and non-alcoholic beverages. The summarized results eloquently speak of a low level of awareness of the daily recommended consumption standards for added sugar. Most children experience daily consumption of pasta and confectionery, as well as carbonated beverages.

Keywords: added sugar, recommended standards, health, harmful impact, awareness, study of children.

REFERENCES

- World Cancer Research Fund International 2015, Curbing global sugar consumption, Effective food policy actions to help promote healthy diets & tackle obesity, <https://www.wcrf.org/sites/default/files/Curbing-Global-Sugar-Consumption.pdf>
- Bespok, 2016, Typical sugar consumption now vs 100 years ago, <https://www.bespoke.world/food-1/sugar-consumption-now-vs-100-years-ago>, NOVEMBER 21, 2016
- (HFA, 2019), Healthy Food America, 2019, Why take on sugar? Why now?, http://www.healthyfoodamerica.org/sugartoolkit_overview
- Wetsman N., 2015, Wetsman N Listing Added Sugar on Food Labels May Save Lives, A study predicts that implementing the new labels would curb sugar intake, potentially preventing thousands of cases of disease, April 15, 2019

²⁵ Докладът е представен на студентската научна сесия на 09.05.2018 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: УВЕЛИЧАВАНЕ ПРИМА НА ДОБАВЕНА ЗАХАР И ЗАТЛЪСТЯВАНЕ СРЕД ПОДРАСТВАЩИТЕ Докладът е отличен с награда Best Paper в секция „Здравни грижи“ и включен в книга “Reports Awarded with BEST PAPER Cristal Prize” – 2019 г

Bowman SA, Clemens JC, Martin CL, et al , 2017, Bowman SA, Clemens JC, Martin CL , Anand, J. Steinfeldt, L. C., Moshfegh, A. J., Added Sugars Intake of Americans: What We Eat in America, NHANES 2013-2014

AFDA, 2004, American Food and Drug Administration. (AFDA,2004). How to understand and use the nutrition labeling. Restored by, <http://www.fda.gov/food/ingredientspackaginglabeling/labelingnutrition/ucm274593.htm>

Sigman-Grant, M., Morita, J., 2003, Determination and interpretation of the intake of sugars. The American Journal of Clinical Nutrition, 78 (4), 815S-826S. two: PMID: 14522745

HFA, 2019, Healthy food America, Moving Science to Action, Reducing Sugar Exposure, How can we reduce our exposure to added sugars? Six key policy approaches, http://www.healthyfoodamerica.org/sugartoolkit_exposure

IDF, 2016, EUROPE POSITION ON ADDED SUGAR, 2016

http://www.eu-patient.eu/globalassets/library/publications/added-sugar-final_idf-europe-position.pdf

Simona Nedelcheva – Student

Department of Public Health and Health Care,
University of Ruse "Angel Kanchev"
Tel.: 0899 989 014
E-mail: simona_99_rz@abv.bg

Chief Assist. Prof. Greta Koleva, PhD

Department of Public Health and Health Care,
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 0882 517 173
E-mail: gkoleva@uni-ruse.bg

Abstract:

Metabolic syndrome is a combination of metabolic and cardiovascular symptoms: insulin resistance (IR) and type II diabetes, obesity, dyslipidemia. Insulin resistance with secondary hyperinsulinemia is very often associated with hypertension, dyslipidemia, atherosclerosis and, most importantly, obesity.

The strategy for the therapeutic effect of arterial hypertension in metabolic syndrome should be based on lifestyle changes, dietary changes and physical activity, weight reduction, and improvement in muscle blood flow.

The current scientific communication aims to clarify the importance of metabolic syndrome for public health in the context of hypertension and to refine interventions that can be used in primary, secondary and tertiary profiling as well as screening in patients with risk factors..

Key words: Metabolic syndrome, Arterial hypertension, insulin resistance, type II diabetes, obesity

ВЪВЕДЕНИЕ

В продължение на много години се признава, че хипертонията има склонност да се групира с различни антропометрични и метаболитни аномалии, включително абдоминално затъняване, повищени триглицериди, намален липопротеинов холестерол с висока плътност, глюкозна непоносимост, инсулинова резистентност и хиперурикемия. Това съзвезdie от различни условия се трансформира от патофизиологична концепция в клинична единица, която е дефинирана метаболитен синдром (MetS).

По данни на СЗО над 30% от населението на планетата страда от Артериална хипертония. Тя е водещ рисков фактор за инфаркт на миокарда и мозъчен инсулт. Loшият конкрол на кръвното налягане е причина за 62% от всички мозъчно-съдови инциденти. Над 1,7 милиона българи имат стойност на АН равна или надвишаваща 140/90mmHg и следователно са с повишен рисък от развитие на усложнения (World Health Organization, 1999).

Честотата на MetS се увеличава в световен мащаб паралелно с нарастването на наднорменото тегло и затъняването. Епидемията, постигната от MetS, представлява голямо предизвикателство за общественото здраве, тъй като MetS, дори и без диабет тип 2, предоставя висок рисък от сърдечно-съдова заболяваемост и смъртност, включително и при пациенти с хипертония. Повишиеният сърдечно-съдов рисък, свързан с MetS при пациенти с високо кръвно налягане, е възможно да бъде до голяма степен медиран чрез повишена честота на предклинични сърдечно-съдови и бъбречни промени, като левокамерна хипертрофия, ранна каротидна атеросклероза, нарушен аортна еластичност, хипертонична ретинопатия и микроалбуминурия. Много научни доклади подкрепят съвршането, че хипертоничните

²⁶ Докладът е представен на студентската научна сесия на 09.05.2019 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ И МЕТАБОЛИТЕН СИНДРОМ.

пациенти с MetS по-често показват ранни признания на увреждане на крайния орган, повечето от които са признати като значими независими предиктори на неблагоприятни сърдечносъдови резултати (Urek R, Crnčević-Urek M, Cubrilo-Turek M., 2007).



Фигура 1. Метаболитен синдром

Съществуват доказателства подкрепящи идеята, че тези характеристики се срещат едновременно в по-голяма степен, отколкото очакваме и това разтрайство заслужава названието "метаболитен синдром" (Mulè, G., Calcaterra, I., Nardi, E., et all, 2014).

Няколко скорошни проучвания показват, че диабет тип 2, артериална хипертония, нарушения на липидите, както и висцералното затлъстяване са коронарни рискови фактори, които могат да принадлежат към синдром, причинен от понижена инсулинова чувствителност с компенсаторна хиперинсулинемия. Повече от 50% от пациентите с есенциална хипертония имат известна степен на инсулинова резистентност. Едно от обясненията е, че връзката между кръвното налягане и чувствителността към инсулин може да бъде свързана главно със съществуващото затлъстяване (Müller-Wieland D¹, Kotzka J, Knebel B, et all, 1998).

Съдовите нарушения са основополагащи за състоянието MetS. Проучването на Framingham показва, че приблизително 80% от есенциалната хипертония при мъжете и 65% при жените могат да се отдават директно на затлъстяването. Съществува ясна връзка между индекса на телесна маса и артериалното налягане (Praso S, F. Jusupovic, E. Ramic et all, 2012).

В началото на 20-ти век, двама лекари, почти едновременно и независимо публикуват две статии под почти едно и също заглавие: „За хипертонията и диабета“. В тези статии авторите за първи път описват съвместното съществуване на хипертония и захарен диабет при възрастни и предлагат общ механизъм за развитието на тези заболявания.

През 1988 г., Reaven, предположи, че инсулиновата резистентност е обичайният етиологичен фактор за група нарушения като високо кръвно налягане, хиперинсулинемия, високи нива на липопротеини с ниска плътност (LDL), триглицериди и холестерол и ниски нива на липопротеини с висока плътност (HDL). Reaven нарече тази колекция от "синдром H" (Steinberger J, Daniels SR, Eckel RH et all, 2009; Reaven GM., 1993).

Една година по-късно, Kaplan добавя към гореописаните патологии много важен фактор, а именно централен тип затлъстяване (увеличаване на подкожните мастни депа в коремната област). Оттогава абдоминалното затлъстяване се счита за един от типичните компоненти на синдрома (Mendizábal, Y., Llorens, S., Nava E., 2013).

ИЗЛОЖЕНИЕ

През 2010 год. работна група към Българския институт "Метаболитен синдром" (БИМС) изготвя национален консенсус за поведение при който предлага следните критерии (Hristov V,

Gacheva, N., Petkova, 2010)

Табл.1 Критерии за поведение при Метаболитен синдром

Рисков фактор	Прицелно ниво	Уточнение
Обиколка на талията	мъже <94 см, жени <80 см	Ежегоден контрол при АН>130/85, но < 140/90; При данни за хипертония контрол при всяко посещение при лекар
ИТМ	< 25 kg/m ²	
Артериално налягане	< 130/80 mmHg	
Общ холестерол	<4.5 mmol/l, желателно <4.0	
Серумен LDL-C	<2.5 mmol/l, желателно <2.0	
Серумен HDL-C	мъже >1.0 mmol/l, жени >1.2 mmol/l	Липидният профил следва да се определя ежегодно при нормални стойности, а при отклонение и/или терапия – по преценка
Серумен не - HDL-C	< 3.4 mmol/l	
Триглицериди	< 1.7 mmol/l	
Кръвна захар на гладно	< 5.6 mmol/l	
Кръвна захар 2 ч. след хранене	< 7.8 mmol/l	Кр. захар на гладно се определя след 12-ч. гладуване, ежегодно при нормални стойности.
HbA1c при ЗД2	< 6.5%	

Задължителните диагностични процедури при пациенти с един или няколко от компонентите на MetS трябва да включват:

- измерване на ръст, тегло, обиколка на талията; изчисляване на BMI и НОМА индекс.
- Лабораторни показатели: СУЕ, ПКК, кръвна захар на гладно, ОГТТ с изследване на инсулинови нива /по преценка/, липиден профил (TChol, LDL, HDL, TG), креатинин, пикочна киселина, трансаминази (ASAT, ALAT); електролити (K,Na); обща урина. При ЗД тип 2: КЗП; HbA1c; CRP; микроалбуминурия + горепосочените рутинни биохимични показатели.

БИМС препоръчва удобен за клиничната практика тристъпален алгоритъм на поведение и проследяване на пациентите с MetS:

I. Оценка на риска – определяне на глобалния 10-годишен рисък за поява на сърдечно-съдово заболяване при пациентите с метаболитни нарушения.

За българските пациенти се възприемат следните стойности за оценка на риска:

- много висок (10-годишен риск за смърт > 15%),** клинично изявена атеросклеротична болест /превиждани коронарни инциденти или и метаболитен синдром;
- висок риск (10-годишен риск 10-15%),** диагностицирана коронарна болест или захарен диабет;
- умерен риск (5-10%) и поне 2 големи рискови фактора.**

II. Промяна в начина на живот - понижение на телесното тегло, повищена физическа активност, промяна на хранителните навици и хипокалорийна диета и отказ от тютюнопушене.

III. Медикаментозно лечение

1. Антилипемични медикаменти – Статини, Фиброли, Никотинова киселина (Nicotinic acid; vitamin B3), Йонообменни смоли. Прицелните нива на LDL-C се определят в зависимост от степента на риска – от 3.4 mmol/l при умерен риск през нива под 2.5 mmol/l за високорискови болни до под 2.0 mmol/l при много висок риск.

2. Повлияване на инсулиновата резистентност с препарати като Метформин (Glucophage, Siofor, Metfogamma).

3. Антихипертензивна терапия - АСЕ-инхибитори, АРБ блокери и калциеви антагонисти.

4. Антиагрегантна терапия - При болни над 40 години и умерен риск, КБИМС препоръчва приложение на ниски дози аспирин (Georgiev, B. 2009).

Артериалната хипертония е в тясна корелация с наднорменото телесно тегло. Загубата на телесно тегло при хипертоници може да повиши ефикасността на медикаментите и да подобри сърдечно-съдовия рисков профил (Koleva, G., 2016; Koleva, G., 2018); Konstantinova D., D. Georgieva, G. Koleva, 2014).

Цел на терапията на артериалната хипертония при наличие на MetS е понижение на високия рисък за настъпване на сърдечно-съдов и бъбречен инцидент и превенция развитието на захарен диабет тип 2, а също така и да отложи прогресията и да стимулира обратното развитие на органните увреждания. Обратимите (управляеми) рискови фактори, които могат да намалят риска от развитие на артериална хипертония и по този начин риска от сърдечно-съдови заболявания са: повишена консумация на готварска сол, неправилен хранителен режим, наднормено тегло, намалена физическа активност, хиперхолестеролемия, злоупотреба с алкохол и никотин, хроничен психо-емоционален стрес (Koleva, G, Hristova I., 2014; Koleva, G., 2015; Koleva, G, Hristova I., 2017).

Интервенция с цел понижение на телесното тегло, официално препоръчана като първи избор е прилагане на подходяща ниско-калорийна диета и повишаване на физическата активност. Реалистична цел е понижение на телесното тегло със 7–10% за период от 6–12 месеца. Дългосрочното поддържане на редуцираното телесно тегло най-добре се постига с регулярни физически упражнения. Препоръчва се ежедневна физическа активност с умерена интензивна степен с минимална продължителност 30 минути. Задължително е преустановяването на тютюнопушенето (Steinberger J, Daniels SR, Eckel RH et all, 2009; Koleva G, I. Hristova, 2017).

Границните стойности на артериалното налягане над които се препоръчва назначаване на терапия са 130/85 mmHg при отсъствие на захарен диабет. При наличие на микроалбуминурия или други органни увреждания, освен интервенцията за промяна на начина на живот трябва да бъде назначена и медикаментозна терапия с цел понижение на стойностите на артериалното налягане $\leq 140/90$ mmHg.

Скрининг за МС при пациентите с един или повече рискови фактори, без разгърнат МС се извършва веднъж годишно. При лица с предиабет също веднъж годишно, следва да бъдат изследвани чрез орален глюкозотолерантен тест за евентуална прогресия.

Успехът от лечението на метаболитния синдром се определя от степента на корекция на комплекса от рискови фактори, които формират диагнозата при съответния пациент (Hristov V, Gocheva, N., Petkova, M., 2010).

Превенция и профилактика

Първична профилактика - предотвратяване появата на рисковите фактори: затлъстяване, неправилно хранене, консумация на много и рафинирани захарни продукти, липсата на физическа активност.

Вторична профилактика - изследва критичните показатели за определяне на морбидността на синдрома и установяване на заболяемостта.

Третична профилактика - при пациенти с установено заболяване, като целта е предотвратяване на по-нататъшни усложнения и вторични заболявания (Georgieva D, 2015).

ИЗВОДИ

Метаболитният синдром представлява консталация от метаболитни и сърдечно-съдови рискови фактори. При индивиди с метаболитен синдром и АН около горната граница на нормата е установен повишен рисък за прогресия на заболяването.

Необходимо е популяризиране на рисковите фактори за най-често срещаните заболявания със социална значимост. Между тях са и основните фактори причиняващи затлъстяване и артериална хипертония, а от там и метаболитен синдром.

Интервенции приложени по отношение на здравословно хранене и физическа активност, вредните навици и извършването на профилактични прегледи и консултации в кабинет на общо практикуващия лекар, биха могли да предотвратят появата на заболяването, а от там и да понижат рисковия профил на една част от лицата.

REFERENCES

- Georgiev, B. (2009) Metabolic syndrome and hypertension - principles of treatment. Journal Science Endocrinology pc. 2/2009 pp. 87-91 <https://publishing.arbilis.com/?p=536> (Accessed on 19.04.2019) (Оригинално заглавие: Георгиев, Б., (2009) *Метаболитен синдром и хипертония – принципи на лечение. Списание Наука Ендокринология бр. 2/2009 стр. 87-91*).
- Georgieva, D (2015). *Nursing care in elderly*. Ruse University “Angel Kanchev” (Оригинално заглавие: Георгиева, Д, Сестрински грижи при възрастни, (2015г) https://www.researchgate.net/publication/331284111_ARTERIALNA_HIPERTONIA_-_ROLA_NA_MEDICINSKATA_SESTRA_V_AMBULATORNIA_KONTROL (Accessed on 19.04.2019)
- Koleva, G, Hristova I. (2014) *Risk factors for arterial hypertension*. Scientific papers of the University of Ruse - 2014, volume 53, series 8.3 pages 93-98; ISSN 1311-3321. (Оригинално заглавие: Колева, Г, Христова И. (2014) Рискови фактори за артериална хипертония. Научни трудове на Русенския университет - 2014, том 53, серия 8.3 стр. 93-98. ISSN 1311-3321). https://www.researchgate.net/publication/331345898_Riskovi_faktori_za_arterialna_hipertonia (Accessed on 19.04.2019)
- Koleva, G. (2015) *Hypercholesterolaemia - prevention and prophylaxis*. Scientific papers of the University of Ruse - 2015, vol. 54, series 8.3 pages 59-63. ISSN 1311-3321. (Оригинално заглавие: Колева, Г. (2015) Хиперхолестеролемия – превенция и профилактика. Научни трудове на Русенския университет - 2015, том 54, серия 8.3 стр. 59-63. ISSN 1311-3321). <http://conf.uni-ruse.bg/bg/?cmd=dPage&pid=proc15-8.3> (Accessed on 19.04.2019)
- Koleva, G. (2016) *Arterial hypertension - role of nurse in ambulatory control*, March 2017, DOI: 10.13140/RG.2.2.22479.94883 (Оригинално заглавие: Колева, Г. (2016) Артериална хипертония – роля на медицинската сестра в амбулаторния контрол, March 2017, DOI: 10.13140/RG.2.2.22479.94883 https://www.researchgate.net/publication/331284111_ARTERIALNA_HIPERTONIA_-_ROLA_NA_MEDICINSKATA_SESTRA_V_AMBULATORNIA_KONTROL (Accessed on 19.04.2019)
- Koleva, G. (2018) *Feeding as a lifestyle factor in patients with arterial hypertension*, Journal Health Care Volume: 1 pp. 16-20 ISSN 1312-2592 (Оригинално заглавие: Колева, Г., (2018) Храненето като фактор от стила на живот при пациенти с артериална хипертония, списание Здравни грижи Volume: 1 стр. 16-20 ISSN 1312-2592) https://www.researchgate.net/publication/331231145_Hraneneto_kato_faktor_ot_stila_na_zivot_pri_pacienti_s_arterialna_hipertonia (Accessed on 19.04.2019)
- Koleva, G., Hristova I. (2017) *Models of intervention, which are applied by the nurse and aimed at changing the behavior of hypertensives – review*. IN: IN: SEA – Conf 2017, 3 INTERNATIONAL CONFERENCE Constanta, Rumania, Konstantsa, 2017, pp. 454-461 https://www.researchgate.net/publication/331283935_MODELS_OF_INTERVENTION_WHICH_ARE_APPLIED_BY_THE_NURSE_AND_AIMED_AT_CHANGING_THE_BEHAVIOR_OF_HYPERTENSIVES-REVIEW (Accessed on 19.04.2019)
- Koleva G, Hristova I., (2018) *Monitoring and treatment of patients with arterial hypertension performed by nurse*.// KNOWLEDGE – International Journal, Medical sciences and health, Budva, Montenegro, May, No Vol. 23.2, pp. 545-551, ISSN 2545-4439. (Impact factor: 1.322 /2016, Global Impact&Quality Factor*) https://www.researchgate.net/publication/331398691_MONITORING_AND_TREATMENT_OF_PATIENTS_WITH_ARTERIAL_HYPERTENSION_PERFORMED_BY_NURSE (Accessed on 19.04.2019)
- Konstantinova D., Georgieva, D., Koleva G. (2014) *RELATION BETWEEN SOCIAL STATUS AND HYPERTENSION*.// Science and technologies: Volume IV, Number 1: MEDICAL BIOLOGY STUDIES, CLINICAL STUDIES, SOCIAL MEDICINE AND HEALTH CARE, 2014,

No Number 1, Vol, pp. 196-200, ISSN 1314-4111.

<http://www.sustz.com/bg/?f=journal&number=25> (Accessed on 19.04.2019)

Hristov V, Gocheva, N., Petkova, M. Zaharieva, S., Tankova, Tsv., Orbetsova, M., Katova, Tsv., Georgiev B. (2010) Consensus at the Bulgarskia Institute "Metabolite Syndrome" for metabolism syndrome, *Bulgarian Institute of Metabolic Syndrome*, Science Endocrinology 2, 2010 pp. 53-70 (**Оригинално заглавие:** Христов В, Гочева, Н., Петкова, М. Захарева, С., Танкова, Цв., Орбецова, М., Кътова, Цв., Георгиев Б. (2010) Консенсус на Българския институт „Метаболитен синдром“ за поведение при метаболитен синдром, Български институт по метаболитен синдром, Наука Ендокринология 2, с. 53-70 (Accessed on 19.04.2019)

Reaven GM. (1993) Role of insulin resistance in human disease (syndrome X): an expanded definition. *Annu Rev Med.* 1993;44:121–131 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8476236> (Accessed on 19.04.2019)

World Health Organization (1999) *Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: report of a WHO Consultation*. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1999. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_NCD_NCS_99.2.pdf. [Google Scholar] (Accessed on 19.04.2019)

Mule, G., Calcaterra, I., Nardi, E., Cerasola, G., Cottone S. (2014) *Metabolic syndrome in hypertensive patients: An unholy alliance*. World Journal of Cardiology. Published online 2014 Sep 26. doi: 10.4330/wjc.v6.i9.890 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4176799/> (Accessed on 19.04.2019)

Müller-Wieland D¹, Kotzka J, Knebel B, Krone W. (1998) *Metabolic syndrome and hypertension: pathophysiology and molecular basis of insulin resistance*. Basic Res Cardiol. 1998;93 Suppl 2:131-4. PMID:9833175 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9833175> (Accessed on 19.04.2019)

Mendizábal, Y., Llorens, S., Nava E. (2013) *Hypertension in Metabolic Syndrome: Vascular Pathophysiology* International Journal of Hypertension Volume 2013, Article ID 230868, 15 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2013/230868> (Accessed on 19.04.2019)

Praso S, F. Jusupovic, E. Ramic, I. Gledo, V. Ferkovic, B. Novakovic, E. Hadzovic (2012) *Obesity as a Risk Factor for Arterial Hypertension*. *Journal of Academi of Medical Sciences of Bosnia and Herzegovina*. 2012; 24(2): 87–90. doi: 10.5455/msm.2012.24.87-90 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3633377/> (Accessed on 19.04.2019)

Steinberger J, Daniels SR, Eckel RH, Hayman L, Lustig RH, McCrindle B, Mietus-Snyder ML (2009) *Progress and challenges in metabolic syndrome in children and adolescents: a scientific statement from the American Heart Association Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Cardiovascular Nursing; and Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism*. *Circulation*. 2009;119:628–647. [PubMed] [Google Scholar] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19139390> (Accessed on 19.04.2019)

Urek R, Crnčević-Urek M, Cubrilo-Turek M. (2007) *Obesity a global public health problem*, *Acta Med Croatica*. 2007 Apr;61 (2):161-4. PMID: 17585471) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17585471> (Accessed on 19.04.2019)

**ANOREXIA NEUROZA, EYES IN EYES WITH DISEASE.
TO FIND OUT YOU²⁷**

Irina Todorova- Student

Faculty of Public Health and Health Care
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone №: 0878874855
E-mail: kiki_reni@abv.bg

Assoc. Prof. Despina Georgieva, PhD

Faculty of Public Health and Health Care
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 0889789100
E-mail: dpgeorgieva@uni-ruse.bg

Abstract:

Anorexia nervosa is a eating disorder. This disease deliberately restricts food intake because of the strong desire to lose weight and increased fear of weight gain. The perception of body weight and forms is distorted has an excessive impact on man's self-esteem. Dramatic weight loss and food imbalance can lead to serious complications, including death.

This scientific report presents a case of 17 years. girl M.I. from Rousse, managed to meet her eyes with the disease and to beat her, thanks to the adequate intervention of parents, friends and proper treatment by a doctor and a psychologist. In March 2019, Interview MI tells how the disease started, the changes that occurred with the body and the psyche, and what feelings she felt during the illness and how she had managed to deal with the problem. The pictorial material is provided by the personal archive of M.I.

Keywords: Anorexia nervosa, drastic weight loss, interview, case MI, treatment, psychological help, family support.

ВЪВЕДЕНИЕ

Анорексия невроза или само Анорексия е разстройство, свързано с храненето, при което умишлено се ограничава приема на храна поради силното желание за отслабване и засилен страх от натрупване на тегло. Възприемането на телесното тегло и формите е изкривено и има прекомерно силно влияние върху самооценката на човека.

Драстичната загуба на тегло и настъпилия хранителен дисбаланс може да доведе до сериозни усложнения, включително смърт. За Анорексия невроза няма описана точна причина, но са посочени множество предразполагащи фактори. Заболяването често започва като пристрастна диета с цел да се "влезе във форма" или да "храним по-здравословно", но напредва до нездравословна загуба на тегло. Социалните нагласи към външния вид на тялото, семейните влияния, генетиката и неврохимичните фактори могат да допринесат за развитието и поддържането на анорексия невроза. Заболяването засяга не само индивиди, на които е поставена диагноза, но също и техните семейства, приятели и близки. Това хранително разстройство все по-често се среща през последните 20 години. Първоначално се среща предимно в семейства от по-висока и средната класа. Понастоящем заболяването засяга двата

²⁷ Докладът е представен на студентската научна сесия на 09.05.2019г. в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: АНОРЕКСИЯ НЕВРОЗА, ОЧИ В ОЧИ С БОЛЕСТТА. ДА ПОБЕДИШ СЕБЕ СИ

пола и обхваща всички възрасти, социално-икономически, етнически и расови групи (Golisano Children's Hospital, 2019).

В Международната класификация на болестите – 10 ревизия; психични и поведенчески разстройства, в рубриката “Разстройства на храненето” под (F-50) класифицирана:

анорексия невроза (ICD -10, 1992).

Според Американската асоциация за хранителни разстройства най-тревожни са данните за заболемаемостта при ученици и студенти: 91% от жените студенти потвърждават, че контролират теглото си чрез диети, като 22% от тях са на диета “често” или “постоянно”; 86% съобщават за начало на хранително разстройство на 20 годишна възраст; 43% съобщават за начало на хранително разстройство от 16 – до 26 годишна възраст.

Анорексията е третата най-разпространена хронична болест през юношеството - 95% от тези, които имат хранително разстройство са на възраст от 12 до 28г.; 25 % от заболелите в училищна възраст използват и пургативи, за да регулират теглото си. При жените между 15-24 годишна възраст смъртността, предизвикана от анорексия, е 12 пъти по-висока от смъртността, причинена от каквото и да било други причина. Около $\frac{1}{2}$ от момичетата в тийнейджърска възраст и $\frac{1}{3}$ от момичетата в същата възраст използват нездравословни методи за регулиране на теглото, изразяващи се в пропускане на хранения, гладуване, пущене на цигари, повръщане и прием на лаксативни средства (NEDA, 2019).

Физическите симптоми са умора, слабост, виене на свят, чувство за студ, хроничен запек, при някои се проявява интензивно губене на тегло, косопад и суха кожа. Могат да възникнат сериозни сърдечни проблеми като абнормни сърдечни аритмии или сърдечна недостатъчност; дехидратация и недохранване, което може да доведе до припадъци, гърчове или панкреатит; анемии; кариеи и / или инфекции на венците. Сериозни здравословни проблеми също могат да възникнат при продължително гладуване без преминаване през период на захранване и започване на прием на твърде много калории наведнъж. При някои хора могат да възникнат проблеми с психичното здраве и суицидни опити. Анорексията може да доведе до ниска костна плътност и увеличаване на риска от фрактури. Хормонални проблеми, свързани със забавен пубертет; аменорея; намалено ниво на естрогени в организма (Misra, M., Shulman, D., Weiss, A., 2013).

В книгата си “Затъсяване и нарушения в храненето”, Анелия Томова, проф. д-р по ендокринология подчертава, че в състояние на гладуване компесаторните възможности на организма издържат продължителен период от време, но пълното гладуване (самона вода) или силно ограничено хранене може да има тежки последици. Състоянието на гладуване преминава през три етапа: В първия етап започва разпадане на въглехидратите и намаляване качеството на белтъците в организма. Във втория етап започва и разпадане на мастите, но то започва, когато се разградят всички въглехидрати. При интензивното разграждане на мастите и при разпадането на белтъците се отделят редица вредни и токсични за организма вещества (холестерол, кетонови тела, амоняк). Този етап на промените в организма при гладуване продължава индивидуално (средно 40–50 дни). На трети етап започва бурното разпадане на белтъците в организма и човек загива за 2-3 дни. След продължително гладуване рязко се променя обмяната на веществата и функциите на редица органи и системи. Неправилното захранване след продължително гладуване също може да доведе до смърт. То трябва да става изключително внимателно с малки количества храна под лекарски контрол. В началото течни и течно-кашеви хани, с хранителен внос до 1500 ккал; постепенно в следващите седмици се включват по-твърди хани и се стига до 3000-5000 ккал. Медикаментозното лечение е под контрола на психиатър и ендокринолог. Важно място заема психотерапията.

Един от критериите за развитие на заболяването анорексия невроза е силно изразено поднормено тегло – BMI е под 18,5. Нормално телесно тегло е при BMI 18,5 – 24,9 (Tomova, A., 2002).

З. Савова описва когнитивно-поведенчески модел при анорексията, изразяващ се в: прогресивна редукция на храната и честотата на храненето, създаване на строги хранителни правила, хани с ниска калоричност; чувство на задоволство от себе си, добра самооценка,

когато лицето успява да се справи с поддържането на диета; начин на хранене – рязане на храната на много малки парченца, много бавно хранене, употреба на дъвки, повищено количество на консумация на топли напитки – чай, кафе и ниско калорични течности; обсесивно пресмятане на приетите калории; приемане на еднообразна храна; неприемане на промени по отношение правилата на хранене; засилен интерес към всичко, свързано с кухнята и особено голям интерес към здравословното хранене и различни видове диети; готовене за близките хора; контрол при приготвянето на храната – за да бъде съобразено с техния (на болните) вкус и начин, отделяне на време за подреждане на масата и ястията, но засегнатият от болестта не се храни; болният подтиква останалите да се хранят и контролира техните порции да бъдат по-големи от неговата, не разрешава на другите да се хранят по-малко от него или се храни сам; хранене, тегло, диета – стават централна тема на всяка дискусия, разговор; контролът на теглото става натрапчив, качването върху кантара става няколко пъти дневно или пък е отбягвано със страх; употреба на лекарства, които се предполага, че помагат да се контролира теглото, злоупотреба с лаксативи и диуретици; поради нарушения в храносмилането – често невъзможност да се храни, болки или други симптоми по време на хранене; отбягване на срещи и покани от близки и приятели, които са свързани с хранене; често се хранят сами или измислят различни извинения, за да пропуснат хранене; тенденция към социална изолация, избягване на контакти с роднини, приятели; незачитане на празници, рождения дни и т.н.; винаги ангажирани и съответно силно затруднени и притеснени, когато имат свободно време; интензивно физическо натоварване – спорт, танци, чистене, разходки и пр. с цел изгаряне на калории, съответно проява на нервност, раздразнителност, ако му/й се отнеме това право; облича се с широки дрехи, за да скрие тялото си и с по-дебели дрехи от необходимото, поради намалената телесна температура; изпитва тревога, беспокойство по отношение на учебните занимания и постижения, тъй като се ръководи винаги от желанието да бъде перфектен/а увеличават се часовете за учене; проява на импулсивни реакции, раздразнителност, напрежение, депресивно настроение, апатичност, нарастваща трудност за комуникация; липса на съзнание за това, че е болен/а и че се нуждае от лечение (Savova, Z., 2005).

ИЗЛОЖЕНИЕ

Във връзка с настоящото научно съобщение през м. март 2019г. беше проведено интервю със 17 годишната Мирела Иванова (М.И.), ученичка от гр. Русе. М.И. се срещнала очи в очи с анорексията и е успяла да победи. Мирела Иванова, както и родителите и са заявили своето съгласие да се публикува името и предоставените снимки от личния и архив чрез писменна декларация за съгласие. Интервюто се представя в първо лице, за да се предаде емоционалният момент от споделянето и не се интерпретира неправилно споделената от нея информация.

Въпрос: *Как започна всичко при теб, имаше ли конкретна ситуация, която отключи болестното състояние?*

Отговор М.И.: „Бях на 16 години и ходех на танци, следях всички калории и каква храна приемам. От тук започна и моята мания относно храната и теглото. В началото започнах да се храня здравословно и постепенно изключвах една по една хранителна група, първо изключих месото, млечните продукти, всички белтъци, после въглехидрати-от сладкишите до хлебните изделия, оставил само зеленчуците и някои плодове. Този период продължи окологодина, след което се хранех само с краставици и моркови и постепенно изключих и тях. Преживявах само на кафета и вода, така достигнах до 35 кг.“

Публикуваните снимки са от периода на боледуване.



Въпрос: Кога разбра, че си болен човек и трябва да вземеши мерки?

Отговор М.И.: „Започнах да вървя бавно, тромаво, всяко едно физическо усилие ми отнемаше много сили и енергия, задъхвах се, ходех пеша до училище преди за около 20-25 минути, а по време на болестта стигах за час. Започнах да отбягвам всички приятели, компании, събирания, където имаше храна и напитки, защото се отвращавах от храната, дори се чудех на другите, защо изобщо се хранят, хората могат да живеят и без храна, тогава живеех с тази мисъл. По цял ден само лежах, нищо не можех да направя, не можех да мисля, успеха в училище ми падна драстично, мозъка ми отказваше да мисли, исках само да спя. Косата ми започна да пада направо по цели кичури, ноктите се чупеха, зъбите ме боляха много, имах чувството, че всеки момент ще изпадат всичките, сърцето и стомаха също започнаха да ме болят, кожата изтъня до степен, че се виждаше всеки кръвоносен съд. Спра ми менструалния цикъл. Тогава започнах да осъзнавам, че нещо не е наред.“

Въпрос: Как успя да се преобориши, кой и как ти помогна?

Отговор М.И.: Семейството, приятелите, психолога и социалните мрежи. Семейството е най-голямата подкрепа в този момент, ако не бяха те, сега нямаше да съм тук и да разговаряме. Когато майка ми ме видя още в началото, когато бях 42kg, (тогава живеех с приятеля ми), но когато започнах да отслабвам рязко тя ме помоли да се прибера, за да се грижи за мен. Моите родители са добри хора, които ме подкрепяха за всяко мое начинание и когато виждат, че гасна пред очите им и, че те реално не могат да ми помогнат, искат, но аз отричах, че съм болна, лъжех ги, че се храня. Майка ми отслабна, молеше ме да започна да се храня, постоянно ми говореше, каза ми, че иска да види една красива абитуриентка, а не да ме види в ковчег. Един ден ме накара да се съблека и ме снима, за да ми покаже снимките, защото аз отказвах да се гледам в огледалото, тогава осъзнах колко зле изглеждам. Заведе ме на гинеколог, доктора ми каза, че организъмът ми е на самосъхранение и че ако имах цикъл, ще губя много кръв и тогава съм щяла да умра, на ехографското изследване се виждаха всички кости и състоянието, в което се намирам води до летален изход. Уплаших се и се съгласих да отида на психолог, отлагах посещението дълго време от страх. Когато за първи път отидох на сеанс, дори не знаех какво се случва. Тя ми помогна много, посещавах я три месеца, един път седмично за около два часа. Караше ме да си водя дневник, за ежедневните ми чувства, да рисувам рисунки с емоциите си, да изобразявам перфектното тяло за мен. С времето осъзнах, че наистина изглеждам много грозно. Приятелите ми също много ми помогнаха, показваха ми снимки от преди заболяването и по време на заболяването, искаха да направя разликата аз самата. По същото време тренирах акробатика, тренирам от малка, моите сътборници също ме мотивираха. Социалните мрежи помогнаха много за моето оцеляване, качих снимка във интернет, тогава започнаха да ми пишат хора, които са минали през този ад и които също се възстановяваха, обясняваха ми защо се чувствам така, какво се случва с тялото ми, всичко

което ме интересуваше ми се обясняваше. Започнах да се храня и да ходя на фитнес, първия път ми стана лошо и припаднах, но постепенно започнах да се мобилизират и това беше една крачка към живота.

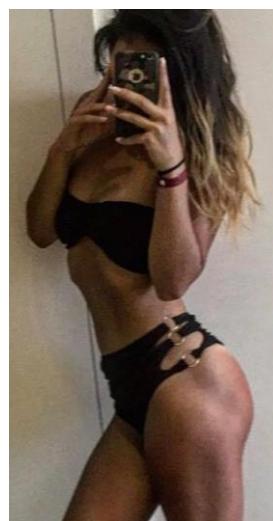
Въпрос: *Как се чувстваше, когато беше в най-големия ад на болестта, спомняши ли си тези моменти?*

Отговор М.И.: „Тогава мислех, че се чувствам добре, въпреки, че си в дупка, че си в ада, не правиш абсолютно нищо, освен да лежиш. Мразех храната, тя ми беше враг, а и да хапнеш имаше един глас в главата, който те контролира, говореше ми че е вредно и мозъка така е настроен, че после те кара да се чувстваш зле, все едно си извършил нещо много лошо. Мускулите ми отказваха да се движат, уринирах рядко, а дефекирах един път на седмица с помощта на медикаменти. Дори и нещо да хапнеш, органите се хранеха или повръщах, нямаше какво да изхвърлям през червата. Слънцето ми беше другия враг, то ме погубваше, всеки път когато се разхождах лятото, винаги припадах, както вървях губех съзнание за около час. Сънувах страшни сънища, едни и същи, както върша нещо падах и умирах, виждах се отстрани на забавен кадър, после ревях с часове“.

Въпрос: *Дълъг ли беше оздравителния процес и как реагираха на заболяването твоите близки и приятели?*

Отговор М.И.: „Все още се възстановявам, мисля че вече съм добре, щастлива съм, че имам приятели, защото имаше моменти когато аз самата ги прогоних със отношението си, сега те се радват заедно с мен, моето семейство, сестра ми, която също винаги е била до мен, въпреки че и нея отбягвах. Когато започнах да се захранвам, за шест месеца качих един килограм, защото първо се захранва тялото и дърпа храна за всички органи, тъй като те са били почти на изключване. В началото ми харесваше, но когато минаха шест месеца и виждах, че не наддавам се уплаших и след около пет месеца още се виждаше вече моят напредък. Сега се храня здравословно и си позволявам забранени храни през почивните дни, ходя на фитнес и трупам мускули. Моите преподаватели, треньори също ме подкрепяха, имаше моменти, в които трябваше да съобщят на социалните, за да ме отделят от родителите, тъй като това се водеше, че или имаш проблем в семейството или че не се грижат добре за теб, помолих да не го правят, защото родителите ми са добри хора и не исках да им причинявам още повече грижи, радвам се, че всички ме подкрепяха тогава и сега. Дори когато изядох първата си палачинка, борбата беше ужасна, организът го иска, а мозъка ми говори че е вредно и не бива, отнеми час, с треперещи ръце я изядох и се почувствах радостна, че се преоборих с вътрешния глас, който ме контролираше през цялото време. Чрез сеансите открих че съм невероятен готвач и певица, щастлива съм че живея“.

Снимков материал, отразяващ периода след преодоляване на болестта.



ИЗВОДИ

От проучената литература по проблемите на анорексията и представения случай на преминало успешно лечение могат да се направят следните изводи и заключения:

- Причините за възникването на анорексия невроза засега все още са неясни. Влияние за отключване на заболяването оказват редица социални, биологични, психологически и ендокринни фактори. Доказано е влиянието на моделите на подражание в областта на актуалните модни тенденции за възникване на болестта възраст 13-20 г.

- Успешният изход на заболяването зависи от навременно започване на правилно лечение, оказване на психологическа помощ, силна подкрепа на семейството и приятелите. Важно значение оказват и групите за подкрепа чрез споделяне миналия положителен опит.

Предизвикателствата в съвременния начин на живот за подрастващите са много. Изградената и поддържана силна емоционална връзка между родители и деца безспорно оказват положително влияние за тяхното здраве и развитие.

REFERENCES

- Golisano Children's Hospital, (2019), *Anorexia Nervosa ,What is Anorexia Nervosa?* <https://www.urmc.rochester.edu/childrens-hospital/adolescent/eating-disorders/teens/anorexia-nervosa.aspx>.
- ICD-10, 1992. (*Оригинално заглавие:* МКБ-10, 1992, URL: <https://medicamente.ly.co/bg/icd/E00-E90/set/E65-E68/cls/E66/zatlstyavan.e>).
- Misra, M., Shulman, D., & Weiss, A. (2013). Fact sheet. Anorexia. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 98(5), 35A–36A. doi:10.1210/jcem.98.5.zeg35a.
- NEDA, 2019, National Eating Disorders Helpline <https://www.nationaleatingdisorders.org/>
- Savova, Z., (2005), Anoreksiya i bulimiya – болести на съвремието, София, 2005, ISBN 9549057151 *Оригинално заглавие: Савова, З., Анорексия и булимия – болести на съвремието, София, , ISBN 954905715.1.*
- Tomova, A. (2002). *Obesity and eating disorders*, София: Sema RSh. (*Оригинално заглавие: Томова, А. (2002). Затлъстяване и нарушения в храненето. София: Сема РШ*).

Hava Orhanova – Student

Faculty of Public Health and Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Tel: +359899107249
E-mail: havaorhanova94@gmail.com

Gyulben Yosifova – Student

Faculty of Public Health and Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Tel: +359899318689
E-mail: gulben.yosifova@abv.bg

Assoc. Prof. Daniela Kostantinova, PhD

Faculty of Public Health and Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359888520021
E-mail: ddraganova@uni-ruse.bg

Abstract: The profession of the nurse requires dynamism, security and possibilities for work under conditions of emotional stress and intellectual tension. Nursing is focused on helping a person, family, or community achieve or maintain optimal health and well-being. Nursing training in Bulgaria provides the necessary expertise for implementing needs assessment, planning and delivering health care. A specific, but significant feature in the training of medical professionals is that it takes place not only in university audiences and laboratories, but also in clinical facilities involving patients, a challenge both for students from regulated professions (nurses, midwives), and for their teachers.

Keywords: health care, training

ВЪВЕДЕНИЕ

Образователните традиции при обучението на медицински сестри и акушерки в гр. Русе са се развили през един продължителен период. Хронологията показва, че обучението на медицински сестри се е съхранило над 50 години.

Нивото на професионалната квалификация отговаря на съвременните постижения на медицинската наука и практика. Професията на медицинската сестра изисква динамичност, сигурност и възможности за работа при условия на емоционално натоварване и интелектуално напрежение. Сестринството е насочено в подпомагането на човека, семейството или общността в достигането или поддържането на оптимално здраве и живот. Фокус на сестринството е холистичната грижа за човека, включваща здравна промоция, поддържане, лечение и възстановяване, подкрепа и терминални грижи за отделни личности от различни възрастови групи.

Проучвания на Европейския форум на националните сестрински и акушерски асоциации и Световната здравна организация сочат, че от броя и квалификацията на сестрите и

²⁸ Докладът е представен на студентската научна сесия на 09.05.2019 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: Качество на обучението – мнение на медицински сестри

акушерките в болниците зависи броят на усложненията, продължителността на лечението и смъртността в болниците (Strategy for Development of Health Care in Bulgaria, 2013-2020).

Според Наредбата за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите Медицинска сестра и Акушерка за образователно-квалификационна степен „бакалавър“ (ЕДИ), 50% от обучението на медицинските сестри включва клинична подготовка в това число клинична практика 5 семестъра по 180 ч., един семестър 240 ч. и два семестъра по 800 астрономически часа преддипломен стаж (Georgieva, D., 2014).

ИЗЛОЖЕНИЕ

Обучението на медицинските сестри в България осигурява нужната компетентност за осъществяване оценката на потребностите, планиране и осъществяване на здравни грижи. (Yasharova, G., Hristova, I. (2019).

Придобитият обем теоретични знания и практически умения и компетентности на медицинската сестра ѝ позволява да работи в различни сектори и мрежа от заведения и институции в системата на здравеопазването.

Дейностите на медицинската сестра са насочени към предпазване, поддържане, възстановяване и подобряване здравето на лицата и независимостта на виталните им, физически и психически функции, като се съобразяват с личността на всеки един от тях и с техните психологически, икономически и културни особености.

Хармонизирането на подготовката на медицинските сестри с Директива 2005/36/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 07.09.2005 г. относно признаването на професионалните квалификации е предпоставка за бъдеща конвертабилност на дипломите.

Специфична, но съществена особеност при обучението на медицинските специалисти е, че то се осъществява не само в университетските аудитории и лаборатории, но и в клиничните бази. Изнасянето на учебния процес в болниците и други социални и лечебни заведения дава възможност на студентите да интегрират научената теория в аудиториите и я прилагат за решаването на конкретни проблеми, развитие на манипулативни умения, на междуличностни умения за контакт с пациентите, семейството им и членовете на медицинския екип.

Клиничното образование, организирано като практически упражнения по клиничните дисциплини и учебно-клинични практики е предизвикателство, както за студентите от регулираните професии (медицински сестри, акушерки), така и за техните преподаватели от Университета и от клиничните бази.

Изнасяне на част от практическите упражнения по клинични и специални учебни дисциплини на територията на Клиничните бази с цел използване на тяхната съвременна болнична база дава възможност за демонстриране на подходящи клинични случаи, работа с модерна медицинска апаратура. Наличието на добре работещи клинични бази в страната улеснява организирането и провеждането на практическото обучение на студентите. Добра практика са изнесени занятия по задължителни учебни дисциплини и практически занятия в модерни клинични бази извън територията на Русе и областта, каквато е УМБАЛ „Сърце и мозък“ и Специализирана акушеро-гинекологична болница за активно лечение „д-р Щерев“ в София. Тази практика е въведена от 2013 г. и се ползва с изключителен интерес от студентите. Занятията се провеждат по теми от учебните програми и са от хорариума на дисциплините. Това не натоварва допълнително студентите, а е ресурс за тяхната творческа активност.

Интерес представлява мнението на медицинските сестри с голям опит за теоретичната и практическа подготовка на студентите, които са завършили обучението до VI семестър и им предстои стаж по специалността. За проучването му подготвихме анонимна анкетна карта с 6 въпроса, анкетирани са 20 медицински сестри от спешно отделение на УМБАЛ „Канев“ АД. Резултатите от проучването са обработени с програма за статистическа обработка на резултатите SPSS 16.0.

Във фигура 1 е представен трудовият стаж на медицинските сестри. Всички работят като медицински сестри повече от 10 години, а по-голямата част от тях упражняват професията си повече от 20 години.



Фиг. 1. Трудов стаж по специалността на анкетираните медицински сестри

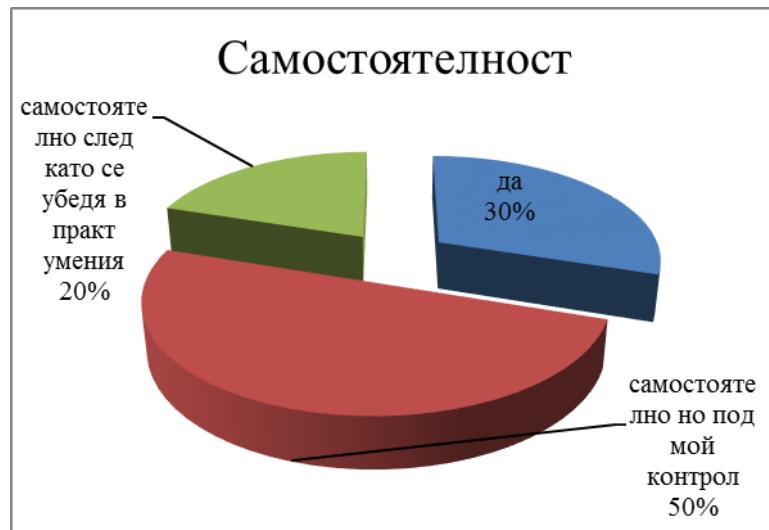
На въпроса *Смятате ли, че в края трети курс от четиригодишното обучение, студентите са подготвени за предоставяне на качествени здравни грижи?* Възможните отговори са „да“, „не“ и „не можа да преценя“. С „да“ са отговорили 80 % от запитаните, 20 % отговарят „не“, няма отговори „не можа да преценя“.

Високо е оценено нивото на обучението на бъдещите медицински сестри (Фиг. 2).



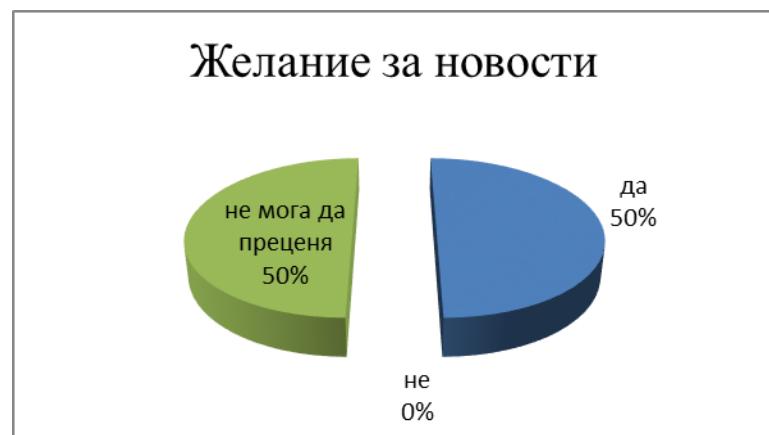
Фиг. 2. Според Вас какво е нивото на обучението на медицинските сестри

Незадоволително и задоволително ниво на обучение дават 20 % от анкетираните медицински сестри, което потвърждава и мнението им по предходния въпрос, че студентите са подготвени за предоставяне на качествени здравни грижи.



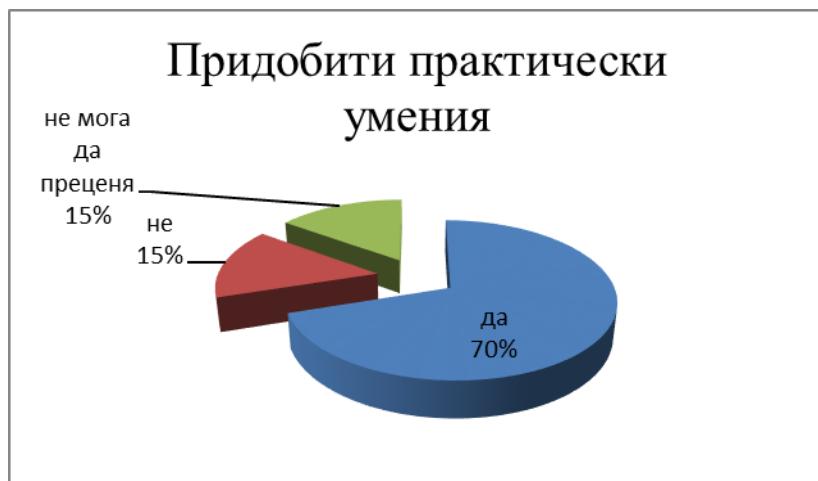
Фиг. 3. Доверявате ли се на студентите да изпълняват самостоятелно назначените изследвания и манипулации?

Отново липсват отговори „не“, което означава, че работещите медицински сестри имат доверие на студентите и това би съкратило времето за адаптация при постъпване на работа след завършване на образованието (фиг. 3). Доверието е важно и защото вдъхва спокойствие и увереност на пациентите, когато върху тях се извършват манипулации от студенти.



Фигура 4. Проявяват ли студентите желание за научаване на новости

Медицината е изкуство и бълзо развиваща се наука (Toncheva, S., 2012). Научно-техническият процес предлага по-точни методи за лечение и диагностика, довежда до промени във възгледите за някои заболявания. Професионалната подготовка на медицинските сестри трябва да отговаря на постоянно растящите здравни потребности на населението. Това може да стане чрез познаване на новите технологии и постоянно учене и мотивация за новостите в медицината. Мотивацията за постоянно учене е важна за да се изгради бъдещият специалист и мнението на сестрите за желанието на студентите е важно (фиг. 4). Няма отговори „не“, половината отговарят положително, а другата половина не могат да преценят. Това може да се породи и от липса на желание за новости на практикуващите медицински сестри с много стаж по специалността.



Фиг. 5. Смятате ли, че са достатъчни практическите умения на стажантите за ефективна работа в отделението?

Според мнението на медицинските сестри, практическите умения за работа в отделението са добри (фиг. 5). Така ги оценяват 70 % от работещите медицински сестри и се надяваме, че това ще доведе до бърза адаптация в колектива на назначени новозавършили медицински сестри.

ИЗВОДИ

Работещите медицински сестри с голям опит преценяват като много добра практическата подготовка на студентите. Професионалната подготовка на медицинските сестри отговаря на постоянно растящите здравни потребности на населението. Мнението им води до положителни нагласи към новопостъпилите медицински сестри и по-бързата им адаптация в работната среда.

REFERENCES

- Georgieva, D., (2014), *Pre-graduate traineeship and professional adaptation of the nurse, monografia, Ruse, (Оригинално заглавие: Георгиева, Д., Преддипломен стаж и професионална адаптация на медицинската сестра, монография, Русе, 2014).*
- Strategy for Development of Health Care in Bulgaria 2013-2020 (*Оригинално заглавие: Статегия за развитие на здравните грижи в Р България 2013 – 2020 г.*).
- Toncheva, S., (2012), *Mentoring in Nursing - Educational and Organizational Aspects, IK Steno, Varna (Оригинално заглавие: Тончева, С., 2012, Насътничество в сестринството - образователни и организационни аспекти, ИК „Стено“, Варна).*
- Yasharova, G., Hristova, I. (2019). *INFORMING STUDENTS OF A NURSING SPECIALTY AT UNIVERSITY OF RUSE ABOUT ALTERNATIVE METHODS OF HYGIENIC CARE.* 58th Science Conference of Ruse University - SSS, Bulgari.
- URL: <https://www.uni-ruse.bg/Departments/ZG/>.

PARKINSON'S DISEASE - ALTERNATIVE AND COMPLEMENTARY METHODS OF TREATMENT²⁹

Petya Doneva – Student

Department of of Health Care,
University of Ruse "Angel Kanchev"
Tel.: 0896073968
E-mail: impetya@abv.bg

Assist. Prof. Tatyana Atanasova

Faculty of Public Health and Health Care,
Department of Health Care,
Ruse University "Angel Kanchev"
E-mail: nursing_russe@abv.bg

Abstract: *Parkinson's disease is a chronic and progressive brain disease that most commonly affects people over 60 years of age. With disease progression, control of the body's pain is almost impossible, patients are unable to perform their day-to-day activities, signs of dementia appear. The treatment is complex - classic methods supplemented by other alternative methods, allowing patients to survive between 15-25 years from the time of diagnosis, which makes it a chronic illness.*

Keywords : *Parkinson's disease, treatment, alternative treatment, complementary therapies*

ВЪВЕДЕНИЕ

Болестта на Паркинсон е описана за пръв път от Джеймс Паркинсън през 1817 година и има дегенеративна патогенеза, с характерните симптоми и синдроми, показващи увреждане на ЦНС и структурите на екстрапирамидната система (Raichev, R., Iv. Raichev, 2001). В протичането на заболяването се наблюдава триада от симптоми: хипобрадикинезия до акинезия, пластиично повишен мускулен тонус и Паркинсонов тремор. Болестта на Паркинсон е хронично и прогресиращо заболяване на мозъка, което най-често засяга хората над 60 годишна възраст (Weintraub, D., Comella CL., Hom S., 2008), Лечението е комплексно – класически методи допълвачи се с други алтернативни методи, позволяващи на пациентите преживяемост между 15-25 години от момента на поставянето на диагнозата, което я превръща в хронично заболяване (Poewe W., 2009).

ИЗЛОЖЕНИЕ

Болестта на Паркинсон (БП) е едно от най-честите неврологични (на нервните клетки) заболявания. През 2004 година тя е засегната приблизително 5,2 милиона мъже и жени, като от 4 до 20 нови случая се установяват на всеки 100 000 души всяка година (de Lau LML, Breteler Monique MB, 2006). СЗО оценява заболеваемостта (броя на новодиагностицирани случаи) от Паркинсон за различните региони на света между 9,7 и 13,8 на 100 000 души на година. Болестта варира в изключително широки граници – от 19 на 100 000 в ШанХай до 328 на 100 000 за определени райони в Индия. Вариацията се отдава най-вече на различните екологични фактори и различния генофонд на изследваните населания.

²⁹ Докладът е представен на студентската научна сесия на 09.05.2019 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: БОЛЕСТ НА ПАРКИНСОН – АЛТЕРНАТИВНИ И ДОПЪЛВАЩИ МЕТОДИ НА ЛЕЧЕНИЕ

В България има около 12 000 болни от това заболяване, от които около 1200 са в късен стадий на болестта. Болестността в страната ни се определя като средно висока и не се различава съществено от тази в Европа.

БП обикновено се развива при хора на възраст между 55 и 65 години (Weintraub, D., Comella CL., Hom S., 2008), въпреки че ранни форми на болестта могат да се проявят и преди 40 годишна възраст (Grimes DA, 2004). Проучване в 5 европейски страни е установило, че 1,6 % от населението на възраст над 65 години страда от БП (de Rijk MC, Tzourio C, Breteler MM, 1997).

Причини за заболяване - не са напълно изяснени, но се изтъкват няколко фактори:

- Токсично излагане на съединения, които предизвикват деструкция в субстанция нигра
- Оксидативен стрес и дефицит на антиоксиданти в организма. Дисбаланс в някои медиаторни системи като допаминергичната, норадренергичната и серотонергичната
- Наличие на генетични фактори
- Стареене на организма
- Една сравнително нова хипотеза на Хейко Браак (анатом) от германския университет в Улм, според която БП има чревна етиология.

Въщност в основата стоят наследствени фактори, които в съчетание с токсичните вещества от околната среда водят до увреждане на нервни клетки в мозъка, съдържащи допамин, медиатор, необходим за осъществяване на двигателните функции.

Клинична симптоматика

Преди да се проявят характерните клинични белези на болестта, се развиват признания, които насочват към развитие на болестта на по-ранен етап.

- Промени в речта и гласа – поради брадикинезията при БП може да се получи забавяне на речта и отслабване на силата на гласа.
- Загуба на обоняние – голяма част от пациентите имат смущения в обонянието.
- Нарушения на съня – непълноценен сън и съниливост през деня
- Склонност към депресия и тревожност
- Когнитивни нарушения – не всеки, който страда от Паркинсонова болест има когнитивни нарушения, Симптомите могат да варират от леки когнитивни смущения до деменция.
- Безизразност на лицето – почти няма мигане на очите, масковидно лице.
- Дистония – изразява се с болезнени и продължителни мускулни контракции.
- Ортостатична хипотония – Счита се че е един от немоторните признания за БП.
- Умора и апатия

Класически симптоми: бради и хипокинезия – забавени и ограничени движения; ригидност – мускулна скованост; треперене (тремор) в покой. В късния стадий се появяват и други симптоми като: нестабилност на походката с чести падания; вегетативни нарушения; разстройство на вниманието, паметта, съня и др.

Терапия при болестта на Паркинсон

Съвременното лечение на БП става с антипаркинсоновите медикаменти, принадлежащи към различни групи и облекчаващи симптомите по три основни механизма:

- Повишаване нивата на допамин в мозъка – леводопа, прилага се във всички стадии, складира се в мозъка от неврони разположени в субстанция нигра. Липсата на неврони създава условия за нарушенa стимулация на рецепторите, осъществяващи контрол на движенията.
 - Стимулиране на допаминовите рецептори – допаминови агонисти, потенцират ефекта на леводопа и имат ефект върху някои немоторни симптоми – нарушения в съня, депресия, болка.
 - Блокиране на ензими, които разграждат допамина – МАО В инхибитори, СОМТ инхибитори.

С напредване и задълбочаване на симптоматиката, действието на конвенционалните лекарства започва да отслабва и се прилагат по-съвременни терапии като лечение с помпа с интерстициален гел, дълбока мозъчна стимулация и лечение с апоморфинова помпа. Помпените терапии се реимбурсират от НЗОК, докато мозъчната стимулация е скъпо струващ хирургичен метод и в България се заплаща изцяло от пациента. Представлява имплантиране на електроди в точно определени, дълбоко разположени мозъчни структури – базални ганглии, които са свързани с пулсов генератор, поставен под кожата в областта на гръденния кош. Чрез електродите се осъществява високочестотна стимулация на мозъчни структури, свързани със симптомите при БП. Определянето на най-подходящия метод е комплексно и строго индивидуално за всеки пациент. През последните години към традиционното лечение намират все по-широко приложение тъй наречените допълващи терапии – това са програми и наситени с рехабилитация, двигателни упражнения съчетани с музика, арт терапия с рисуване, цветове и други, които са много разпространени в Западна Европа и САЩ, но в България почти не се прилагат. Тяхната цел е да се стимулират пациентите и да се съхранят уменията им за извършване на ежедневните дейности, да се намали прогресията на настъпващите промени в паметта.

Ерик Кадел (австрийско-американски лекар) през 2000 година доказва, че процесът на учене включва в действие гени, които променят невралната структура - връзките между нервните клетки се увеличават. Невропластичността е качество на мозъка, което му дава възможност да променя собствената си структура и да функционира в отговор на действията и на менталния опит. **Джон Пепър** (диагностициран с болестта на Паркинсон), се е научил да използва съзнателно мозъка си, за да контролира движенията си. Анализирайки походката си той открива извършването на прекалено къси крачки, че не движки ръцете си в синхрон, че е приведен напред и главата му виси наляво. С воля и концентрация той удължи разкрача си, като се упражнявал в обтягане. Започнал да носи тежести от по един килограм, за да принуди ръцете си да се движат в синхрон с тялото му. След като усъвършенствал ходенето, започнал да поема съзнателен контрол и над тремора си. **Според китайската медицина** болестите означават дисбаланс на енергиите в организма и нарушаване на проходимостта на енергийните канали. Чрез практикуване на Ци Гун биоенергията се увеличава и се създават условия за подобрена циркулация на енергията и кръвта в организма. 2016 г се провеждат научни изследвания с пациенти болни от паркинсон, като те са включени в 10 седмична програма с Ци Гун. За оценка на резултатите са приложени 4 теста – твърдост на мускулите, тест TUG, тест за бутане и тест за сляп баланс. Постигнатите резултати от паркинсониците се изразяват в подобрене на баланса, удължаване на крачката при ходене и координацията. Действията на упражненията Ци Гун са бавни и меки, а функцията е релаксиране по време на целия процес. Упражненията увеличават електрическата активност на мозъка. Медитацията води мозъчната кора на човека към състояние с ниско психологическо натоварване и ниска енергийна консумация. Това състояние на мозъчната кора е причина за понижаване на напрежението в мускулите. Упражненията се изпълняват плавно, спокойно, бавно. Центърът на тежестта на тялото непрекъснато се движки и променя чрез движенията на горните крайници. По този начин се увеличава силата на мускулите на долната част на тялото, разпъват се мускулите и сухожилията и се подобрява способността за баланс. Ци Гун изисква симетрични движения на лявата и дясната страна, стимулира лявото и дясното мозъчно полукълбо, което води до подобряване на контрола и координацията.

Упражнения насочени към повлияване на специфичните симптоми при БП

- Тай чи – подпомагат контрола на позата, а също и контрола върху центъра на тежестта на тялото, като намаляват риска от и броя на паданията.
- Танцуващ на танго – подпомага тялото и мозъка. Може да подобри координацията с партньор, пространствената ориентация и фокусирането.
- Упражнения на пътека или степер – кардио-тренировка при подходяща скорост и наклон за подобряване начина на ходене, стъпване, походката. Може да подобри скоростта, ширината на крачката, равновесието и ритмичността на походката.

- Карате на колело / велоергометър – кардио-тренировка за подобряване на скоростта и ритъма на ходене.

Упражненията могат да подобрят вниманието, мисленето и паметта. Мозъкът образува и разпознава връзки – феномен познат като невропластичност. За това при изпълнението на упражненията е необходимо още: физическа или говорна обратна връзка; упражнения за вниманието, като вървене и изпълняване на паметова задача в същото време; мотивационни награди. **Ползи от упражненията:** по-добра сила в ръцете и краката, сила в сърцевината на мускулите; по-голяма гъвкавост на мускулите. Това се отразява на външния вид, настроението и социалните контакти. Ци Гун е планирана, структурирана програма от повтарящи се упражнения с физическа активност, които служат като допълнение към лекарствата, хирургичната намеса, физикалната терапия, трудовата терапия. Програмата с упражнения подпомага паркинсониците да останат активни и да извършват обичайните си ежедневни дейности. Редовните физически упражнения биха могли да подобрат цялостната подвижност и качество на живот.

Друга алтернатива на допълващото лечение при болни от паркинсон могат да бъдат методите на рехабилитация, кинезитерапия и ерготерапия. Баракова П., 2001, предлага алгоритъм на кинезитерапевтична програма при пациенти с БП, като за по-голяма ефективност кинезитерапията е обвързана с решаването на редица ерготерапевтични въпроси, касаещи ежедневните нужди и качеството на живот на изследваните пациенти. Резултатите са установени чрез функционални тестове, направени в хода на кинезитерапевтичното лечение. Авторката изказва мнение, че е възможно прилагането на техники и приоми, практикувани при други неврологични заболявания, да намерят своето място в рехабилитацията на пациентите с паркинсонова болест.

Проведено изследване

Цел: да се установи степента на информираност на респонденти от Русенска област относно превенцията на симптомите при Паркинсонова болест чрез прилагане на алтернативни и допълващи терапии.

Материал и методи: в периода 1.01.2019 г. – 31.03.2019 г. е проучено мнението на 64 пациента на амбулаторно и стационарно лечение в ДКЦ 1 – Русе ЕООД, УМБАЛ „Канев“ АД и ДКЦ 2 -ЕООД. Използвани са анкетен и статистически методи, чрез които е извършен анализ на данните и са направени изводи.

Резултати от проучването: анкетирането е извършено на случаен принцип. Всички анкетирани са разпределени във възрастови групи, като с най-голям относителен дял е възрастовата група от 56-65 години – 53,1%, следвана от възрастовата група над – 66 години – 40,6 % и с най-малък относителен дял е възрастовата група от 45-55 години – 6,3%, което потвърждава литературните данни, че заболяването се развива предимно при хора на възраст 55-60 години. В структурата по пол с лек превес са мъжете – 59,4 %, а жените имат относителен дял – 40,6 %, т.е. заболяването е по-разпространено сред мъжкия пол. По отношение на продължителността на прилаганата медикаментозна терапия към момента на анкетирането, респондентите са разпределени в няколко групи:

Табл. 1

Продължителност на конвенционалното лечение след диагностицирането на ПБ

Продължителност на лечението в години	Абсолютен брой	Относителен дял
До 5 години	18	28,1 %
6 – 10 години	23	35,9 %
11 – 15 години	8	12,5 %
16 – 20 години	9	14,1 %
Над 20 години	6	9,4 %

С най-висок относителен дял на продължителност на провежданото медикаментозно лечение са респондентите в групата от 6-10 години, следвани от групата до 5 години провеждано медикаментозно лечение, което потвърждава хронифицирането на заболяването.

На Табл. 2 и Табл. 3 са дадени данни на РЗИ Русе. Кумулативната заболяемост варира между 46 и 63 на 100 000 от населението на областта през съответния период, което въсъщност определя риска от възникване на заболяването – той е по-висок в сравнение с данните посочени от СЗО. Може би значително влияние имат факторите на околната среда – замърсяванията на въздуха и обгазяванията в годините назад, от различните изнесени индустриални производства.

Табл. 2

Абсолютен брой на регистрираните случаи на Паркинсонова болест за периода 2016 – 2018 г. в Русенска област.

Период / години	Регистрирани пациенти с Паркинсонова болест
2016	1484
2017	1287
2018	1123

Табл. 3

Абсолютен брой на регистрираните новооткрити случаи на паркинсонова болест за периода 2016-2018 г. в Русенска област

Период / години	Регистрирани новооткрити случаи на Паркинсонова болест
2016	110
2017	141
2018	102

Хроничният ход в развитието на заболяването, броят на регистрираните случаи на пациенти с Паркинсонова болест и влошаването на симптомите на по-късен етап определят и нуждата от квалифицирана медицинска грижа за паркинсониците.

Информация за алтернативно лечение като дълбока мозъчна стимулация или лечение с помпа с интестинален гел имат 36 %, останалите 64 % са не информирани и за тях пероралната форма на лечение е единствената като средство за превенция на симптоматиката. Информационен характер имат и следващите въпроси на които респондентите дават следните отговори:

42,2 % не са чували за сдруженията за достоен живот на паркинсониците в България и на болните от късен Паркинсон, чиято цел е да подпомагат заболелите при адаптацията им към новите условия на живот.

32,8 % биха се възползвали от съветите за провеждане на допълваща лечението терапия

46,9 % разчитат само на лечението с медикаменти

20,3 % не могат да преценят ползата от допълващата терапия и нуждата от подкрепа.

31,3 % не са посещавали информационния сайт за болестта parkinson.bg, на който освен здравна информация има публикувани видеа, съвети и лични истории на пациенти, защото не знаят, че има такъв

43,7% не са посещавали сайта, като причината е незнание за ползване на интернет

34,4 % ще се възползват от споделения опит на други паркинсоници и техните близки

39,1 % първо ще се посъветват с лекар, дали предлаганите упражнения и рехабилитация са подходящи за тяхното състояние.

На въпроса предлагана ли е рехабилитация от лекар невролог при рутинен преглед 35,9 % са отговорили отрицателно, на 40,6 % от респондентите им е предложено само веднъж и 23,5 % са провеждали 2-3 пъти рехабилитационни процедури в рамките на клинична пътека.

По статистически данни отново на РЗИ Русе с трайна инвалидизация, освидетелствани чрез ТЕЛК са 90 пациента, най-вероятно с пълна изява на заболяването и невъзможност за самостоятелно обслужване при извършване на ежедневни дейности. От друга страна тази информация потвърждава прогресираща ход на заболяването и дългата преживяемост на тези пациенти, поради провежданата доживотна терапия.

ИЗВОДИ

1. С най-голям относителен дял на заболели от паркинсонова болест е възрастовата група от 56-65 години – 53,1%.

2. По продължителност на провежданото медикаментозно лечение с най-висок относителен дял са респондентите в групата от 6-10 години, което е показателно за хроничния и прогресиращ ход на заболяването, както и съхраняване на относителната самостоятелност на тези пациенти при навременна и правилно провеждана терапия.

3. Отчита се по-висок абсолютен брой на регистрираните новооткрити случай за периода 2016-2018 година и съответно по-висок риск от развитие на заболяването сред населението на русенска област, като се отчитат факторите на околната среда.

4. Висок процент на не информираност за алтернативни методи на лечение – 64 % и допълващи терапии при паркинсонизма, които биха подпомогнали и съхранили физическите възможности на болните с Паркинсон.

5. Рутинните прегледи се извършват при специалист невролог, но невролозите са тези, които извършват оценка на моментното състояние на пациента и нуждата от рехабилитация, кинезитерапия или ерготерапия, за да се чувства пациентът самостоятелен и по-малко зависим от близките, които се грижат за него.

6. С трайна инвалидизация са предимно пациенти с разгъната и изявена симптоматика.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Болестта на Паркинсон не е от тези, които се появяват изведнъж. За да се изявят симптомите, които влошават качеството на живот и са очевидни, са минали години, дори десетилетия. Лечението обикновено включва лекарствена терапия и в някои случаи хирургическа намеса. Като допълнение, важна роля имат физическите упражнения, хранителния режим, допълващите терапии, емоционалната подкрепа и силната обвързаност на близките. Разбирането на същността на болестта, положителната нагласа към новата ситуация в живота, приемането на нови цели и предизвикателства са също толкова важни, колкото и практическото справяне с болестта.

REFERENCES

Barakova, P., (2010), *Algorithm of kinesitherapeutic planning in patients with Parkinson's disease*. Scientific papers of the University of Rousse, p. 49, series 8.1 (**Оригинално заглавие: Баракова, П., (2010), Алгоритъм на кинезитерапевтичното планиране при пациенти с болестта на Паркинсон**. Научни трудове на Русенски университет, т.49, серия 8.1)

Raichev, R., Iv. Raichev, (2001), *Fundamentals of general neurology*, Sofia: IC Artik (**Оригинално заглавие: Райчев, Р., Ив. Райчев (2001), Основи на общата неврология**. София: ИК „Артик“.)

de Lau, LML., Breteler, M.B.(2006). *Epidemiology of Parkinson's disease*. Lancet Neurology.

de Rijk, MC., Tzourio, C., Breteler, M.M. (1997). *Prevalence of parkinsonism and Parkinson's disease in Europe: the EUROPARKINSON Collaborative Study*. European Community Concerted Action on the Epidemiology of Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*.

Grimes, DA.,(2004). *Parkinson's disease: a guide to treatments, therapies and controlling symptoms*. London: Constable & Robinson Ltd.

Poewe, W. (2009). Mahlknecht The clinical progression of Parkinson's disease. Park and Rel Dis.

Weintraub, D., Comella, CL., *assessment*. Am J Manag Care

THU-2G.205-1-SSS-HC-14

THE ROLE OF AUXILIARY TECHNICAL EQUIPMENT FOR DEVELOPMENT IN A HOME FOR DEADLY PEOPLE WITH DISABILITIES³⁰

Sabrie DemirYasar - Student

Department of Public Health and Health Care,
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone.: 0879000355
E- mail: sabrie98@abv.bg

Assoc. Prof. Svilen Dosev, PhD

Department of Health Care; Faculty of Public Health and Health Care
University of Ruse
Phone.: 0888885988
E-mail: sdosev@uni-ruse.bg

Chief Assist. Prof. Kina Velcheva, PhD

Department of Health Care; Faculty of Public Health and Health Care
University of Ruse
Phone.: 0886211502
E-mail: kvelcheva@uni-ruse.bg

***Abstract:** In the modern world, aids are innovative means of creating an alternative technical solution. Technical aids are designed to adapt the environment in order to organize the lives of people with disabilities. The level of aid is determined by and adapted to the individual needs of the individual. Users of the services of the Home for the Elderly with Physical Disabilities Charity - Rousse use for the most part of their daily routine the technical means of facilitating the movement which they need to be implemented in order to eliminate all the barriers (psychological, educational, social, cultural, professional, financial and architectural) to social inclusion and the equal integration of adults with physical disabilities. This study provides a partial opportunity and commitment to a comprehensive strategy to ensure adequate and equal opportunities for disadvantaged people for effective implementation and aiming at improving the quality of life of these people, avoiding discrimination on the grounds of disability ", Ensuring equal opportunities, full and active participation in all spheres of social life, through technical aids.*

Keywords: modern aids, people with disabilities, individual needs of man

JEL Codes: I1, I20, I18

ВЪВЕДЕНИЕ

В съвременният свят помощните средства са иновативни средства, които представляват възможност за създаване на алтернативно техническо решение. Те водят до оптимална организация относно живота на хора с увреждания (Stoeva, B., & Stoyanova, L., 2013). Според стандарти, помощните средства за хора с увреждания се дефинират като „всеки продукт, устройство, оборудване и техническа система, използвани от лице с увреждания произведени специално за индивидуална или масова употреба, чиято функция е предотвратяване, заместване, намаляване или неутрализиране на дисфункциите и уврежданията (Kurkus-Rozowska, B., & Serafin, R., 2003).

³⁰ Докладът е представен на студентската научна сесия на Русенски университет "Ангел Кънчев" през май 2018 в секция Здравни грижи том 58 с оригинално заглавие на български език: РОЛЯТА НА ПОМОЩНИТЕ ТЕХНИЧЕСКИ СРЕДСТВА ЗА ПРЕДВИЖВАНЕ В ДОМ ЗА ВЪЗРАСНИХОРА С УВРЕЖДАНИЯ.

Техническите помощни средства са предназначени за адаптиране на околната среда към живота на хората с увреждания с оглед по доброто организиране на тяхното ежедневие. Съществуват множество класификации и стандарти за помощни средства, които са различни модификации на европейския стандарт (EN ISO9999). В Полша за пръв път през 2002 година се прилага (PN-EN ISO 9999:2002) и до днес се използва съществуващата класификация за помощни средства за хора с увреждания (Eltsa, L., & Stonova, N., 2002).

ИЗЛОЖЕНИЕ

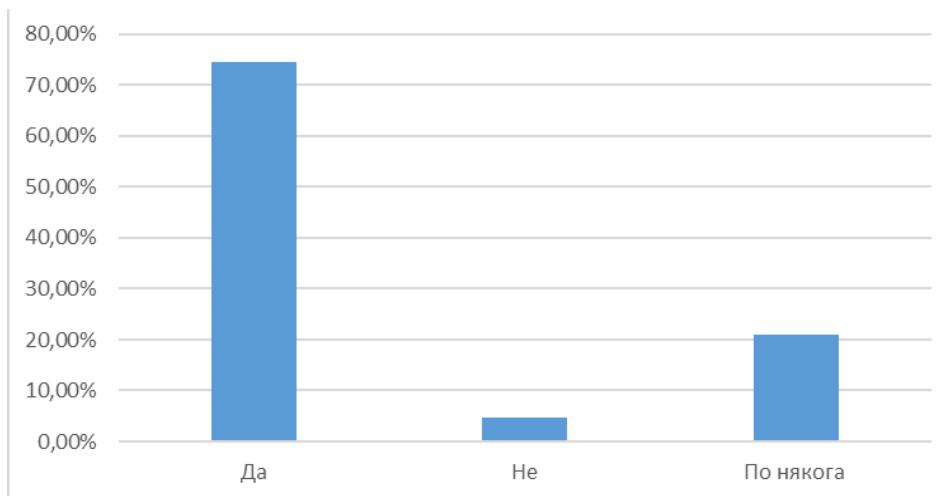
По-голямата част от хората при инвалидизиране или старяващ, избират да останат в дома си за възможно най-дълго. Терминът грижи в дома означава „...обхват на грижи, предназначени за подпомагане на инвалидите и възрастните хора да живеят самостоятелно в дома си“ (Marinov, S., 2012). Видът на помощта се определя индивидуално и се адаптира към специфичните нужди на потребителя.

В периода от 04.03.2019 година до 18.03.2019 година бе проведено анкетно проучване на потребители от ДВХФУ „Милосърдие“ – гр. Русе. Анкетирани са общо 43-ма ползвавщи услугите в дома. След взето съгласие за провеждане на анкетното проучване и запазване на пълна конфиденциалност, домуващите отговориха на 5 предварително подгответи въпроса относно нуждата и употребата на помощни технически средства.

Целта на анкетата е да се определи ролята на помощните технически средства за придвижване в ежедневието на лицата от дома за възрасни хора с увреждания.

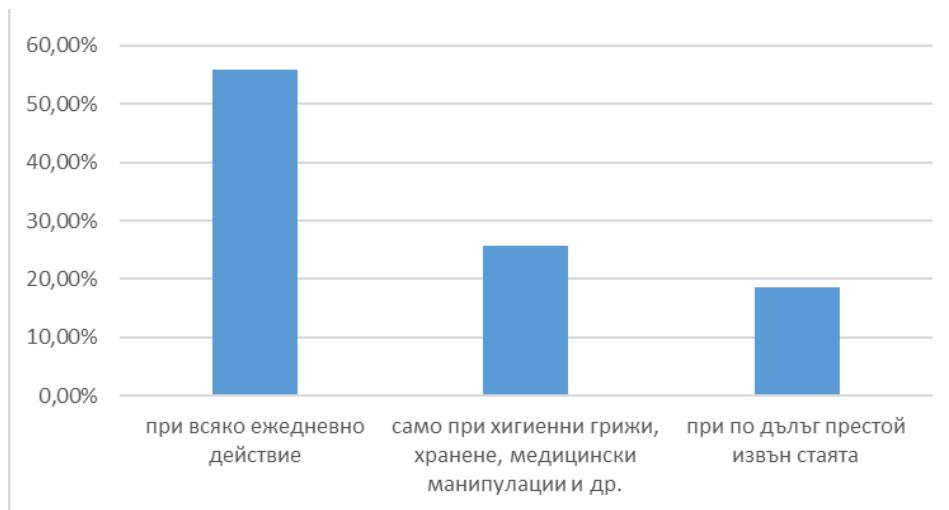
Резултати от анкетата

На въпрос „Използвате ли технически средства за улесняване на придвижването?“ 74,41% от домуващите отговарят положително като подчертават, че средствата улесняват тяхното ежедневие. Този резултат се дължи на усещането за комфорт при наличието на конкретното помощно средство. Други 4,66% отричат възможността за улесняване, а 20,93% считат, че само понякога използват технически средства за придвижване. На фиг.1 е отразен графично резултата от въпроса.



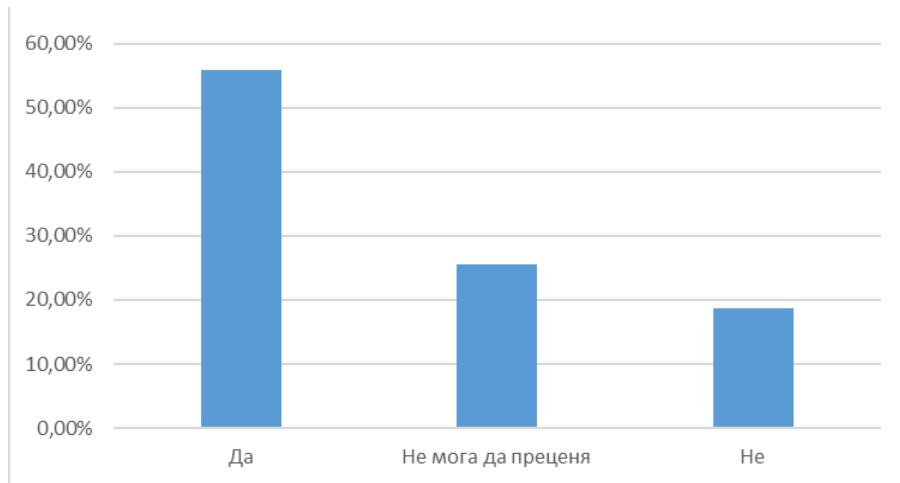
Фиг. 1 Процентно представяне на въпрос: „Използвате ли технически средства за улесняване на придвижването?“

При 55,81% от домуващите отговора на въпроса "Кога използвате помощните средства?" е „при всяко ежедневно действие“. Практически при някой от респондентите ежедневните дейности са изцяло свързани с употребата на точно пригодени механични средства, като 25,58% разчитат на такива само при хигиенни грижи, хранене, медицински манипулации и др., а 18,60% при по дълъг престой извън стаята имат нужда от помощни средства за по-голяма сигурност при извършване на движения свързани с изправяне на торса (фиг.2).



Фиг. 2 Процентно представяне на въпрос: „Кога използвате помощните средства?“

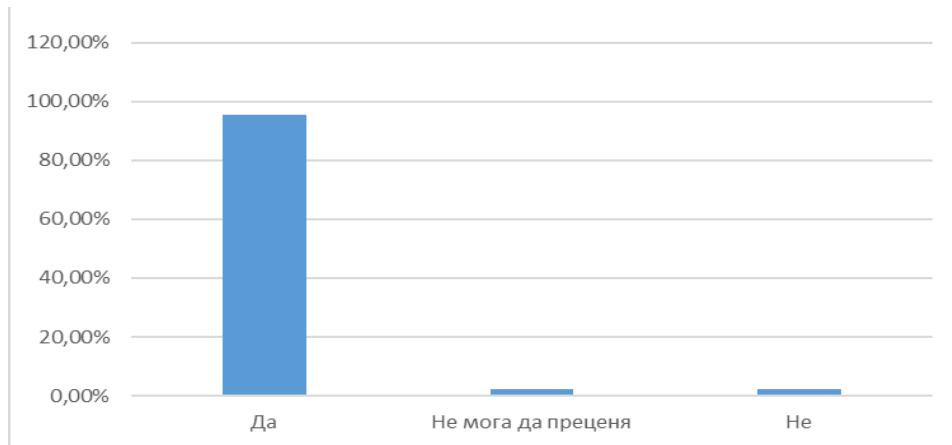
При проведеното проучване 55,81% от анкетираните отговарят на въпроса "Имате ли нужда от допълнителна информация относно възможността за по-ефективно използване на техническите помощни средства?" с „да“, при което допълват в конкретика причината за неяснота относно отстраняване на възникната техническа повреда (възникване шум при предвижване, нужда от подмяна на конкретен детайл и други). Това са въпроси, който често се отправят към техническото лице в дома и според тяхната специфика се поемат от специализирано звена. Предполага се, че компетенция в тази насока е излишна и поражда нужда от точно специализирано технически грамотно лице. Много често домувашите желаят да не получават повече от дадената им до момента информация (18,60%) и даже считат за обидно да се доизясняват възможностите за по-ефективно използване на техническите помощни средства, 25,58% - не могат да преценят тази необходимост, а единични са предложенията да се осъществява периодично „опресняване“ на знанията им, като споменават, че възрастта им изиска това. Фигура 3 изобразява графично резултата от въпроса.



Фиг. 3 Процентно представяне на въпрос: „Имате ли нужда от допълнителна информация относно възможността за по-ефективно използване на техническите помощни средства“

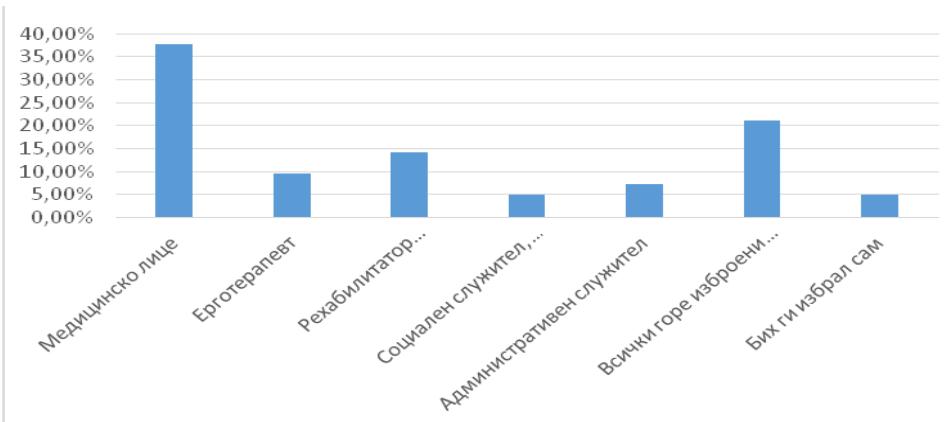
По-голяма част от анкетираните на въпроса "Бихте ли желали да замените механичното помощно средство с друго (електрическо) изпълняващо аналогична функция?" с голям процентен дял (95,34%) отговарят положително, като подчертават, че средствата улесняват тяхното ежедневие и биха се радвали на по-осъвременени. При 2,32% се среща негативен отговор и отказ, като предполагат, че това ще затрудни възможността за по-лесно придвижване и осъществяване на ежедневните дейности заради нужния период за приемане и

адаптиране към „новата техника“. Същият процент е и при потребителите, които не могат да преценят дали използването на електрически технически средства ще подобри или ще затрудни техния начин на живот. На фигура 4 е посочен графичен резултат от въпроса.



Фиг. 4 Процентно представяне на въпрос: „Бихте ли желали да замените механичното помощно средство с друго - електрическо изпълняващо аналогична функция?“

След като се запознаха анкетираните с въпроса "При избора на помощно техническо средство с кого бихте се консултирали", 37,83% от домуващите отговарят „с медицинско лице“, резултат дължащ се на близостта им със здравните специалисти и усещането за сигурност и комфорт които им осигуряват; 9,60% считат ерготерапевта за близък, познаващ добре техните нужди и да им предложи най-подходящото техническо средство за придвижване; 14,24% посочват рехабилитатора, физиотерапевта и кинезитерапевта; 4,93 - социалния служител; 7,26 – административното лице (директор на звеното, старша медицинска сестра...), относително висок е процента (21,22%) - допитване и консултиране с всички от звеното и само 4,93% отказват експертно мнение при избора на помощно техническо средство и считат за напълно достатъчна собствената си компетенция (фиг.5).



Фиг. 5. Процентно представяне на въпрос: „При избора на помощно техническо средство с кого бихте се консултирали?“

Потребителите на услугите от ДВХФУ „Милосърдие“ гр. Русе използват през по-голямата част от своето ежедневие технически средства за улесняване на придвижването, осъществяване на ежедневните нужди и преодоляване на всички бариери (психологически, образователни, социални, културни, професионални, финансови и архитектурни). Желанието им да заменят механичното помощно средство с друго - електрическо изпълняващо аналогична функция цели нагласа за осигуряване и прилагане правото на равенство в социума, равенство в третирането и във възможностите за участие в обществения живот на фона на един усъвършенстван съвременен свят.

Може да се обобщи, че помощните средства са иновативна дейност водеща до оптимизиране на живота на хора с увреждания.

Бъдещи иновации дават възможност за създаването на домашен модулен робот за обслужване на лица с увреждания, които не са в състояние самостоятелно да се грижат за себе си. Това е една изключително амбициозна и трудна задача, но е от огромно социално значение.

Много е важно да се анализират потребностите на лицата с увреждания, да се планират предварително, тъй като често те имат характерна специфика определена от вида на увреждането.

ИЗВОДИ

Ефективното прилагане на помощни техническите средства за придвижване осигурява:

- подобряване качеството на живот на лица с увреждания;
- недопускане на дискриминация по признак „увреждане“;
- равни възможности;
- активно участие във всички области на обществения живот.

Не трябва да се забравя и един много важен компонент - пълноценното интегриране в семейството.

Ангажираността към социални групи и общество е главен елемент от живота на всеки човек. Точно поради това правото на равенство на възможностите към такова участие е заложено от 10 декември 1948 г. във Всеобщата декларация за правата на човека и се полага на всеки един независимо от неговото физическо или психическо състояние (Yordanova, E., 2011).

REFERENCES

- Elitsa, L., Stonova, N. (2002). Norma PN-EN ISO 9999:2002 – Pomoce techniczne dla osób niepełnosprawnych – Klasyfikacja (*Оригинално заглавие: Елицина, Л., Щонова, Н., (2002), Norma PN-EN ISO 9999:2002 – Pomoce techniczne dla osób niepełnosprawnych – Klasyfikacja*).
- Kurkus-Rozowska, B., Serafin, R. (2003). Pomoce techniczne w rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych. W: Bezpieczeństwo pracy. (*Оригинално заглавие: Kurkus-Rozowska, B., R. Serafin, (2003), Pomoce techniczne w rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych. W: Bezpieczeństwo pracy*).
- Marinov, S., (2012), <http://europa.eu.int> (*Оригинално заглавие: <http://europa.eu.int>*).
- Stoeva, B., Stoyanova, L. (2013). Human Resource Development Program, under procedure BG052R0001-7.0.07 (*Оригинално заглавие: Стоева, Б., Стоянова, Л., (2013), Програма „Развитие на човешките ресурси”, по процедура BG052R0001-7.0.07*).
- Yordanova, E., (2011). The attitude of society towards the disabled., rozali.com. rozali.com, (*Оригинално заглавие: Йорданова, Е., (2011), Отношението на обществото към инвалидите, rozali.com. rozali.com*)

THU-2G.205-1-SSS-HC-15

OVERWEIGHT AND OBESITY - LEVEL OF AWARENESS AND REAL ACTION 31

Selin Mehmed - Student

Department of Health Care,

“Angel Kanchev” University of Ruse

Phone: 0885532195

E-mail: selin.1996@abv.bg

Assoc. Prof. Despina Georgieva, PhD

Department of Health Care,

“Angel Kanchev” University of Ruse

Phone: 0889789100

E-mail: dpgeorgieva@uni-ruse.bg

Abstract: Mankind today is increasingly affected by the harmful influence of the modern way of eating and living. Worldwide, there is an increased intake of high-energy high-fat foods; and reducing physical activity due to the increasingly sedentary nature of people's activities, changing modes of transport and increasing urbanization. An increasing share of the population is overweight and obese despite the many sources and channels of information about their harmful health effects. Changes in diet patterns and physical activity are often the result of the extent of community development and actual action in the prevention of obesity and obesity. An important point in prevention is food and education policies. There is a relatively high level of awareness and a low level of implementation of real actions leading to positive results.

Keywords: obesity, disease, curative nutrition, physical activity, treatment; awareness.

ВЪВЕДЕНИЕ

Съгласно МКБ Е66 Затлъстяването е важен медико-социален проблем поради високия риск от дегенеративни и обменни заболявания в по-късен етап от живота. В днешно време затлъстяването е все по-често срещано явление. Съществуват две форми на затлъстяване: Първично - среща се при 95% от случаите. То бива алиментарно и конституционално. Вторично - нарича се още сложно или полисимптомно заболяване. Причините за затлъстяване, са комплексно действащи фактори: генетично предразположение, прехранване, намалена физическа активност, ендокринни нарушения, психосоциални нарушения, стрес. Патогенетичните механизми имащи основно значение в развитието на затлъстявяне се свързват с повишен хранителен внос и понижен енергиен разход поради намалена физическа активност, първично нарушение на мастната обмяна. Клинично затлъстяване, неуточнено при децата в 80% от случаите настъпва около 7-8 годишна възраст. Характерните симптоми са: повишен апетит, повищена жажда, засилено изпотяване, лесна уморяемост. Подкожната мастна тъкан е увеличена. Диагнозата затлъстяване се поставя на базата на клиничната картина и огледа. Лабораторни показатели: високи нива на инсулин, което довежда до развитие на инсулинова резистентност и в последствие захарен диабет в късните години. В лечението на затлъстяването е необходимо участието на цялото семейство като се цели промяна в хранителния режим и навици на детето и се избягва преяждането. Необходимо е консултация с лекар специалист и диетолог. Профилактиката се изразява в контрол на

³¹ Докладът е представен на студентската научна сесия на 09.05. 2019г. в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: НАДНОРМЕНО ТЕГЛО И ЗАТЛЪСТЯВАНЕ – НИВО НА ИНФОРМИРАНОСТ И РЕАЛНИ ДЕЙСТВИЯ.

нормално телесно тегло за възрастта, осигуряване на правилен хранителен и двигателен режим (ICD-10, 1992).

Според Световната здравна организация (СЗО), наднорменото тегло и затлъстяването се определят като прекомерно натрупване на мазнини, което представлява риск за здравето. Показателят за населението на затлъстяването е индексът на телесна маса (BMI). Наднорменото тегло и затлъстяването са основни рискови фактори за редица хронични заболявания, включително диабет, сърдечносъдъзови заболявания и рак. В близкото минало се е считало, че е проблем само за страните с високи доходи, в днешно време наднорменото тегло и затлъстяването рязко нарастват в страните с ниски и средни доходи, особено в градските условия.

Индексът на телесна маса (ИТМ) е прост индекс, изчислен на базата на теглото и височината, който обикновено се използва за класифициране на наднорменото тегло и затлъстяването при възрастни. Определя се като тегло на лицето в килограми, разделено на височината му в метри (kg/m^2). За възрастни СЗО дефинира наднорменото тегло и затлъстяването, както следва: наднорменото тегло е BMI, по-голям или равен на 25; Затлъстяването е BMI по-голям или равен на 30.

BMI осигурява най-полезната мярка за ниво на наднормено тегло и затлъстяване, тъй като тя е еднаква за двата пола и за всички възрасти на възрастните. За децата трябва да се има предвид възрастта при определяне на наднорменото тегло и затлъстяването, като критериите са разделени за деца под 5г. възраст и деца от 5-19 г (WHO, 2018).

По данни на Световната здравна организация от 1975 г. в световен мащаб затлъстяването почти се утроjava. Повечето от населението на света живеят в държави, в които наднорменото тегло и затлъстяването убиват повече хора, отколкото недояждането (WHO, 2015).

През 2016 г. над 1,9 милиарда възрастни са с наднормено тегло и затлъстяване. От тях над 650 милиона възрастни са с наднормено тегло (39%) и 13% са със затлъстяване. В световен мащаб разпространението на затлъстяването почти се утроjava от 1975 г. до 2016 г. През 2016 г. около 41 милиона деца на възраст под 5 години са с наднормено тегло или затлъстяване. Интересен е факта, че наднорменото тегло и затлъстяването в момента се увеличават в страните с ниски и средни доходи, особено в градските условия. В Африка броят на децата под 5 години с наднормено тегло се е увеличил с близо 50% от 2000 г. насам. Почти половината от децата под 5 години, които са с наднормено тегло или затлъстяване през 2016 г., са живели в Азия. Над 340 милиона деца и юноши на възраст 5-19 години са с наднормено тегло или затлъстяване през 2016 г.

Наднорменото тегло и затлъстяването са свързани с повече смъртни случаи в света, отколкото с поднорменото тегло. В световен мащаб има повече хора с наднормено тегло, отколкото с поднормено тегло - това се случва във всеки регион, с изключение на части от Африка на юг от Сахара и Азия. Като основни причини за затлъстяване и наднормено тегло е енергийният дисбаланс между консумираните и изразходваните калории. В световен мащаб се наблюдава: увеличен прием на високо енергийни хани с високо съдържание на мазнини; и намаляване на физическата активност поради все по-заседналия характер на дейностите на хората, промяна на видовете транспорт и увеличаване на урбанизацията. Промените в моделите на хранене и физическата активност често са резултат от екологични и обществени промени, свързани с развитието и липсата на подкрепящи политики в сектори като здравеопазване, селско стопанство, транспорт, градско планиране, околната среда, преработка на хани, дистрибуция, маркетинг и образование. Повищеният BMI е основен рисков фактор за възникване на неинфекциозните заболявания като: сърдечносъдъзови заболявания (главно сърдечни заболявания и инсулт), които са водещата причина за смърт, мускулно-скелетни нарушения (особено остеоартрит - силно инвалидизиращи дегенеративни заболявания (WHO, 2018).

Като основна причина за затлъстяването се определя енергийният дисбаланс между консумираните и изразходваните калории. Сред причините за затлъстяване се сочат още

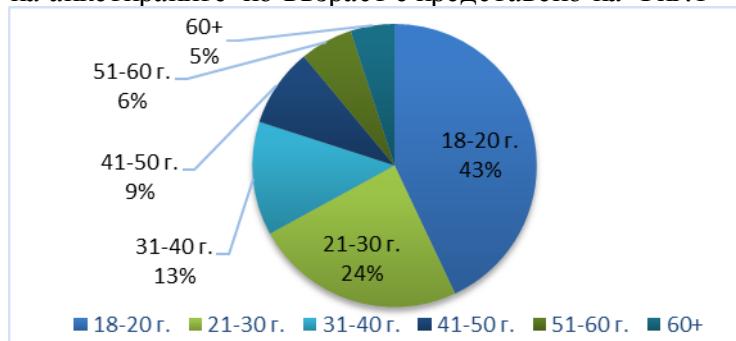
генетични фактори, средата на живот, някои ендокринни заболявания, проблеми от централната нервна система и прием на определени лекарства:

- Генетичните фактори са свързани с повишен риск към наддаване на тегло. Поголямата част от гените, които са свързани с предразположеност към затъстване, все още не са идентифицирани.
- Среда на живот – изобилието от храна, прием на висококалорийни, богати на мазнини и бързо резорбиращи захарни храни, по-голям обем на порциите приемана храна, по-честата консумация на храни от заведения за бързо хранене и намалена физическа активност.
- Ендокринни причини – заболяванията, водещи до покачване на теглото са: хипотиреодизъм; акромегалия при възрастните; повишени кортизолови нива (синдром на Къшинг); Псевдохипопаратиреоидизъмът.
- Причини от страна на централната нервна система - при: по-тежки мозъчни увреждания; редица мозъчни тумори; при облъчване на централната нервна система; особено в следоперативния период при причини от страна на централната нервна система
- Лекарства – продължителното и/или в по-високи дози приложение на кортикоステроиди; ципрохептадин, валпроат, прогестини, лекарства за лечение на диабет (инсулин); бета-блокери, антихистамини, някои антидепресанти и антипсихотични лекарства (RZI, 2019).

ИЗЛОЖЕНИЕ

С цел проучване информираността на населението относно причините и усложненията от наднорменното тегло и затъстването е проведено анкетно проучване сред 100 респондента на възраст 18 до 60+ г. в периода февруари-март 2018 г., тях (69%) жени и (31%) мъже. Анкетната карта включва 15 въпроса от затворен тип.

Разпределението на анкетираните по възраст е представено на Фиг. 1



Фигура 1. Възрастов състав

Най голям дял от всички анкетирани са на възраст 18-20 г. (43%) , а най- малък (5%) - над 60 години.

Самооценката на респондентите за телгото е отразена във Фиг. 2



Фигура 2. Самооценка за наднормено тегло

Почти половината (45%) са дали положителен отговор, 22% са отговорили, че не могат да преценят, а 33% считат че теглото им е в нормални граници.

На въпроса дали са предприели мерки за намаляване на тегло си, само 6% спазват диета, 62% имат нужда от подкрепа и 32% дават негативен отговор.

Анкетираните са дали своите отговори, относно причините за затъняването. Като за 37% обездвижването е основна причина за затъняването, според 23% консумация на мазни хани и болести, а 17% са посочили генетична предразположеност.

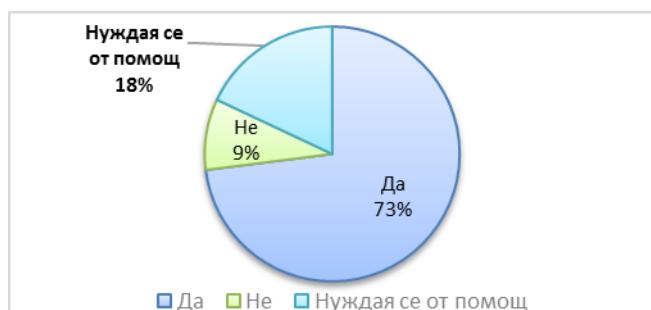
По отношение на вредното влияние на наднорменото тегло на здравето, отговорите са в полза на високата информираност на респондентите (Фиг. 4).



Фигура 4. Вредно влияние на наднорменото тегло върху здравето

От отговорите на респондентите става ясно, че голяма част от тях 87% за запознати с вредата на наднорменото тегло върху здравето, като 26% от тях посочват частична информираност.

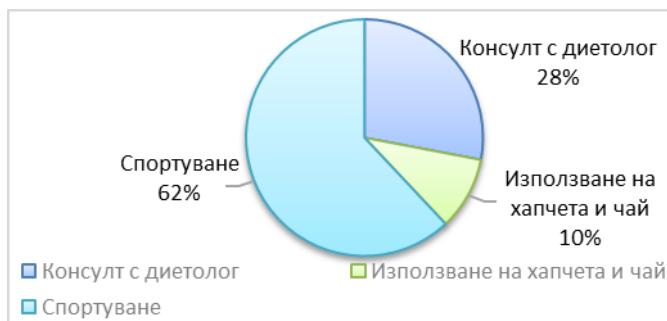
По отношение на информираността за справянето с проблема „наднормено тегло“. Отговорите отразени на Фиг.5 са много категорични.



Фигура 5. Степен на информираност за справяне с наднорменото тегло

Голям дял (73%) от анкетираните дават положителен отговор, 18% заявяват необходимост от помощ и само 9% отговорят, че не са наясно как да се справят с излишните килограми.

На Фиг. 6 са отразени отговорите на респондентите за предприетите мерки за намаляване на наднорменото тегло.



Фигура 6. Мерки за преодоляване на наднорменото тегло

Голям дял (62%) от анкетираните са посочили спорттуването като мярка за справяне с излишните килограми. Този отговор корелира с възрастовия състав на анкетираните – общо 67% от тях са на възраст 18-30г. Една трета (28%) твърдят, че консултацията с диетолог е важна за тях и само 10% разчитат на различни средства за отслабване чайове и таблети.

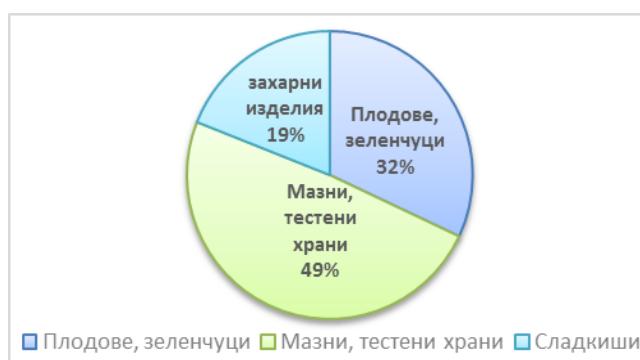
На запитването дали спорттуват в момента на анкетирането само 9% са отговорили, че спорттуват редовно, 27% са епизодично и 64% не спорттуват поради липса на време. На въпрос какво би стимулирало физическата Ви активност? Отговорите са следните: осигуряване на спокойствие 29%, повече свободно време 29% и обучение и видеоклипове 44%.

На въпрос дали са получавали упреци за тегло си, 63% от изследваните са отговорили „понякога“, често 19% и не са получавали 18%.

Интересни са отговорите на анкетираните по отношение на вредните навици: Голям дял от респондентите (61%) нямат вредни навици, 22% са посочили тютюнопушене и 17% прием на алкохол.

Като основна причина за наднормено тегло и затъстване експертите посочват приема на по- голямо количество калорични хани.

Отговорите на респондентите относно ежедневната консумация на захарни изделия, плодове и зеленчуци; мазни и тестени хани са представени на Фиг. 7



Фигура 7. Консумирани хани ежедневно

Нездравословни висококалорични хани ежедневно консумират 68% от анкетираните, 32% посочват ежедневна консумация на плодове и зеленчуци.

Като последиците от затъстването: захаранен диабет, подагра и хипертония са посочили 23% от респондентите, 19% посочват неопределени оплаквания и 58% твърдят, че нямат заболявания в резултат на наднормено тегло.

ИЗВОДИ

Изводите, които могат да се направят след анализа на резултатите от анкетата са следните:

- Голяма част от анкетираните са добре информирани за проблемите и причините за наднормено тегло и затъстване, както и за мерките за преодоляването им.
- На фона на високата информираност се наблюдава слабо изпълнение на реални мерки за поддържане на здравословен начин на живот.

- Установена е ниска степен на физическа активност и ежедневна консумация на висококалорични хани, включващи: захарни и тестени изделия, както и хани, богати на мазнини при повече от една втора от анкетираните.

- Голяма част от респондентите осъзнават нуждата от консулт с диетолог и заявяват потребността си от допълнителна конкретна информация.

Профилактиката на наднорменото тегло и затлъстяването е от съществено значение.

Формирането на здравословни навици у подрастващите ще даде положителен резултат в по-късна възраст и ще предотврати множество здравословни проблеми.

Днес обществеността има възможност за получаване на достатъчна информация, получавана от различни форуми, институции и организации, занимаващи се с изучаване и предлагане на различни програми за контрол на телесното тегло.

Българската асоциация за изучаване на затлъстяването и съпътстващите го заболявания „Акад. Ташо Ташев“ (БАСОРД) е основана през 1995г. От 1996г. БАСОРД е член на Световната асоциация за изучаване на затлъстяването (IASO), а от 1998 г. – член на Европейската асоциация за изучаване на затлъстяването (EASO). БАСОРД е една от 23 държави инициатори на Миланска декларация за превенция на затлъстяването през 1999г. През годините БАСОРД организира регулярно научно и научно-популярни прояви, национални и международни симпозиуми и конгреси. През 2010г. БАСОРД бе една от асоциациите, които участваха в учредяването на „Европейски ден за борба със затлъстяването“ (European Obesity Day), който за втори път отбелязваме на 21 май 2011г. БАСОРД участва като партньор на международни и национални проекти, насочени към превенция на затлъстяването и информиране на обществеността за медицинските последствия от наднорменото тегло (BASORD, 2018).

REFERENCES

- Bulgarian Association for the Study of Obesity and Accompanying Diseases "Acad. Tasho Tashev" (BASSORD), (2018), (*Оригинално заглавие: Българската асоциация за изучаване на затлъстяването и съпътстващите го заболявания „Акад. Ташо Ташев“* (БАСОРД), 2018, URL: <http://www.basord.com>) .
- ICD-10, (1992), (*Оригинално заглавие: МКБ 10*, (1992), URL: <https://mediately.co/bg/icd/E00-E90/set/E65-E68/cls/E66/zatlstyavane>).
- Regional Health Inspection, (RZI), (2019), Overweight and Obesity (*Оригинално заглавие: Регионална здравна инспекция, 2019, Наднормено тегло и затлъстяване.* URL: <http://riokozpd.com>).
- WHO, (2015), Obesity and overweight, Fact sheet №311, January 2015, URL: <https://www.omron-healthcare.com/bg/health/overweight-and-obesity>.
- WHO, (2018), Obesity and overweight, 16 February 2018, URL: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- WHO, 2018, Obesity, URL: <https://www.who.int/topics/obesity/en/>.

PROPHYLAXIS – SIGNIFICANT PART OF THE COMPREHENSIVE TREATMENT OF VARICOSE DISEASE³²

Zehra Kadirova – Student

Department of Public Health and Health Care,
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359899394212
E-mail: zehra_ahmed96@abv.bg

Assoc. Prof. Kristina Zaharieva, PhD

Department of Public Health and Health Care,
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359885193003
E-mail: kzaharieva@abv.bg

Abstract: The term varicose veins or varicose veins is a disease indicating the state of enlargement, wrapping and prolongation of the veins. Expanded veins are part of chronic venous disease. HBV combines the different weights of the symptoms of venous damage. Venous disease is extremely common. If all classes are included, over 80% of adults have it. The flow mechanism starts with an initial development of venous dysfunction leading to venous hypertension, which causes venous wall damage and venous valves. These changes in the venous system lead to the development of disease-specific skin changes.

Keywords: Varicosis, disease, veins, stripping, legs, valves

ВЪВЕДЕНИЕ

Варикозната болест е едно от най-разпространените заболявания в индустриално развитите страни на Европа и Северна Америка, а това и определя място до социално значимите заболявания като артериална хипертония и захарен диабет. По статистически данни около 40% от човешката популация (възрастно население) на планетата, страда от една или друга степен от разширени вени. За България статистиката сочи, че между 40-47% от жените и около 30% от мъжете имат някаква форма на хронична венозна болест. По данни от проучване (DETECT) у нас от варикозни вени страдат около 2 млн. души, но по официални данни се лекуват едва 20 хил. (<https://www.puls.bg/aktualno-c-6>).

ИЗЛОЖЕНИЕ

Варикозните вени и хроничната венозна недостатъчност (ХВН) са социално-значимо заболяване със значително въздействие върху ресурсите на здравеопазването. Милиони хора търсят лекарска помощ предимно възприемайки ги като козметичен проблем, без да се замислят за сериозните последици, които могат да възникнат при прогресирането на болестта (Spasov, An., 2015). Варикозните вени са част от хроничната венозната недостатъчност, която в миналото е смятана за проблем на възрастните, но днес се среща и в по млада възраст (20-25 г.).

Съществуват множество рискови фактори за ДВТ и ВТЕ. Основните рискови фактори за ДВТ и ВТЕ могат да се разделят условно на вродени и продибити.

³² Докладът е представен на студентската научна сесия на 09.05.2019 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ПРОФИЛАКТИКАТА – СЪЩЕСТВЕНА ЧАСТ ОТ КОМПЛЕКСНОТО ЛЕЧЕНИЕТО НА ВАРИКОЗНАТА БОЛЕСТ.

Вродените състояние най-често се дължат на генни мутации, засягащи синтеза на т. нар. естествени антикоагуланти и водят до дефицит или непълноценост в действието на тези антикоагуланти (дефицит на фактор V-Leiden, на антитромбин III, протеини S или C и др.) или свръх синтез на протромбогенни фактори (фибриноген, хомоцистеин, фактори VIII, IX и XI и др.).

Основните придобити рискови фактори за ДВТ и ВТЕ включват:

- ✓ Продължителна имобилизация,
- ✓ Голяма травма или операция в предхождащите 3-4 седмици,
- ✓ Застойна сърдечна недостатъчност,
- ✓ Затъняване, напреднала възраст (>75 години), продължително пътуване,
- ✓ Активен туморен процес или провеждана химиотерапия,
- ✓ Бременност и преждевременно раждане,
- ✓ Имплантация на различни сърдечни дивайси в големите вени или десни сърдечни кухини,
- ✓ Хормонално заместителна терапия след менопауза или прием на орални контрацептиви с високо естрогенно съдържание,
- ✓ Придобити тромботични нарушения като наличие на антифосфолипидни антитела и/или лупусен антикоагулант,
- ✓ Хепарин индуцирана тромбоцитопения, тромбоцитоза,
- ✓ Преживяна спленектомия,
- ✓ Нефротичен синдром и др. (Sherbanov, O., T., Nedeva, 2015).

Заболяването ХВН и варикозни вени, започва като козметичен дефект и има привидно безобидни симптоми като умора и тежест на крайника след напрегнат трудов ден; сърбеж по долните крайници; нощи болки, придружени от крампи на мускулатурата; оток в областта на вътрешния малеолум. Опакванията се засилват с напредването на деня, максимално изявени са вечер, а минимално или липсващи сутрин (Atanasov, A., 2001, & Baev, S., 1995). Субективни опаквания (тежест, мравучкане) може да има с години, преди да се появят (ако се появят) истинските варикозни вени, които са изпъкнали, често нагънати, извити, уголемени, препълнени с кръв най-често на подбедриците (могат да се появят и в други части на тялото – лице, долната част на хранопровода, ано-ректална област, сперматикова връв). Може да се открият и т. нар. паяковидни вени, които са по-малки и финни разширени съдове (Atanasov, A., 2001, & <https://com/razshireni-veni/razshireni-veni>). За определяне стадия на заболяването се използва международната класификация CEAP, която се базира на четири компонента – клиничен (C), етиологичен (E), анатомичен (A) и патофизиологичен (P). Тази класификация е обогатена с подгрупи, които позволяват прецизно определяне на степента, произхода и локализацията на заболяването: **клас C - C0 (нулев)** – не се виждат или опипват разширени вени, съответният крайник изглежда здрав, но може да се наблюдават първите признания на венозна болест – тежест, болка, сърбеж, отток предимно през втората половина на денотонощието; **C1** – малки мрежовидни разширени вени и подкожни разширени вени до 3мм (телеангиектазии, ретикуларни вени); **C2** – истински разширени и нагънати вени над 3мм (варикозни), които се видждат и палпират; **C3** – разширени вени с оток, най-често около глазена; **C4** – кожни промени – кафяво оцветяване около глазена, уплътняване на кожата; **C5** – белег от заздравяла венозна язва; **C6** – активна венозна язва; **клас E:** Ес – конгенитална, Ер – първична (идиопатична), Ес – вторична; **клас A:** Аs1-5 – повърхностни вени, Аd6-16 – дълбоки вени, Ар17-18 – перфорантни вени; **клас P:** Рr – рефлукс, Рo – обструкция, Рr,o – рефлукс и обструкция (Deliyski, T., 2017, & Zhelev, V., 2013, & Spasov, An, 2015). Последствията от хроничната венозна болест са остьр флебит, кръвотечение от варикозните възли и трофични изменения на кожата (екземи, язви). Най-сериозното усложнение е образуването на тромби в разширени вени, които причиняват тежко разстройство на функцията на засегнатия крайник. Състоянието може да се усложни с развитието на венозна гангрена или хеморагична некроза в острата фаза, което може да доведе до загуба на крайника. Ако тромбът се откъсне, най-често попада в белите дробове и води до остро животозастрашаващо състояние – белодробна

тромбемболия. Усложненията на хроничната венозна болест я определят като заболяване с висока здравна и социална цена.

Клиничният преглед има основно значение за заподозряване на ДВТ, особено когато процесът засяга венозната система на крайниците. Пациентите съобщават за тежест или болка в засегнатия крайник, същият е подут, болезнен при палпация, с променена кожа, понякога и по-топъл. Много трудно се подозира подобен процес, когато същият ангажира тазовата венозна система. Оплакванията от страна на пациента включващи задух, гръден болка, пристъпна кашлица или сърцебиене, причерняване пред очите или синкоп, винаги трябва да се приемат с особено внимание, като възможна проява на белодробен тромбоемболизъм.

Основно при поставяне на диагноза ДВТ и БТЕ се разчита на инструментална диагностика: промени в ЕКГ (данни за деснокамерно и/или деснопредсърдно обременяване, миокардна исхемия), рентгенография на бял дроб и сърце (редукция на белодробния рисунък, инфилтрат, ателектаза, повдигнат диафрагмен купол, плеврален излив и др.), доплерова сонография на дълбоките вени на крака или флегография, потвърждаващи ДВТ, ЕхоКГ (данни за деснокамерно и/или деснопредсърдно обременяване и повищено налягане в системата на белодробната артерия и/или горна и добра празна вена и др.). В последните години, заради широката си достъпност, добрите диагностични възможности на съвременните апарати и все по-ниската цена, като основна инструментална диагностика при съмнение за БТЕ се използват възможностите на спиралната компютърна томография с контрастно усилване на образа. Все по-рядко вече се разчита на сцитнографията, конвенционалната пулмоангиография, а ЯМР-диагностиката в България, е все още скъпа и не толкова достъпна методика (Sherbanov, O., T., Nedeva, 2015).

Рисковите фактори за развитие на варикозните вени могат да включват и: напреднала възраст; бременност; пол (женски); наднормено тегло и затъсяване; обездвижване; продължително стоеене в право или седнало положение на работното място без почивки; фамилната предразположеност (по-често от майчина страна) (Deliyski, T., 2017, & Spasov, An., 2015, & <https://duma.bg/razshirenite-veni>). Традиционната хирургия, както и различните съвременни подходи на лечение с лазер (когато са възможни, съобразно състоянието) позволяват трайно облекчение, но са свързани с определен престой в болница, както и временна нетрудоспособност (възстановяване). Лечението е комплексно, според степента и вида на варикозните вени се прилага: консервативна терапия (венотонични медикаменти; носенето на специални еластични чорапи с дозирана компресия, чорапите се слагат сутрин и се свалят вечер, не се носят по време на сън, ако разширениите вени са само по подбедрицата, достатъчно е да се носи еластичен чорап до коляното; физически упражнения), склерозране (в разширена вена се инжектира специално вещество, което я запушва) и оперативна терапия (т. нар. стрипинг или новите, минимално инвазивни методи - ендovenозна лазерна абляция и ендovenозна радиофреквентна абляция) (Baev, S., 1995, & Deliyski, T., 2017, & Nikolov, N., 2016). И за варикозната болест важи правилото, че много по-лесно е да се предпази човек от нея, отколкото да се лекува. Профилактиката на варикозната болест е незаменима, съществена част от комплексното лечение и се свежда до спазване на здравословен начин на живот: подходящ двигателен режим, здравословно хранене, добра хигиена и прием на венотонизи - определен клас лекарствени препарати, който се грижи за добрата еластичност на венозните стени (<https://tehagmypho.gq>). Появата на телангиектазии и ретикуларна варикоза са знак за повищено внимание и предписване на профилактични мерки:

- ✓ Избягване продължително неподвижно положение (седнало),
- ✓ Избягване продължителна вертикална позиция на едно място (използване всяка възможност за раздвижване на стъпалата и подбедриците),
- ✓ Осигуряване при възможност хоризонтална позиция на долните крайници,
- ✓ По време на сън (отдих) - повдигане долните крайници на около 10-15 см над нивото на гръденния кош,

- ✓ Преди сън предвидете 10-15 минути за разходка,
- ✓ Енергично ходене, подскачане на пръсти в случай на продължително обездвижване,
- ✓ Избягване „кръстосване“ на долните крайници при седнала позиция (позицията създава препятствие по пътя на кръвопотока),
- ✓ Ежедневен масаж на подбедриците (от ходилата към коленете),
- ✓ Контролиране на телесната маса (поддържане на идеално телесно тегло),
- ✓ Избягване на „равни“ обувки с тънка подметка „тип чехли, джапанки „гуменки“ и ниски токчета (подходящ ток не по-висок от 5 см и не по-нисък от 3 см),
- ✓ Избягване на много стегнато облекло (широки и удобни!),
- ✓ Избягване продължително излагане на топлина (сауна, гореща вана, топла кола маска, сълнце),
- ✓ Редовни занимания със спорт (предпочитан спорт- плуване, танци, голф, гимнастика; избягване - езда, тенис),
- ✓ Здравословно хранене - ограничаване на тестени, сладки изделия, употреба на сол, алкохол и кофеин,
- ✓ Ежедневно (сутрин, вечер) хладен душ на долните крайници (от ходилата към коленете),
- ✓ Профилактика на обстипацията,
- ✓ Ограничаване, прекратяване на тютюнопушенето,
- ✓ Избягване прием на високодозирани контрацептивни таблетки,
- ✓ Провеждане ежедневно упражнения: в легнало положение - упражнение "велосипед" (15-20 пъти); движение на пръстите при леко повдигнати и изпънати долнi крайници; редуване сгъване и разгъване на пръстите (до 2 пъти); описание кръг с малък диаметър с долните крайници (до 10 пъти); в право положение - стоеж на палци; стъпване на пети; пристъпване от палци на пети (Spasov, An., 2015, & <https://zdraveikrasota.bg>),
- ✓ След хирургична терапия: ортостатична тренировка на долните крайници; изправяне след втория час с компресивна превръзка на долните крайници; изправяне на всеки час (Zhelev, V., 2013)
- ✓ Консултации с ангиолог, съдов хирург (при оток, болка, мравучкане, тежест в подбедриците!).

Проведено изследване

Цел: да се проучи нивото на информираност на респондентите относно профилактиката на варикозната болест (XBH).

Обект на изследването: пациенти с варикозна болест (XBH).

Материали и методи: Проучването се проведе в периода 01.10.2018 - 30.03. 2019 г. и обхвана 135 респондента по време на хоспитализация в съдова хирургия (Варикозна болест; Тромбоза на вена; Варикофлебит; Флеботромбози; Постфлебитен синдром). В процеса на изследването се използваха методите: анкетно проучване и програмно интервю

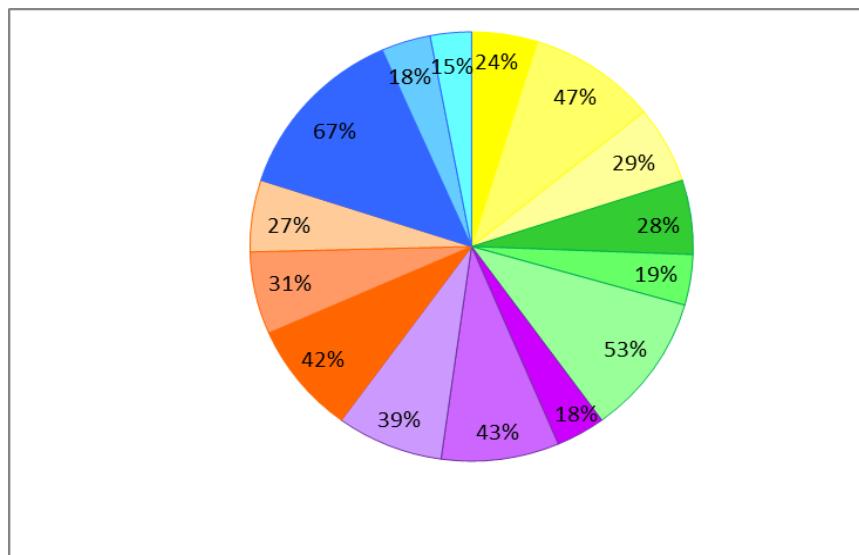
Резултати от проведеното проучване: Резултатите са анализирани, обобщени и представени в таблица 1 и фигура 1.

Таблица 1.

Информираност на пациентите за профилактиката на варикозната болест (значимост, източник на информация, познаване и приложение на профилактични мерки, необходимост от допълнителна информация)

Информирани ли сте за същественото значение на профилактиката от комплексното лечението на варикозната болест?	24% - имат информация 47% - не достатъчна информация 29% - нямат информация
--	---

Кой е източникът Ви на информация относно симптомите, рисковите фактори и профилактиката при варикозната болест?	28% - различни медии (в.т.ч и публикации от медицински специалисти) 19% - приятели 53% -медицински екип (ОПЛ, съдов хирург, медицинска сестра)
Посочете характерни за варикозната болест (XBH) профилактични мерки?	42% - 8-10 профилактични мерки 31% - 4-5 профилактични мерки 27% - 1-2 профилактични мерки
Прилагате ли адекватни за варикозната болест (XBH) профилактични мерки?	18% - ежедневно 43% - веднъж седмично 39% - понякога
Необходима ли ви е допълнителна информация за профилактичните мероприятия при варикозна болест (XBH)?	67% -да 18% - само за упражнения на долните крайници 15% - не се нуждаят от допълнителна информация, наличната им е достатъчна за провеждане на необходимата профилактика на варикозната болест



Фиг. 1.Информираност на респондентите за профилактиката на варикозната болест

ИЗВОДИ

Анализът на резултатите е основание да се направят следните изводи: едва 24 % от респондентите имат информация за изключителната значимост на профилактиката от лечението на XBH, а за останалите респонденти информацията е не достатъчна или липсваща; 53% от участниците в проучването посочват като източник на информацията за профилактичните мерки медицинските екипи, отговор в подкрепа за провеждане на добра профилактична дейност от страна на медицинските специалисти; по-малко от половината респонденти (42%) имат завидна информираност за видовете профилактични мерки (посочват от 8 до 10 различни мероприятия); 31% описват по 4-5 и не малка част от респондентите (27%) посочват само 1-2 подхода; значителна група (67%) респонденти изразяват необходимост от повишаване нивото на информираност относно „адекватни профилактични мероприятия“ при варикозна болест (XBH). На база констатираните изводи, може да се изведе заключението: нивото на информираност на респондентите относно профилактиката на варикозната болест

(ХВН) е около 40%, резултат предопределящ необходимостта от допълнителна информация за профилактиката на варикозната болест. Резултатите от проведеното проучване послужиха като мотивация за изготвяне информационен бюлетин (ИБ) за профилактичните мероприятия при варикозната болест (консултанти: доц.Г. Георгиев, н-к отделение „Съдова хирургия“, К. Чизмарова, ст. мс. отделение „Съдова хирургия“), апробиран е в клиничната практика и сме убедени че допринася за популяризиране на профилактиката на заболяването.

Вариците не са само козметичен проблем. Поради разширението на вените се нарушава нормалният кръвоток и това предразполага към тромбозиране и възпаление на вените със съответните усложнения. Една адекватна и навременна профилактика при проявени три и повече рискови фактора би могла значително да намали честотата на ХВН и да предостави по-добро качество на живот на пациентите с вече съществуваща патология (Spasov, An., 2015).

Долните крайници изискват грижи и внимание. Не пренебрегвайте „изпращаните“ от тях сигнали. Малките оплаквания след време могат да прераснат в сериозен проблем!

REFERENCES

- Atanasov A.,(2001), *Surgical diseases for medical colleges*, Knowledge, Sofia, p. 161)
(Оригинално заглавие: Атанасов А.,(2001) *Хиургични болести за медицинските колежи, Знание, София, стр. 161).*
- Baev S.,(1995),*Surgical Diseases, Medicine and Physical Education*, Sofia,p. 264)
(Оригинално заглавие: Баев С., (1995), *Хиургични болести, Медицина и Физкултура, София, стр. 264).*
- Delianski T.,(2017), *Operative, General and Special Surgery*, Surgery, Plevens, p. 435).
(Оригинално заглавие: Делийски Т., (2017), *Оперативна, обща и специална хиургия. Хиургични грижи, Плевен, стр. 435).*
- Zhelev V., (2013), *Physiotherapy in Internal and Surgical Diseases*, Avangard Prima, Sofia, p.55) **(Оригинално заглавие:** Желев В., (2013), *Физиотерапия при вътрешни и хиургични болести, Авангард Прима, София, , стр.55).*
- Nikolov, N., Stoyanova B.,(2016), *Clinic of Vascular Surgery, National Cardiology Hospital, Sofia, p. 15* **(Оригинално заглавие:** Николов, Н., Стоянова Б., (2016), *Клиника по Съдова хиургия, Национална Кардиологична Болница, София, стр. 15).*
- Spasov An., (2015),*Varicose Waves and Chronic Venous Impotence - Energetic Prophylaxis*, MEDINFO Magazine, No. 9 **(Оригинално заглавие:** Спасов Ан., ВАРИКОЗНИ ВЕНИ И ХРОНИЧНА ВЕНОЗНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ – РАННА ПРОФИЛАКТИКА, сп. МЕДИНФО, бр.9).
- Sherbanov, O., T., Nedeva (2015), *Deep Venous Thrombosis and Pulmonary Thromboembolism - Participation of Healthcare Specialists in Diagnostics, Treatment and Prophylaxis*, Angel Kanchev University, Scientific Works, vol. 54, p. 209-212, **(Оригинално заглавие:** Шербанов, О., Т., Недева (2015), *Дълбока венозна тромбоза и белодробен тромбоемболизъм – участие на специалистите по здравни грижи в диагностиката, лечението и профилактиката, РУ «Ангел Кънчев», Научни трудове, том 54, с. 8.3, стр. 209-212).*
- <https://com/razshireni-veni/razshireni-veni-simptom-i-progresiya> (Accessed on 08.2018)
- <https://www.puls.bg/aktualno-c-6/razshireni-veni-kak-se-postavia-diagnozata-n-28064drkehayov> (Accessed on 12.07.2017).
- <https://duma.bg/razshirenite-veni-ot-kozmetichniya-defekt-do-zabolyavaneto-n89606?h=pdfarchive&pdfarchiveId=2971>, брой 265, 15.11.2014
- <https://tehagmypho.gq/f3ebd71a3ab4.html> (Accessed on 10.04. 2019).
- <https://zdraveikrasota.bg/uprazhneniya-za-profilaktika-i-lechenie-na-razshireni-veni> (Accessed on 16.01 2019).

CHORIOCARCINOMA NECESSARY OBSTETRIC CARE³³

Radostina Nikolova – Student

Department of Health Care,
University of Ruse "Angel Kanchev"
Tel.: 0898535328
e-mail: r.nikolova@rubineks.eu

Chief Assist. Prof. Tsveta Hristova, PhD

Department of Health care,
University of Ruse "Angel Kanchev"
E-mail: tshristova@uni-ruse.bg

Abstract: The report is considering a rare malignancy in women. A characteristic of the oncological condition was made. The materials are the result of further study during practical exercises according to the discipline „Obstetric care for women with cancer.“ The aim was to establish the significant obstetric care in horionkartsinom. A documentary method was used - materials from medical scientific literature and a hospital record of a patient with the disease horionkartsinom. The clinical case of a woman with horionkartsinom was reviewed, the stages, treatment and status in dynamics were tracked. An analysis of appropriate obstetric care was performed and conclusions were made.

Keywords: choriocarcinoma, tumor, trophoblastic, midwife, health care

ВЪВЕДЕНИЕ

Терминът трофобластна болест обхваща група от заболявания, които произлизат от плацентарния трофобласт – тъканта, от която се развива плацентата. Те могат да бъдат доброкачествени и злокачествени. Различават се по способността за обратно развитие, да растат инвазивно, да метастазират, да рецидивират и да произвеждат човешки хорионгонадотропин.

Класификация:

1. Доброкаществена трофобластна болест:
 - грозовидна бременност (мола хидатидоза) – пълна и частична.
2. Злокачествена трофобластна болест:
 - инвазивна мола, персистираща мола;
 - хориокарцинома (Timcheva, K., 2019).

ИЗЛОЖЕНИЕ

Хориокарцинома е рядко злокачествено заболяване, обхваща предимно жени под 35 - годишна възраст. Проявява се със системно нередовно менструално кървене. Матката е мека, с неправилна форма. Симптоми са анемия, загуба на телесно тегло. При съпътстваща инфекция може да има и треска. Поради високата степен на злокачественост се образуват бързи метастази в белият дроб с остро изявена клинка на белодробна недостатъчност. Други обекти на метастазите са вагина, вулва, таз, черен дроб, мозък. Леталният край е с висок процент.

Хориокарциномът се развива:

- 50% от случаите – от предшестваща грозовидна бременност;
- 25% – след аборт;
- 22% – след нормална бременност;

³³ Докладът е представен на студентската научна сесия на 09. 05. 2019 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ХОРИОКАРЦИНОМ – НУЖНИЕ АКУШЕРСКИ ГРИЖИ.

- 3% – след извънматочна бременност (Timcheva, K., 2019).

Нарастващият брой на онкологичните заболявания при жената и нуждата от акушерска здравна грижа са мотиви за работата по темата на доклада.

Цел:

Установяване на значимата акушерска грижа при хорионкарцином.

Методи:

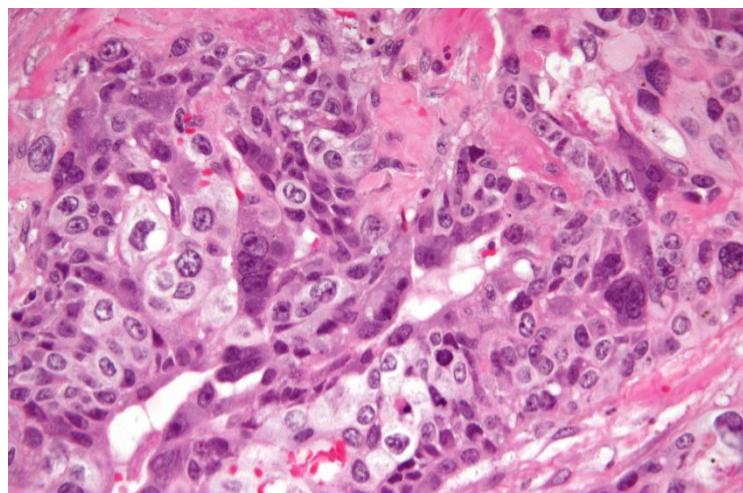
Използван е документален метод – материали от медицинска научна литература и болнично досие на пациентка със заболяването хорионкарцином

Разглежда се клиничен случай на жена със хорионкарцином, проследяват се етапите, лечението и състоянието в динамика.

Направен е анализ на необходимите акушерски грижи и се извеждат изводи.

Източниците на научната медицинска литература са единодушни, че навременното диагностициране и лечение на хорионкарцинома увеличава шанса за напълно излекуване. Диагнозата се поставя на базата на:

- Анамнеза – пациентката съобщава за аменорея и направилни маточни кръвотечения, отпадналост, умора.
- Физикален преглед – матката е мековата с неправилна форма.
- Ехографско изследване (Фиг. 1).



Фиг.1. Ехографски образ тип „Снежна буря“

- Лабораторни изследвания – високи стойности на ЧХГ.
- Хистологично изследване от материала взет по време на абразио.
- Рентгенография на бял дроб за установяване на метастази.

Лечението след направено абразио и доказана хорионкарцинома се предприема след извършена преценка на случая чрез онкологична комисия, която се състои от пет членен състав със различни медицински специалисти.

- При нисък риск – монотрексат;
- При висок риск – полихимиотерапия; Хирургично лечение; Лъчелечение – при някои случаи с метастази.

Роля на акушерката при диагностика на онкологично заболяване:

Акушерката е първата жена която се среща с пациентката в кабинета. Тя я посреща, настанява и подпомага да заеме подходящо положение за преглед. От нейното отношение към жената зависи до каква степен пациентката ще се довери на екипа и колко ще бъде искрена в споделяне на проблема.

Акушерката асистира на лекаря по време на прегледа. Подава нужните инструменти. Помага на жената да стане от акушерския стол. При нужда и помага да се облече. Настанява я да седне на удобен стол, за да обсъдят с лекаря състоянието ѝ. При необходимост поднася

чаша вода. Дава информация къде, кога и какви допълнителни изследвания са необходими да се направят. Записва паспортните данни и заключението на лекаря в досието и документацията на кабинета. Дава насоки за следващото посещение на жената.

Анализ на клиничен случай:

Пациентка на 28 години, без фамилна обремененост на онкологично заболяване. Провежда профилактични гинекологични прегледи ежегодно. От снетата анамнеза научаваме, че тя е без придръжаващи заболявания, липсват вредни рискови фактори на професионална среда и стил на живот. Посещава гинекологичен кабинет поради генитално кървене (извън менструален цикъл) и непостоянни болки в областта на малкият таз. Гинекологичният преглед и ехографското изследване не установяват патологични находки. Регистрирани са завишени стойности на ЧХГ. Извършва се сепарирано пробно абразио. Установява се, че пациентката е с хорионкарцином - Първи стадий, Втора клинична група.

Заседанието на регионална онкокомисия в КОЦ град Русе назначава химиотерапия (Метотрексат от 05.10.98 г. - 04.11.98 г.).

След приключване на лечението се извършва повторно сепарирано пробно абразио и изследване на ЧХГ. Установява се, че заболяването е без прогресия.

Пациентката остава на диспансерно наблюдение - на всеки три месеца се изследва ЧХГ, а на всеки шест месеца се прави пробно абразио. Всички резултати са в норма. Редовно поддържа връзка с акушерката от специализирания кабинет.

Четири години по-късно, след лечението, жената забременява спонтанно с двуплодна бременност. Поради високите нива на Човешки Гонадотропен Хормон (което може да се дължи както на двуплодната бременност, така и на Трофобластната болест), тя се наблюдава интензивно в стационар. Акушерките полагат всички необходими грижи (психологическа подкрепа, навременно извършване на изследвания и назначения, комуникират с близките). Бременността завършва успешно с раждане на живи и здрави бебета. Наблюдението продължава с контролни прегледи на три месеца (ЧХГ). Назначава контролни прегледи през три месеца и проследяване на ЧХГ. Заболяването е без рецидив. Последно извършени преглед и изследвания на пациентката са в края на 2018 г. Те са в норма (Leu – 5.75 Tromb – 252 Хемоглобин 115 ЧХГ – 0,18 AFP 4,21).

Акушерката е вписвала точно и коректно данните от всеки преглед и лабораторни изследвания, благодарение на което имаме възможност да се запознаем в детайли със случая. Акушерската документация е попълвана навременно и изчерпателно, четливо. Хронологично са подредени фишове, снимки и заключителни медицински формуляри. Акушерката периодично е уведомявала жената за необходимите посещения в болничното заведение.

Акушерката води дневник за „напомняне“ на пациентите за предстоящи прегледи и изследвания. Тя осъществява контакти с жените по телефона и връзка с техните близки.

Акушерката познава всички случаи, които са диспансеризирани към КОЦ Русе, в гинекологичния кабинет.

ИЗВОДИ

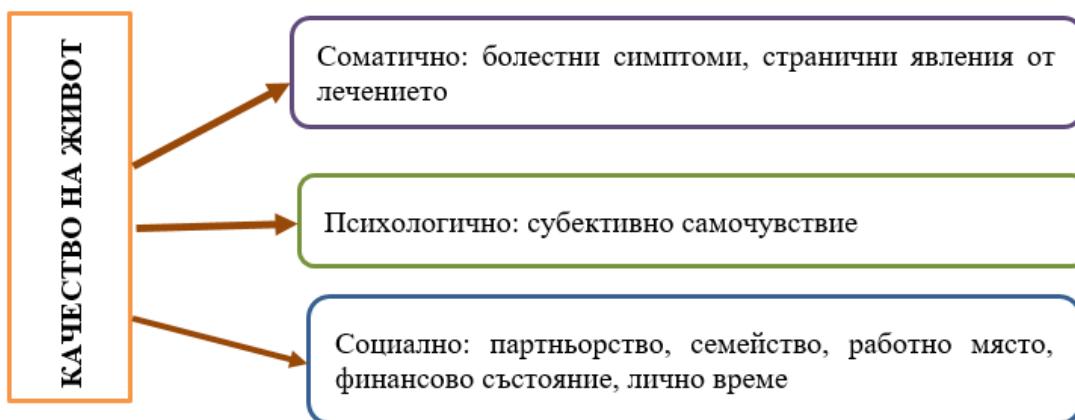
Профилактичните гинекологични прегледи са необходимо условие за ранно откриване и лечение на онкологичните заболявания при жената. Открито навреме онкологичното заболяване е лечимо.

Взаимоотношенията между медицинския екип и пациентката оказват влияние върху процеса на проследяване и оздравяване.

Акушерката има значимо място в профилактиката и лечебния период на онкологичните заболявания.

Акушерски здравни грижи при онкологично болни жени:

Онкологичните заболявания и нейното лечение се отразяват върху качеството на живот на пациентката (Фиг. 2).



Фиг. 2. Направления в качеството на живот и отражение на болестта

Акушерката трябва да присъства активно подкрепящо във всички направления изграждащи качеството на живот на пациентката с онкологично заболяване. Тя трябва да разпознава психологическото състояние на жената свързано с болестта. При пациентки след заболяване от рак се описват четири фази (Фиг. 3) на възприемане на болестта (Kihle, M., 2015).



Фиг. 3. Фази на възприемане на онкологичната болест

След потвърждаване на диагнозата, медицинският екип и в частност акушерката трябва да убеди пациентката да стане активен участник в процеса на лечение. Пациент, който иска и вярва, че ще оздравее, се справя по успешно със заболяването. Акушерката е отговорна в изграждане на връзката с жената, с доверието. Тя трябва да владее отлично елементите на професионалната комуникация и да разполага с необходимото време за разговори с пациентката и нейните близки - „Няма значение какво си казал, а как си разбран“ (Nenkov, M., 2019, Jordanova, D., 2019).

Направен е опит на графично представяне на необходимите акушерски здравни грижи (Фиг.4).



Фиг. 4. Нужната акушерска здравна грижа

За изработване на предложената схема е използван опита на акушерката работеща в онко-гинекологичен кабинет към КОЦ Русе и теоретичните лекции по изучаваните дисциплини в професионално направление Акушерка, степен Бакалавър.

Акушерските грижи за пациента се осъществяват не само чрез точното изпълнение на лекарските назначения и добрата техника при изпълнение на манипулациите и процедурите, а и посредством онова чисто човешко чувство за помощ, състрадание и милосърдие, което при хората се изразява с думи, поглед, жест. От невербалните сигнали с най-голям информационен заряд е погледа, а най - човешкият невербален сигнал е усмивката (Stoev, V., 2010).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Онкологичните заболявания са водещи по ръст на смъртността през 21 век. Все повече млади жени се срещат с тежката диагноза.

Акушерката и нейните грижи са значими в диагностичния и лечебен екип. Нейно е и мястото в превенцията и профилактиката сред жените във всички възрастови групи. Това трябва да се осъществява чрез семинари, обучения и работни срещи в училища и предприятия.

В доклада са изложени медицински факти и конкретен клиничен случай, от който става ясно, че дори и тази тежка диагноза с хорионкарцоном, при правилно, навременно лечение и дълго проследяване, може да има положителен резултат.

REFERENCES

- Jordanova, D., (2019). *The Relationships and Problems of Nursing with a Patient*; Sofiq-VMA (Оригинално заглавие: Йорданова, Д. 2019. *Отношенията и проблемите при общуването на медицинската сестра с пациент*, София, Дни на психологичната помощ в болнична среда - ВМА).
- Kihle, M., (2015). *Handbook of Gynecology and Obstetrics Publishing*;Sofia Publishing: Medicine and Physical Education (Оригинално заглавие: Киле, М., 2015. *Наръчник по гинекология и акушерство* Издателство: Медицина и физкултура, София).
- Nenkov, M., (2019). *Bad news to whom, who, and how?* Sofia VMA (Оригинално заглавие: Ненков, М. , 2019. *Лошите новини на кого, кой и как?* София, Дни на психологичната помощ в болнична среда - ВМА).
- Stoev, V., (2010). *Clinical communication Publishing*: Softreid Sofiq (Оригинално заглавие: Стоев, В, 2010. *Клинична комуникация*. Издателство: Софтрейд, София).
- Timcheva, K.,(2019). *Therapeutic Directory of Medical Psychology Publishing House*: Paradigma (Оригинално заглавия: Тимчева, К, 2019. *Терапевтен справочник по медицинска психология* Издателство: Парадигма).

THU-2G.205-1-SSS-HC-18

A MIDWIFE'S DUTY IN OVARIAN CANCER TREATMENT CARE – A CASE STUDY REPORT³⁴

Gyonyul Refka – Student

Department of Health care,
University of Ruse "Angel Kanchev"
Tel: +359 893 375 468
E-mail: gigityee@abv.bg

Chief Assist. Prof. Tsveta Hristova, PhD

Department of Health care,
University of Ruse "Angel Kanchev"
E-mail: tshristova@uni-ruse.bg

Abstract: *Ovary carcinoma is a type of cancer disease in women, which is usually diagnosed in the late stages and carries a high risk of a fatal outcome. This report comes as a result of research and observation which were performed over a clinical practice assignment in Complex Oncological Centre Rousse. The report aims to formulate midwife duties in the cases of ovary cancer. Document analysis is the main method of the report – medical literature and case reports of monitored patients with ovary carcinoma are reviewed. A case report is presented. Following an analysis of the data, conclusions have been drawn, considering the midwife care necessary. Raising awareness and educating women, as well as regular prophylactic gynaecological check ups are the foundation of early diagnosis and timely treatment which lead to reduced morbidity.*

Keywords: *ovary carcinoma, midwife care, women's health, midwife duties*

ВЪВЕДЕНИЕ

Всяка година в България се диагностицират над 860 случая с карцином на яйчниците при жените. Над 50% от случаите се откриват в напреднал стадий, което намалява шансовете за лечение.

Според Българския Национален раков регистър от 2017 година, ракът на яйчниците е на пето място по честота при жените и представлява 5,5% от всички злокачествени заболявания при тях. По отношение на смъртността болестта е на шесто място.

Ракът на яйчника (carcinoma ovarii) е злокачествен тумор, който най-често възниква в епителните клетки на яйчника. Съществуват и герминативноклетъчни, или от половата връв ((Shterev, A., Dimitrov, A., Zlatkov, V., 2013)).

ИЗЛОЖЕНИЕ

Все още няма ясна причина за възникването на този вид рак, но съществуват някои рискови фактори:

- наследственост – увеличава риска от 3 до 7 пъти;
- възраст над 55 години;
- хормонална заместителна терапия;
- лечение на безплодие със стимулиращи овулацията медикаменти;
- генетични фактори;
- наличие на рак на гърдата повишава риска от развитие на рак на яйчника;
- нераждали жени, ранно начало на менструацията (менархе) и късна менопауза;

³⁴ Докладът е представен на студентската научна сесия на 09. 05. 2019 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ЗАДАЧИ НА АКУШЕРКАТА ПРИ КАРЦИНАМ НА ЯЙЧНИКА – КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ.

- анамнеза за ендометриоза, поликистоза на яйчниците и тазова възпалителна болест;
- жени с наднормено тегло и заседнал начин на живот;
- алкохолна консумация и тютюнопушене.

(Chakalova, G., 2013., Shterev, A., Dimitrov, A., Zlatkov, V., 2013, www.rochemd.bg)

Заболяването протича скрито и тихо, поради което някои от проучените автори го наричат „тихият убиец“. Открива се късно и е налице висока смъртност:

- няма ранни симптоми;
- неясен абдоминален дискомфорт – тежест, болка и подуване на корема;
- диария, констипация или често уриниране от притискане на пикочния мехур от тумора;
- чувство на постоянна умора;
- липсва палпаторна болезненост;
- като късен симптом се смята диспареунията (болка при полов акт);
- менструални смущения – кървене извън менструация.

При напреднало заболяване (евентуално наличие на асцит или абдоминална маса) могат да се наблюдават:

- увеличаване на размера на корема;
- метеоризъм;
- храносмилателни смущения – загуба на апетит и чувство на ранно засищане, гадене, повръщане;
- загуба на тегло.

Ако болестта се е разпространила в плевралната кухина възможни са:

- плеврален излив;
- респираторни проблеми (диспнея);
- метастази в лимфни възли (често на ингвинални, аксилярни).

(Chakalova, G., 2013., Shterev, A., Dimitrov, A., Zlatkov, V., 2013, www.rochemd.bg)

Туморът метастазира най-често по съседство, лимфогенно и по кръвен път (по-рядко).

Поради късно откриване на това онкологично заболяване при жената, високата смъртност на случаите и необходимостта от акушерска здравна грижа, проучихме медицинска литература и болнични досиета в КОЦ град Рuse с рак на яйчниците.

Цел:

Да се формулират задачите на акушерката при рак на яйчниците при жената.

Методи:

Документално изследване.

След анализ на проучената медицинска литература и болнични досиета със случаи на пациентки с рак на яйчниците, предлагаме случай разгледан в дисциплината Клинична практика. Формулирани са изводи и необходимата роля на акушерката.

Акушерката има значимо място в екипа от специалисти за диагностициране и лечение на рак на яйчника. Задачите ѝ при различните методи са отразени в таблица 1.

Таблица 1.

Задачи на акушерката при диагностични методи на рак на яйчника

Метод	Задачи на акушерката
анамнеза	Акушерката чрез добра комуникация събира данни от предходния живот, прекараните заболявания и оплакванията от настоящото заболяване, фамилна анамнеза, социално-битови условия, характеристика на менструацията (ако има такава), полов живот и репродуктивно здраве.
физикален преглед	При посещение на жената в гинекологичния кабинет, акушерката може с огледа да прецени здравословното състояние на жената – цвят на кожа, структура и движение на тялото. Акушерката измерва жизнените показатели – артериално налягане, сърдечна честота, дихателна честота, телесна температура.

цитонамазка	Акушерката подготвя всички необходими пособия. Дава информация на жената за начина и провеждане на манипулацията. Подпомага жената да заеме необходимото гинекологично положение. Асистира на лекаря. Изпраща материала за изследване и осигурява навременно получаване на резултата от изследването.
ехографско изследване	Асистира на лекаря. Попълва необходимата документация.
компютърна томография	Дава необходимата информация на жената и насочва пациентката към специализирания кабинет.
колпоскопия	Подготвя необходимия инструментариум за предстоящото изследване. Дава информация на жената за начина на провеждане на изследването. Подпомага заемане на необходимото положение на тялото.
венозна урография	Информира жената за манипулацията според професионалната си компетентност и взема писмено информирано съгласие. Поставя венозен източник. Насочва пациентката към съответния кабинет. Асистира на лекар при необходимост. Попълва документацията.
иригография	Информира жената за манипулацията според професионалната си компетентност и взема писмено информирано съгласие. Насочва пациентката към съответния кабинет. Асистира на лекар при необходимост. Попълва документацията.
ректоскопия, цистоскопия	Дава информация за манипулацията. Взема писмено информирано съгласие. Подготвя необходимия инструментариум и асистира на лекаря при извършване на изследването. Отразява в документацията.
лапароскопия с биопсия	Тази операция се извършва с престой в болнично заведение. Акушерката подготвя пациентката – предоперативна подготовка за операция. Извършва необходимите назначения, асистира на лекаря в оперативния период и подпомага жената в следоперативния с нужните грижи.
лабораторни изследвания	Дава информация на жената за необходимите условия за вземане на лабораторни изследвания. При необходимост поставя венозен източник и взема кръв за лабораторно изследване. Според реда в болничното заведение, насочва пациентката към съответната лаборатория. След получаване на резултатите ги предава на лекар. Отразява стойностите в необходимата документация.

Следва стадиране, за точно определяне на стадия на заболяването, за определяне на лечебен план.

Стадии на рака на яйчника:

Стадий I – тумор, ограничен в яйчника

А – тумор, ограничен в единия яйчник и не достига повърхността на яйчника

В – тумор, ограничен в двата яйчника и не достига повърхността на яйчника

С – тумор, ограничен в единия/двата яйчника; прорастване повърхността на яйчника; туморни клетки в асцит

Стадий II – разпространение в таза

А – разпространение в матката и/или в едната или в двете тръби, без наличие на асцит

В – засягане на други тазови структури

С – тумор в таза

Стадий III – метастази в регионални лимфни възли, перитонеум и по капсула-та на черния дроб

А – извънгазови метастази по перитонеума, установени микроскопски

В - Макроскопско ангажиране на перитонеум извън малък таз с размер на метастазите \leq 2 см със или без позитивни ретроперитонеални лимфни възли

C - Макроскопско ангажиране на перитонеум извън малък таз с размер на метастазите > 2 см със или без позитивни ретроперитонеални лимфни възли. Включва разпространение на тумора по капсула до далак и черен дроб, но без да засяга паренхима им

□ Стадий IV – далечни метастази – плевра, бели дробове, в чернодробния паренхим.

A – плеврален излив с потвърдена позитивна цитология

B – метастази в органи, извън коремната кухина

(Ismail, E., Y. Kornovski, St. Slavchev, 2012)

Лечението бива:

❖ Оперативно – тотална хистеректомия с двустранна аднексектомия. При млади жени, с незавършени репродуктивни функции и локализиран едностраничен тумор с благоприятна хистология – едностранична аднексектомия.

❖ Следоперативна химиотерапия.

❖ Лъчетерапия.

❖ Хормонотерапия –ограничено приложение.

❖ При късни стадии – палиативни грижи.

Терапевтична схема по стадии:

1. Заболяване в ранен стадий (I-IIA) – третира се оперативно като при това задължително се извършва прецизно стадиране. Преди или след операцията се назначава химиотерапия и евентуално таргетна терапия, чрез която да се потисне способността на тумора да създава захранващи го кръвоносни съдове. Неоадювантната терапия се характеризира с по-добра прогноза от адювантната

2. Авансирало заболяване (II-III стадий) – радикална оперативна намеса с лечебна химиотерапия.

3. Заболяване в IV стадий - се прилага хирургия, чиято цел е да се отстраният всички видими ракови образувания в коремната кухина, които подлежат на премахване (цели се оптимална циторедукция). При всички пациенти с този вид заболяване задължително се провежда (нео) адювантна системна терапия. Пооценка на лекуващия екип според вида на заболяването може да се приложи и таргетна терапия. При невъзможност за осъществяване на хирургична интервенция се провежда първична лечебна химиотерапия или симптоматично лечение.

4. При повторно появила се болест се ползва системна терапия с или без таргетна терапия. Потенциалната полза от хирургична намеса за контрол на симптоматиката се оценява индивидуално. Като цяло няма данни, че оперативното лечение удължава преживяемостта при рецидивирал рак на яйчниците.

(Chakalova, G., 2013, Shterev, A., Dimitrov, A., Zlatkov, V., 2013).

Задачите на акушерката при различните видове лечения на рак на яйчниците са отразени в таблица 2.

Таблица 2.
Задачи на акушерката при видове лечения на рак на яйчници

Видове лечение при рак на яйчници	Задачи на акушерката
Оперативно	Предоперативния период обхваща периода, през който се извършват всички необходими изследвания, консулти и манипулации. Акушерката участва във всички етапи на предоперативния период като активно сътрудничи на лекаря и изпълнява назначенията му. Оказва психологическа подкрепа на пациентката. Преди операцията акушерката дава информация за нужния лечебно-хранителен режим, правят се изследвания за безопасност по време на анестезия; преби за чувствителност към антибиотици, аналгетици,

	<p>анестетици; ЕКГ; консулт с кардиолог, интернист, анестезиолог и задължително се попълва лист за предоперативна анестезия. Провежда се рентгеново изследване на сърце и бял дроб. Измерват се соматичните показатели на жената, поставяне на венозен източник; избръсване на корем, симфиза, големи лабии, основен тоалет и измиване на корема със сапун; информация дали е празен пикочния мехур (спонтанно или с катетър); вечерта и сутринта преди интервенцията – очистителна клизма, проверка за зъбни протези, пърсинг. Обяснява на жената възможните странични реакции след операцията.</p> <p>Постоперативни грижи – следене на соматични показатели, проследяване на диуреза, кръвни показатели, газов анализ; ранно раздвижване на пациентката; упражнения в леглото; дихателни упражнения.</p>
Химиотерапия	<p>Терапията протича в болнично заведение. По време на химиотерапия се контролира кръвната картина. Акушерката запознава жената с възможните странични действия – гадене, повръщане, намален апетит и вкусови усещания, сухота и ранични в устата, спадане на тегло, увреждане на лигавици, алопеция и загуба на окосмяването по цялото тяло, умора, диария, безсъние.</p> <p>Задача на акушерката е добре да познава страничните действия и да оказва психологическа подкрепа. Може да съветва пациентките си за хигиената на устната кухина (използване на мека четка за зъби, вода за уста, вазелин за устни), съвети за храна – да не се консумират пикантни, мазни и трудносмилаеми храни; консумация на повече плодове и зеленчуци. Могат да се съветват жените за използване на перуки.</p>
Лъчетерапия	<p>Акушерката запознава пациентката с възможните странични реакции след проведеното лечение:</p> <ul style="list-style-type: none"> - изсушаване на кожа; - затруднено прегълъщане; - зачеряване на мястото, където попадат лъчите; - алопеция - констипация и други. <p>Съвети, които може да даде акушерката:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ да не се ползват кремове, дезодоранти, лосиони; ■ да не се излага на пряка слънчева светлина; ■ да се посети зъболекар преди процедурите; ■ да се носят широки, непристягащи дрехи от естествена материя и други.

Прогнозата се свързва се с влиянието на много фактори: възраст и общо състояние на пациентката, стадий и вид на заболяването, степен на диференцияция, асцит, наличие на съществуващи заболявания на пациентката. Доброто общо състояние на пациентката и възраст под 40 години благоприятстват прогнозата. Наличието на асцит е неблагоприятен прогностичен фактор (Chakalova, G., 2013).

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ В КОЦ РуSE ООД

Пациентка на 30 годишна възраст със злокачествено новообразувание на яйчника в първи стадий. Не е посещавала редовно профилактични прегледи при гинеколог. Постъпва в болнично заведение по спешност поради силни болки ниско в корема. След гинекологичен преглед и УЗД е регистрирана киста на единия яйчник. Направена е лапаротомия, аднексектомия синистра с гефрир (взема се материал за изследване, който се изследва още по време на операцията). От хистологичното изследване се установява киста-аденокарцином. Лечението се допълва с тотална хистеректомия, десностранина аднексектомия (премахване на десен яйчник с тръба), резекция на оментума (оментектомия). След заседание на регионалната онко-комисия, лечението продължава с химиотерапия. Проведени са пет курса (Cisplatin).

Пациентката се диспансеризира към онкогинекологичен кабинет на КОЦ град Русе. Извършва контролни прегледи през 3 месеца първата година, а втората година – на 6 месеца. Към днешна дата пациентката няма данни за рецидив и метастази (Leu, Thr, Hb, Er, урея, креатенин, АСАТ/АЛАТ, АФ (алкална фосфатаза) и туморен маркер CA-125 са в норма).

След направения анализ на медицинската литература и клинични случаи по време на Клинична практика, се формулираха **задачите на акушерката**:

- 1) Съветва пациентките да извършват редовни гинекологични прегледи.
- 2) Посреща пациентките и ги информира за предстоящия преглед.
- 3) Подготвя необходимия инструментариум и консуматив.
- 4) Подпомага настаняването на пациентката на гинекологичния стол и осигурява правилното ѝ положение и поведение по време на прегледа.
- 5) Осигурява добра видимост на лекаря (чрез рефлекторна лампа).
- 6) Асистира на лекаря по време на преглед
- 7) Попълва необходимата медицинска документация.
- 8) Насочва пациентката към съответните кабинети за изследване.
- 9) Осигурява навременното получаване и предоставяне на лекаря на резултатите от различни изследвания.
- 10) След получаване на резултатите пациентката отново се поканва в кабинета, за да ѝ се предоставят резултатите от изследванията. Прави се коментар на резултатите от лекаря.
- 11) Оказва психологическа подкрепа на пациентката.
- 12) Активно участва в здравно-просветни мероприятия по въпросите за превенция и профилактика на раковите и предраковите заболявания.
- 13) При жени с обременена анамнеза, акушерката препоръчва да се изследва туморния маркер веднъж на 2 години след 25 годишна възраст, че раждането и кърменето намалява риска от развитието на това заболяване

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ракът на яичниците (овариален карцином) има най-неблагоприятната прогноза от всички специфични за жените онкологични заболявания поради факта, че се открива късно. Акушерката има важна роля в борбата с рака и предраковите заболявания. Нейната роля и задачи са насочени към профилактична дейност – мерки, които да намалят риска от развитието на заболяването – редовни профилактични прегледи, контрацепция, HPV ваксини, здравни беседи сред млади хора. Тя е тази, която през цялото време комуникира с жената, затова трябва да има добри комуникативни умения. Акушерката е тази, която дава съвети на жената и оказва психологическа подкрепа.

REFERENCES

- Ismail, E., Ya. Karnovski, St. Slavchev (2012). *Therapeutic Approaches For Cervical Cancer in FIGO stages IB1 and IB2* //General Medicine (3) (**Оригинално заглавие:** Исмаил, Е., Я. Корновски, Ст. Славчев 2012. Лечебни подходи при рак на маточната шийка в стадий IB1 и IB2 по FIGO//Обща медицина (3)).
- Shterev, A., Dimitrov, A., Bosev, D. et al., (2013). *Gynaecology*. Sofia: Publishing house – MI ARSO (**Оригинално заглавие:** Щерев, А., Димитров, А., Босев, А. и др., 2013. Гинекология. София: Изфателство МИ АРСО).
- Chakalova, G., (2013). *Gynaecologic Oncology*, Publishing house – AVIS-BG EOOD (**Оригинално заглавие:** Чакалова, Г., 2013. Онкогинекология. Издателство: АВИС-БГ ЕООД)
- Miteva, K. (2014). *Health Care for Gynaecological Diseases*. Stara Zagora. (**Оригинално заглавие:** Митева, К. 2014. Здравни грижи при гинекологични заболявания. Стара Загора).
- Lukanova, I. (2015). *Main Points in Clinical Practice for Midwives*. Ruse: Publishing house: "ИК STENO". (**Оригинално заглавие:** Луканова, Й. 2015. Опорни точки за клинична практика на акушерки. Рузе: Издателство: „ИК СТЕНО“).
- <http://www.rochemd.bg> – Therapeutic diseases; Oncology; Ovarian cancer (**Оригинално заглавие:** Терапевтични болести; Онкология; Рак на яичници).

<https://www.acibademcityclinic.bg> – Diseases and Treatment; Obstetrics and Gynaecology; Ovarian cancer (*Оригинално заглавие: Заболявания и лечение; Акушерство и Гинекология; Рак на яйчниците.*).

BREAST CANCER - THE ESSENTIAL ROLE OF THE MIDWIFE IN REGARD TO PREVENTION, PROPHYLAXIS AND HEALTHCARE³⁵

Aylin Syuleymanova – Student

Department of Health Care,

University of Ruse "Angel Kanchev"

Tel.: +359 89 9257704

E-mail: aylins97@abv.bg

Chief Assist. Prof. Tsveta Hristova, PhD

Department of Health care,

University of Ruse "Angel Kanchev"

E-mail: tshristova@uni-ruse.bg

Abstract: Due to the alarming tendencies for a growing number of breast cancer sufferers, we prepared the current scientific study.

Its aim is connected to monitoring the disease in Rousse and the area and to identifying the tasks of the midwife in regard to women suffering from oncological diseases. The study incorporates medical resources and the statistical data base of Complex Oncology Centre Rousse, as well as scientific literature. Conclusions point to the reality of a significantly growing number of registered patients over the last three years.

Keywords: breast cancer, early diagnostics, prophylaxis, midwife, healthcare

ВЪВЕДЕНИЕ

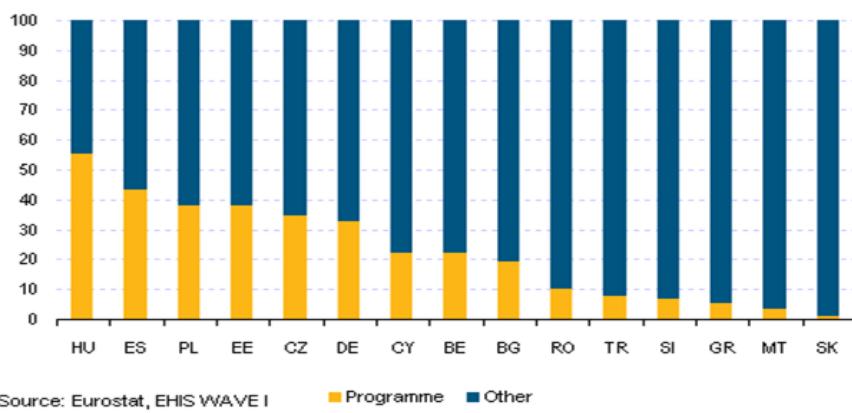
В световен мащаб, всяка година 1 000 000 жени се разболяват, а близо 200 000 умират от рак на млечната жлеза. Ежегодно се появяват около 300 000 нови случаи. Статистическите данни не трябва да се пренебрегват защото открит навреме, ракът на млечната жлеза е 100% лечим. Според официалната статистика за нашата страна, това е най-често срещаното злокачествено заболяване при жените - заема 22,8% от недоброкачествените заболявания. Изключително важно е ранното диагностициране на рака на гърдата, което дава голям процент преживяемост и спестява много финансови ресурси от скъпоструващата химиотерапия, лъчелечение, хормонална намеса. Спестяват се средства и от факта, че болните се връщат бързо на работа при ранно откриване и оперативно отстраняване на тумора.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Ракът на млечната жлеза е най-честият злокачествен тумор при жената. Заболяването се наблюдава във всички възрастови групи (Shterev, A., Dimitrov, A., Bosev, D., 2013). Отчита се тенденция за нарастване на новозаболелите. Тези факти се обясняват с липса на програми за ранно откриване. Европейският парламент призова държавите – членки да се стремят да намалят смъртността от рак на гърдата с 25%, а процентът на несъответствие с 5%.

Според Eurostat, в България през последните години, в скринингови програми с мамография, за определяне на вероятност от злокачествени образувания на гърдата, са участвали едва 20 на 100 000 жени над 15-годишна възраст. Това ни нарежда на девето място в Европейския съюз, фигура 1.

³⁵Докладът е представен на студентската научна сесия на 09.05.2019 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: РАК НА ГЪРДАТА – НЕОБХОДИМАТА РОЛЯ НА АКУШЕРКАТА В ПРЕВЕНЦИЯТА, ПРОФИЛАКТИКАТА И ЗДРАВНАТА ГРИЖА



Фиг. 1. Участие на страната в скринингови програми (Eurostat)

Тревожните тенденции в развитието на заболяването, ни накара да направим проучване в тази област и ранжираме задачите на акушерката.

Цел на проучването:

Проследяване на заболяването рак на млечната жлеза в град Русе и областта, и задачите на акушерката свързани с онкологично болните жени.

Методи:

Използван е документален метод – медицински източници, статистически база данни, научна литература.

Анализ на данните:

Към 01.01.2019 година в Комплексен онкологичен център - Русе се водят на диспансерен учет 3189 болни със злокачествено заболяване на гърдата. Нарастващият ръст на регистрираните през последните три години е отразено в таблица 1.

Таблица 1.

Регистрирани болни от РМЖ в КОЦ-Русе ЕООД от областите Русе, Разград и Силистра

	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Брой регистрирани	3427	3461	3561

Рисковите фактори са етнически, възрастови, социо-културални (Чакалова, Г., 2013).

След проведено проучване на медицинска литература направихме опит да опишем някои от тях на фигура 2.

при доказан рак на едната гърда нараства риска за развитие на заболяване и на другата гърда

фамилна обремененост

нераждали жени или първа бременност, която е била много ранна/късна (под 18 години/след 35 години)

ранна поява на първи мензис (ранно менархе) и късна менопауза, т.е. по-продължителна експозиция на естрогени

някои промени в гърдите, за които се е наложило да бъде направена биопсия и при микроскопското изследване показва атипична хиперплазия

генетични промени

проведена радиотерапия в областта на гърдите

приемане на контрацептивни таблетки - няма съвсем ясни доказателства

други

Фиг. 2. Рискови фактори за РМЖ

Ракът на гърдата е болестно състояние, при което е засегната жлезната ѝ тъкан.

Симптоми трябва да се търсят насочено чрез самонаблюдение и периодично самоизследване на млечните жлези от жената (Shtarkalev, I., 1954). Свързани са с:

- напитване на "бучка", която е по - твърда и изглежда различно от останалата тъкан;
- промяна във формата и размера на жлезата;
- кръвенист секрет от зърното;
- промяна на кожата над засегнатата област - прилепнала, твърда или като портокалова кора;
- хълтване на зърното;
- залоъщване, сърбеж или разраняване на ареолата и зърното;

Наред със самоизследването, което всяка жена над 35 години трябва да провежда поне веднъж месечно, препоръчва се и провеждането на мамография над 40 годишна възраст веднъж годишно, а при нужда и ехография на млечните жлези. Всяка промяна в гърдите изиска задължителна консултация със специалист.

Диагнозата се поставя чрез:

- анамнеза, в това число и фамилна;
- клиничен преглед и физикално изследване – оглед и палпирание на млечните жлези, и аксиалите двустранно;
- ехография на млечна жлеза и дигитална мамография;
- тънкоиглена аспирационна биопсия (ТАБ) и ексцизионна биопсия;
- туморни маркери – CA 15.3;
- пълни кръвни изследвания - хематологични, биохимични, туморни маркери, хормонални.

За стадиране и откриване на метастази се извършват:

- ✓ рентгенография на бял дроб;
- ✓ гама-камера /скан/ на кости;
- ✓ позитронно-емисионна томография (ПЕТ);
- ✓ компютърна томография;
- ✓ ядрено-магнитен резонанс (ЯМР).

Ранното откриване и диагностициране на РМЖ е от важно значение (Chakalova, G., 2013).

Стадии на рак на гърдата:

В медицинската практика се разглеждат 5 основни стадия на рак на гърдата :

✓ **Стадий 0** - обхваща периода на формиране на ракови клетки, което най-често започва в млечните каналчета на гърдата. На този етап ракът е неинвазивен, но се открива само с лабораторни изследвания. Този факт е показателен за важността на профилактичните грижи по отношение на рак на гърдата.

✓ **Стадий IA** - за него се говори, когато туморът се е разраснал до размери 2 см в диаметър и е вече инвазивен.

✓ **Стадий IB** - в него освен малко туморно образование се отчитат и струпвания от ракови клетки в лимфните възли.

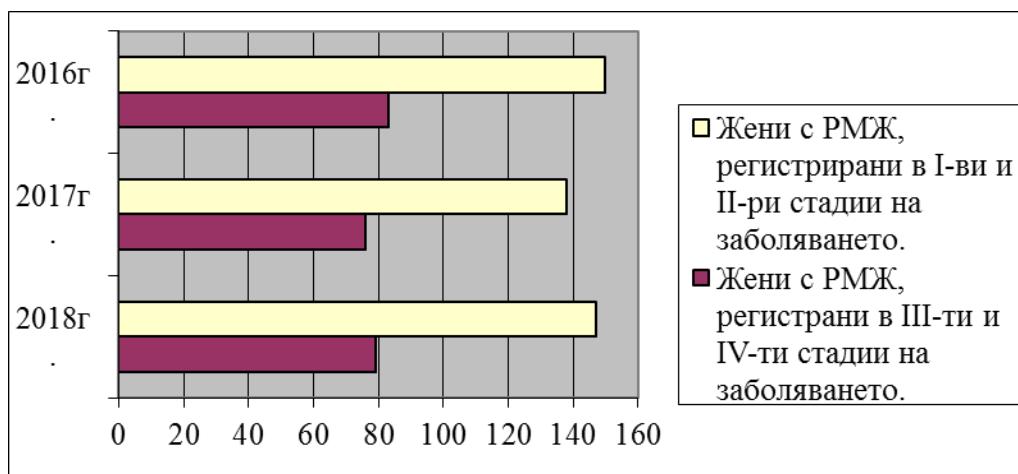
✓ **Стадий IIА** – с напредване на времето туморът може да запази размерите си непроменени, но миграцията на ракови клетки с лимфата може да доведе до рак на лимфните съдове. В стадий IIА на рак на гърдата той може все още да не е диагностициран, но увреждането на лимфните съдове трябва да насочва към изследвания.

✓ **Стадий IIВ** - това е етапът, когато туморът в гърдата е с размери между 2 и 5 см и се откриват ракови образувания в поне 3 лимфни съда.

✓ **Стадий III** - туморното образование вече е с размери над 5 см, а се засягат и все повече лимфни съдове. Възможно е да се появят и кожни проблеми – язвички, трудно зарастващи рани и др.

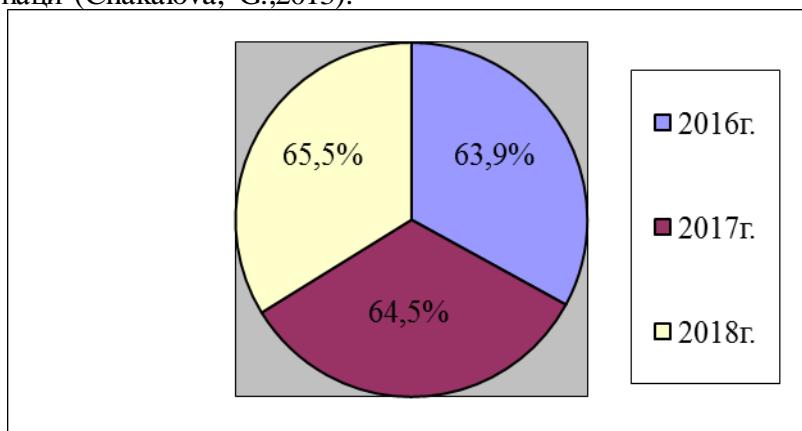
✓ **Стадий IV** - това е крайният етап от прогресията на рак на гърдата. Откриват се метастази и сериозни увреждания в различни органи и структури на тялото (Христов, К., 2018, Чакалова, Г., 2013).

Когато ракът е диагностициран, пациентът трябва да бъде представен от лекуващия му към момента лекар и онколог на онкологичен комитет, който се състои от хирург-мамолог, радиолог, химиотерапевт, патоанатом и онколог. Онкокомитетът издава протокол, с който пациентът се насочва към съответния ОДОЗ (областен диспансер за онкологични заболявания) с час и ден на явяване за лъчево- или химиотерапия, или допълнително хирургично лечение (Chernozemski, I., Karanov, S., Valerianova, Z., 2009).



Фиг. 3. Брой пациентки с открити туморни формации на гърдата в различни стадии към КОЦ-Русе ЕОД

Ранното диагностициране и стадиране на РМЖ увеличава многократно шансовете за пълно излекуване. В ранните си стадии злокачествените заболявания рядко имат изявени предупредителни знаци (Chakalova, G., 2013).



Фиг. 4. Стойности в % на регистрирани пациенти с РМЖ, открити в ранни стадии на заболяването към КОЦ-Русе ЕОД

Задачи на акушерката свързани с профилактика на заболяването

- 1) Повишава осведомаността на жените по отношение рака на гърдата, както и рисковите фактори за отключване на заболяването
- 2) Обучава периодично жените след 21-годишна възраст за извършване само наблюдение и самоизследване – разяснява позицията, условията, техниката на самоизследване, изготвя визуални материали и провежда кратки информативни събития .

- 3) Превенция на рака на гърдата чрез промоция на кърменето – доказана е връзката между наличието и продължителността на активна лактация и снижаване риска от развитие карцином на гърдата. Необходимо е акушерката да изгражда увереност, да предлага информация и подкрепа на младите майки относно кърменето.
- 4) Остава с повищено внимание към оплакванията на жената, свързани с гърдите по време на периодите на бременност и кърмене поради хормоналните особености на тези етапи, които могат да се разглеждат като отключващ фактор. Насочва своевременно за диференциална диагноза при специалист в случаите на съспектни находки.
- 5) Насочва за профилактика чрез ежегодни прегледи при специалист-мамолог след 40-годишна възраст и провеждане на мамография.
- 6) Съветва жената и дава препоръки за здравословен начин на живот – здравословно и балансирано хранене(повищено внимание към захарта и млечните продукти, канцерогени), ежедневно движение и редовни спортни занимания, балансирано разпределение на труд и почива, избягване на стреса и др.

Международният съюз за борба с рака (UICC), Европейското дружество по медицинска онкология (ESMO), Американското дружество по клинична онкология (ASKO), непрекъснато апелират за акцент върху вторичната профилактика на онкологичните заболявания. Според тях, приложен скрининг за рак на млечната жлеза е възможен и успешен. Научните постижения и заключения на професионалните и научни организации стават основа за Препоръката на Съвета на Европа, приета на 2 декември 2003 година и последващ Доклад на Европейската комисия от 2008 година, акцентиращ върху необходимостта от популяционен онкологичен скрининг в страните членки на ЕС. България остава една от малкото страни в Европейския съюз без Национална програма за популяционен скрининг на онкологични заболявания.

Профилактичният скринингов преглед включва:

- Анамнеза с оценка на рискови фактори
- Физикален преглед: визуален преглед, палпация и лимфен преглед
- Ехографски преглед
- Преглед с мамограф (при показание след ехографията).

При констатирана необходимост на следващ етап част от жените са насочвани за пункционна биопсия, цитологично изследване, хистологично изследване или други изследвания за пълно диагностично уточняване. В екипа, ангажиран с прегледите е мястото и на акушерката, с цел по-добра координация при изработване на график за прегледите и обратна връзка при получаване на резултатите, когато се налага това.

ИЗВОДИ

Ракът на млечната жлеза е най-често срещаното онкологично заболяване при жените и е от водещите причини за смъртност при тях. Наблюдава се във всички възрастови групи.

Редица проучвания показват, че е налице значително нарастване броя на новозаболелите, което се обяснява с липса на програми за ранно откриване.

Най-ефективните начини за предпазване от карцинома на гърдата са редовните профилактични прегледи и ранната диагностика. Открит в начален стадий, заболяването подлежи на пълно излекуване.

Провеждането на профилактични кампании за рак на гърдата увеличава шанса за неговото ранно диагностициране.

Ролята на акушерката за профилактика на заболяването е значителна, тъй като тя е тази, която информира, превентира и оказва емоционална подкрепа на жените.

REFERENCES

Chakalova, G.,(2013). *Gynaecologic Oncology*, Publishing house – AVIS-BG EOOD
(*Оригинално заглавие: Чакалова, Г., 2013. Онкогинекология. Издателство АВИС-БГ ЕООД*).

Shterev, A., Dimitrov, A., Bosev, D. et al., (2013). *Gynaecology*. Sofia: Publishing house – MI ARSO (**Оригинално заглавие**: Щерев, А., Димитров, А., Босев, А. и др., 2013. *Гинекология. София: Издателство МИ АРСО*).

Shtarkalev, I., (1954). *Gynaecology*. Sofia: Publishing house „Science and Arts” (**Оригинално заглавие**: Щъркалев, И., 1954. *Гинекология. София: Издателство „Наука и изкуство”*).

Chernozemski, I., Karanov, S., Valerianova, Z., (2009). Diagnostics, Treatment and Monitoring of Patients with Malignant Neoplasms. Bulgarian National Association for Oncology, Third, edited and supplemented edition. Sofia (**Оригинално заглавие**: Черноземски, И., Карапов, С., Валерианова, З., 2009. *Диагностика, лечение и проследяване на болните със злокачествени новообразувания. БНАО. София*).

<http://www.oncobg.info/bg> – Association of the patients with onvological diseases. Breast Cancer. (**Оригинално заглавие**: Асоциация на пациентите с онкологични заболявани. *Рак на млечната жлеза*).

<http://www.tokudabolnica.bg> – Treatment for Breast Cancer (**Оригинално заглавие**: *Лечение на рак на млечната жлеза*).

Telma Ivanova- Student

Department of Health Care, Faculty of Public Health and Health Care,
University of Ruse "Angel Kanchev"

Tel.: +359885631426

E-mail: tivanova@uni-ruse.bg

Chief Assist. Prof. Yoana Lukanova, PhD

Department of Health Care, Faculty of Public Health and Health Care,
University of Ruse "Angel Kanchev"

Tel.: +359885047644

E-mail: ylukanova@uni-ruse.bg

Abstract: Biostatic studies have shown that over 92% of women use two or more drugs during different pregnancy periods, and that about 2% to 3% of all congenital malformations have a pharmacogenetic background. The influence of drugs on the fetus depends on the age of the fetus, the kinetics and mechanism of action of the drugs, their dosing, the physiological status of the pregnant woman, the environment and other unexplained factors.

Keywords: Teratogenic, Genetic defects, During pregnancy, Chromosomal abnormalities

INTRODUCTION

Biostatic studies have shown that over 92% of women use two or more drugs during different pregnancy periods, and that about 2% to 3% of all congenital malformations have a pharmacogenetic background. The influence of drugs on the fetus depends on the age of the fetus, the kinetics and mechanism of action of the drugs, their dosing, the physiological status of the pregnant woman, the environment and other unexplained factors. (Boyadzhieva, N., I. Lambev, 2006).

EXPLANATION

Teratogenic abnormalities are defective from improper embryonic and fetal development (Lambev, I., M. Hristov, (2015).) The term "teratogenic" can be used for large and heavier anomalies (teratogenic - producing monster, cognitive). Doganov, N., (1998). Researches show that about 1% of all congenital malformations are associated with taking medications. The rest are due to genetic defects, chromosomal abnormalities, infectious diseases of pregnancy (toxoplasmosis, rubella, cytomegalovirus and herpes simplex infection) and others. (Lambev, I., M. Hristov, 2015).

Thalidomide has been shown to have a teratogenic effect. It is among the most dangerous drugs in the early stages of pregnancy. The fetal period is 34-50 days. The probability of giving birth to a child with physical disabilities occurs after using only one Thalidomide pill in this interval. Among the most common external manifestations are defects or lack of upper or lower limbs, lack of ears, defects of the eyes and facial muscles. Thalidomide affects the formation of the internal organs, damaging the heart, liver, kidneys, digestive tract and urinary tract. It may in some cases lead to the birth of children with mental retardation, epilepsy, and autism (Lambev, I., M. Hristov, 2015).

The defects of the limbs are called phocomelia (the literal translation from Latin is "lack of limbs"). Thalidomide phocomelia is characterized by symmetrical reductive deformations of the limbs without a forearm and lower leg; less often - lack of pinna and deafness, defects in facial and ocular muscles, lack or hypoplasia of the hands with predominantly thumb damage (thumb with three

³⁶ Докладът е представен на студентската научна сесия на 09.05.2019 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ТЕРАТОГЕНЕН ЕФЕКТ ВЪРХУ ПЛОДА.

joints), femoral and tibial defects; malformation of the heart, intestine, uterus and gall bladder (Lambev, I., M. Hristov, 2015).

Taking medication in the first 5 to 14 days after ovulation, in the pre-implantation and nidation period, can kill the embryo (cause the "prenatal death") or do not harm it at all. The period of organogenesis (embryogenesis) covers the time from the 15th day after fertilization to the end of the 8th gestational week. It is critical for teratogenesis. Large anatomical malformations may develop during embryogenesis. Some medicines that reach the embryo during this period of development do not harm it. Others, however, can cause abortion, severe sublethal anatomical defects (real teratogenic effects) or permanent (subtle) metabolic disorders that may be manifested years after birth (so-called embryopathy). During organogenesis, each organ has its own critical period of differentiation when it has the highest leanness. During the fifth week, for example, the gender is formed. The highest risk for dysmorphogenic nervous system involvement occurs from the 15th to the 25th day of pregnancy, the heart from the 20th to the 40th day and the extremities from the 24th to the 46th day. Following a case of thalidomide phocomelia, which represents the biggest medical tragedy of the 20th century, a decision was made initially in the United States in 1962, and then a mandatory drug application for therapeutic purposes was made in other countries. mice, rats, rabbits specifically developed for this purpose (Lambev, I., M. Hristov, (2015).

The teratogenic potential of a drug is in accordance with the FDA is determined by the risk/benefit aspect of the fetus. Depending on the attitude of the local five drug classes (PRC - Category of Pregnancy Risk) – Table 1.

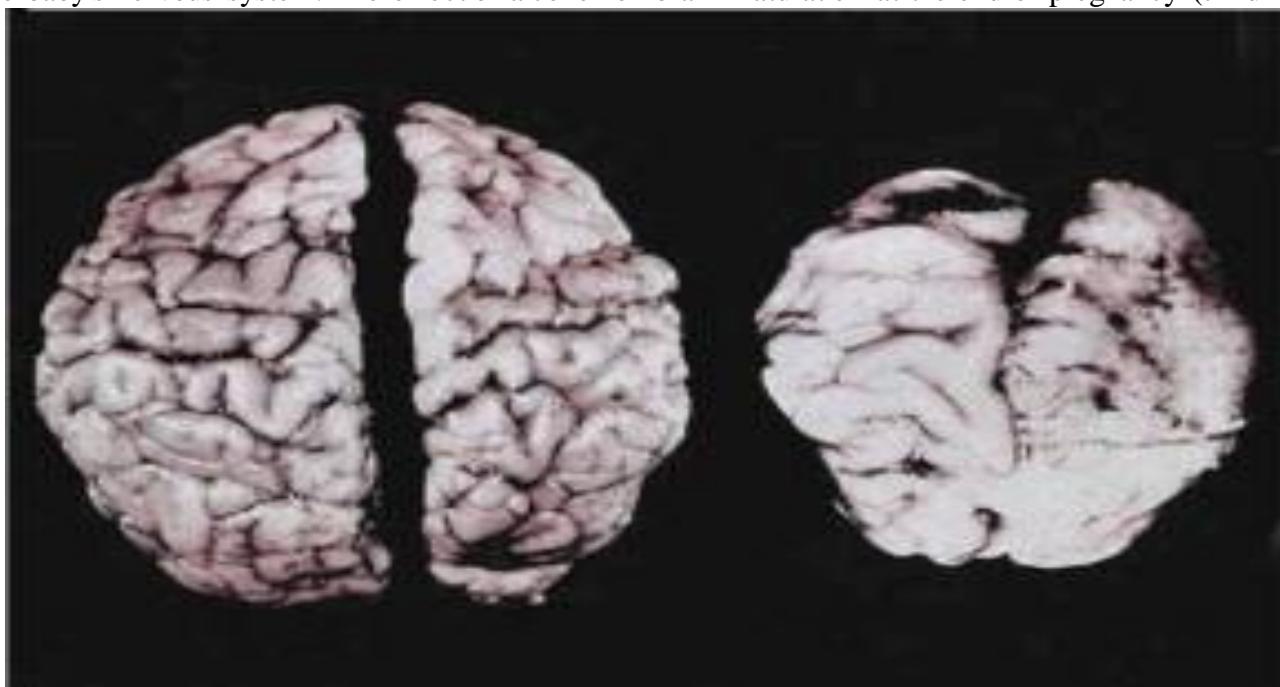
Table 1 Pregnancy Risk Category

A	Well-controlled and adequate clinical trials have not demonstrated the existence of a risk to the fetus throughout pregnancy (Folic acid, Vitamin A in physiological daily needs).
B	Animal experiments have not demonstrated the existence of a risk to the fetus but there are still no adequate and well-controlled studies in pregnant women (Loratadine, Lidocaine, Penicillins, Methyldopa).
C	Experiments with animals have shown teratogenic damage, but adequate and well-controlled human studies are lacking. However, the expected benefit may justify the use of the drug in pregnant women (Amikacin, Bisoprolol, Metoprolol, Lamotrigine, Topiramate, GCC).
D	There is clinical evidence of teratogenic activity of the drug in humans. In the case of a life-threatening pregnancy, the expected benefit may justify the use of the drug despite the existing teratogenic risk to the fetus (Lithium carbonate, Tetracyclines, Phenytoin, ACE inhibitors).
X	Experimental animal studies and human clinical studies have demonstrated the existence of a risk for the fetus by the respective drug. The medicine is contraindicated in women who are pregnant or intend to become pregnant (Estrogens, Dinoprost, Statins, Vitamin A in very high doses - over 6,000 UI / day).

Thalidomide tragedy: A drug is widely distributed in Europe and is taken up by pregnant women suffering from restlessness, insomnia, nervous tension. This is happening in 1950 - 1959, the drug is Thalidomide (Contergan). The result is staggering - babies with multiple abnormalities of the CNS and the bone system (without upper and lower limbs, children with two heads) are born (Serbezova,I.,2014).

Fetal Alcoholic Syndrome: In medicine, there is the concept of fetal alcoholic syndrome. This condition leads to teratogenic effects on the fetus at critical points during its development. As a result, a thin upper lip, a slit of the mouth, a small jaw, eyelids, facial abnormalities, curves, tingling or missing toes or legs, kidney and urogenital defects, CNS damage, mental retardation - sometimes severe. The fact that alcohol damages the concept and development of the fetus has been known since antiquity. Examples of this are given, even in Greek mythology - "Because of the drunken Zeus, God

Hephaestus was born limping." Alcohol consumption during first three months of pregnancy might cause teratogenic effect on the fetus - damage to the formation of different organs. It can also harm the baby's nervous system. The effect of alcohol on brain maturation at the end of pregnancy (third



trimester) may cause intellectual troubles to children. Alcohol has an effect on the development of the fetal's brain (Figure 1), depending on the dose and time it was taken during pregnancy.

Fig. 1 Fetal Alcoholic Syndrome (FAS): the brain of a healthy newborn (left) and a child with the alcoholic syndrome (right) (<http://www.likar.info/kids-health/article-40467-alkogolnyj-sindrom-ploda/>)

Alcoholic damage is a complex of symptoms (Figure 2), which speaks for themselves. FAS may affect the brain, eyes, heart, kidneys. During the period in which a particular body had to be formed, the program for individual development was disturbed by alcohol. This embryonic or fetal syndrome, which is described clinically, can be seen regardless of whether the woman reports alcohol or not. These are severe changes that can cause the fetus to die inside the womb. Using of alcohol increases the risk of miscarriage in the first trimester of pregnancy. When damage does not lead to death of the fetus in the first trimester, the ultrasound examinations may be observed in the organs. The fetus is not dead, but there is very serious brain damage that is associated with severe postpartum defects. Heart defects, kidney abnormalities, and skeletal anomalies can appear as well. (<http://nodrink.me/alkogol-i-zdorovie/kak-vlijaet-alkogol-na-zachatie/>).



Fig. 2 Signs of alcohol damage (<https://www.pinterest.com/pin/535646949417227880/>)

CONCLUSION

When prescribing medications during pregnancy, the indications should be strictly defined. The fetus sometimes responds very sensitively to medications that have no side effects for adults. There are two ways to impair a pregnancy by medication – by taking abort-causing medications or by damaging the fetus through the placenta. (Serbezova, I., 2014).

REFERENCES

- Boyadzhieva, N., I. Lambev, (2006). *Drugs, pregnancy and lactation*. Sofia: Publishing house "MI ARSO", p. 727 (**Оригинално заглавие**: Бояджиева, Н., И. Ламбев, 2006. *Лекарства, бременност и кърмене*. София: Издателство „МИ АРСО“, стр.727).
- Doganov, N., (1998). *General Embryonic Clinical Pharmacology, Obstetrics*, edited by Al. Hadzhiev, Al. Yarakov, N. Vasilev, Sofia: Publishing house "MI ARSO", p. 215 (**Оригинално заглавие**: Доганов, Н, 1998. *Общи положения на ембрионалната клинична фармакология, Акушерство*, под редакцията на Ал. Хаджиев, Ал. Яръков, Н. Василев. София: Издателство „МИ АРСО“, стр.215).
- Lambev, I., M. Hristov, (2015). *Pharmacology and Toxicology*. Sofia: Publishing house "MI ARSO" (**Оригинално заглавие**: Ламбев, И., М. Христов, 2015. *Фармакология и токсикология*. София: Издателство „МИ АРСО“).
- Serbezova, I. (2014). *Special Midwife Care for Pregnant Women, Women in Labour, Women in the Postpartum Period and for Newborns*. Rousse: Print Center at „Angel Kanchev“ University of Rousse, p. 35, 37 (**Оригинално заглавие**: *Специални акушерски грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени*. Русе: Печатна база при Русенски университет „Ангел Кънчев“, стр. 35, 37).
- <https://medpedia.framar.bg/заболявания/мкб-код-q860-4/фетален-алкохолен-синдром-дисморфичен>.
- <http://nodrink.me/alkogol-i-zdorovie/kak-vlijaet-alkogol-na-zachatie/> .

Daniela Lyutakova – Student

Department of Public Health and Healthcare,

University of Ruse "Angel Kanchev"

Tel.: +359 886 860223

E-mail: lachezarova@gmail.com

Chief Assist. Prof. Tsveta Hristova, PhD

Department of Public Health and Healthcare,

University of Ruse "Angel Kanchev"

E-mail: tshristova@uni-ruse.bg

Abstract: The paper reviews the importance of communication in midwifery. It explores existing challenges as recognized by local women and also aims to formulate methods for optimising the relationship between women and midwives. The dynamics of midwife-patient communication is researched with the following purposes: (1) to demonstrate efficiency of current level of communication and (2) to assess effectiveness and ways to optimise it. A survey method is used to collect data in support of the structural analysis. The research findings are introduced graphically and further discussed and analysed. The report provides the most recent point of view women share in regard to communicating with midwives and discusses the main fields of communication, including non-verbal and verbal communicating. The article aims to outline the importance of effective communication within midwife practice for patient satisfaction and health outcomes.

Keywords: Communication in Midwifery, Communication Skills, Midwife Competence, Midwife Led Care, Effective Communication

ВЪВЕДЕНИЕ

Професията на акушерката може да се определи като „комуникативна“ професия. Една от основните ѝ задачи се свърза с умението на акушерката да изгражда ефективни професионални взаимоотношения, да мотивира жената за активно участие и съдействие в процеса на акушерски грижи, да поддържа системно емоционална връзка с нея, да постига съразмерна емоционална подкрепа, да умее да снижава болката и тревожността, да вдъхва увереност, да я учи и подпомага в поддържането на подходящо за нея здравно поведение (Hristova, Ts. 2017).

ИЗЛОЖЕНИЕ

Идентичност и социална роля на акушерката

Като една от най-големите групи здравни професионалисти, работещи в различни здравни заведения, акушерките са ключов ресурс за осъществяване на здравни реформи. Акушерските грижи са съществена съставна част от лечебно-диагностичния процес в помощ за оздравяване и възстановяване на гинекологично болната жена, бременната жена, родилката и майката. Новите предизвикателства пред тези здравни специалисти включват широк спектър дейности и грижи: грижи към най-уязвимите пациенти, обучение на пациенти от различни възрастови и социални групи и техните семейства, грижи за репродуктивното здраве, за новородените деца и т.н.

³⁷ Докладът е представен на студентската научна сесия на 9 май 2018 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: АКУШЕРСКА КОМУНИКАЦИЯ.

Акушерството е не само практическа дейност, извършване на манипулации или изпълнение на предписанията на лекаря, а една хуманна професия, изискваща специфични личностни и професионални качества, нагласа и мотивация, насочени към първична профилактика, специални акушерски грижи за бременните жени, майките и новородените деца, жените с гинекологични заболявания, семейното планиране и др. Акушерката има специфична роля в системата на здравеопазването и притежава специална професионална идентичност. Като специалист, занимаващ се с личния живот на жените, ежедневната и дейност изисква емоционална сдържаност, тактичност, деликатност, емпатия и съчувствие към пациента. В професията на акушерката комуникативните умения се явяват неразделна част от професионалната им компетентност (Hristova, Ts., 2017). Именно поради близостта на акушерката с пациента, към нея има едно, на практика безалтернативно изискване – да притежава и непрекъснато да развива своите комуникативни умения и навици.

Акушерката и жената, поставени заедно, винаги комуникират помежду си, дори и акушерката да не цели да подава информация. Тя може да придае своята заангажираност, вниманието ѝ може да е насочено основно към компютъра, монитора или записките, което жената да интерпретира като ясното послание, че акушерката не е достъпна, и на свой ред, да определи поведението си без дори акушерката да си дава сметка, че е предала такава информация (Kirkham, M., 1993). Това ни насочва да разгледаме не само вербалните елементи на комуникацията, но и невербалните (напр. значението на външния вид).

Необходимо е моделите на акушерска компетенция винаги да включват и умения за ефективна комуникация, в допълнение към компетенциите, изисквани за изграждането на безопасна акушерска практика. Нужен е категоричен фокус върху отношенията и комуникацията в съдържанието на учебния план, практиката и оценяването на бъдещите здравни специалисти (Butler, Michelle M., Fraser, Diane M., et al., 2006).

Изследване с цел

Установяване на нужните елементи от професионалната комуникация в акушерските здравни грижи.

Методи на изследване

Използван е анкетен метод. Анкетата е структурирана от седем затворени въпроса. Единиците за наблюдение са показатели за оценка на професионалната акушерска комуникация. Тя е анонимна и осъществена онлайн. Обхваща 78 респондента на случаен и доброволен принцип.

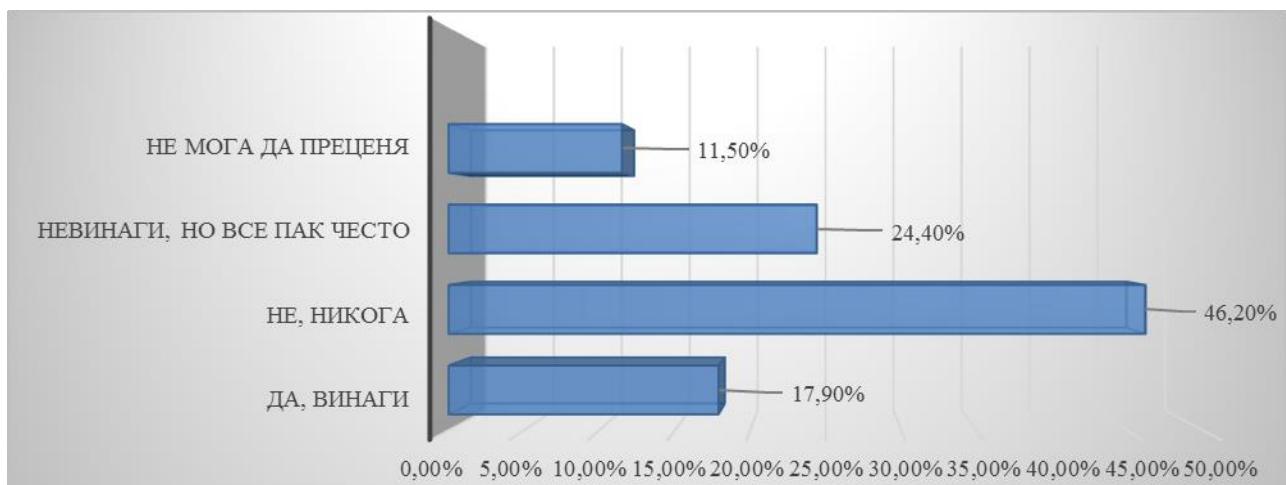
Анализ на данните:



Фиг. 1. Влияние на външния вид на акушерката върху комуникацията

От графиката е видимо, че външният вид не е най-значимият показател за професионалната комуникация, но все пак оказва влияние – 53.80%, или над половината от респондентите считат, че той е важен в определена степен. Част от анкетираните (24.80%) споделят, че за тях външният вид не е определящ фактор в комуникацията с акушерката. Те са малко по-висок процент от респондентите, които смятат, че за акушерската комуникация има въздействие и външният ѝ вид (21.80%).

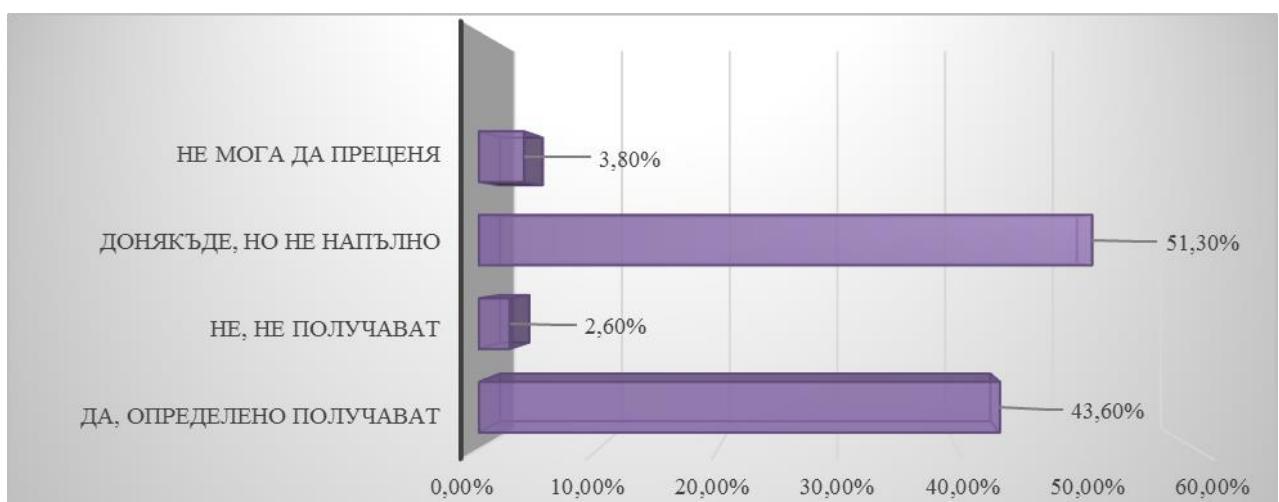
В контекста на изследването зададохме въпрос на жените във връзка с техните впечатления относно това дали в процеса на комуникация с тях, акушерката се представя със своите име и длъжност. Този въпрос би могъл да ни помогне да идентифицираме кой показател по отношение на комуникацията се нуждае от повече внимание. Данните са представени графично във фигура 2.



Фиг. 2. Представяне на акушерката пред пациентите с име и длъжност – данни от анкетното проучване

Едва 17.90% от запитаните 78 жени съобщават, че акушерката винаги им се представя. Алармиращ е процентът на респондентите, които заявяват, че тя никога не се представя в рамките на професионалната си комуникация с тях (46.20%).

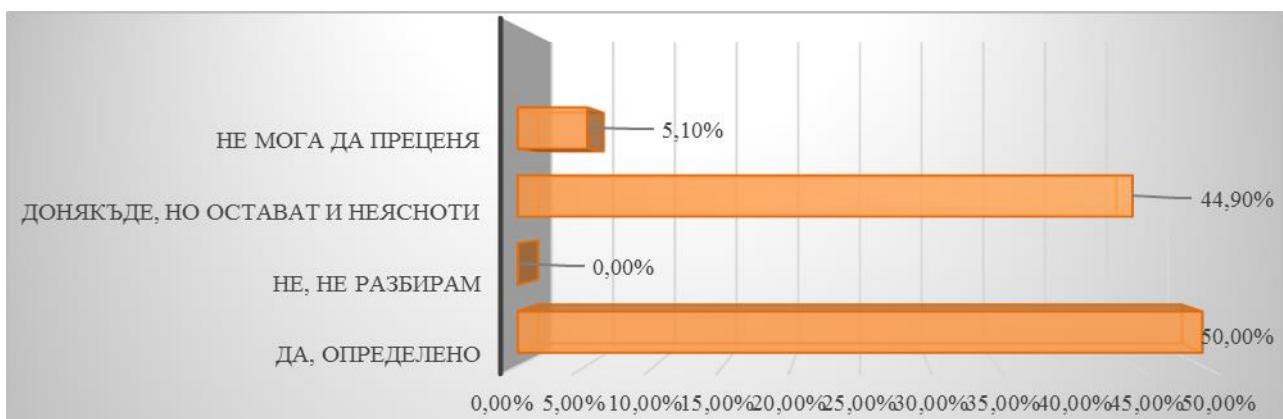
Следващият етап от проучването цели да сондира, до колко респондентите получават ясни и точни отговори на зададените към акушерката въпроси, спрямо собствените си, субективни впечатления. Резултатите са представени визуално, чрез фигура 3.



Фиг. 3. Оценка от респондентите на отговорите получавани от акушерката (яснота и точност)

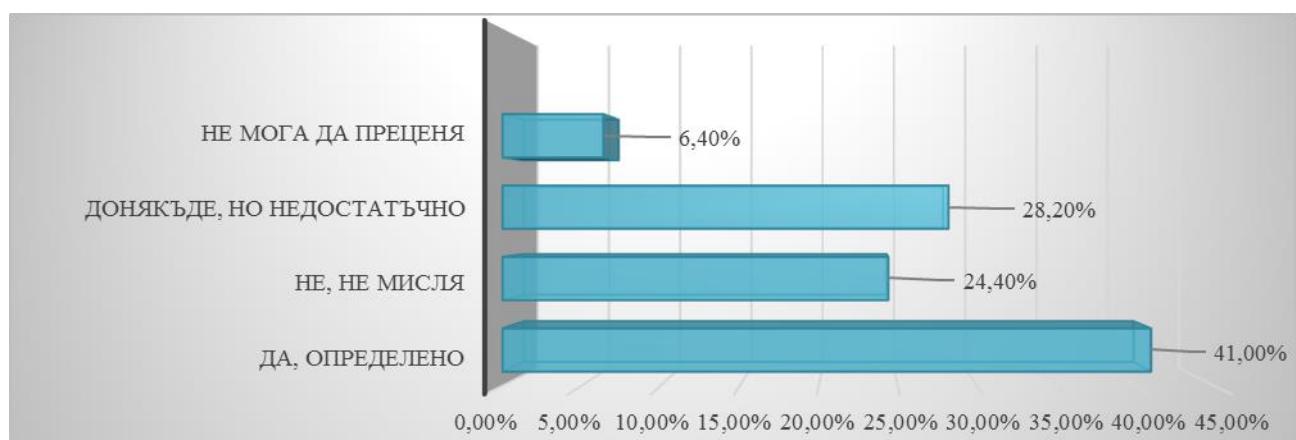
Позитивна е тенденцията, която отразява авторското проучване – само 2.60% от респондентите съобщават, че категорично въпросите им не получават отговор от запитаната акушерка, 43.60% са доволстворени от комуникацията с акушерка и запитванията им са получили необходимите отговори. Поле за оптимизиране на комуникацията с акушерката разкриват и тези 51.30%, които съобщават, че до някъде акушерката отговаря на въпросите им, но не напълно. Вероятно дефицитът на акушерки е фактор, който се отразява негативно на нужната професионална комуникация.

Зададохме въпрос на респондентите, до колко разбират използваната терминология в комуникацията с акушерката, до колко тя си служи с медицински изрази, недостъпни за разбиране от пациентката. Представяме данните графично (Фиг. 4).



Фиг. 4. Достъпност на медицинската терминология в акушерската комуникация за пациентките (до колко акушерката си служи с медицински изрази)

За постигане на ефективна комуникация с пациентката, както и да се изгради нужното доверие, за да градира тази комуникация, неминуемо е необходимо здравния специалист да разполага с достатъчен ресурс време (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017). Дефицитът на този ресурс несъмнено е условие за възникване на дефицит и в комуникацията с жената. Мнението на респондентите по този въпрос представяме визуално със следващата графика (Фиг. 5).

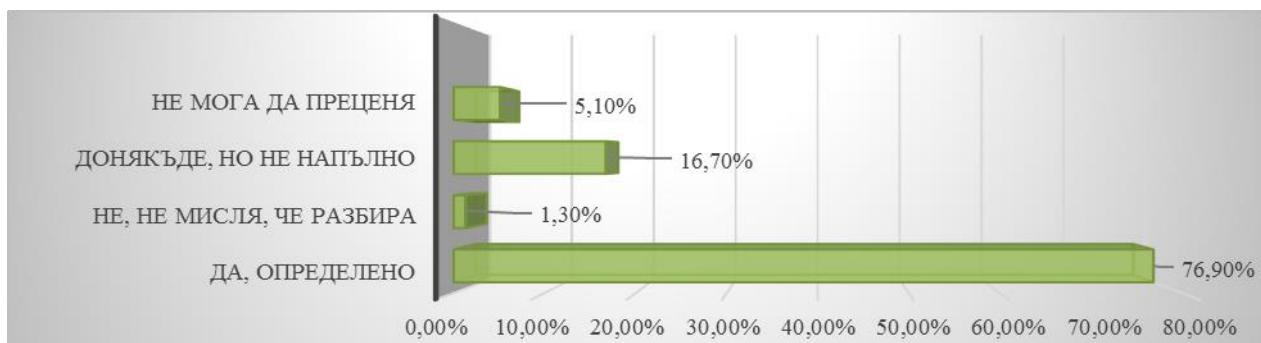


Фиг. 5. Ресурсът време в комуникацията между акушерката и жената според анкетираните

Наблюдава се изразено предпочтение на запитаните към отговора, удостоверяващ, че акушерката отделя необходимото време за разговор с жената – 41.0%. От значение за

проучването е и сравнително големият процент респонденти, които съобщават, че специалиста по здравния грижи няма време да разговаря – 24.4%. Недостатъчно е времето за комуникация (28.20%) на жените с проблеми, които имат необходимост от по-продължителен разговор, имат въпроси, на които акушерката може да даде отговор.

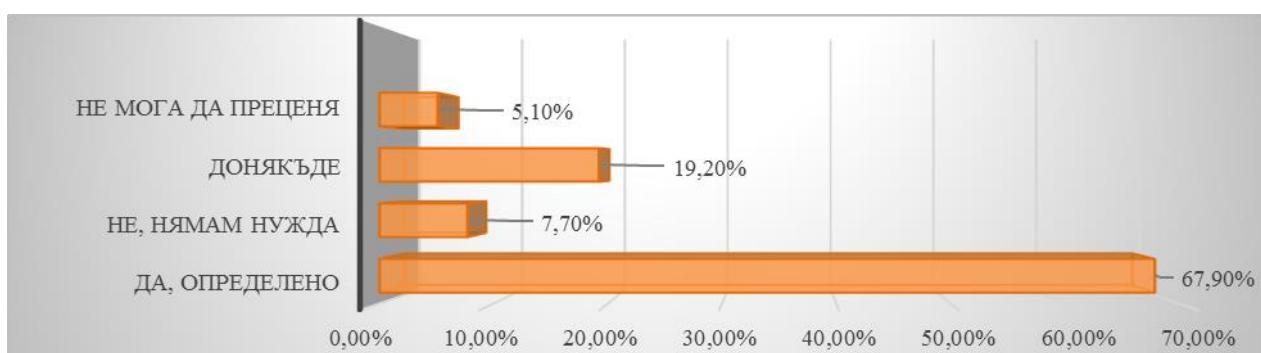
Значим за проучването е отговора, до колко е постигната целта на професионалното общуване с пациента. Част от целите на тази комуникация е и това, жената да се чувства разбрана и изслушана. Следващият етап от изследването цели да сондира, до колко жените считат, че акушерката разбира техните въпроси (Фиг. 6).



Фиг. 6. Данни от респондентите, до колко акушерката разбира техните въпроси

Преобладаващото мнение е, че пациентските въпроси биват разбрани от акушерката – 76.90% съобщават, че тя определено винаги ги разбира. Едва 1.30% не мислят, че акушерката разбира отправените към нея въпроси, а 16.70% споделят, че тя не ги разбира напълно. Необходимо е съвременно и периодично обучение по отношение на различните комуникативни техники, които могат да се приложат и инкорпорират в съвременните акушерски грижи, с цел по-висока ефективност и създаване на позитивни отношения с пациентката. Емпатията е неделима част от комуникационните подходи на акушерката и би могла да повиши усещането за приемане и разбиране у пациента, както и да предостави начини за получаване на обратна връзка.

Следващата фигура представя информация относно нагласите на респондентите по отношение на комуникацията с акушерката по принцип – оценяват ли я като необходима и полезна. Представяме данните графично в последната фигура (Фиг. 7.).



Фиг. 7. Нуждата на жените да комуникират с акушерка

Нуждата от комуникация с акушерка, според отговорите на анкетираните е следната:

- 67.90% от запитаните идентифицират нуждата си от общуване с акушерка,
- 19.20% споделят, че донякъде считат за нужно да комуникират с акушерка,
- 7.70% отговарят, че нямат необходимост от комуникация с акушерка.

Данните са предизвикателно поле за работа по отношение на комуникацията с пациентката. Макар и тя да не отчита тази своя нужда, несъмнено в един или друг период от живота си, комуникацията с акушерката ще е от съществено значение за здравето ѝ. Точно с тези пациентки е важно да се приложат адекватни и ефективни методи на комуникация за постигане на оптимално качество здравни акушерски грижи, въпреки съществуващата дистанция. Данните ни дават основание да мислим, че при добре изготвена устойчива стратегия, българските акушерки биха могли да осигурят оптимизиране на грижата за жената и да постигнат отлични резултати в преодоляване на кризата в здравните грижи.

ИЗВОДИ

Изграждането на съвременен модел акушерски грижи е от съществено значение за модернизирането и популяризирането на акушерската професия в България и за добрите здравни резултати за жените, респективно за обществото. Комуникацията е неделим и жизнено важен елемент от акушерската комуникация (Bramhall, E., (2014),), който до голяма степен определя и крайния здравен резултат от професионална намеса на акушерката. Настоящата ситуация в здравопазването сигнализира за известна дистанция между жената и нейната акушерка, породена от множество разнородни фактори. Този дефицит следва да бъде проучен, с цел да се разбере по-детайлно, както и да се изготвят ефективни стратегии за постигане на пълноценни взаимоотношения. Представлявайки квалифициран специалист по здравни грижи, акушерката е в идеалната позиция да повлияе позитивно тенденциите в женското здраве, в майчиното и детско здравеопазване. Необходимо е да се отдели нужното внимание, както и организационно да се предостави достатъчно време, за да се усвоят съвременни и класически подходи за комуникация с пациентката и в последствие да се приложат спрямо индивидуалните нужди на всяка от тях.

REFERENCES

- Hristova, Ts. (2017). „*Special Midwife Care for Normal Pregnancies*” – *Manual for Midwives and Nurses*. MEDIATECH – Pleven, (*Оригинално заглавие: Христова, Ц., 2017. Специални акушерски грижи при нормална бременност, Наръчник за акушерки и медицински сестри. МЕДИАТЕХ – Плевен*).
- Bramhall, E., (2014), “Effective communication skills in nursing practice”, *Nursing Standard* (2014+); London Vol. 29, Iss. 14, (Dec 3, 2014): 53. DOI:10.7748/ns.29.14.53.e9355.
- Butler, Michelle M., Fraser, Diane M., et al., (2006) “*What are the essential competencies required of a midwife at the point of registration?*”, *Midwifery*, Volume 24, Issue 3, September 2008, Pages 260-269, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.10.010>.
- Kirkham, M., Fraser (1993), „*Communication in Midwifery*”, *Midwifery Practice* pp 1-19 .
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), България: Здравен профил за страната 2017, *State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285071-bg>, ISBN 9789264285071 (PDF), Series: *State of Health in the EU*, ISSN 25227041 (online).

Daniela Lyutakova – Student

Department of Public Health and Healthcare,
University of Ruse "Angel Kanchev"
E-mail: lachezarova@gmail.com

Prof. Ivanichka Serbezova, PhD

Department of Public Health and Healthcare,
University of Ruse "Angel Kanchev"
E-mail: iserbezova@uni-ruse.bg

Abstract: The paper discusses immediate newborn care practices in regard to the first bath of the newborn. A review of the existing practices and the contemporary scientific papers and medical literature on this topic is offered. Findings are analysed and discussed. The main benefits of delayed bathing of the newborn are presented and further explained and up to date recommendations for the immediate newborn care are explored. A survey amongst local parents is independently conducted as a second method of research. The results are graphically presented and interpreted. Some strategies for optimising immediate newborn care practice have been offered and the main pros and cons of the timing of the first bath as per local parents are explored.

Keywords: Delayed Bathing, Immediate Newborn Care Practices, Skin to Skin, Breastfeeding, Midwife-led Care,

ВЪВЕДЕНИЕ

Съвременните практики по отношение на грижите за новороденото търсят динамични промени през последното десетилетие, в унисон с напредването на изследователските дейности в областта на здравните грижи и с приложението на медицината, базирана на доказателства (Evidence Based Medicine, EBM). Обект на настоящия доклад е конкретно първият тоалет на новороденето или т. нар. първа баня на новороденото, като компонент от непосредствените неонатологични грижи след раждането. Актуалните препоръки на Световната Здравна Организация (WHO, (2017)) насочват да се отложи първата баня на новороденото 24 часа след раждането, а в случаите, в които това не е възможно поради културни особености, да се отложи с поне 6 часа след раждането. В Медицинския стандарт по Неонатология, действащ в България, хигиенните грижи за новороденото дете - измиване, подсушаване, антисептична обработка на пъпния остатък, са предвидени за извършване още в родилна зала (Bulgarian Ministry of Healthcare, (2014)). Същият стандарт, в протокола за приемане на здраво новородено дете от акушерката, предвижда първи тоалет на бебето по следния начин: „под течаша вода с подходяща температура с бебешки сапун се отмиват остатъци от кръв, верникс и други материи;“ (Bulgarian Ministry of Healthcare (2014)). Очевидно е разминаването в препоръките в двата документа и е необходимо да бъдат изяснени и мотивирани насоките по отношение на практиката, чрез инструментите на медицината, базирана на доказателства. Това би могло да доведе до по-добро и съвременно разбиране на този компонент от неонатологичните грижи от страна на медицинския екип и постигане на оптimalни здравни резултати за новородените и техните семейства. По тази причина, в настоящия доклад се разглеждат основните доводи в подкрепа на съвременните препоръки за отлагане на първата баня на новороденото дете.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Първата баня на новороденото и контактът кожа до кожа. Както е очертано и в

³⁸ Докладът е представен на студентската научна сесия на 09.05.2019 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ОТЛОЖЕНА ПЪРВА БАНЯ НА НОВОРОДЕНОТО

предшестващи научни разработки, съвременните официални препоръки относно първите часове постпартално включват насоки за практикуване на метода „кожа до кожа“ (skin to skin contact) (WHO Recommendations, 1998, 2017), Flacking, R., Lehtonen, L., Thomson, G., et al. 2012), Moore E.R., Bergman N., Anderson G.C., Medley N., 2016). Препоръчва се този контакт между майката и новороденото – първият контакт, да започне веднага след раждането, възможно най-рано, а необходимите интервенции да бъдат съобразени с това – съответно отложени или извършени докато майката и бебето са заедно (WHO, 1998, Moore E.R., Bergman N., Anderson G.C., Medley N., 2016, Serbezova, I. 2016). Оптимално е двамата да останат „кожа до кожа“ докато приключи първото кърмене на бебето (Moore E.R., Bergman N., Anderson G.C., Medley N., 2016). Наблюдения и проучвания върху практиката сочат, че тя повлиява положително процеса на кърмене (WHO Recommendations, 1998, 2017, Moore E.R., Bergman N., Anderson G.C., Medley N., 2016, Serbezova, I. 2016, Popivanova, A., 2016), има физиологични ползи за прехода на новороденото от вътрешнотробен живот към този извън утробата (Moore E.R., Bergman N., Anderson G.C., Medley N., 2016), Първият контакт кожа до кожа между майка и бебе се отразява позитивно на терморегулацията, минимизира болката и стреса у новороденото (Serbezova, I. 2016, Popivanova, A., 2016), има значимо отношение към неврологично, психично и емоционално развитие на детето (Flacking, R., Lehtonen, L., Thomson, G., et al. 2012, Popivanova, A., 2016), намалява риска от психо-емоционални проблеми за майката постпартално (Popivanova, A., 2016, Serbezova, I. 2016). Медицината, базирана на доказателства еднозначено подкрепя практиката на първи контакт (или поставянето на новороденото директно „кожа до кожа“ върху голите гърди на майката веднага или възможно най-рано след раждането), специалистите биват насочени да я прилагат както при здрави и доносени деца, родени по ормален път, така и след оперативно родоразрешение (WHO, 1998, Popivanova, A., 2016). Кенгу-грижата също включва контакта кожа до кожа в принципите си и се прилага при недоносени новородени (Serbezova, I. 2016). Всички тези натрупващи се и допълващи се взаимно доказателства, насочват към сериозната значимост на контакта „кожа до кожа“ и логично ни водят към преосмисляне на практиките по незабавно приложение на хигиенен тоалет на новороденото. Редно е да се извърши адекватна оценка полза-risk и да се реформира и оптимизира алгоритъмът на дейностите, извършвани в родилна зала непосредствено след раждането, с цел да се приеме най-безопасният и полезен подход, позволяващ оптимално адаптиране на новороденото към живота извънутробно, а именно skin to skin contact.

Първата баня на новороденото и успешното кърмене.

Contreras и съавтори провеждат изследване, целящо да установи корелацията между подобрени резултати за кърменето и отложената първа баня. на този етап взаимосвързаността между двете не е категорично установена. В разглеждания доклад се цитира проучване, което открива, че мастните киселини, съдържащи се в амниотичната течност вероятно са сензорен сигнал, който насочва новороденото към гърдата за хранене (Contreras et al., 2013). Същото изследване установява, че сукателният рефлекс при новородените се упражнява по-дълго при тези новородени, които са били изложени на влиянието на собствената си амниотична течност. Според друго проучване отлагането на първата баня може да запази сензорния сигнал за новороденото, а това от своя страна да подобри процеса по закърмване за двойката майка-бебе. В допълнение и към по-горе представените данни и обобщения, контактът „кожа до кожа“ понижава нивата на стрес у новородените в ранния неонатален период (Takahashi, Tamakoshi et al, 2011), което може да подобри способността им да засучат на гърда (Svensson et al., 2013). По този начин, комбинацията от контакта „кожа до кожа“ с отложено къпане на новороденото би оптимизирила инициацията на кърменето и неговата изключителност (DiCioccio, Heather Condo et al, 2018.). Проучването на авторите е проведено на територията на семайно родилно звено, в рамките на обществена болница в североизточно Охайо, която разполага с 500 легла и включва 2 групи, общо 996 здрави двойки майка-беб, включително 5 мулти pari, средна възраст на майките - 30.3 години, 67.8% омъжени, 67.1% с вагинални раждания. От новородените - 50.4% от мъжки пол, средно родено тегло - 3.3 kg и средно

тегло при изписване - 3.1 kg. Заключението на авторите е, че на база резултатите, отлагането на първата баня при здрави новородени с повече от 12 часа след раждането, е довела до по-голям процент на изключително къремене по време на болничния престой, особено сред майките с вагинално раждане. В допълнение, майките на новородените в групата с отложена първа баня са с повищена вероятност да бъдат изписани с план за хранене на детето само с майчина кърма или с донорска (DiCioccio, Heather C. et al, (2018)).

Първата баня на новороденото и терморегулацията и адаптацията.

Терморегулацията представлява финият баланс между загуба и производство на топлина, който е неразривно свързан с нивата на метаболизъм и консумация на кислород на новороденото. Новороденото дете се опитва да запази топлина и да увеличи производството ѝ по следните механизми:

- увеличаване на нивото на метаболизма
- увеличаване на мускулната активност, чрез движение
- увеличаване на периферната вазоконстрикция
- заемане на ембрионална поза, с цел да се задържи топлина и да се намали площта на повърхността от тялото, изложена на влияния от околната среда

Среда, в която телесната температура се задържа без да се увеличава метаболитното ниво или консумацията на кислород се нарича *нормална термална среда* (HTC). В рамките на HTC, нивата на кислородна консумация и метаболизъм са минимални и вътрешната температура на организма е стабилна благодарение на термалния баланс. Това промотира растеж и стабилност и минимизира загубата на топлина (енергия) и хидратация. Тъй като новородените трудно стабилизират температурата си, чрез треперене или други механизми, те се нуждаят от по-висока температура на обкръжаващата ги среда, за да могат да поддържат HTC. Ако температурата около тях спадне, новородените реагират с повищена консумация на кислород. Това води до тахипнея, в отговор на повишените кислородни нужди. На свой ред, последното резулира в увеличени нива на метаболизъм у новороденото, което създава рисък от заплащащо критично състояние, поради изчерпани енергийни запаси. (McInerney, Cheryl M, Gupta, A. 2015)

Основният метод на новороденото за производство на топлина е, чрез термогенеза, която не включва треперене – процес, в който кафявата мастна тъкан (KMT) се оксигенира в отговор на излагането на студ. Кафявата мастна тъкан е специален вид силно васуларизирана мастна тъкан, която се среща само при новородените (Susan Scott Ricci, Terri Kyle, 2009). Тя е богата на повече липиди, митохондрии и капиляри, в сравнение с бялата мастна тъкан (King, Tekoa L. et al, 2015). Кафявата оцветка е поради високата снабденост с кръвоносни съдове и нервни окончания. Тези резерви на мазнина, способни на висока метаболитна активност, и съответно генериране на голямо количество топлина, се намират между скапулата и врата, в медиастинума и в зоните около бъбреците и адrenalните (надбъбренчни) жлези. КМТ съставлява около 2% до 6% от теглото на доносеното новородено (Blackburn, S., 2011) и основната и функция и предназначение е именно генерирането на топлина (King, Tekoa et al 2015). Изключително важно е да отбележим, че тя е невъзстановяем източник (King, Tekoa et al 2015). Когато новороденото е поставено в условия на студ, отделянето на норепинефрин се повишава, което на свой ред стимулира метаболизма на кафявата мастна тъкан, чрез разпад на триглицериди. Минутният обем на сърцето се увеличава, което повишава притока на кръв към и през кафявата мастна тъкан. В резултат, кръвта се затопля поради повишената метаболитна активност на тази тъкан. (Susan Scott Ricci, Terri Kyle 2009).

При загуба на топлина, например при къпане - новороденото е изложено на хипотермия (според СЗО това е състояние на поддържане на температура под 36.5). Това представлява прекомерна топлинна загуба, която налага включването на компенсаторни механизми (тахипнея, изразходване на кафявата мастна тъкан), за да се задържи телесната температура (Cinar & Filiz, 2006). Последствията от излагането на студов стрес могат да бъдат изключително сериозни. С понижаването на телесната температура, новороденото става летаргично, хипотонично, отслабва и губи активност, кожата му е бледа и студена, сърдечната

и дихателна честота са повишени, може да се наблюдава повръщане (King, Tekoa L. et al, 2015). Всички новородени са под риск от студов стрес особено през първите 12 часа след раждането, като преждевременно родените са в категория с по-голям риск и с по-сериозни последствия (King, Tekoa L. et al, 2015).

При липса на адекватни грижи в случаите на студов стрес/хипотермия, което може да се случи при къпане би могло да се стигне до следните усложнения: изчепване на кафявата мастна тъкан, повишени кислородни нужди, респираторен дистрес, повишена консумация до глюкоза, която води след себе си хипогликемия, метаболитна ацидоза, жълтеница, хипоксия и намалено производство на сърфактант. Изследване, проведено по-конкретно с цел да установи връзката между отложеното къпане и хипогликемията открива, че всъщност отлагането на първата баня с 12 часа може да понижи с 50% случаите на хипогликемия при високорисковите новородени и с подобен процент при нискорисковите (McInerney, Cheryl M, Gupta, Anita, 2015). Също, опитите за бързо затопляне на бебето могат да доведат до апнея (King, Tekoa et al, 2015).

Като адекватна мярка за ограничаване на риска от студов стрес/хипотермия и последващите усложнения се считат: подсушаване на бебето със затоплени одеала веднага след раждане (и смяната им със суhi веднага след това), за да се ограничи загубата на топлина, чрез изпаряване, поставянето на бебето „кожа до кожа“, неотложеното първо кърмене и отлагането на първата баня до стабилизиране температурата на новороденото за поне 2 часа (Susan Scott Ricci, Terri Kyle, 2009; King, Tekoa et al 2015).

Както беше описано, първият контакт кожа до кожа между майка и бебе се отразява позитивно на терморегулацията, минимизира болката и стреса у новороденото (Serbezova, I. 2016, Popivanova, A., 2016). Анализът сочи, че първата баня в този прозорец от време, ключов за адаптацията и по-специално за терморегулацията на новороденото дете, трябва да бъде отложена.

От направения литературен обзор става ясно, че първата баня на бебето, извършена веднага след раждането, преди установяването на стабилна температура и преди осигуряването на контакт „кожа до кожа“ и първо кърмене, води до значително увеличен риск от хипотермия и всичките ѝ сериозни последствия за здравето на новороденото. Всичко това потвърждава ползата от отложния хигиенен тоалет на новороденото дете, което е в унисон актуалните препоръки на СЗО.

Първата баня на новороденото и важността на vernix caseosa. Vernix caseosa представлява бял, кремообразен, естествен биофилен, който покрива кожата на новороденото през последния тримесец на бременността (Gurcharan Singh, G Archana, 2008). Верниксът изпълнява различни функции, които са от съществено значение за здравето на новороденото и адаптацията му от вътреутробен към извънутробен живот. От друга страна, той осигурява епидермална бариера, която подсигурява развитието на подлежащия епидермис и играе ролята на хидрофобна бариера, а тя предпазва от мацерация и загуба на течности и електролити. Друго проучване мотивира отлагането на първата баня с нуждата да бъдат абсорбираны жизнено важните нутриенти, съдържащи се в самия верникс, което на свой ред води до увеличени нива изключително кърмене, по-малко случаи на хипогликемия и хипотермия (Maureen Liberth et al, 2018). Някои проучвания съобщават и за ефекта, който има мириксът на верникса върху окситоциновия рефлекс (респективно и кърменето) и процеса на бондинг в двойката майка-бебе.

Първата баня на новороденото и родителството. Не на последно място, отлагането на първата баня би могло да мотивира и по-висока активност, увереност и самоинициативност у родителите в обгрижването на собственото им дете. Изследване, проведено във военен медицински център, което цели да сравни обичайно предлаганите от тях тоалети с гъба с отложените бани, чрез потапяне, извършвани от самите родители изследва този аспект на отложния хигиенен тоалет на бебето. Анализът на резултатите от него показва, че не само новородените, изкъпани от своите родители имат по-нисък риск от хипотермия, но и самите

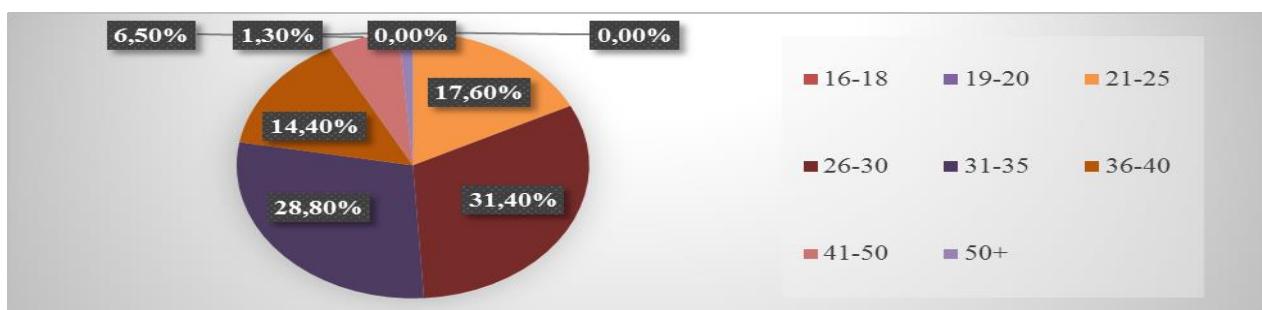
родители са харесали да участват в първата баня и се чувстват значително по-уверени да се справят с грижите за детето у дома (Brogan, Jeanette, Rapkin, Gloria, 2017).

Всичко описано до тук води до извода, че все повече школи по Здравни грижи, работещи върху проблемите на новородени бебета са склонни да препоръчат отлагане на първата баня на новороденото. Така ние достигнахме до извода, че трябва да проведем проучване върху нагласите на жените в Русенския регион за отлагане първата баня на новороденото бебе.

Изследване на познанията и нагласите на жените в област Русе, чрез анкетиране – методи и демографски показатели

Като метод за изследване познанията и нагласите на родителите (предимно жените) в област Русе, е използван опростен модел на анкета с кратки въпроси. Отправени са пет основни запитвания относно хигиенния тоалет на новороденото, от отворен и затворен тип. Целта на анкетата е да изясни какви са нагласите на жените, кои са установените към момента практики в отделенията за новородени и какво е мнението на майките за тези практики, тяхната удовлетвореност от положените грижи. Изследването, проведено онлайн в периода 13 март – 20 март 2019, чрез анонимна и доброволна анкета, обхваща 153 жени в затворена Facebook група за взаимопомощ на майки от областта. Резултатите от проучването са представени в графики. Авторите дискутират наблюдаваните тенденции и нагласи.

Фиг. 1. отразява резултатите за възрастта на анкетираните. Логично, повечето от тях – общо над 77%, са в зряла репродуктивна възраст, което съответства и на профила на участниците във Facebook групата, в която е проведено проучването – майки, които се нуждаят от допълнителна информация относно родителството и грижите за деца и новородени.



Фиг. 1. Възрастови параметри на анкетираните

Втората графика отразява паритета на изследваните респонденти или броят деца в семейството. Данните, получени от анкетата са визуално представени във Фиг. 2.



Фиг. 2. Паритет/брой деца на респондентите

От данните е видно, че анкетираните майки са с опит в отглеждането на бебета – почти половината са с едно дете и около една ченвърт са с две деца.

Следващият въпрос цели да установи наблюденията на респондентите върху практиките в местните АГ отделения. Данните, получени от анкетата са визуално представени във Фиг. 3 и видимо отразяват отчетливо, че преобладават респонденти, чиито деца са родени в АГ

отделението на една от двете местни болници – общинската болница. Необходимо е тези данни да се вземат предвид при интерпретиране на резултатите от проведената анкета.



Фиг. 3. Данни къде се е случило раждането на детето/децата на респондентите

Изследване сред жените в област Русе – нагласи против и в полза на отложеното къпане на новороденото.

Вторият етап от авторското изследване цели да установи припознават ли респондентите нуждата и ползите от съвременните препоръки за отложена първа баня.

Първият въпрос провокира жените да споделят кога считат, че трябва да бъде извършена първата баня на новороденото (Фиг. 4).



Фиг. 4. Графика, представяща кога считат респондентите, че трябва да се извърши първата баня на новороденото

Най-голям процент от отговорилите, 21.60%, демонстрират предпочтение към установените към момента практики – новороденото да се изкъпе още в родилна зала, или неонатологичен блок, непосредствено след раждането. В същото време, ако обединим процентите на респондентите, споделили, че биха желали първата баня да се отложи с над 6 часа (отлагане 12 часа, 24 часа, след изписването), получаваме значително по-висок процент – 42.50%. Не бива да подценяваме и ролята на тези 19% анкетирани, които посочват, че не могат да преценят – това е контингент, който се нуждае от професионалните насоки и грижа на акушерката, за да оформи нагласите си по въпроса.

За да оценим адекватно ситуацията и да разберем по-пълноценно нагласите на жените, редно е да установим и какъв е техният опит към момента. С второто запитване целим да подканим респондентите да споделят какви практики за първия хигиенен тоалет са наблюдавали при раждането на детето/децата си (Фиг. 5).



Фиг. 5. Данни кога е извършена първата баня при раждането на децата на запитаните

57.60% от запитаните съобщават, че новороденото им е било изкъпано за пръв път непосредствено след раждането. Едва общо 16.30% от респондентите споделят, че детето им е било изкъпано след шестия час, каквито са и горепосочените актуални препоръки. Като поле за внасяне на подобрения може да се разглежда наличието на 9.80% жени, които не помнят или не знаят кога е изкъпано детето им – на преден план излиза необходимостта от повече комуникация с пациентите, а на свой ред този подход на работа предполага повече акушерки на жена в отделенията. Нормално е всяка майка, особено примипара, да получава своевременно информация за новороденото си и извършените дейности от здравните специалисти. Ефективна комуникация между акушерка и майка, доверието повишават нивото на увереност и понижават нивото на стрес по време на ранния пуерпериум.

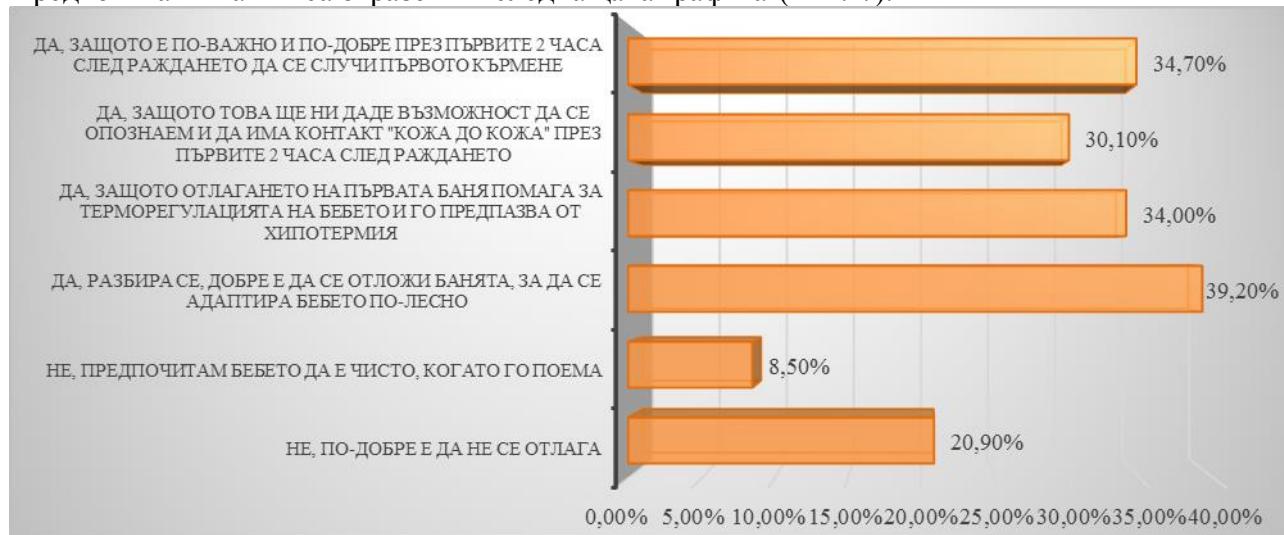
С анкетата си поставихме и за цел да подканим респондентите да мотивират своите нагласи относно първата баня и да посочат кой според тях е оптималният подход за извършване на първия тоалет на новороденото (Фиг. 6).



Фиг. 6. Данни желаят ли родителите да участват активно в първата баня

Най-предпочитан вариант от родителите, с 43.80%, е те да участват активно в извършването на първата баня, като до тях е акушерката, за да обясни процедурата и да им помогне. Още веднъж това акцентира върху необходимостта акушерката да има възможност и времеви ресурс да отдели нужното внимание на всеки родител. На второ и трето място по важност респондентите припознават емоционалния момент в процедурата – за тях тя е семеен и вълнуващо събитие, както и основополагащо преживяване за изграждане на тяхната увереност като родители. Редно е да разглеждаме необходимите здравни и хигиенни дейности през ранния пуерпериум не просто като технически процедури, но и като събития от съществена важност за изграждане на връзката между новороденото и родителите му, както и за себеусещането на майката и психо-емоционалния ѝ комфорт. Нужно е да се отбележи, че общо 36.60% от запитаните не припознават необходимостта да участват активно в първата баня на новороденко. Тази тенденция насочва към нуждата да се вземат предвид съществуващите нагласи и културни особености, които оказват влияние при оформяне мнението на родителите. Това би позволило да се изготви ефективна стратегия за въвеждане на съвременните препоръки по позитивен начин.

Следващият пункт от доброволното проучване цели да сондира кои фактори мотивират респондентите относно избора на време за извършване на първия тоалет на новороденото. Предпочитанията им са отразени в следващата графика (Фиг. 7).



Фиг. 7. Мотивация на респондентите за самостоятелно първо къпане на бебето

От графиката е видимо, че повечето родители припознават връзката между първата баня и адаптацията на новороденото – 39.20% считат, че това е основателна причина за отлагане на процедурата. С почти същите проценти предпочитание респондентите регистрират важността на взаимовръзката между отложеното къпане и значението му за първото кърмене, контакта кожа до кожа, терморегулацията. Важно е да насочим вниманието си към тези 8.50%, които споделят, че „предпочитат бебето им да е чисто, когато го поемат“ – тази група би могла да се нуждае от повече работа с акушерка. Неделима и значима част от работата ѝ е просветната дейност в областта на майчиното и детското здравеопазване.

Като продължение на тези разсъждения, последният етап от изследването, чрез анкета, дава възможност на респондентите да споделят кой формат за получаване на информация – достоверна и актуална, разпознават като най-подходящ и ефективен. Ключовата роля на акушерката в женска консултация се състои и в отделянето на достатъчно време за образование на бъдещите родители за предстоящите събития и за грижите, необходими за новороденото (Фиг. 8).



Фиг. 8. Данни за предпочитаните източници на информация относно грижите за новороденото

От графиката личи, че повече от половината запитани, или 53.60%, припознават акушерката като значим ресурс за получаване на надеждни насоки относно живота с

новородено и грижите, които са необходими. Родителите осъзнават нуждата да са предварително обучени от здравен специалист за отглеждането на детето, което съвпада и с традиционната роля на акушерката в женска консултация. Акушерският модел на грижа е категорично доказан като оптимален при здрави бременни в развитите страни, а в миналото и в България. Той позволява индивидулен подход и достатъчно време, в което жената да обсъди темите, които я вълнуват или тревожат със своята акушерка. Необходимо е да се работи усилено по въвеждане и утвърждаване на акушерския модел и в България, поради неоспоримите ползи за здравния статус на пациентите, икономическите аспекти на здравеопазването и удовлетвореността на семействата и на самите акушерки.

На респондентите предоставихме и възможност да споделят със свои думи как предпочитат да си набавят информация по темите относно отглеждане на дете. Представяме някои от споделените мнения в нередактиран вид:

„По-скоро сбор от всички изброени опции.“

„За съжаление основна част от акушерките не са учили или грешно са приели от "старите" грешни модели; училищата за родители са единствено с търговска цел; отделно родителите са мързеливи и не желаят да се информират и да познават всички варианти; на педиатрите не им е това работата...и накрая най-добресам да си наясно и да отсееш спрямо личния си интелект и майчинската си интуиция.“

„Щеше да е хубаво, както едно време, да идва сестра в първата седмица, за да помага на майката и бебето да се адаптират.“

„Предпочитам да получа информация от няколко източника. Да си набавя сама от книги/интернет и да получа информация от медицинско лице. Искам да имам информиран избор и да видя различни гледни точки за да го направя.“

ИЗВОДИ

Съвременните условия на динамичен прогрес в сферата на неонатологичните грижи създава огромно предизвикателство за здравните специалисти и студентите по Здравни грижи. Необходимостта от постигане на висок стандарт в обгрижването на новородени и следването на адекватни процедури, изготвени според изискванията на Медицината, базирана на доказателства поставя въпроса за актуалността на съществуващите практики. Акушерката, бидейки най-близо до жената, до семейството, и същевременно притежавайки професионални качества и умения, е не само подходящ, но и незаменим специалист, от когото зависи осигуряването на качествени грижи. С оглед на приведените доводи в полза на отлагането на първия хигиенен тоалет на новороденото би било уместно да се изготви план за въвеждане на препоръките и стратегия за разясняването и популяризирането на осъвременената практика сред родителите.

REFERENCES

- Blackburn, S., (2011), "Brown Adipose Tissue", *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*: July/September 2011 - Volume 25 - Issue 3 - p 222–223, doi: 10.1097/JPN.0b013e31821a6481.
- Brogan, Jeanette, Rapkin, Gloria, (2017), "Implementing Evidence-Based Neonatal Skin Care With Parent-Performed, Delayed Immersion Baths" - DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2017.10.009>, [https://nwhjournal.org/article/S1751-4851\(17\)30279-9/fulltext](https://nwhjournal.org/article/S1751-4851(17)30279-9/fulltext) .
- Bulgarian Ministry of Healthcare, (2014), "Guideline of the Ministry of Health № 13 from 23.07.2014 for the approval of the Standard for Neonatology" (*Оригинала о заглавие: НАРЕДБА на МЗ № 13 от 23.07.2014 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Неонатология".*)
- Cinar, N., Tuncay, Muge A. (2006), "Neonatal thermoregulation", April 2006 *Journal of Neonatal Nursing* 12(2):69–74, DOI: 10.1016/j.jnn.2006.01.006.
- Contreras, Carlos M., Gutiérrez- García , Ana G. et al, (2012), "Amniotic fluid elicits appetitive responses in human newborns: Fatty acids and appetitive responses", 07 February 2012, <https://doi.org/10.1002/dev.21012>.

DiCioccio, Heather Condo et al, (2018), "Initiative to Improve Exclusive Breastfeeding by Delaying the Newborn Bath", DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2018.12.008>.

Flacking, R., Lehtonen, L., Thomson, G., et al. (2012). Closeness and separation in neonatal intensive care..

Gurcharan Singh, G Archana, (2008), „Unraveling the Mystery of Vernix Caseosa“, Indian J Dermatol. 2008; 53(2): 54–60, doi: 10.4103/0019-5154.41645.

King, Tekoa L. et al, (2015), "Varney's Midwifery", Fifth Edition, Jones & Bartlett Learning

Liberth, M. et al., (2018), "Benefits of Delayed Bathing", DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2018.04.060>.

Lyutakova, D., Serbezova, I., (2018), *THE IMPLEMENTATION OF SKINTO SKIN METHOD IN LOCAL MATERNITY WARDS – WHAT DO STUDENTS THINK*. IN: 57th Science Conference of Ruse University - SSS, Bulgaria, 2018, Ruse, University Publishing Center at Rousse University, 2018, pp. in print, ISBN 1311-3321.

McInerney, Cheryl M., Gupta, A., (2015), "Delaying the First Bath Decreases the Incidence of Neonatal Hypoglycemia", DOI: <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12650> [https://www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)31896-7/fulltext](https://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)31896-7/fulltext).

Moore E.R., Bergman N., Anderson G.C., Medley N., (2016). *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants*. Cochrane. URL: http://www.cochrane.org/CD003519/PREG_early-skin-skin-contact-mothers-and-their-healthy-newborn-infants.

Popivanova, A., (2016). *Skin to Skin Contact, or About the Continuing Contact Between Mother and Child Right after Birth*. National Association Support for Breastfeeding, articles, URL: <http://www.podkrepazakarmene.com/early-contact-878.html> (**Оригинално заглавие:** Контакт „којса до којса“ или за непрекъснатия контакт между майката и бебето след раждането. НАПК).

Serbezova, I. (2016). The Skin to Skin Method – A Method for Quality Midwife and Nurse care, Announcements of the Union of Scientists in Ruse, vol. 6, 39 – 45 (**Оригинално заглавие:** Методът „којса до којса“ – метод за качествена сестринска и акушерска грижа, Известия на съюза на учениите в Русе, том 6).

Serbezova, I. (2014). "Special Midwife Care for Pregnant Women, Women in Labour, Women in the Postpartum Period and for Newborns" (**Оригинално заглавие:** Специални акушерски грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени").

Susan Scott Ricci, Terri Kyle, (2009), „Maternity and Pediatric Nursing“, Chapter 17, Newborn Adaptation, Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.

Svensson, Kristin E. et al., (2013), "Effects of mother-infant skin-to-skin contact on severe latch-on problems in older infants: a randomized trial", International Breastfeeding Journal 2013 8:1, <https://doi.org/10.1186/1746-4358-8-1>.

Y., Tamakoshi, K. et al (2010), "Comparison of salivary cortisol, heart rate, and oxygen saturation between early skin-to-skin contact with different initiation and duration times in healthy, full-term infants", <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2010.11.012>.

WHO, (2017), *WHO RECOMMENDATIONS on Newborn Health, GUIDELINES APPROVED BY THE WHO GUIDELINES REVIEW COMMITTEE, UPDATED MAY 2017*<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259269/WHO-MCA-17.07-eng.pdf?sequence=1>.

WHO, (2015), "Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for Essential Practice." 3rd edition.; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK326679/30>.

WHO, (1998), "Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding, DIVISION OF CHILD HEALTH AND DEVELOPMENT", World Health Organization, Geneva 1998. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43633/9241591544_eng.pdf?sequence=1

THE IMPORTANCE OF VERNIX CASEOSA IN THE CONTEXT OF CONTEMPORARY MIDWIFE LED CARE ³⁹

Daniela Lyutakova – Student

Department of Public Health and Healthcare,
University of Ruse “Angel Kanchev”
E-mail: lachezarova@gmail.com

Prof. Ivanichka Serbezova, PhD

Department of Public Health and Healthcare,
University of Ruse “Angel Kanchev”
E-mail: iserbezova@uni-ruse.bg

Abstract: The paper discusses immediate newborn care practices and the aspects of bathing after birth in regard to pros and cons considering its delay. A review of scientific papers and literature has been offered and the results are interpreted. The importance of vernix caseosa and all its functions is explored and discussed in the context of delayed bathing and its benefits for the newborn. Some strategies for optimising immediate newborn care practice have been offered.

Keywords: Vernix Caseosa, Immediate Newborn Care Practices, Midwife-led Care, Early Adaptation, Termoregulation

REFERENCES

- Bulgarian Ministry of Healthcare, (2014), “Guideline of the Ministry of Health № 13 from 23.07.2014 for the approval of the Standard for Neonatology” (*Оригинално заглавие: НАРЕДБА на МЗ № 13 от 23.07.2014 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Неонатология"*).
- Ebunoluwa Aderonke Adejuyigbe, Bee, M., et al., (2015), ““Why not bathe the baby today?”: A qualitative study of thermal care beliefs and practices in four African sites”, BMC Pediatr. 2015; 15: 156., Published online 2015 Oct 14. doi: 10.1186/s12887-015-0470-0.
- Gurcharan Singh, G Archana, (2008), „Unraveling the Mystery of Vernix Caseosa“, Indian J Dermatol. 2008; 53(2): 54–60, doi: 10.4103/0019-5154.41645.
- Hoath SB, (2004), „Physiologic development of the skin.“ In: Polin RA, Fox WW, Abman SH, eds. Fetal and Neonatal Physiology. Philadelphia, Pa: Elsevier.
- Moore E.R., Bergman N., Anderson G.C., Medley N., (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane. URL: http://www.cochrane.org/CD003519/PREG_early-skin-skin-contact-mothers-and-their-healthy-newborn-infants.
- Nordstrand, K., (2005), “Vernix caseosa. Development, physiology, function and effect of early bathing of the newborn”, <https://www.duo.uio.no/handle/10852/28842> .
- Serbezova, I. (2014). “Special Midwife Care for Pregnant Women, Women in Labour, Women in the Postpartum Period and for Newborns” (*Оригинално заглавие: Специални акушерски грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени*“).
- Stokowski, Laura A., (2005), „Neonatal Skin: Back to Nature?“, Medscape

³⁹ Докладът е представен на студентската научна сесия на 09.05.2019 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ЗНАЧЕНИЕТО НА VERNIX CASEOSA ЗА СЪВРЕМЕННИТЕ АКУШЕРСКИ ГРИЖИ Докладът е отличен с награда Best Paper в секция „Здравни грижи“ и включен в книга “Reports Awarded with BEST PAPER Cristal Prize” – 2019 г

Visscher M., Narendran V, (2005), "Vernix caseosa in neonatal adaptation.", <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15830002> .

Visscher, M., Narendran, V., (2014), "Vernix Caseosa: Formation and Functions", ", Newborn and Infant Nursing Reviews, Volume 14, Issue 4, December 2014, Pages 142-146, <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2014.10.005> .

Visscher, M., Narendran, V., (2014), "Neonatal Infant Skin: Development, Structure and Function", ", Newborn and Infant Nursing Reviews, Volume 14, Issue 4, December 2014, Pages 135-141, <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2014.10.004>.

WHO, (2015), "Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for Essential Practice." 3rd edition.; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK326679/30>.

Victoria Todorova – Student

Department of Health care,
University of Ruse "Angel Kanchev"
Tel: +359 889 416 655
E-mail: viki_357@abv.bg

Didem Redzhebova - Student

Department of Health care,
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359 893 463 009
E-mail: didem96@abv.bg

Prof. Tanya Timeva, MD, PhD

Department of Health care,
University of Ruse "Angel Kanchev"
Ob/Gyn Hospital "D-r Shterev", Sofia
Phone: +359 2 920 09 01
E-mail: ttimeva@yahoo.com

Abstract: The report aims to present the nature of fetal surgery as well as its current achievements. Fetal surgery is a relatively new branch of Obstetrics and neonatology, but its methods allow for treating complex and life-threatening fetal malformations. This study includes a list of fetal malformations which can be treated via intrauterine operations. These are: congenital diaphragmatic hernia, congenital cystic adenomatoid malformation (CCAM), sacrococcygeal teratoma (SCT), spina bifida, and twin to twin transfusion syndrome (TTTS). It also features brief descriptions of the aforementioned, diagnostic methods and treatment options, and types of operative interventions. The report also discusses the moral-ethical issue in regard to the advantages and risks of fetal surgery for mother and fetus. The research employs foreign and Bulgarian literary sources, web based articles and visual materials.

Keywords: Fetal Surgery, Treatment, Congenital, Diaphragmatic Hernia, Maternal-Fetal Transfusion, Syndrome

ВЪВЕДЕНИЕ

Феталната хирургия е сравнително нов дял в медицината и все още слабо позната на широката общественост в България. Бащата на феталната хирургия е американският професор Майкъл Харисън, който работи в UCSF (Калифорнийски университет, Сан Франциско). През осемдесетте години той прави първите опити да лекува вътреутробно малформации, несъвместими с живота или водещи такива, които водят до сериозни усложнения на по-късен етап. Целта на настоящия доклад е да представи информация на студенти от Русенския университет „Ангел Кънчев“ относно нови хирургични методи, които не са традиционно коментирани в дълбочина по време на обучителния курс. Предложен е литературен обзор на медицински проучвания, изследвания и становища на авторитети в областта на феталната хирургия.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Етични съображения.

⁴⁰ Докладът е представен на студентската научна сесия на 09. 05. 2019 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: СЪВРЕМЕННИ ДОСТИЖЕНИЯ НА ФЕТАЛНАТА ХИРУРГИЯ.

Фундаменталният конфликт във феталната хирургия е оценяване на рисковете както за майката, така и за плода, като с преимущество е плодът. Майката е наблюдал и стремежът ѝ да участва в тази интервенция води до риск. Основна намеса за спасяване на живота на плода изглежда оправдана, ако рисковете при майката могат да бъдат сведени до минимум и е постигнат добър резултат за плода. Съществува риск от хистеректомия или руптура на матката и ако лекарят може да ги предотврати, плодът може да бъде толериран.

В повечето центрове, в които се извършва фетална хирургия, са създадени комисии за контрол на плода, които да действат като мултидисциплинарни консултативни и качествени комисии. Тези комитети преразглеждат всяка отделна хирургична процедура за плода, извършвана в тяхната институция. Тази проходяща област е до голяма степен саморегулирана чрез ангажираността на участниците в Международната асоциация по фетална медицина (Encyclopedia of Global Bioethics, 2016).

Към настоящия момент са разработени вътреутробни интервенции при следните заболявания:

- Диафрагмална херния
- Кистозна аденоматодна малформация
- Спина бифида
- Тератом на кръстно-опашната област
- Синдром на двойна трансфузия

Вродена диафрагмална херния

Вроденият дефект на диафрагмата, позволяващ навлизане на коремните органи в гръдената кухина, се означава като вродена диафрагмална херния — ВДХ (Congenital diaphragmatic hernia, CDH). Тази патология води до притискане на развиващите се бели дробове на плода и нарушава тяхната функция. Поради тези усложнения ВДХ е животозастрашаващ дефект при кърмачета и основна причина за смъртни случаи в резултат на две усложнения:

- белодробна хипоплазия (непълно развитие);
- белодробна хипертония;

Операцията се извършва под ултразвуков контрол с поставяне на анестезия на плода. С мининвазивен фетоскоп, в който има предварително въведен катетър с флексибilen балон, се прониква през устата на бебето и се достига до горната част на трахеята под гласните връзки. Там балона се раздува и освобождава. Целта на раздутия балон е да задържи коремните органи на развиващия се плод, за да не притискат белите му дробчета. Така те могат да продължат своето развитие в следващите седмици от бременността. По този начин течността, произвеждана от белите дробове, не може да изтече през устата на плода, а се запазва, като разгръща белия дроб и подпомага растежа. Преди раждането поставеният балон трябва да бъде изваден, за да може новороденото да дишва.

През миналото десетилетие се извършва първата успешна хирургия на плод с тежка диафрагмална херния в Калифорнийския университет в Сан Франциско. Процедурата включва оперативно лечение на диафрагмен дефект, чрез хистеротомия и частично изваждане на плода. Този подход, обаче, се оказва напълно ефективен. Той използва фетоскопска техника, която е предимство, защото липсва майчината и свързаната с нея заболеваемост. Същата институция прави проучване, което показва, че преживяемостта на вътреутробно оперирани деца е 75%, а на тези лекувани след раждането е 40-50%.

Вродената диафрагмална херния се открива при ултразвуково изследване. До 20 гестационна седмица трябва да се оцени как са се развили отделните органи и дали има структурни промени. Тогава е необходимо да се вземе правилно решение. Операцията на диафрагмалната херния се прави до 24 гестационна седмица (Harrison MR, Albanese CT, Hawgood SB, Farmer DL, Farrell JA, Sandberg PL, 2001).

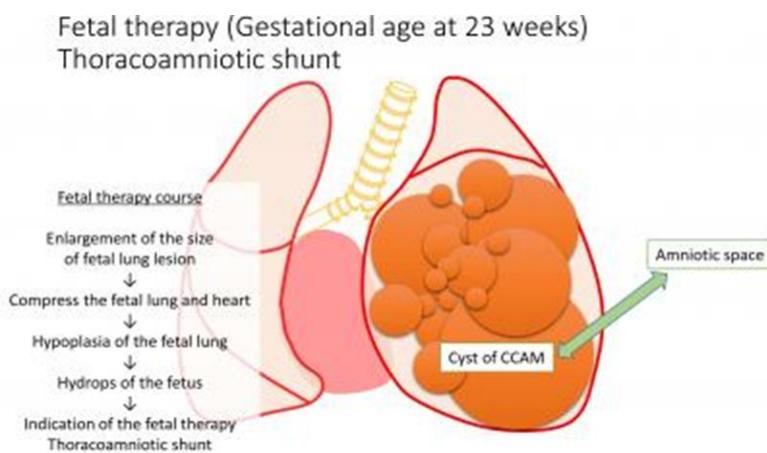


Фиг. 1. Вродена диафрагмална херния (източник: Stanford Children's health)

Вродена кистозна аденоматодна малформация

Вродената кистозна аденоматодна малформация представлява рядка форма на патология на белите дробове на плода, която е възможно да бъде диагностицирана пренатално чрез ултразвуково изследване. Характерно е образуването на редки лезии на белия дроб, които могат да се получат от всяка паренхимна тъкан на белия дроб.

Пренаталната диагноза се основава на ехографското визуализиране на интракраниална маса, която може да бъде солидна, кистозна или смесена. Често се наблюдава хидрамнион, хидропс или плацентомегалия (дебелина на плацентата над 5 см). Ембрионите с големи белодробни лезии се влошават бързо и настъпва интраутеринен леталитет. За тези случаи е открита фетална хирургична намеса. Тя включва фетална торакотомия, лигиране и резекция на кистата в белите дробове. Над 16 фетуси са претърпели интервенция с над 60% оцеляване (Adzick, N. S., M. R. Harrison, P. L. Glick et al. ,1985).

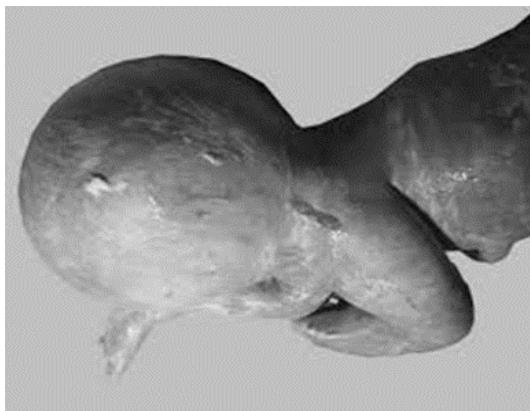


Фиг. 2. Вродена кистозна аденоматодна малформация (източник: Medical express. Successful treatment for a severe case of fetal lung disorder CPAM)

Тератом на кръстно-опашната кост

Сакрокаудалният тератом е тумор на опашната кост, който се развива още преди раждането на бебето. Тератомите са вид тумор на зародишни клетки (тумор, който започва в клетките, породен от сперматозоиди или яйцеклетки). Съставени са от няколко различни типа тъкани, като например косми, мускули или кости. Появява се при 1 на 35 000 деца, повечето от които – момичета. В някои случаи туморът може да бъде отстранен след раждането, но рисъкът от увреда на плода поради нарушено кръвообращение остава. Медиците обясняват, че той може сериозно да увреди плода заради проблеми с кръвообращението.

Хирургичното лечение включва вътреутробна резекция на тумора или ефективно спиране на притока на кръв към тумора, чрез радиоактивна аблация. Това е метод, чрез който се въвежда високочестотен ток и под действието му туморните клетки се разрушават (Flake, A. W., M. R. Harrison, N. S. Adzick et al. 1986).



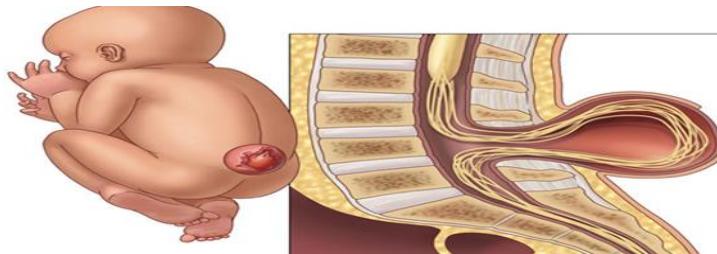
Фиг. 3. Сакрален тератом (макропрепараторен вид) (източник: Сакрален тератом – представяне на клиничен случай с преглед на литературата)

Спина Бифида

Въпреки че spina bifida не е фатална лезия, тя безспорно може да бъде със сериозни последствия.

В средата на 90-те са и първите случаи на оперирани неродени деца със спина бифида. Заради добрите резултати и въпреки високия рисък през годините феталната хирургия набира популярност. През 2003 в САЩ стартира официално национално проучване MOMS, което трябва да оцени ползите и рисковете от пренаталната хирургия при деца със спина бифида. Резултатите за децата преминали операцията преди раждането показват, че по-малък дял от тях се нуждаят от клапа за хидроцефалия и имат по-добри двигателни умения, в сравнение с деца, които са оперирани след раждането си (Velie EM, Shaw GM, 1996).

Към днешна дата над 100 жени и техните фетуси са преминали през хирургична интервенция за възстановяване на гръбначния дефект, но нито един плод не е бил излекуван от болестта. Публикуваните доклади и неформалните проучвания показват, че повечето фетуси не показват значително подобреие в нивото на парализа в сравнение с това, наблюдавано след оптимална постнатална грижа. По този начин намалява необходимостта от хирургичната намеса. Съществуват и огромни рискове след операцията: руптура на матката, преждевременно раждане, мъртъв плод. Тъй като дългосрочните резултати са неизвестни много жени избират прекратяване на бременността или постнатални грижи за техните болни фетуси (Petzold A, Stiefel D, Copp AJ, 2005).



Фиг. 4. Спина бифида
(източник: The stem cellar. Stem cell byproducts provide insight into cure for spina bifida)

Трансфузионен синдром при близнаци

Трансфузионният синдром при близнаци е усложнение приmonoхорионните и monoамниалните близнаци, тъй като поради факта, че споделят обща плацентарна маса и фетоплацентарно кръвообращение. Най-често потокът на кръв между близните е сравнително равномерен, но когато има дисбаланс на кръвния поток през тези кръвоносни съдове става така, че единият близнак „краде“ кръвоснабдяването на другия, което в крайна сметка води до смърт на двамата близнаци. Плодът с по-голям кръвен поток се нарича приемник, а плодът с по-малко се нарича донор. При този синдром възникват васкуларни анастомози: артерия с артерия, артерия с вена и вена с вена. Най-тежкият вариант е при комуникация на артерия с вена. Ранните белези за този синдром се разпознават още в първи триместър, чрез скрининг тест за анеуплоидии посредством измерване на нухалната транслуценция в 11-12 г.с. Ултразвуковото изследване във втори триместър е златен стандарт за поставяне на диагнозата. Таблица 1 показва начин за доказване на този синдром. Разликата е в околоплодната течност между близните, полихидрамнион с напрегнат пикочен мехур при единия и олигохидрамнион с празен пикочен мехур при другия.

Таблица 1. представя начини за доказване на този синдром по метода на Quintero

Стадий I	Двата пикочни мехура са видими Нормална Доплер находка
Стадий II	Не се визуализира пикочен мехур при донорна нормална Доплер находка
Стадий III	Патологична Доплер находка при двата близнака. Обратен/ липсващ кръвоток в умбиликалната артерия. Липсващ/негативен пулсативен кръвоток в Дуктус венозус
Стадий IV	Перикарден излив, плеврален излив, асцит или хидропс при един от близните.
Стадий V	Интраутеринна смърт на един от близните

Третиране на трансфузионния синдром:

➤ Септостомия

Интраутеринно отваряне на междуфеталната амниотична мембрана чрез игла 18G, водена под ултразвуков контрол. Така се цели да се уеднакви околоплодната течност и амниотичното налягане в сака на донора и реципиента. Днес този метод е отхвърлен, защото могат да доведат до псевдо monoамниални бременностти, които от свой ред да доведат до увиване на пъпна връв.

➤ Амниодренаж

Проникване отново с игла 18G в сака на реципиента и дрениране на излишъка от амниотична течност, като се цели намаляване на вътрешното налягане от напрегнатият полихидрамнион, за да се предотврати преждевременно раждане.

➤ Фетоскопска лазер коагулация на плацентарните анастомози

Под локална, епидурална или спинална анестезия и непрекъснат ултразвуков контрол се прониква с канюла с диаметър 2,2 мм, в която е поместен ригиден 2 мм фетоскоп до сака на близнака реципиент. Мястото на проникване е избрано предварително. След визуализация на комуникиращите анастомози се пристъпва към лазер коагулация с лазерно влакно. Процедурата трае около 30 мин. в 16-26 г. (Chaveeva P., Andreeva P., Shterev A., 2014).

ИЗВОДИ

Принципите, разработени през 1980 г., които лежат в основата на клиничното приложение на феталната хирургия, остават непроменени: документиране на история за нелекувана болест на матката, здрава патофизиологична обосновка за лечение преди

раждането, сигурност за безопасност и ефикасност на феталната процедура (Chervenak, F. A., & McCullough, L. B. 2014).

Макар и феталната хирургия да не е пряка отговорност и централен интерес в компетенцията на акушерките, необходимо е здравните специалисти, работещи в областта на пренаталните грижи да имат добра ориентация и познания в областта. Множество изследвания насочват, че оптимален здравен резултат за пациентите дава подходът на мултидисциплинарния екип. За него играе значима роля и акушерката, бидейки най-близо до жената, тя може да окаже нужната информационна, психо-емоционална подкрепа, да оптимизира работата на мултидисциплинарния екип и да асистира адекватно при лекарските процедури. Превенцията е също толкова значима – в рамките на женската консултация, акушерката е тази, която следва да отличи норма и патология и да насочи жените към необходимия специалист навременно при първи съмнения за проблем с протичането на бременността.

REFERENCES

- Adzick, N. S., M. R. Harrison, P. L. Glick et al. (1985) *Fetal cystic adenomatoid malformation: prenatal diagnosis and natural history*, Journal of Pediatric Surgery, vol. 20, pp. 483–8.
- Adzick, N.S., Harrison, M.R., Crombleholme, T.M., Flake, A.W., Howell, L.J. (1998) *Fetal lung lesions: management and outcome*. Am J Obstet Gynecol, 179:884-889
- Encyclopedia of Global Bioethics. (2016) *Fetal Surgery [online]* Available at: https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-319-09483-0_195 [Accessed on 22 April 2019]
- Farrell, J.A., Albanese, C.T., Jennings, R.W., Kilpatrick, S.J., Bratton, B.J., Harrison, M.R. (1999) *Maternal fertility is not affected by fetal surgery*. Fetal Diagn Ther, 14:190-192
- Flake, A.W. Prenatal (2001) *Ethical considerations for life-threatening and non-life threatening anomalies*. Semin Pediatr. Surg., 10:212-221
- Flake, A. W., Harrison, M. R., Adzick, N. S. et al. (1986) 'Fetal sacrococcygeal teratoma'. *Journal of Pediatric Surgery*, vol. 21, pp. 563–6.
- Harrison, M.R., Albanese, C.T., Hawgood, S.B., Farmer, D.L., Farrell, J.A., Sandberg, P.L., (2001) *Fetoscopic temporary tracheal occlusion by means of detachable balloon for congenital diaphragmatic hernia*. Am J Obstet Gynecol, 185:730-733
- Lyerly, A.D., Cefalo, R.C., Socol, M., Fogarty, L., Sugarman, J. (2001) *Attitudes of maternal-fetal specialists concerning maternal-fetal surgery*. Am J Obstet Gynecol, 185:1052-1058
- Medical express. (2016) *Successful treatment for a severe case of fetal lung disorder CPAM*. [online] Available at: <https://medicalxpress.com/news/2016-07-successful-treatment-severe-case-fetal.html> [Accessed on 22 April 2019]
- Petzold, A., Stiefel, D., Copp, A.J. (2005) *Amniotic fluid brain-specific proteins are biomarkers for spinal cord injury in experimental myelomeningocele*. J Neurochem 95:594–598
- Sacrococcygeal teratoma – presentation of a clinical case with a review of the literature. *Obstetrics and Gynecology*. (2007) (*Оригинално заглавие: Сакропокцигелен тератом – представяне на клиничен случай с преглед на литературата*. Акуш и гинекол. 2007; 46 (2): 341) [online] Available at: http://www.pedsurg.net/publikaci/zlokachestveni_tumori/Sakrokokcigealen_teratom-klinichen_sluchai.pdf [Accessed on 22 April 2019]
- Sbragia, L., Paek, B.W., Feldstein, V.A., Fareell, J.A., Harrison, M.R., Albanese, C.T. (2001). Outcome of prenatally diagnosed fetal tumors. J Pediatr Surgery, 36:1244-1247
- Stanford Children's health. [online] Available at: https://www.stanfordchildrens.org/en/topic/default?id=diaphragmatic-hernia-90-P02357&fbclid=IwAR1Q-nCUpvsZuJmHlHfG1JCWQJ_r997M2oCgtK6lES-5cCy6gtaFpZjYYCs [Accessed on 22 April 2019]

Springer-Verlag Italia. (2008) *The Role of Fetal Neurosurgery in Spina Bifida*. [online] Available at: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-88-470-0651-5_7 [Accessed on 22 April 2019]

The stem cellar. (2019) *Stem cell byproducts provide insight into cure for spina bifida*. [online] Available at: <https://blog.cirm.ca.gov/2019/03/08/stem-cell-byproducts-provide-insight-into-cure-for-spina-bifida/> [Accessed on 22 April 2019]

Velie, E.M., Shaw, G.M. (1996) *Impact of prenatal diagnosis and elective termination on prevalence and risks estimates of neural tube defects in California. 1989–1991*. Am J Epidemiol 144:473–479

Walsh, D.S., Johnson, M.P. (1999) *Fetal interventions for obstructive uropathy*. Semin Perinatol., 23:484-495

Chaveeva P., Andreeva P., Shterev A. Obstetrics and Gynecology. (2014) *Prenatal diagnosis and treatment of monochorial biamniotic twins*. 6:29-35 (Оригинално заглавие: Чавеева П., Андреева П., Щерев А. Акушерство и гинекология. (2014) Пренатална диагноза и лечение на трансфузионен синдром приmonoхориални биамниални близнаци. 6:29-35)

STUDY OF THE PARENTS 'RELATIONS FOR PHYSICAL ACTIVITY ⁴¹

Martina Georgieva – Student / Young Scientist

Faculty of Natural Sciences and Education,
Specialty Pre-school and Primary School Education
University of Ruse "Angel Kanchev"
E-mail: martityyy025@abv.bg

Chif Asist. Iskra Ilieva, PhD

Department of Physical Education and Sport,
University of Ruse "Angel Kanchev"
E-mail: isilieva@uni-ruse.bg

Abstract: *. The objective of this survey is to make a study on how much concern and support parents really bestow on each children successes and failures, and to what extent c feel motivated to pursue their physical activity and personality development.*

Keywords: *Physical Activity, Sports, Physical And Personal Development, Parents, Research, Body Posture Children*

ВЪВЕДЕНИЕ

Съвременният начин на живот поставя все по-големи изисквания към интелектуалното и физическото развитие на младото поколение. Подрастващият организъм разполага с огромни ресурси, които могат да бъдат катализатор за максимална продуктивност в различни дейности, свързани с физическа активност, физическо възпитание и спорт. Осъзнаването на собствените двигателни възможности и потенциали подпомага те да се развият пълноценно, да се съгласуват с формирането на гъвкава умствена програма за действие, да укрепне опорно-двигателния апарат. Педагогическото взаимодействие в предучилищна възраст в направление „Физическа култура“ изгражда основите и спомага за формиране на положително отношението у обучаваните към физическа активност за комплексно физическо развитие и физическа дееспособност. (И. Петкова, Г. Игнатов, (2018); А. Момчилова, М. Дончева, (2015)

Общуването на децата с възрастните се формира от техните взаимоотношения с родителите и учителите. Семейната среда, училището и обществото са факторите, които случайно или целенасочено влияят върху изграждането на детската личност. Предучилищната възраст се характеризира с директно възприемане на поведението и междуличностните отношения и съответно подражание на модела, който е предизвикал по-специален интерес у детето. Съвместните усилия на родителите и учителите успешно могат да култивират личната сила, която притежава всеки подрастващ, като развиват у него способности да постига успехи, да преодолява препятствия, да приема загубата с достойнство. Подкрепата и доверието на възрастните към детето, повишава неговата самооценка и го стимулира към по-голяма физическа активност.

Свободното лично време на подрастващите е важно да бъде организирано и оползотворено както за интелектуална самоподготовка, така и за формиране на здравословен начин на живот с цел закаляване на организма и умствено разтоварване. (М. Драганова, 2016)

Физическата активност влияе градивно върху детския организъм освен чрез комплексното развиване на качества и чрез развиване на способността за

⁴¹ Докладът е представен на студентската научна сесия на 7.05. 2019 в секция „Физическо възпитание и спорт“ с оригинално заглавие на български език: ПРОУЧВАНЕ НА ОТНОШЕНИЕТО НА РОДИТЕЛИТЕ КЪМ ФИЗИЧЕСКАТА АКТИВНОСТ. Докладът отразява резултати от работата по проект № 2019-РУ-05, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенския университет.

самоусъвършенстване и самоконтрол на двигателните умения и навици. Това от своя страна осигурява самочувствие и увереност в собствените възможности, изключително важни за привеждане на организма в състояние на висока продуктивност.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Целта на изследването е да се проучи отношението на родителите към физическата активност и в каква степен биха мотивирали децата към редовно практикуване на физически упражнения и спортни занимания.

Използвахме анкетния метод на проучване и анализ на резултатите.

Задачи:

1. Разработване на въпросите от анкетната карта, чрез които да се проследи отношението на родителите към физическата активност.
2. Провеждане на анкетното проучване, обработка и анализ на получените резултати.
3. Извеждане на необходимите за практиката изводи.

Организация и методика

Изследването се проведе през периода февруари-април 2019 г. с 31 родители, ползващи услугите на детски център „Piccadilly Kids“, град Русе.

Анкетната карта съдържа 14 въпроса, таблица 1

№	Въпрос	ДА	НЕ	Не мога да преце ня	Няма отговор
1	Занимавате ли се редовно с физическа активност? (гимнастика, танци, аеробика, кросово бягане и други)	43%	48%	9%	
2	Насърчавате ли детето си да практикува физическа активност и спорт в свободното си време?	94%	6%		
3	Вие изпълнявате ли комплекси от упражнения за Утринна гимнастика за здраве и тонус?	32%	62%	6%	
4	Бихте ли изпълнявали професионално разработени комплекси от упражнения за Утринна гимнастика заедно с детето си, като давате личен пример?	87%	9%		1
5	Според Вас важна ли е Правилната телесна стойка на Вашето дете при изпълнение на физическите упражнения?	100%			

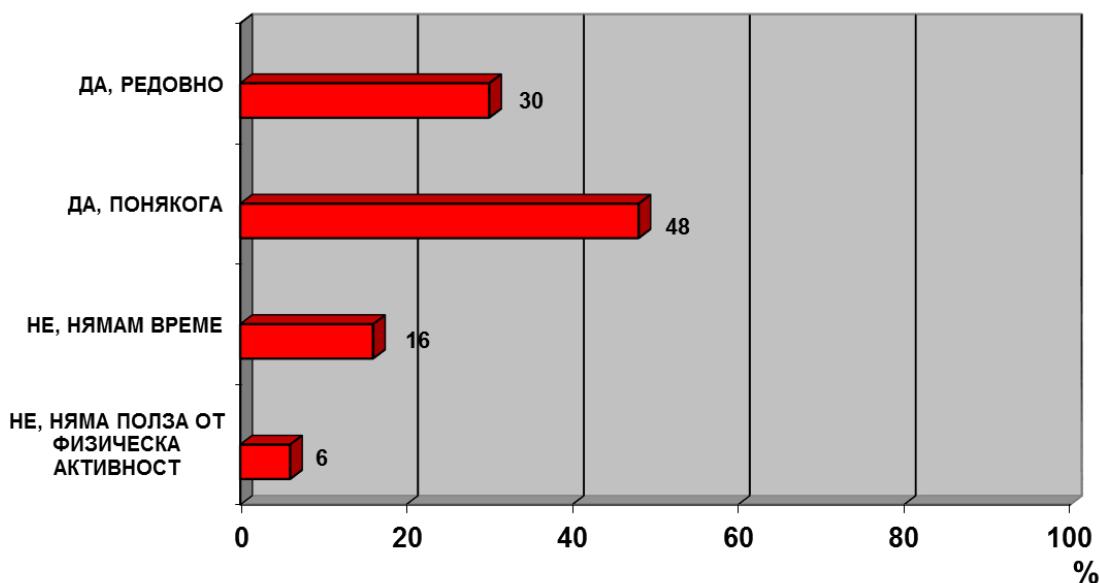
6	Когато имате възможност, участвате ли заедно с децата си в подвижни, спортни игри и състезания?	91%	9%		
7	Имате ли положителни лични впечатления от участието си в часовете по Физическо възпитание и спорт? (ако сте били освободени по здравословни причини, моля посочете само „осв. ФВС“)	68%	25%	3%	1 – освободен от ФВС
8	Според Вас ще бъде ли полезно за здравето на децата да се възобнови Утринната гимнастика в училище, като имате предвид, че именно гимнастическите упражнения укрепват симетричното развитие на опорно-двигателния апарат (кости, мускули и стави)?	91%	9%		
9	Интересувате ли се от ползите на физическата активност за здравето и физическото развитие на децата?	86%	6%	6%	
10	Бихте ли насочили детето си да практикува редовно физическа активност и спорт, под ръководството на професионалисти?	97%	3%		

11. Каква физическа активност бихте избрали за Вашето дете? (възможен е повече от един отговор)

- спортни игри: 39%;
- индивидуален спорт: 20%.;
- бойни изкуства 35%;
- народни танци 52%;
- спортни танци 29%;
- класически балет 3%;
- модерен балет 13%;
- туризъм 35%;
- йога 13%;
- друго гимнастика, плуване, футбол, тенис, народна топка

12. Практикувате ли физическа активност в свободното си време?

- да, редовно;
- да, понякога;
- не, нямам време;
- не, няма полза от физическа активност;



13. Ако практикувате физическа активност, кой вид предпочитате:

- спортни игри 19%;
- индивидуален спорт 16%
- бойни изкуства 9%;
- народни танци 39%;
- спортни танци 9%;
- класически балет 0%;
- модерен балет 9%;
- туризъм 29%;
- йога 9%
- друго риболов, гимнастика, фитнес, пилатес, табата, каланетика, канго - 29%
- не практикувам физическа активност 3%

14. Ако практикувате физическа активност, доволни ли сте от постигнатите резултати?

- да 84%;
- не 3%;
- не практикувам физическа активност 3 %.

Както се вижда от представените резултати, отношението на родителите към физическата активност е определящо. Разпределението на бюджета на свободното време с включването на полезни дейности за детето е свързано с отговорност и професионална информираност.

Първият въпрос от анкетната карта **Занимавате ли се редовно с физическа активност?** (гимнастика, танци, аеробика, кросово бягане и други), е свързан с личното практикуване на съответните дейности. Според получените резултати половината от анкетираните родители – 43% дават положителен отговор, а 48 % отговарят отрицателно. Анализирайки въпроси 2, 4, 6 и 10, считаме, че основната причина е свободното време. Според отговорите на тези аитеми „2. Насърчавате ли детето си да практикува физическа активност и спорт в свободното си време?“; „4. Бихте ли изпълнявали професионално разработени комплекси от упражнения за Утринна гимнастика заедно с детето си, като давате личен пример?“; „6. Когато имате възможност, участвате ли

заедно с децата си в подвижни, спортни игри и състезания?“; „10. Бихте ли насочили детето си да практикува редовно физическа активност и спорт, под ръководството на професионалисти?“, повече от 85% от анкетираните отбелязват с „Да“. Това ни дава основание да направим извода, че при разработване на съвременни специализирани методики, родителите ще подкрепят участието на децата в различни дейности, свързани с физическа активност.

Във връзка с предпочтенията на родителите, забелязваме високи проценти за практикуване на народни танци – 39%, туризъм – 29%, спортни игри – 19% и индивидуални спортове – 16%. В същото време само 32% посочват, че включват Утринна гимнастика в ежедневния си режим. Наблюдаваме известна разлика във връзка с 11-ти въпрос **Каква физическа активност бихте избрали за Вашето дете? (възможен е повече от един отговор)**. На първо място са посочени очаквано народните танци – 52%, следвани от спортните игри – 39%, бойните изкуства, туризъм – 35% и индивидуален спорт – 20%. На последните места са класирани модерен балет (13%), йога – 13% и класически балет (3%). Извадката не е достатъчна, за да се предположи причината за ниските проценти на тези видове физическа активност, тъй като е известно, че редовното й практикуване също води да положителни резултати възпитателен характер.

Отговорите на 5-ти – 100% „да“ и 9-ти (86% с отговор „да“) въпроси са свързани с информираността на родителите за ползите от редовното практикуване на физическа активност. Получените резултати ни дават основание да считаме, че изследваните лица се интересуват от наличната информация и правят лични проучвания за ползите от този вид дейности.

ИЗВОДИ

От направеното проучване установяваме следните изводи:

- Висок процент от анкетираните родители осъзнават ползата от физическа активност.
- Почти всички анкетирани настърчават децата си да се занимават с физическа активност в свободното време, като 100% посочват важността на правилната телесна стойка за здравето на подрастващите.
- Една част от родителите се занимават с физическа активност, а останалите не практикуват поради различни причини – липса на време, възможности и други.
- Личният пример е важен, ето защо отговорите на този въпрос е от значение за формиране на интересите на децата.
- Предпочитаната физическа активност от анкетираните са народните танци, туризъм и спортни игри;
- Родителите биха насочили децата си към народни танци, бойни изкуства, туризъм, спортни игри и индивидуални спортове (лека атлетика, тенис, тенис на масалуване, бадминтон и други).

REFERENCES

Batoeva, D., T. Popov, E. Dragolova (2006) Pedagogical and psychological diagnostics, Asconi-ed. (Оригинално заглавие: Батоева, Д., Т. Попов, Е. Драголова (2006) Педагогическа и психологическа диагностика, Аскони-издат).

Draganova, M., (2012). Kinesitherapy in obstetrics and gynecology. Bachelor's lecture notes. Pleven: Angel Kanchev Publishing Center at Ruse University (*Оригинално заглавие: Драганова, М., 2016. Управление на времето. Плевен: Издателски център при Медицински университет, Плевен*).

Momchilova, A., M. Doncheva (2015) Pedagogical concept for coherence between motor and intellectual activity in the educational process of physical education and sport. RU&SU, t.54, pp. 28-32. (*Оригинално заглавие: Момчилова, А., М. Дончева. (2015) Педагогическа концепция за съгласуваност между двигателната и интелектуална дейност в учебния процес по физическо възпитание и спорт. РУ – "А. Кънчев", Съюз на учените – Русе, Юбилейна Научна*

конференция – 70 г. традиции и иновации., Н. трудове на РУ, том 54, серия 8.2., 2015 г., стр. 28-32).

Petkova, I., G. Ignatov (2018), LEVELS OF MOTIVATIONAL WILLINGNESS OF THE STUDENTS SECOND YEAR OF MAJORING PHYSICAL EDUCATION AND SPORTS AT SOFIA UNIVERSITY ST. KLIMENT OHRIDSKI. PROCEEDINGS OF UNIVERSITY OF RUSE-2018, volume 57, book 6.2. (*Оригинално заглавие*: Петкова, И., Г. Игнатов, 2018. Равнища на мотивационна готовност на студентите от втори курс на специалност “Физическо възпитание и спорт” при Софийски университет “СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ”, Научни трудове на РУ&СУ, 2018, т. 57, кн. 6.2.)

Докладът отразява резултати от работата по проект № 2019-РУ-05, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенския университет.

NEEDS FOR THE PHYSICAL ACTIVITY OF STUDENTS FROM THE RUSE UNIVERSITY "ANGEL KANCHEV"⁴²

Rositsa Venkova – Student / Young Scientist

Faculty of Natural Sciences and Education,
Specialty Pre-school and Primary School Education
University of Ruse "Angel Kanchev"
E-mail: rosica951@abv.bg

Chief Asist. Iskra Ilieva, PhD

Department of Physical Education and Sport,
University of Ruse "Angel Kanchev"
E-mail: isilieva@uni-ruse.bg

Abstract: *. Students in the specialty "Preschool and elementary school pedagogy" acquire pedagogical skills through systematic training in different directions, one of which is "Physical Education". In order to form competences, personal attitude to physical activity is important. That is why interests, needs and their assessment are important. Each participant has specific expectations, goals and needs. Whether they change in the physical education process depends on many different factors.*

Keywords: *Physical Activity, Sports, Physical And Personal Development, Students, Needs research, Body Posture.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Студентите от специалност „Предучилищна и начална училищна педагогика“ (ПНУП) усвояват педагогически умения чрез систематизирано обучение в различни направления, едно от които е „Физическата култура“. За да се формират компетенции, е от значение личностното отношение към физическата активност. Ето защо са важни интересите, потребностите и тяхното оценяване. Всеки участник има конкретни очаквания, цели и потребности. Дали те ще се променят в процеса на физическо образование, зависи от много и различни фактори.

Ефективността от процеса на усвояване на знания, двигателни умения и навици от бъдещите педагози в лекциите и практическите упражнения по „Физическа култура“ са резултат от развиване на педагогически компетенции и удовлетворяване на техните потребности. Те определят насоката за вземане на конкретни решения и предприемане на съответните действия за постигане на целите, които могат да бъдат свързани със здравето, добрата физическа форма, усвояване на знания и умения в предпочитания спорт, осъществяване на социални контакти, разтоварване и отмора. Личностното отношение към учебното направление ще се проектира и в бъдещата работа с децата и учениците. Ето защо настоящото изследване ще е от значение за определяне на потребностите на студентите за практикуване на физическа активност.

Съществуването на тясна взаимовръзка между развитието на личността и нейните потребности е предмет на изследване от много автори. Те са „опорни точки“, върху които се основава активността. Установяването им е своеобразна обратна връзка между студентите и преподавателя. Приоритет на преподавателската дейност по физическо възпитание и спорт е повишаването на здравната и физическата култура на студентите. Е. Герон, Ю. Мутафова (2017), Г. Игнатов, Б. Попеска и Д. Сивевска (2016), И. Петкова, Г. Игнатов (2018), С.

⁴² Докладът е представен на студентската научна сесия на 7.05.2019 в секция „Физическо възпитание и спорт“ с оригинално заглавие на български език: ПОТРЕБНОСТИ ЗА ФИЗИЧЕСКА АКТИВНОСТ НА СТУДЕНТИ ОТ РУ „А. КЪНЧЕВ“. Докладът отразява резултати от работата по проект № 2019-РУ-05, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенския университет.

Петровска, Д. Сивевска, Й. Ранчева (2018), Б. Попеска, К. Петрушева, С. Йованова-Митковска (2018).

ИЗЛОЖЕНИЕ

Потребностите определят насоката за вземане на решения и постигане на целите, свързани със здравето, добрата физическа форма, усвояване на знания и умения в предпочтения спорт, осъществяване на социални контакти, разтоварване и отмора.

В тази връзка е определена целта - проучване на потребностите на студентите от спец. ПНУП редовно практикуване на физическа активност.

Използвахме анкетния метод на проучване и анализ на резултатите.

Задачи:

4. Разработване на въпросите от анкетната карта, чрез които да се проучат потребностите на студентите за физическата активност.
5. Провеждане на анкетното проучване, обработка и анализ на получените резултати.
6. Извеждане на необходимите за практиката изводи.

Организация и методика

В края на летния семестър на учебната 2018/2019 учебна година бяха анкетирани 37 студентки от Русенски университет, специалност ПНУП, 2 к., редовно обучение.

Анкетната карта е свързана с оценяването на 30 айтема по скала от 1 до 7 степен, групирани в шест вида потребности, таблица 1.

Таблица 1
Групи потребности

ВИДОВЕ ПОТРЕБНОСТИ	НОМЕРА НА АЙТЕМИТЕ
ПОЛОЖИТЕЛНО НАСТРОЕНИЕ И ФИЗИЧЕСКО РАЗТОВАРВАНЕ	2, 9, 10, 15, 18, 22, 26, 29
ЗНАНИЯ - УМЕНИЯ	4, 11, 12, 16
ВЪНШЕН ВИД	5, 6, 7, 17, 20, 27
ФИТНЕС И ЗДРАВЕ	1, 13, 14, 19, 23, 24, 25
СОЦИАЛНИ ПОТРЕБНОСТИ	3, 8, 21, 28,
ЗАДЪЛЖЕНИЕ	30

В настоящия доклад ще анализираме оценяването на потребностите, които са насочени към: **постигане на добра физическа форма и здраве; усвояване на знания и умения в областта на физическата активност; постигане на положително настроение, физическо и психическо разтоварване; посещение на заниманията по задължение за получаване на заверка в края на семестъра.** Резултатите са представени в таблици 2, 3, 4. Потребностите са диференцирани по цвят и в таблиците с резултатите.

Таблица 2 .

Резултати от изследването на потребностите за физическа активност на студенти от специалност «Предучилищна и начална училищна педагогика» в Русенски университет „Ангел Кънчев” /брой студенти - 37/

№	Потребности за занимания с физическа активност /средна оценка	Изобщо не съответства		Съответства точно			Много е важно за мен		Без отг.
		1	2	3	4	5	6	7	
1	За добра физическа форма/ оценка 5.08	0	2	6	4	9	7	9	
2	За положително настроение/ оценка 5.27	1	0	5	4	10	6	11	
3	За осъществяване на повече социални контакти/ оценка 4.20	5	1	5	7	7	7	5	
4	За нови знания и умения в областта на физическата активност/ оценка 4.32	2	4	5	7	9	6	4	
5	Искам да намаля и да поддържам теглото си, за да изглеждам по-добре/ оценка 5.19	3	0	3	4	9	7	11	
6	Искам да повиша мускулната си маса, за да изглеждам по-добре/ оценка 3.86	5	5	7	4	4	5	6	1
7	Искам да поддържам теглото си, за да изглеждам винаги добре/ оценка 5.27	1	1	4	8	4	5	14	
8	За да съм с приятелите си/ оценка 2.90	9	7	4	7	5	3	1	1
9	Обичам предизвикателствата/ оценка 4.05	2	7	5	9	7	1	6	
10	Харесва ми да спортувам/ оценка 4.65	0	5	3	9	8	7	5	

Осъзнато е значението на правилната телесна стойка и голяма част от студентите посочват постигането ѝ като съществена потребност. Средната стойност на оценката, която я обобщава като потребност е 5.25 по скала от 0 до 7.

Подобряването на физическите качества са важни за анкетираните, като една част от тях очакват и подобряване на координационните способности. Съответно оценките на тези потребности са 5.20 и 4.30.

Анализът на резултатите за практикуване на физическа активност за **постигане на положително настроение, физическо и психическо разтоварване** има разнообразие в оценяването. По-висока от 5 по оценъчната скала, т.е. „съответства точно“ и „много е важно за мен“ са потребностите **положително настроение (5.27); повишаване на самооценката (5.10); разтоварване (5.11), чувство на удовлетвореност и благополучие (5.19)**.

Таблица 3 .

Резултати от изследването на потребностите за физическа активност на студенти от специалност «Предучилищна и начална училищна педагогика» в Русенски университет „Ангел Кънчев” /брой студенти - 37/

№	Потребности за занимания с физическа активност /средна оценка	Изобщо не съответства		Съответства точно			Много е важно за мен		Без отг.
		1	2	3	4	5	6	7	
11	За да подобря физическите си качества /подчертайте съответните качества в скобите/ (мускулна сила, издръжливост, ловкост, гъвкавост, бързина)/ оценка <u>5,20</u>	1	1	4	5	6	9	9	2
12	За да подобря координационните си способности/ оценка <u>4,30</u>	1	0	10	11	6	6	2	1
13	За стегнато тяло и повече релеф/ оценка <u>5,10</u>	1	1	7	2	9	7	10	
14	За здраве, тонус и енергия/ оценка <u>5,64</u>	0	1	2	4	7	10	12	1
15	За повишаване на самооценката си/ оценка <u>5,10</u>	1	1	4	6	6	10	7	2
16	За подобряване на сърдечно-съдовата издръжливост/ оценка <u>5,19</u>	0	3	1	8	7	8	9	1
17	За постигане на правилна телесна стойка/ оценка <u>5,25</u>	0	2	5	1	10	10	8	1
18	Мисля, че е интересно и забавно/ оценка <u>4,67</u>	2	1	7	6	9	3	8	1
19	За силни и добре оформени мускули/ оценка <u>4,50</u>	5	2	5	5	6	7	6	1
20	За да съм привлекателна/привлекателен за другия пол/ оценка <u>4,16</u>	4	3	8	7	3	7	5	
21	За да се срещна с нови хора/ оценка <u>3,78</u>	6	6	5	4	6	4	6	

Проучвато показва, че студентките предпочитат да са стройни и елегантни с нормално тегло и релеф (5.19) и не се стремят към повишаване на мускулната маса (3.86)

Във връзка с потребността от **усвояване на знания и умения в областта на физическата активност** оценяването е насочена към по-ниската степен на „съответства точно“ – 4.32. Интерактивно методи на преподаване по „Физическа култура“ би привлякло вниманието на студентите за проявяване на интерес и към теоретичната подготовка по направлението. Методика за самоконтрол на телесната стойка, теглото, BMI ще стимулира бъдещите педагози към този аспект на преподаване.

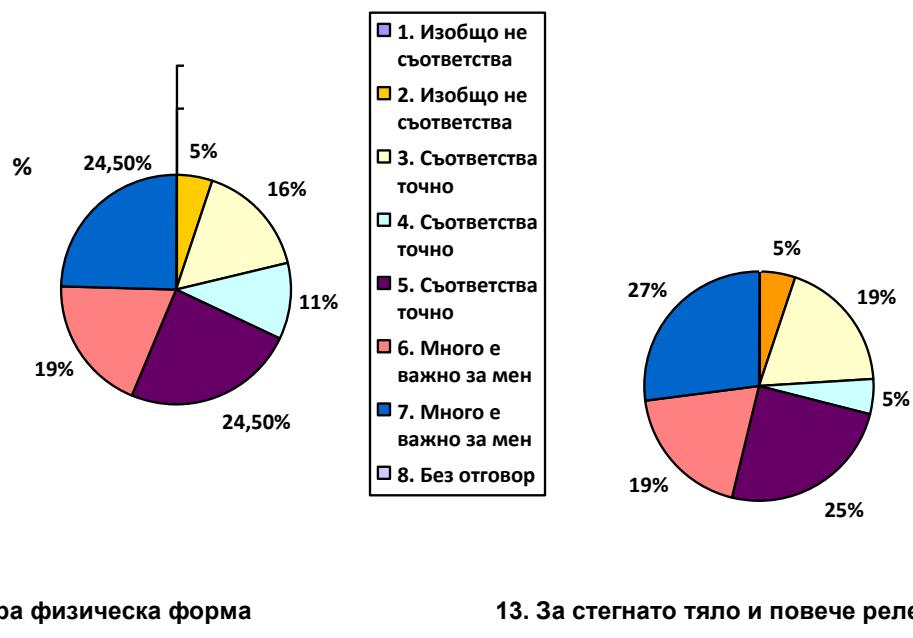
Таблица 4 .

Резултати от изследването на потребностите за физическа активност на студенти от специалност «Предучилищна и начална училищна педагогика» в Русенски университет „Ангел Кънчев” /брой студенти - 37/

№	Потребности за занимания с физическа активност /средна оценка	Изобщо не съответства		Съответства точно			Много е важно за мен		Без отг.
		1	2	3	4	5	6	7	
22	За разтоварване/ оценка <u>5.11</u>	0	2	4	6	9	4	10	2
23	За повишаване на защитните сили на организма/ оценка <u>5.19</u>	1	2	3	6	6	9	10	
24	За устойчивост на стрес/ оценка <u>4.97</u>	3	0	4	8	3	9	9	1
25	За намаляване на риска от развитие на хронични заболявания/ оценка <u>5.38</u>	1	2	3	3	6	11	11	
26	За чувство на удовлетвореност и благополучие/ оценка <u>5.19</u>	1	0	8	5	3	7	13	
27	За подобряване на самочувствието и външния вид/ оценка <u>5.22</u>	2	0	3	4	6	7	15	
28	По препоръка на приятелите ми/ оценка <u>5.50</u>	10	4	5	5	6	3	3	1
29	За удоволствие/ оценка <u>4.80</u>	6	1	2	6	7	4	9	2
30	По задължение – като редовен час по физическо възпитание и спорт/ оценка <u>3.95</u>	6	3	7	5	8	3	5	

Потребността на студентите, свързана със задължителното посещение на часовете по физическо възпитание и спорт е също към ниските граници – 3.95. Този резултат показва, че практикуваната от тях физическа активност не е провокирана само от задължение, а и от ползите за здравето и добрата физическа форма.

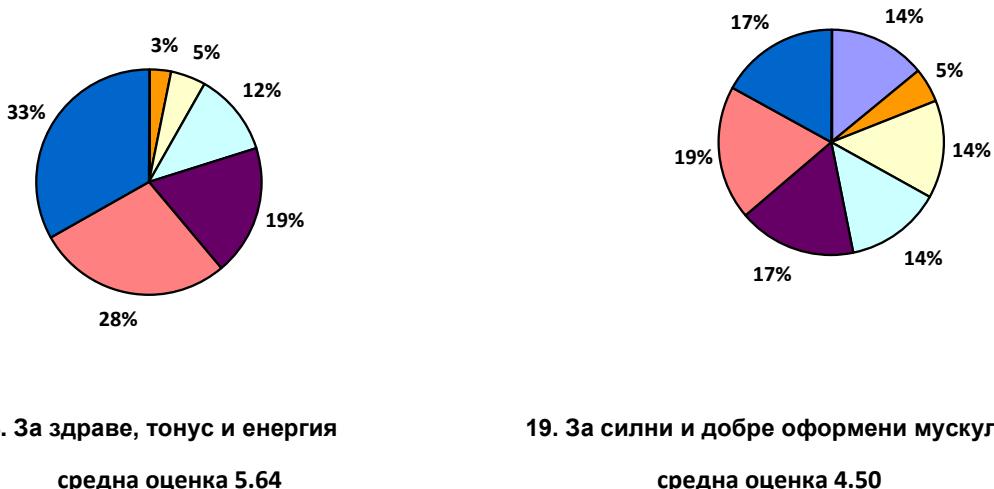
На фигури 1 и 2 сме представили в проценти /%/ графично резултатите на въпросите, формиращи група на потребности „Физическа активност и здраве“.



Фигура 1. Анализ на отговорите на въпросите, формиращи група на потребности „Физическа активност и здраве“ /%/

За добра физическа форма практикуват физическа активност общо 68%. За 5% от анкетираните това изобщо не е важно, а 16% не са посочили отговор.

Налице е очаквана тенденция жените да се стремят към стегнато тяло и релефна структура – 53%. За здраве, тонус и енергия (средна оценка 5.64) практикуват физическа активност 80%.



Фигура 2. Анализ на отговорите на въпросите, формиращи група на потребности „Физическа активност и здраве“ /%/

ИЗВОДИ

От направеното проучване установяваме следните изводи:

- Анкетното проучване дава възможност за постигане на обратна връзка в педагогическото общуване между преподавателя и студентите.
- Получената информация от изследването е полезна за определяне на основните акценти в съвместната работа, които да са в равновесие с потребностите за физическа активност на бъдещите педагози.
- Обогатяването на дейността с включването на нови знания и умения в областта на фитнеса и балансираното хранене повишава физическата и здравната култура на младите хора. Те са настоящи или бъдещи родители и привличането им към двигателна активност формира положително отношение към движението и спорта, което ще се предаде и на следващите поколения.

REFERENCES

Batoeva, D., T. Popov, E. Dragolova (2006) Pedagogical and psychological diagnostics, Asconi-ed. (*Оригинално заглавие: Батоева, Д., Т. Попов, Е. Драголова (2006) Педагогическа и психологическа диагностика, Аскони-издат*).

Geron, E., J. Mutafova (2017) Motivation in physical education and sport. Second part - Types of motivation. Avangard Prima, Sf Герон, Е., (*Оригинално заглавие: Ю. Мутафова (2017) Мотивация при физическото възпитание и спорта. Втора част – Видове мотивации. Авандард Прима, Сф*)

Momchilova, A., M. Doncheva (2015) Pedagogical concept for coherence between motor and intellectual activity in the educational process of physical education and sport. RU&SU, t.54, pp. 28-32. (*Оригинално заглавие: Момчилова, А., М. Дончева. (2015) Педагогическа концепция за съгласуваност между двигателната и интелектуална дейност в учебния процес по физическо възпитание и спорт. РУ – "А. Кънчев", Съюз на учените – Русе, Юбилейна Научна конференция – 70 г. традиции и иновации., Н. трудове на РУ, том 54, серия 8.2., 2015 г., стр. 28-32*).

Petkova, I., G. Ignatov (2018), Levels of motivational willingness of the students second year of majoring physical education and sports at Sofia University St. Kliment Ohridski. PROCEEDINGS OF UNIVERSITY OF RUSE- 2018, volume 57, book 6.2. (*Оригинално заглавие: Петкова, И., Г. Игнатов, 2018. Равнища на мотивационна готовност на студентите от втори курс на специалност “Физическо възпитание и спорт” при Софийски университет “СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ”, Научни трудове на РУ&СУ, 2018, т. 57, кн. 6.2.*)

Petrovska S., D. Sivevska, J. Runceva (2018) Teacher views about establishment and functionality of the system of professional development of teachers in Republic of Macedonia, PROCEEDINGS OF UNIVERSITY OF RUSE- 2018, volume 57, book 6.2.

Petrusheva K., B. Popeska, S. Jovanova – Mitkovska (2018) Requirements for teacher education in vocational education and training, PROCEEDINGS OF UNIVERSITY OF RUSE- 2018, volume 57, book 6.2.

Докладът отразява резултати от работата по проект № 2019-РУ-05, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенския университет.

REFLECTION AS A FACTOR FOR MOTIVATION OF STUDENTS TO TEACH "PHYSICAL CULTURE" IN KINDERGARTEN⁴³

Renay Akaeva – Student / Young Scientist

Faculty of Natural Sciences and Education,
Specialty Pre-school and Primary School Education
University of Ruse "Angel Kanchev"
E-mail: akaeva18renai@abv.bg

Chief Asist. Iskra Ilieva, PhD

Department of Physical Education and Sport,
University of Ruse "Angel Kanchev"
E-mail: isilieva@uni-ruse.bg

Abstract: *Reflection can be seen as one of the motivating factors for forming students' pedagogical competences. The attitude of students to Physical Education, formed by personal experience as adolescents, is crucial for taking responsibility for mastering the methodology of physical education training in kindergarten.*

Keywords: Physical Activity, Sports, Reflection, Motivation, Physical And Personal Development, Students, Needs research, Body Posture, Methodology of physical education in kindergarten, Questionnaire survey.

ВЪВЕДЕНИЕ

Отношението на студентите към Физическото възпитание, формирано от персонален опит като подрастващи, е определящо за проявяване на отговорност при усвояване методиката на обучение по физическа култура в детската градина. Първите учители и семействата среда оказват трайно въздействие при изграждането на личностна оценка за значението на двигателната активност за развитието на детето. Често се случва да е налице физическа подготовка в предучилищното физическо възпитание, а след това в някой от следващите етапи на образоването, подрастващите да бъдат разочаровани като ученици от отношението на учител, материална база, трудности в овладяване на учебния материал. Формираните лични впечатления рефлектират върху мотивационната сфера на личността.

Рефлексия означава обръщане към собствените мисли и преживявания, техният анализ, самонаబлюдение и достигане до познание за своята познавателна дейност, за себе си като личност, за практическата си дейност, както и за взаимодействията и общуването с другите (ZhelezovaMindizova, 2014). Това я определя като един от мотивационните фактори. Входящо проучване в тази област и съответната методика за анализиране на впечатленията и преживяванията в детска възраст дава полезна информация, и ако е необходимо да се направи корекция за качествено усвояване на педагогическите компетенции.

Мотивацията е движещата сила към постигането на определени цели. Тя е съвкупност от психични процеси, определящи силата и посоката на поведението, предизвикващи насочване и поддържане на доброволни целенасочени действия. Познаването на мотивационните състояния подпомага успешното прилагане на средствата и методите на обучение в педагогическите ситуации по „Физическа култура“ в детската градина, за създаване на една положителна представа за голямата полза от активното участие в спортните занимания. За мотивирането на децата и за повишаване ангажираността и интереса към

⁴³ Докладът е представен на студентската научна сесия на 7.05.2019 в секция „Физическо възпитание и спорт“ с оригинално заглавие на български език: РЕФЛЕКСИЯТА КАТО ФАКТОР ЗА МОТИВАЦИЯ НА СТУДЕНТИТЕ ЗА ПРЕПОДАВАНЕ НА "ФИЗИЧЕСКА КУЛТУРА" В ДЕТСКАТА ГРАДИНА. Докладът отразява резултати от работата по проект № 2019-РУ-05, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенския университет.

физическите упражнения са от значение собствените им преживявания, личностната им изява, съпричастността към постиженията на другите. Е. Герон, Ю. Мутафова (2017), Г. Игнатов, Б. Попеска и Д. Сивевска (2016), И. Петкова, Г. Игнатов (2018)

Професионалното ориентиране предполага рефлексия за своите личностни качества, навици, поведение; самонааблюдение и самоанализ, самооценка, самокритичност (Atanasova & Stavreva, 2008). Професионалното ориентиране и интересите към дадена професионална сфера, проявявани в училище, също са свързани с прилагане на рефлексия в обучението. (С. Стоянова, 2016)

ИЗЛОЖЕНИЕ

Мотивацията е един от трите личностни феномена, които заедно с целите и потребностите стои в основата на всеки вид спортна дейност. Тя варира по интензивност, сила и посока. Една и съща дейност се осъществява под въздействието на различни мотиви.

Ето защо бъдещите педагоги е необходимо да получат специализирана спортна и медико-биологична подготовка като фундамент, върху който да изграждат през годините на професионална реализация собствен стил на работа. Съществуват различни фактори за изграждане на интереси към физическа активност, физическо възпитание и спорт като подрастващи.

- Първият учител в детската градина;
- Лични впечатления от участието в заниманията по Физическа култура в детската градина;
- Учителят в началното училище;
- Двигателна активност в начална училищна възраст;
- Ефективност на учебния процес по ФВС в основното и средното образование;
- Участие на студентите като подрастващи в допълнителни тренировки по вид спорт;
- Отговорност и отношение към двигателната дейност на тяхната семейна среда.

Под влияние на тези фактори студентът има формирано отношение към направлението «Физическо възпитание и спорт». Преподавателите във ВУЗ освен изнасянето на учебния материал, е добре да познават и предварителната нагласа на студентите, за да могат и положително настроението, и отрицателно настроените млади хора да осъзнават ползата на заниманията по физическа култура за децата.

Целта на нашето изследване е свързана с **анализ на мотивацията на студентите градина от специалност Предучилищна и начална училищна педагогика при Русенски университет за преподаване на направление „Физическа култура“ в детската градина.**

Проведохме изследването чрез анкетния метод.

Задачи:

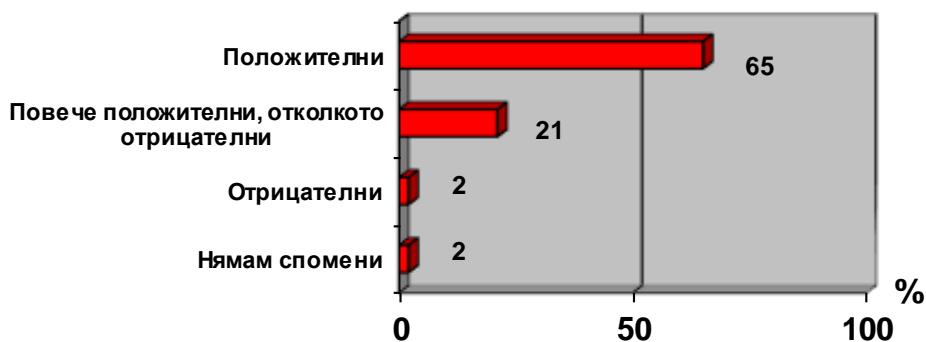
7. Разработване на въпросите от анкетната карта.
8. Провеждане на анкетното проучване, обработка и анализ на получените резултати.
9. Изводи и препоръки за практиката.

Организация и методика

През учебната 2018/2019 учебна година бяха анкетирани 29 студентки от Русенски университет, специалност ПНУП, 2 курс, редовно обучение.

Резултатите от отговорите на въпросите в анкетната карта са представени в проценти.

При анализа на първият въпрос „Какви са спомените Ви за Вашите първи учители по физическо възпитание и спорт?“, значителен процент от студентите 65% посочват, че имат положителни спомени, 21 % - повече положителни, отколкото отрицателни и 2% са с отрицателни оценки, фигура 1.



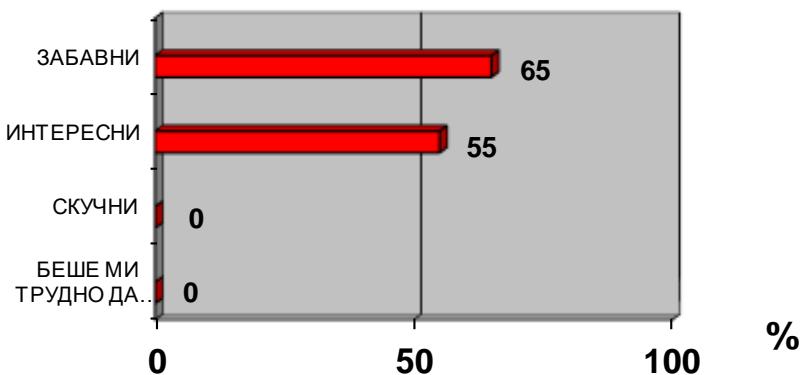
Фиг.1. Резултати от отговори на въпрос: Какви са спомените Ви за Вашите първи учители по физическо възпитание и спорт?

На фигура 2 са представени резултатите от анкетното проучване във връзка с личните впечатления на студентите от детската им възраст от заниманията в ситуацията по физическо възпитание и култура, в които са били преки, действащи участници, както и в началното училище в часовете по физическо възпитание и спорт. Даден е избор за възможен повече от един отговор.



Фиг. 2. Какви са Вашите впечатления от детската възраст от педагогическите ситуации по физическа култура, в които сте участвали в детската градина?
(възможен повече от един отговор)

Студентите посочват, че 41% от тях в предучилищна възраст ситуацията по физическа култура са им били забавни, и за 65% от тях, че са им били интересни. Трудности при изпълнението на упражненията и участието в игрите са имали 3%. Уроците по физическо възпитание и спорт в началното училище са били забавни за 65% и интересни за 55% от анкетираните. Усояването на двигателните умения и навици повишава и двигателната култура и в резултат на това трудности при изпълняването на упражненията и скучни часове не се посочват от студентите, фигура 3.



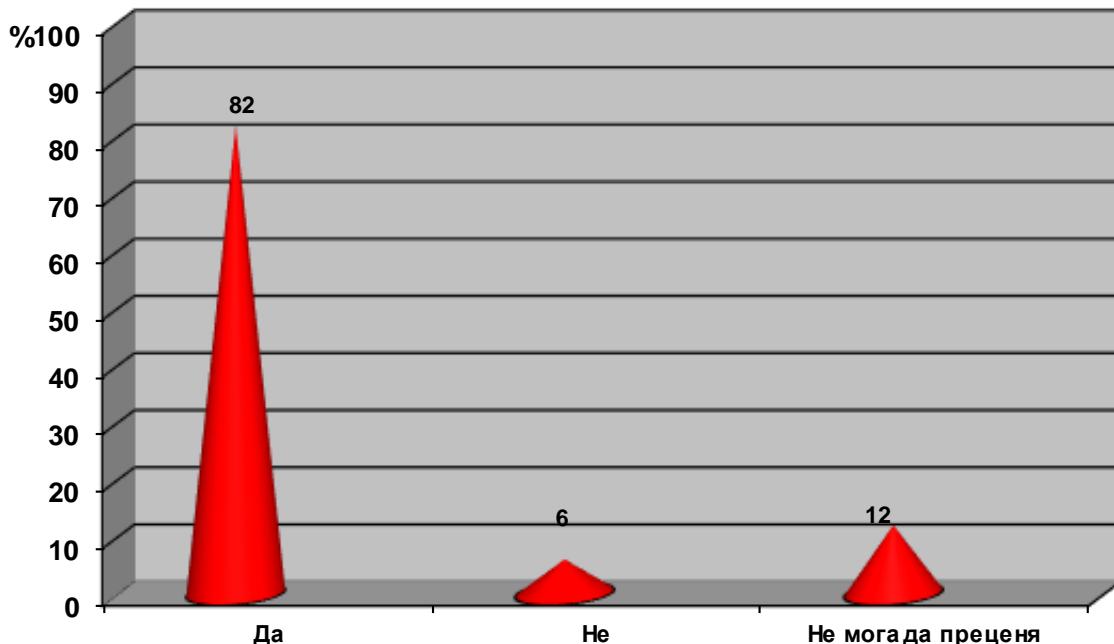
Фиг. 3. Какви са Вашите впечатления от заниманията по физическо възпитание и спорт, в които сте участвали като ученик в началното училище? (възможен повече от един отговор)

Висок процент от студентите в редовна форма на обучение дават положителен отговор на въпроса за влияние на активната двигателна дейност върху физическото развитие – 62%, а 10% отговарят отрицателно, 26% не могат да преценят, фигура 4.



Фиг. 4. Считате ли, че активната двигателна дейност в заниманията по физическа култура в детската градина е допринесла за Вашето физическо развитие и подобряване на физическите качества.

Според 75% от студентите активната двигателна дейност е повлияла развитието на физическите им качества, за 10% - не е оказала влияние, а 15% не могат да преценят. По-висок процент на положително въздействие на упражненията и игрите по физическа култура върху развитието на координационните им способности посочват 82% от изследванietо. Само 6 % дават отрицателен отговор, като 12% не могат да преценят, фигура 5.



Фиг. 5. Считате ли, че активната двигателна дейност в заниманията по физическа култура в детската градина е допринесла за подобряване на координационните Ви способности

ИЗВОДИ

От анализа на резултатите установихме, че студентите от спец. ПНУП са били мотивирани да спортуват в ДГ и НУ.

- Рефлексията като предаването на личния опит и впечатления в комбинация с усвояването на нови знания и педагогически умения, предразполага към професионализъм и задълбочени компетенции в областта на мотивацията за спортуване в ДГ.
- Мотивация за спортуване – свързана с поставянето на изисквания за точност при изпълнение на двигателните задачи, развиване на способност за усещане и възприемане на движенията – усет за време, ритъм, темп, пространствена ориентация.

REFERENCES

- Batoeva, D., T. Popov, E. Dragolova (2006) Pedagogical and psychological diagnostics, Asconi-ed. (*Оригинално заглавие: Батоева, Д., Т. Попов, Е. Драголова (2006) Педагогическа и психологическа диагностика, Аскони-издат*).
- Geron, E., J. Mutafova (2017) Motivation in physical education and sport. Second part - Types of motivation. Avangard Prima, Sf Герон, Е., (*Оригинално заглавие: Ю. Мутафова (2017) Мотивация при физическото възпитание и спорт. Втора част – Видове мотивации. Авангард Прима, Сф*)
- Momchilova, A., M. Doncheva (2015) Pedagogical concept for coherence between motor and intellectual activity in the educational process of physical education and sport. RU&SU, t.54, pp. 28-32. (*Оригинално заглавие: Момчилова, А., М. Дончева. (2015) Педагогическа концепция за съгласуваност между движителната и интелектуалната дейност в учебния процес по физическо възпитание и спорт. РУ – "А. Кънчев", Съюз на учените – Русе, Юбилейна Научна конференция – 70 г. традиции и иновации., Н. трудове на РУ, том 54, серия 8.2., 2015 г., стр. 28-32*).
- Petkova, I., G. Ignatov (2018), Levels of motivational willingness of the students second year of majoring physical education and sports at Sofia University St. Kliment Ohridski. PROCEEDINGS OF UNIVERSITY OF RUSE- 2018, volume 57, book 6.2. (*Оригинално заглавие: Петкова, И., Г. Игнатов, 2018. Равнища на мотивационна готовност на студентите от втори курс на специалност "Физическо възпитание и спорт" при Софийски университет "СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ", Научни трудове на РУ&СУ, 2018, т. 57, кн. 6.2.*)
- Petrovska S., D. Sivevska, J. Runceva (2018) Teacher views about establishment and functionality of the system of professional development of teachers in Republic of Macedonia, PROCEEDINGS OF UNIVERSITY OF RUSE- 2018, volume 57, book 6.2.
- Petrusheva K., B. Popeska, S. Jovanova – Mitkovska (2018) Requirements for teacher education in vocational education and training, PROCEEDINGS OF UNIVERSITY OF RUSE- 2018, volume 57, book 6.2.
- Stoyanova S. (2016) REFLECTION IN TRAINING AND STRIVING TO OWN SIGNIFICANCE. PHILOSOPHY BULGARIAN JOURNAL OF PHILOSOPHICAL EDUCATION/ VOLUME 25, № 3, pp 313-321. (*Оригинално заглавие: Стоянова, С. (2016) РЕФЛЕКСИЯ В ОБУЧЕНИЕТО И СТРЕМЕЖ КЪМ СОБСТВЕНА ЗНАЧИМОСТ, ФИЛОСОФИЯ НАУЧНО СПИСАНИЕ, т. 25, бр. 3, 313 - 321*).
- Zhelezova-Mindizova, D. (2014). About praxeological reflexion and its manifestations in teacher's basic functions. Nauchni trudove na Rusenskiya Universitet, 53 (11), 115 – 119. (*Оригинално заглавие: Железова-Миндизова, Д. (2014). За праксиологическата рефлексия и нейните проявления в основните функции на учителя. Научни трудове на Русенския Университет, 53 (11), 115 – 119*).

Докладът отразява резултати от работата по проект № 2019-РУ-05, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенския университет.

INTEGRATIVE RELATIONSHIPS OF PHYSICAL CULTURE WITH OTHER EDUCATIONAL FIELDS⁴⁴

Petya Marinovska – Student / Young Scientist

Faculty of Natural Sciences and Education,
Specialty Pre-school and Primary School Education
University of Ruse "Angel Kanchev"
E-mail: s176005@stud.uni-ruse.bg

Chief Asist. Iskra Ilieva, PhD

Department of Physical Education and Sport,
University of Ruse "Angel Kanchev"
E-mail: isilieva@uni-ruse.bg

Abstract: *Integrative relationships are determined by the integrated approach. It is realized on the basis of the principle of concentration and synthesis. Types of integrative relationships- Internal relationships, Cross-curricular relationships.*

Intra-curricular relationships are determined by the basic tasks of physical culture - education, rehabilitation and upbringing; as well as the various types of physical activity and sports activities..

Keywords: *Integrative relationships, Physical Culture, Physical Education, Educational Fields, Physical Activity, Sports, Physical And Personal Development, Children*

ВЪВЕДЕНИЕ

Методологичната основа на интегралния подход е единството между диалектическите принципи за движението и развитието на всеобщата връзка между нещата и явленията в света. Именно тази взаимовръзка и обусловеност налага необходимостта от интегрален подход в обучението по физическо възпитание. Той подпомага формирането в съзнанието на обучаваните на единна картина на света, създава способности за обобщено мислене и съдейства за усвояването на най-общите закони в природата, обществото, оказва комплексно въздействие върху формирането на хармонично развита детска личност. (А. Момчилова, М. Дончева, 2015; К. Костов, 2002, 2009)

ИЗЛОЖЕНИЕ

Педагогическите взаимодействия в детската градина формират изграждането у децата на цялостна представа за природната и за обществената действителност, за дейността на човека в тази действителност. Това се постига при реализацията на учебното съдържание по отделните образователни направления, които са взаимно свързани и взаимодействват помежду си. Такова взаимодействие се постига и в процеса на физическата култура.

Интегралността предполага комплексна насоченост при работата за физически качества в единство с овладяването на разнообразни двигателни навици, с едновременно осмисляне, логично свързване и мотивиране на всички понятия, закономерности и действия в процеса на физическото възпитание. Тази интегралност предполага много по-действено подпомагане на цялостния възпитателен процес със средствата на физическото възпитание. Физическата култура (като учебна дисциплина) и другите образователни направления се интегрират с взаимни връзки между тях. Всички допирни точки следва да се използват

⁴⁴ Докладът е представен на студентската научна сесия на 7.05. 2019 в секция „Физическо възпитание и спорт“ с оригинално заглавие на български език: ИНТЕГРАТИВНИ ВРЪЗКИ НА ФИЗИЧЕСКАТА КУЛТУРА С ДРУГИТЕ ОБРАЗОВАТЕЛНИ НАПРАВЛЕНИЯ. Докладът отразява резултати от работата по проект № 2019-РУ-05, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Руенския университет.

творчески както в педагогическите ситуации, така и в допълнителните форми на работа, свързани с физкултурна дейност.

Целта на настоящия доклад е да се проучи чрез ретроспективен анализ значението на интегративните връзки на Физическата култура с другите образователни направления в Детската градина.

Задачи:

10. Ретроспективен анализ.
11. Диференциране на интегративните връзки – вътрешнопредметни и между предметни.
12. Извеждане на необходимите за практиката изводи.

Резултати и дискусия

Интегративните връзки се определят от интегралния подход. Той се реализира на базата на принципа на концентрацията и синтеза.

Видове интегративни връзки

- Вътрешнопредметни връзки
- Между предметни връзки.

Вътрешнопредметните връзки се определят от основните задачи на физическата култура – образователни, оздравителни и възпитателни; както и от различните видове физическа активност и спортна дейност.

- Строеви упражнения;
- Общоразвиващи упражнения;
- Естествено-приложни упражнения;
- Подвижни игри;
- Спортноподготвителни игри;
- Физически качества;
- Двигателна координация

Междупредметните връзки са свързани с **основните направления на интегралния подход** в обучението по физическо възпитание:

- пренос на идеи, знания, умения и представи от дадена дисциплина в педагогическата ситуация по физическа култура, като се отчитат особеностите на съответния предмет;
- сближаване на предмети и дейности, които се различават по съдържание с цел възникване на интегративни връзки;
- изработване на общонаучни форми и средства на познание.

Например спецификата на направленията „Физическа култура“ и „Български език и литература“ изиска двустранна връзка между тях. На преден план се откроява работата с децата върху точната и правилна употреба на изучени думи и изрази. Целенасоченият учебен процес от друга страна, дава възможност за обогатяване на речниковия фонд със специфични физкултурни термини и понятия.

Многообразни са възможностите за съчетаване на **физическата култура с другите учебни дисциплини, таблица 1.**

Таблица 1
Междупредметни връзки
На Физическата култура с другите образователни направления

1	Български език и литература	Точна и правилна употреба на изучени думи и изрази; Правилна терминология по ФК; Съчетаване на физически упражнения с изучавани приказки и разкази в станционни комбинации.
2	Математика	Строевите упражнения и подвижните игри подпомагат затвърдяването на геометричните фигури; цифрите и преброяването.
3	Околен свят	Култура на поведение, социални умения за общуване и самостоятелна детска игрова дейност.
4	Изобразително изкуство	Естетическо възпитание – развива естетически възприятия, естетически чувства, естетически вкус
5	Музика	Музикално-подвижни игри - подпомагат развиването на основни координационни способности. Задължително се провеждат с подбран музикален запис.
6	Конструиране и технологии	Трудово възпитание - подготовка на мястото за игра, почистване и разчертаване на игрището; изпълнение на съдийски функции; осигуряване на пазене при някои упражнения; раздаване и прибиране на уредите и други.

ИЗВОДИ

От направеното проучване установяваме следните изводи:

- Създават се условия за приложение на интегралния подход в обучението по Физическа култура чрез между предметни и вътрешнопредметни връзки.
- Усъвършенстването на педагогическото взаимодействие по физическа култура, чрез обогатяване с между предметни и вътрешнопредметни връзки, води до повишаване на познавателната и двигателната активност на учениците, съдейства за изработване на мотиви за участие в педагогическата ситуация по физическа култура и повишаване на физическата дееспособност, в единство с формиране на ценни личностни качества.

- В резултат на целенасочената работа за приложение на интегралния подход се оптимизира цялостно учебно - възпитателната работа.
- Интегрирането на обучението по физическа култура с между предметната система – български език и литература, математика, околнен свят, изобразително изкуство, музика, конструиране и технологии, създава благоприятни условия за творчество на учителя и развиване на творческите способности на децата с двигателна дейност.
- Приложението на интегралния подход довежда до засилване ефекта от социализацията на педагогическото взаимодействие по физическа култура.

REFERENCES

- Momchilova, A., M. Doncheva (2015) Pedagogical concept for coherence between motor and intellectual activity in the educational process of physical education and sport. RU&SU, t.54, pp. 28-32. (*Оригинално заглавие: Момчилова, А., М. Дончева. (2015) Педагогическа концепция за съгласуваност между двигателната и интелектуалната дейност в учебния процес по физическо възпитание и спорт. РУ – "А. Кънчев", Съюз на учените – Русе, Юбилейна Научна конференция – 70 г. традиции и иновации., Н. трудове на РУ, том 54, серия 8.2., 2015 г., стр. 28-32.*)
- Kostov K. (2002) Integrative Trends and Cross-curricular Relations in Physical Education, University Publishing House Neofit Rilski. (*Оригинално заглавие: Костов К. (2002) Интегративни тенденции и между предметни връзки на физкултурното възпитание, Унив. изд. Неофит Рилски.*)
- Kostov K. (2009) Technological Aspects of Intercultural Education, University Publishing House Neofit Rilski (*Оригинално заглавие: Костов К. (2009) Технологични аспекти на интеркултурното образование, Унив. изд. Неофит Рилски, ISBN:978-954-680-654-3.*)

Докладът отразява резултати от работата по проект № 2019-РУ-05, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенския университет.

READING OF THE STUDENTS OF THE SPECIALTY EDUCATION AND PRIMARY SCHOOL PEDAGOGY AT RUSE UNIVERSITY TO TEACH EDUCATIONAL DIRECTORY "PHYSICAL EDUCATION" ⁴⁵

Anka Atanasova – Student / Young Scientist

Faculty of Natural Sciences and Education,
Specialty Pre-school and Primary School Education
University of Ruse "Angel Kanchev"
E-mail: ani_0515@abv.bg

Chif Asist. Iskra Ilieva, PhD

Department of Physical Education and Sport,
University of Ruse "Angel Kanchev"
E-mail: isilieva@uni-ruse.bg

Abstract: . The purpose of this report is to examine the attitudes towards Physical Education of students in the specialty Preschool and Primary School Pedagogy at the University of Ruse and their readiness to teach the Physical Education course in Kindergarten. Tasks: • Developing the questionnaire according to the purpose of the survey. • Conducting a survey, processing and analysis of the results obtained. • Comparative analysis with the results of the research conducted in 2013 and 2019. • Drawing the necessary conclusions for practice.

Keywords: Physical Culture, Physical Education, Educational Fields, Physical Activity, Sports, Children, Kindergarten, Posture.

ВЪВЕДЕНИЕ

Теорията на физическото възпитание (ТФВ) е педагогическа наука с научно-познавателен и приложен характер. Като научна дисциплина - разкрива явления и факти в областта на физическото възпитание, двигателната култура и основните проблеми на педагогическия процес. Обект за изучаване е целенасочената двигателна дейност и физическата дееспособност на човека. Субект е човекът в условията на тази дейност и получените от нея резултати. (А. Момчилова, М. Дончева, (2015); Е. Милева (2018); И. Петкова, (2012), С. Чавдарова-Костова, В. Делибалтова и Б. Господинов, (2018)).

Като методична дисциплина ТФВ дава знания за формите, средствата и методите за организиране на двигателната дейност на подрастващите, за развиване на физическите качества. Основните задачи са в две основни направления:

- Осигуряване на правилно физическо развитие и укрепване на здравето, закаляване на човешкия организъм;
- Овладяване на двигателни умения и навици, развитие на физическите качества, възпитаване на ценни морално-волеви качества.

Предмет на ТФВ е изучаването на общите закономерности на процеса на усъвършенстване на човека, свързан с неговото физическо и интелектуално развитие. Съдържанието включва общотеоретични и методични въпроси като:

- Цел, задачи и принципи на физическото възпитание двигателната култура. Връзката им с умственото, нравственото, естетическото и трудовото възпитание;

⁴⁵ Докладът е представен на студентската научна сесия на 7.05. 2019 в секция „Физическо възпитание и спорт“ с оригинално заглавие на български език: ГОТОВНОСТТА НА СТУДЕНТИТЕ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ ПРЕДУЧИЛИЩНА И НАЧАЛНА УЧИЛИЩНА ПЕДАГОГИКА ПРИ РУСЕНСКИ УНИВЕРСИТЕТ ДА ПРЕПОДАВАТ ОБРАЗОВАТЕЛНО НАПРАВЛЕНИЕ „ФИЗИЧЕСКА КУЛТУРА“. Докладът отразява резултати от работата по проект № 2019-РУ-05, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенския университет.

- Средства на физическото възпитание (ФИЗИЧЕСКИТЕ УПРАЖНЕНИЯ);
- Морфофункционалните характеристики на подрастващия организъм;
- Развитието на моториката;
- Теория и методика за развиване на физическите качества, двигателните умения и навици;
- Психологически особености на учебния процес по физическо възпитание;
- Форми и методи на работа по физическо възпитание и двигателна култура в различните звена на системата;
- Планиране и отчитане на работата на физическото възпитание и двигателната култура.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Цел на предучилищното физическо възпитание е насочена към педагогическо взаимодействие за изграждане на двигателни умения и навици за постигане на комплексно развитие на децата, формиране и поддържане на правилна телесна стойка.

Целта се осъществява, чрез реализирането на основните задачи на физическото възпитание: оздравителни, образователни и възпитателни.

Оздравителни задачи

- закаляване и повишаване на съпротивителните сили на детския организъм;
- профилактика срещу гръбначни изкривявания, плоскостъпие и осигуряване нормално физическо развитие, формиране на здравно-хигиенни навици;
- повишаване на функционалните възможности на организма, като условие за повишаване на физическата дееспособност;
- изграждане на навици за правилна телесна стойка – в стоеж, седеж и при естествено-приложното движение ходене.

Образователни задачи:

- даване на знания за основните правила на подвижните и спортно-подготвителните игри;
- овладяване и затвърдяване техниката на естествено-приложните упражнения и някои елементи от спортно-подготвителните игри, развиване на двигателната координация, изпълняване на строеви упражнения, разучаване на двигателни комбинации и приложението им в разнообразни условия;
- изграждане на двигателни умения и навици;
- постигане на добра физическа дееспособност, чрез целенасочено развитие на физическите качества.

Възпитателни задачи

- възпитаване на потребност от системно изпълнение на физически упражнения;
- възпитаване на нравствени качества;
- изграждане на трудови навици;
- естетическо възпитание;
- формиране на умения за общуване и съвместна дейност.

СЪЩНОСТ И ЗНАЧЕНИЕ НА ФИЗИЧЕСКОТО ВЪЗПИТАНИЕ В ДЕТСКАТА ГРАДИНА

Предучилищното физическо възпитание е целенасочен педагогически процес. Използват се разнообразни форми, средства и методи, подпомагащи цялостното формиране на детската индивидуалност. В този процес се реализират в единство дейностите: игра, учение и труд. Основният резултат е обвързан с:

- израстване на здраво, закалено, дееспособно поколение;
- борба с хиподинамията и хипокинезията,
- създаване на условия за проява на устойчиви интереси, както и положително отношение към физическите упражнения.

Целта на настоящия доклад е да се проучи отношението към Физическото възпитание на студенти от специалност Предучилищна и начална училищна педагогика при Русенски университет и тяхната готовност да преподават образователно направление «Физическа култура» в Детската градина.

Задачи:

- Разработване на въпросите от анкетната карта, съобразно целта на изследването.
- Провеждане на анкетното проучване, обработка и анализ на получените резултати.
- Сравнителен анализ с резултатите от проведените изследвания през 2013 и 2019 година.
- Извеждане на необходимите за практиката изводи.

Резултати и дискусия

Факторите за формиране на нагласи за преподаване на ФВС като педагоги са:

- Личен пример и отношение на преподавателите във ВУЗ;
- Активност на студентите в лекционните курсове и практически занятия;
- Самостоятелна работа за усъвършенстване;
- Разработване на доклади;
- Участия в Студентски конференции;
- Физическа активност на студентите в различни форми – спорт, фитнес, танци, бойни изкуства;
- Осъзнаване на значението на активната двигателна дейност за здраве и работоспособност.

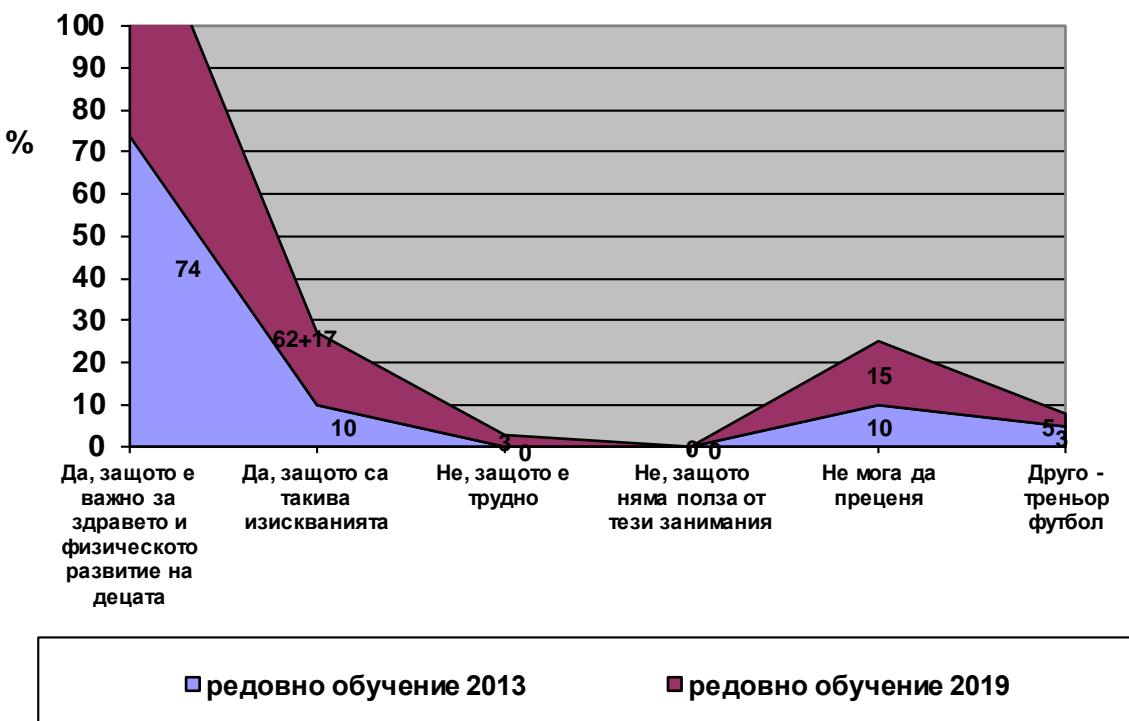


Организация и методика

- Изследването се проведе през 2013 и 2019 г. в РУ “А. Кънчев” – гр. Русе, общо с 60 студенти, като 31 анкетирани през 2013 г. и 29 през 2019 г. от специалност „Предучилищна и начална училищна педагогика“, редовно обучение.

- Сравнителен анализ с резултатите от изследване, проведено през 2013 година.

На фигура 1 е представен графично сравнителния анализ на въпроса „Имате ли желание да преподавате в заниманията по физическа култура в детската градина?“. Висок процент от студентите, анкетирани през 2013 и 2019 година, съответно 84% и 79% дават положителен отговор, като 10% (2013) и 15 (2019) не могат да преценят. Готовност за допълнителна работа като треньори на деца има 5% (2019) и 3% (2013).



Фиг. 1. Сравнителен анализ на резултатите 2013 и 2019 г. от отговорите на въпроса „Имате ли желание да преподавате в заниманията по физическа култура в детската градина?“

Отговорите на въпроса „**Какво е Вашето отношение към педагогическото направление „Физическа култура“?**“ е също с висок процент на посочили с „да“ в анкетната карта - редовно обучение 2013: положително – 100 %; редовно обучение 2019: положително 86 % и за 4-ма студента – 14% безразлично.

Относно въпрос „**Каква е ползата от заниманията по физическа култура за децата според Вас?**“ се получиха следните резултати:

Студенти, анкетирани през 2013 година: Добро физическо развитие; Развиване на физически качества; Развиване на двигателни умения; Умения за управяване на движенията; Подобряване на двигателната култура; Физическо здраве; Изграждане на умения за работа в екип; Начало за двигателна активност през целия живот

Студенти, анкетирани през 2019 година: Добро физическо развитие; Развиване на физически качества; Развиване на двигателни умения; Повишаване на интереса към ФК и спорта; Координация на движенията; Физическо здраве, дисциплина, хигиенни навици; Изграждане на умения за работа в екип; Начало за физическа активност през целия живот; Правилна телесна стойка; Възпитателно въздействие.

ИЗВОДИ

От направеното проучване установяваме следните изводи:

- Студентите от специалност ПНУП имат положително отношение към физическото възпитание и спорта.
- В процеса на общата работа нашата задача е да ги привличаме към различни научни и спортни дейности и форми.
- Усвояването на теоретичните основи и изграждането на практически умения за ръководене на педагогическия процес в детската градина и началното училище ще повиши техните компетенции и увереност.
- Промяна на формираните при някои студенти отрицателни нагласи към ФВС, които се наблюдават при анкетираните през 2019 година.
- Обратната връзка чрез подобни анкетни проучвания дава възможност за поставяне на основни акценти в съвместната работа между преподавателя и студентите.

REFERENCES

- Batoeva, M. (2006). Pedagogicheska psihologija, Sofia: Izdatelstvo „Askon-Izdat”
(Оригинално заглавие: Батоева Д. и кол. (2006) Педагогическа и психологическа диагностика, Аскони-Издат, Сф.).
- Mileva, E. (2019) Youth activities and sports, Sofia: Izdatelstvo „Avangard Prima”
(Оригинално заглавие: Милева, Е. (2019) Младежки дейности и спорт, Авангард Прима, Сф.)
- Momchilova, A., M. Doncheva (2015) Pedagogical concept for coherence between motor and intellectual activity in the educational process of physical education and sport. RU&SU, t.54, pp. 28-32. *(Оригинално заглавие: Момчилова, А., М. Дончева. (2015) Педагогическа концепция за съгласуваност между двигателната и интелектуална дейност в учебния процес по физическо възпитание и спорт. РУ – "А. Кънчев", Съюз на учените – Русе, Юбилейна Научна конференция – 70 г. традиции и иновации., Н. трудове на РУ, том 54, серия 8.2., 2015 г., стр. 28-32).*
- Petkova, I. (2012) Preparation and Qualification of the Bulgarian Teacher, Sofia *(Оригинално заглавие: Петкова, Ил. (2012) Подготовка и квалификация на българския учител, С.)*
- Chavdarova-Kostova, S. & Collective (2018) Pedagogy, St. Kliment Ohridski University Publishing House (Sofia) *(Оригинално заглавие: Чавдарова-Костова, С. и кол. (2018) Педагогика, Университетско издателство "Св. Климент Охридски" (София)*

Докладът отразява резултати от работата по проект № 2019-РУ-05, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенския университет.

TABLE TENNIS FOR CHILDREN⁴⁶

Monika Tsaneva – Student / PhD Student / Young Scientist

Department of Pedagogy, history and psychology,

University of Ruse "Angel Kanchev"

Tel: 0895 528 088

E-mail: cankocanev12@abv.bg

Senior Lecturer: Valeri Yordanov, PhD

Department of Physical education and sport,

University of Ruse "Angel Kanchev"

Phone: 082 888 652

E-mail: viordanov@uni-ruse.bg

Abstract: The table tennis sport is widely practised by people of all ages. The purpose of the game is that the player does not allow the ball to hit the table more than once in his field and sends the ball back in the opposite field. The table tennis develops the motor skills: stamina, speed, strength, agility and flexibility. It perfects the functional abilities of the cardiovascular and respiratory systems, develops the sense of orientation, attention, stability, resourcefulness, accuracy and other valuable mental skills. In the process of continuous fight for a victory, personality will skills are also developed.

Keywords: Table Tennis, Ball, Motor Skills, Sport

ВЪВЕДЕНИЕ

Тенисът на маса е занимателна, общодостъпна спортна игра без ограничения във възрастта. Тя има положително въздействие върху физическото развитие - бързината, ловкостта, издръжливостта и усилия функционалните възможности на сърдечно-съдовата и дихателната системи, влияе и върху психическото развитие - устойчивост на вниманието, съобразителност и воля на личността.

По отношение на спортното майсторство – изключително труден високотехничен, психологичен и атлетичен спорт, характеризиращ се с мощна темпова игра с многоходови тактически и технически комбинации.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Фактори, от които зависи спортното развитие

Организацията на учебно-тренировъчния процес с подрастващите трябва да се основава на възрастовите закономерности, защото средствата и методите имат градивен ефект само ако се прилагат съобразно възможностите на растящия организъм. Най-често допусканата грешка е грубо копиране на работата с възрастните. Учебно-тренировъчният процес еднакво силно влияе както положително, така и отрицателно, ако е правилно или грешно приложен.

Естествено развитие на двигателните и физическите възможности – този фактор е много важен в началото, когато организма се развива и усъвършенства функционално, но след като започнат да намаляват темповете, с които той се развива, толкова намалява ролята на този фактор и се увеличава ролята на спортната тренировка.

Спортна тренировка – влияе върху естественото развитие на двигателните и физическите възможности. Тя е много важна за развитието на децата, подпомага развитието на благоприятен спортен климат в семейството и създаване на нови контакти, което е важно

⁴⁶ Докладът е представен на студентската научна сесия на 2018 в секция..... с оригинално заглавие на български език: ПРИЛАГАНЕНА АКТИВНИ МЕТОДИ ЗА СЕИЗМИЧНА ЗАЩИТА.

за социалното развитие на децата. Развива и усъвършенства важни качества, като – воля, морал, отговорност и дисциплина [1, 2, 3].

Тенисът на маса е атлетическа игра с променлива интензивност, която спомага за всестранното физическо развитие на тези, които я упражняват. Развива важни физически качества като бързина (на реакцията, на придвижването и на замаха с ръката), ловкост, издръжливост, гъвкавост и динамична сила.

Съвременният облик на спорта е свързан с извършване на сложни комбинации от движения, придвижвания във всички възможни посоки, напади, внезапни стартове, скокове и спирания, съчетани с различни наклони извики на тялото и изпълнение на удари по топката с различна сила и въртене.

Тенисът на маса е много динамичен спорт с високи изисквания за техническа, тактическа, физическа и психическа подготовка. Търсено е по-висока ефективност на процеса на обучение, се постига чрез увеличаване на пътността на обучителните сесии [5].

Според Симеонова, Т.(2017) измерването и оценяването на физическата дееспособност и техническа подготвеност с тестове съдържайки упражнения близки до елементите на спорта водят до повишаване на ефективността от двигателното обучение [4].

ОСОБЕНОСТИ НА СПОРТА

Характер на движението на тенисиста: Внезапни стартове, спирания в напъди, наклони и извики с едновременно съчетаване на изпълнение на сложни удари по топката.

Движенията се делят на две групи:

- **при подготовка на удара** – от предишно изходно положение се застава с крака, тяло и ръка в ново изходно положение за следващ удар. Не трябва да се губи равновесието на тялото. Необходим е къс, точен и бърз подготвителен замах.

- **при нанасяне на удара** – краката са в постоянно полуусъгънато положение /така се съхранява маневреността/. Между отделните точки се прави разхлабване на мускулатурата и правилно издишване.

Изисквания към тенисиста: Съчетание на движения на големите мускулни групи с едва забележими движения на лакътя и китката при постоянно променящо се темпо в играта. Играчът трябва да има подход и да се съобразява със стила на другия играч. Сложна координация, динамика и атлетизъм. Специалисти, работещи в областта на световния тенис на маса доказват, че физическото натоварване на световно първенство е еднакво с това при футбола и баскетбола. Загубата на телесна маса дневно е 2,5 кг. В сравнение с други спортове при тенисистите на маса се отчита повишаване на двигателно-мускулната усетливост и бързината на двигателната реакция.

Правила: Изискава се спортно облекло (къси панталонки, тениска, чорапи, които не трябва да са черен цвят и спортни обувки). Също така от голямо значение е и ракетата, с която играеш. Тя трябва да отговаря на изискванията на съответната федерация. Играчите трябва да са честни един към друг и да се уважават един друг. Играе се докато единият състезател спечели първи 3 гейма. Всеки гейм се играе до 11 точки, за да се спечели, освен ако има равенство като 10:10, тогава се играе до 2 точки разлика. Ако резултатът е 2:2 гейма, при 5 спечелени точки от единият играч си сменят състезателните полета, защото се смята, че така е честно. Винаги след приключване на мача, състезателите се поздравяват, а след това и треньорите. По време на мача се спазва тишина, за да не се разсейват играчите, като след всеки гейм имаш право да получиш от треньора си тактика в рамките на 1 минута. Всеки състезател има право на тайм аут (прекъсване за 1 минута) и естествено прекъсване по здравословни причини. Както във всеки спорт и в този съдията има право да ти даде жълт и червен картон, ако нарушиш правилата, като удриш по масата, удариш хилката или паравана или обидиш някого.

Подготовка:

Тренировките с деца започват обикновенно от 7 - 8 годишна възраст, като е възможно по преценка на треньора да започнат и от по ранна възраст.

При тренировките с деца е важно да се знае:

- при тях волевите усилия са краткотрайни и ситуативни.
- децата реагират главно емоционално и имат игрова насоченост.
- кратковременно задържане на концентрация.
- преобладава нагледнообразната памет.

В този възрастов период се поставят основите на бързина на простата реакция, максимална честота на движенията и равновесна устойчивост. Също така съществуват оптимални възможности за развитие на бързина, ловкост и гъвкавост поради голямата подвижност на нервните процеси. Двигателните качества трябва да се развиват комплексно, както и в непосредствена връзка с изгражданите двигателни навици и умения. Тук по-лесно се понасят занимания с голям обем и по-трудно такива с голяма интензивност. Трябва да доминира разностранната подготовка. Момчетата са с по-големи стойности на бързина и сила, а момичетата на гъвкавост, чувство за ритъм и пластичност на движенията. За тази възраст най-подходящо е да се използват упражнения с динамичен характер. Двигателната дейност при натоварването трябва непременно да се контролира от треньора, тъй като децата под въздействието на емоциите не могат да преценят сами реалното натоварване.

Физическа подготовка:

В работата за физическа подготовка изключително важни са принципите *постепенност* и *повторност*. Решаващи са броя на упражненията, скоростта на движенията, плътността на тренировката. Обема и интензивността са обратнопропорционални.

Във всяко тренировъчно занимание може да се работи за едно двигателно качество в комбинация с работа за гъвкавост или може да се проведе кръгова тренировка за комплексно развитие на повече двигателни качества.

Някои правила за физическата подготовка:

- бързина, ловкост, координация се развиват по добре, когато детето има много енергия т.е. в началото на тренировката.
- за развиване на обща сила се правят упражнения, при които се използва тялото, като тренажор; за сила се работи в края на основната част на тренировката.
- за развиване на обща издръжливост се прави леко бягане /под строг контрол от страна на треньора/, най-добре сред природата като продължителността на бягането постепенно се удължава при оставаща ниска интензивност. При най-малките се започва с 10 минутен джогинг /леко бягане, по-близко до ходенето/ и се провежда в края на тренировката.

Във всяка една част от тренировката трябва да има работа за развитие на двигателни качества: *Загряването* започва с комплекс от общоразвиващи упражнения и завършва с динамичен стречинг. В *основната част* съществендеял има работата за развитие на двигателни качества. В *заключителната част* се правят упражнения за гъвкавост. Тениса на маса развива всички двигателни качества у децата. Това спомага за здравословното състояние на децата и тяхното развитие.

Техническа подготовка:

Основна цел: Изграждане на правилна основа на техниката на игра с ракетата, на техниката на игра с краката, подвижност и липса на напрежение в тялото.

Работата по техническата подготовка на децата е системна, целенасочена, планова. Тренировъчните занимания трябва методично да се подготвят в поредица, а не да са импровизирани. Те са функция на определена програма – предвиждане на различните етапи, които трябва да се преминат, за да се постигнат поставените цели.

Основна форма на работа - груповия урок в 3 части /подготвителна, основна, заключителна/.

Седмичен цикъл - 2 или 3 пъти.

Обем на едно занимание - до 60 минути, като интензивността е малка.

Годишен цикъл - един, няма отделни периоди, работи се по програма.

Отношението към децата е добронамерено, но сериозно, без толериране и специално отношение към някой. Изисква се дисциплина и уважение към личността. Необходим е

контакт с родителите и обратна връзка за информация. При постепенното усложняване на работата по-слaboхарактерните и по-немотивираните деца отпадат. Останалите изграждат трайни навици за спортна дейност. Младите спортсти трябва:

- да са мотивирани да се научат.
- да имат амбиция да побеждават.
- да изпълняват стриктно упражненията.

Обучението в техниката на тениса на маса в етапа на предварителна спортна подготовка е подражателен тип. Треньора съставя упражнения, които се повтарят от децата, мотивира ги за старателно изпълнение и коригира грешките. Упражненията се съобразяват и адаптират към равнището на играчите по скорост на изпълнение, точност и тази адаптация следва тяхното развитие и е последователна. Детето в този етап при техническото обучение е поставено в съревнование само със себе си.

Много внимание се отделя за полагане на правилна основна техника, за да не се губи време в юношеска възраст за поправяне на грешки. В този етап обучението се осъществява преобладаващо срещу "права" топка и с подаване на "права" топка. Важно е да се спазват фазите за изграждане на двигателния навик и тези фази трябва постепенно да се минават в отделните тренировки.

I фаза - зрителна представа. Изяснява се мястото на удара в играта. Демонстриране и обяснение на основните моменти от изпълнението;

II фаза - двигателна представа. Създават се първоначални умения първо с имитации без топка, а после с удари при облекчени условия – отначало се наблюдава стегнатост, излишни движения, неправилен хват, неправилно пренасяне на тежестта. Натрупването на по-голям брой първоначални умения е най-важното по изграждане на двигателния навик. Целта е чрез съзнателно повторение да се автоматизира движението.

III фаза - затвърдяване и автоматизиране. Автоматизирането на движението се извършва бавно и вълнообразно, а не равномерно. Тази фаза от изграждането на двигателния навик продължава и в етапа на началната спортна подготовка, съобразно възрастовите особености на по-големите деца.

Основните средства за обучение в техниката са специално-подготвителните упражнения /с много топки, имитации, със спомагателни уреди – висулки, дъски под наклон и др./ и общо-подготвителните упражнения / те неутрализират еднообразието и използват елементи от леката атлетика/. При децата до 9 год. всяко упражнение трябва да продължава максимално 5-6 минути и след това се задава коренно противоположно с цел поддържане на интереса.

Таблица 1. Структура на многогодишната спортна подготовка

ЕТАП	ПРЕДВАРИ-ТЕЛНА СПОРТНА ПОДГОТОВКА	НАЧАЛНА СПОРТНА ПОДГОТОВКА	НАЧАЛНО СПОРТНО УСЪВЪРШЕНСТВАНИЕ	СПОРТНО УСЪВЪРШЕНСТВАНИЕ
Характе- ристика	<i>Тип обучение – подражателен, без периодика в подготвоката</i>	<i>Тип обучение – от подражателен към познавателен; отначало без периодика, към края – с периодика</i>	<i>Тип обучение – познавателен, с периодика, за високи спортни постижения</i>	<i>Тип обучение – познавателен, с периодика, за високи спортни постижения</i>
Продължи- телност	1 година	3-4 години	4 години	неопределена
Брой в група	10-12 деца	6-10 спортсти	4-6 състезатели	3-4 състезатели
Възраст	6-8 год./до II клас/	до 12 год./до V-VI кл./	до 16 год./до VIII-IX кл./	След 16 години
Обем	2-3 тренировки седмично /по 45-60 минути всяка/	<i>I-II год. – 3 тренено 60-90 мин. всяка III-IV год. – 5 трен. по 90-120 мин.</i>	<i>постепенен преход от 5 трен. по 120 мин. към 6-8 трен. по 120-150 мин.</i>	<i>двуразово по 120-180 мин. всяка трен. /вида трен. зависи от периода/</i>

Задачи	Укрепване на здравето; повишаване интереса към спорта; възпитателни зад. Техн. под-ка: осн. стоеж, осн. хват, техника на движ-е с крака	Комплексно развитие на движат. качества; целенасочено изучаване на осн. тех-ка и осн. тактика – оформяне стила на игра; развитие на психолог. възприятия; възп-е на волята	Съвременна специализация в стил; Интегриране на техн.-такт. приоми и комбинации в екстремални ситуации; моделирани тр-ки с/у различни стиловена игра	Развитие на спортната форма според периода-та; моделирани трен-ки с/у отделни противници; разпознаване на противника; творчество в усъвършенстването
Средства	Общо-физическа, спец.-физическа и техническа под-ка с упражн-я и спорт.-подг. игри от тениса на маса. Подвижни игри с бягане, скочане и гимнастика	Развитие на скоро-стно-силови ка-чества; спортно-подготвителни и специално-подгот-вителни упражн-я; комплексни трен-ки за ОФП и ТхП	Спец.-подготвителни и състезателни упр-я, упражнения за усъвършенстване на ОФП и СФП. Високи спортни резултати се постигат при целенасочена работа в следните гл. насоки: игра с крака; НУ и комбинации с не-го; нападателни удари с бързина, сила и скорост на въртене; активна отбрана с контраатакуващи удари. Във всички видове подготовка се търси близост до състезателната обст-ка и интензивност	
Методи	Групов; игрови; кръгов; индивидуален	Комплексен – осн.м. кръгов / за разв-е на движ.кач-ва/; гру-пов; игрови; индиви-дуален	Индивидуален; състезателен; комплексен; за развитие и усъвър-шенстване на ОФП и СФП	Индивидуален; състезателен; за усъвършенства-не на СФП

ИЗВОДИ

В края на учебно-тренировъчната година, след преминаване на съответните тестове се прави специален подбор. Наблюдава се наличието на целеустременост, трудолюбие, емоционална устойчивост. Търси се състезателната страсть. Следисе за правилен хват, изходно положение, подвижност около тенис масата, липса на напрежение в тялото при изпълнение на ударите и добра координация.

Предварителната подготовка за провеждане на заниманието по физическа култура е важен момент в работата на детския педагог. От него зависи постигането на поставените цели и задачи.

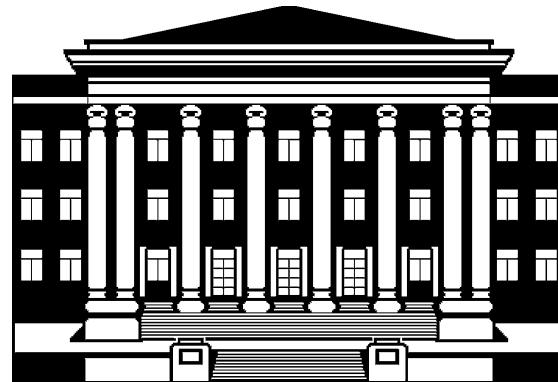
Педагогическото творчество, като професионално качество на учителя в детската градина е важен фактор за оптимизиране на двигателната дейност, за постигане на оптимум във взаимодействието между учител и дете.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дряновски, Й., Коен, И., Ръководство за упражнения по тенис на маса, Медицина и Физкултура , 1977, С.
2. Дряновски, Й., Коен, И „Да играем тенис на маса“ – Йото Дряновски, Исаак Коен. Медицина и Физкултура , 1986, С.
3. Дряновски, Й., Коен, И., Шишков, М., Тенис на маса., С, Изд. НСА, 1993.
4. Симеонова , Т., Тестове за контрол и оценка на ученици от 5 клас по тенис на маса, Годишник на ШУ "Еп. К. Преславски", Том XXI Д, УИ, Шумен, 2017 с. 760-766
5. Цветкова, В., Усъвършенстване на технико-тактическата подготовка по тенис на маса при 7-12 годишни деца, Автореферат, С. 2017, с. 3-7
6. <https://www.jiveaktivno.bg/sports/tenis-na-masa>

UNIVERSITY OF RUSE „ANGEL KANCHEV“

UNION OF SCIENTISTS - RUSE



**58-TH ANNUAL SCIENTIFIC CONFERENCE
OF UNIVERSITY OF RUSE „ANGEL KANCHEV“
AND UNION OF SCIENTISTS - RUSE**

24-25 OCTOBER 2019

I N V I T A T I O N

**Ruse, 8 Studentska str.
University of Ruse
Bulgaria**

**PROCEEDINGS
Volume 58, Series 8.4.**

**Health Promotion and Social Work,
Health Care**

**Under the general editing of:
Assoc. Prof. Irina Karaganova, PhD
Assoc. Prof. Kristina Zaharieva, PhD**

**Editor of Volume 58:
Prof. Diana Antonova, PhD**

**Bulgarian Nationality
First Edition**

**Printing format: A5
Number of copies: on-line**

**ISSN 1311-3321 (print)
ISSN 2535-1028 (CD-ROM)
ISSN 2603-4123 (on-line)**

The issue was included in the international ISSN database, available at <https://portal.issn.org/>.
The online edition is registered in the portal ROAD scientific resources online open access



**PUBLISHING HOUSE
University of Ruse "Angel Kanchev"**