

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 57, book 8.4.**  
**Health Promotion and Social Work,**  
**Health care**

**НАУЧНИ ТРУДОВЕ**

**Том 57, серия 8.4.**  
**Промоция на здравето и социални дейности,**  
**Здравни грижи**

**Ruse**  
**Русе**  
**2018**

Volume 57 of PROCEEDINGS includes the papers presented at the scientific conference RU & SU'18, 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.

<b>Book</b>	<b>Code</b>	<b>Faculty and Section</b>
<b>Faculty of Public Health and Health Care</b>		
<b>8.1</b>	FRI-K.201-1-HP	Health Promotion
<b>8.2</b>	FRI-K.201-1-SW	Social Work
<b>8.3</b>	FRI-2G.201-1-HC FRI-2G.104-1-HC	Health care
<b>8.4</b>	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 Turku, 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. Dojčić Vojvodić PhD,**  
Faculty of Philosophy, University of Novi Sad, Serbi
- **Assoc. Prof. Alexandrache Carmen, PhD,**  
Department 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, Sárospatak, 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. Aslitdin 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 Kunnavirta, 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, Assoc. Prof. at the Department of Social Work,  
University of Zagreb, Croatia
- **Prof. Violeta Jotova,**  
Направление „Педиатрия“ в УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна, България
- **Assoc. 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 Technology, 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 Strokovskaya,**  
International University of Nature “Dubna”, Dubna, Russia
- **Prof. DSc. Petar Sotirow,**  
Maria Curie-Sklodowska University of Lublin, Poland
- **Prof. Papken Ehasar Hovsepian,**  
Sheffield Hallam University, Sheffield, UK
- **Assoc. Prof. Krassimir Dochev 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, PhD,  
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. Nastya Ivanova, PhD,

◆ **REVIEWERS:**

Assoc. Prof. Ivanichka Serbezova, PhD

Assoc. Prof. Despina Georgieva, PhD

Assoc. Prof. Kristina Zaharieva, PhD

Assoc. Prof. Nikolina Angelova, MD, PhD

Assoc. Prof. Daniela Grozeva, MD, PhD

Assoc. Prof. Teodora Nedeva, MD, PhD

Assoc. Prof. Stefka Mindova, PhD

Pr. Assist. Prof. Daniela Konstantinova, PhD

## HEALTH PROMOTION SECTION

### Content

1. <b>FRI-K.201-SSS-HP-01</b> <b>Bowen technique</b> <i>Ivan Nikolov, Irina Karaganova</i>	12
2. <b>FRI-K.201-SSS-HP-02</b> <b>Functional diagnostics and kinesitherapy in facial nerve damage</b> <i>Krassimir Kossev, Encho Zlatanov, Plamen Velikov, Irina Karaganova</i>	18
3. <b>FRI-K.201-SSS-HP-03</b> <b>Application of functional assessment of ADL in neurorehabilitation</b> <i>Anna Bisset, Maria Hondrodinou, Petya Mincheva</i>	23
4. <b>FRI-K.201-SSS-HP-04</b> <b>Role of the functional hand assessment in neurorehabilitation</b> <i>Elizabet Stoyanova, Hristiana Grigorova, Elitsa Velikova</i>	27
5. <b>FRI-K.201-SSS-HP-05</b> <b>Comparative characteristics of the most used in clinical practice functional testing tests in patients with multiple sclerosis</b> <i>Luboslava Daneva, Melian Demerinova, Denitsa Vassileva</i>	33
6. <b>FRI-K.201-SSS-HP-06</b> <b>Making the pieces fit – international module on mental health</b> <i>Seda Ziyadin, Yoana Vladimirova, Liliya Todorova</i>	38
7. <b>FRI-K.201-SSS-HP-07</b> <b>Evaluation of the Relim method and how it can be integrated into our context</b> <i>Ralitsa Racheva, Liliya Todorova</i>	43
8. <b>FRI-K.201-SSS-HP-08</b> <b>Endogenous opioid system</b> <i>Ana-Maria Kalcheva, Christian Nikolayev, Vanya Dacheva</i>	47
9. <b>FRI-K.201-SSS-HP-09</b> <b>Kinesitherapy and functional evaluation in post-stroke states</b> <i>Aylin Jusufova, Shengul Murtaza, Irina Karaganova</i>	52



## SOCIAL WORK SECTION

### Content

1. <b>FRI-K.201-SSS-SW-03</b>	58
<b>Types community social work models</b> <i>Desislava Dimitrova, Sasho Nunev</i>	
2. <b>FRI-K.201-SSS-SW-04</b>	63
<b>The essence of community as a social system: concepts, dimensions and virtual communities</b> <i>Milena Todorova, Sasho Nunev</i>	
3. <b>FRI-K.201-SSS-SW-05</b>	69
<b>Suicidal behavior – typology, age specificities, motivation and formation</b> <i>Galina Petkova, Sasho Nunev</i>	
4. <b>FRI-K.201-SSS-SW-06</b>	73
<b>Deviant behavior in persons addicted to psychoactive substances</b> <i>Mariya Georgieva, Sasho Nunev</i>	
5. <b>FRI-K.201-SSS-SW-07</b>	78
<b>Social work approaches with people addicted to psychoactive substances</b> <i>Mariya Georgieva, Sasho Nunev</i>	
6. <b>FRI-K.201-SSS-SW-08</b>	82
<b>Systematic approach to macro social work practice</b> <i>Svetla Stoyanova, Sasho Nunev</i>	
7. <b>FRI-K.201-SSS-SW-09</b>	87
<b>Start of public assistance and charity in Europe – ancient Greece and Ancient Rome</b> <i>Nadejda Bojidarova, Sasho Nunev</i>	
8. <b>FRI-K.201-SSS-SW-10</b>	92
<b>Family social work and family therapy</b> <i>Svetlina Karapetrova, Sasho Nunev</i>	
9. <b>FRI-K.201-SSS-SW-11</b>	97
<b>Promoting community and maintaining the environment</b> <i>Svetlina Karapetrova, Sasho Nunev</i>	
10. <b>FRI-K.201-SSS-SW-12</b>	100
<b>Values in social work and ethical aspects</b> <i>Burchin Ahmedova, Sasho Nunev</i>	

## HEALTH CARE SECTION

### Content

1. <b>THU-2G.205-1-SSS-HC-01</b>	115
<b>Palliative care - duty in nursing practice</b> <i>Snezhina Miteva, Greta Koleva</i>	
2. <b>THU-2G.205-1-SSS-HC-02</b>	120
<b>The most common symptoms in cancer</b> <i>Snezhina Miteva, Greta Koleva</i>	
3. <b>THU-2G.205-1-SSS-HC-03</b>	126
<b>Bipolar affective disorder. The role of the nurse in the treatment and prevention of the disease</b> <i>Nevin Kyazimova, Sibel Mustafa, Daniela Konstantinova</i>	
4. <b>THU-2G.205-1-SSS-HC-04</b>	130
<b>The impact of emotions on the human body. The interrelation between the mental state and the occurrence of various somatic disease</b> <i>Nevin Kyazimova, Sibel Mustafa, Despina Georgieva</i>	
5. <b>THU-2G.205-1-SSS-HC-05</b>	135
<b>Changes in the special nursing care for ageing people with mental problems</b> <i>Bilyana Velikova, Daniela Konstantinova</i>	
6. <b>THU-2G.205-1-SSS-HC-06</b>	139
<b>Emergencies in pediatrics and training for their prevention</b> <i>Bilyana Velikova, Despina Georgieva</i>	
7. <b>THU-2G.205-1-SSS-HC-07</b>	143
<b>Coronary disease and modern methods of treatment</b> <i>Bilyana Velikova, Irina Hristova</i>	
8. <b>THU-2G.205-1-SSS-HC-08</b>	149
<b>Care for emotional health in geriatric age</b> <i>Stela Mincheva, Despina Georgieva</i>	
9. <b>THU-2G.205-1-SSS-HC-09</b>	154
<b>Child cerebral palsy different but wonderful</b> <i>Kristina Mariyanova, Elena Andonova, Kristina Zaharieva, Teodora Nedeva</i>	
10. <b>THU-2G.205-1-SSS-HC-10</b>	160
<b>Massage and gymnastics conditional events for children up to one year age</b> <i>Zehra Kadirova, Elis Nedjib, Kristina Zaharieva</i>	
11. <b>THU-2G.205-1-SSS-HC-11</b>	166
<b>relationship to the partner / family - a factor for emotional welfare and quality of life of oncological salt</b> <i>Neli Tomova, Lilyana Tsoneva, Kristina Zaharieva</i>	
12. <b>THU-2G.205-1-SSS-HC-12</b>	171
<b>Spanish flu pandemic</b> <i>Lilyana Tsoneva, Irina Hristova</i>	
13. <b>THU-2G.205-1-SSS-HC-13</b>	176
<b>Nuclear magnetic resonance with gadolinium contrast - general awareness of the population</b> <i>Gamze Yashova, Irina Hristova</i>	
14. <b>THU-2G.205-1-SSS-HC-14</b>	180
<b>Obstructive sleep apnea</b> <i>Viktoria Aikova, Tatyana Atanasova</i>	
15. <b>THU-2G.205-1-SSS-HC-15</b>	185
<b>Internet dependence and nomophobia - modern mental diversity</b> <i>Songyul Mustafa, Nikolina Angelova, Tatyana Atanasova</i>	
16. <b>THU-2G.205-1-SSS-HC-16</b>	189
<b>Chemical and non-chemical relations and "gaming behavior"</b>	

	<i>Songyul Mustafa, Nikolina Angelova, Tatyana Atanasova</i>	
17.	<b>THU-2G.105-1-SSS-HC-17</b> <b>The implementation of skin to skin method in local maternity wards – what do students think?</b> <i>Daniela Lyutakova, Ivanichka Serbezova</i>	193
18.	<b>THU-2G.205-1-SSS-HC-18</b> <b>Modern midwife care through social media</b> <i>Daniela Lyutakova, Tsveta Hristova</i>	200
19.	<b>THU-2G.205-1-SSS-HC-19</b> <b>Normal birth in water</b> <i>Desislava Georgieva, Yoana Lukanova</i>	206
20.	<b>THU-2G.205-1-SSS-HC-20</b> <b>Isoimmunization - hemolytic disease of fetus</b> <i>Fatme Feimova, Yoana Lukanova</i>	209
21.	<b>THU-2G.205-1-SSS-HC-21</b> <b>Vitamin b12 deficiency and it is relationship to pregnancy</b> <i>Radostina Nikolova, Tanya Timeva</i>	213
22.	<b>THU-2G.205-1-SSS-HC-22</b> <b>Cloning in humans</b> <i>Didem Redzhebova, Viktoria Todorova, Tanya Timeva</i>	218
23.	<b>THU-2G.205-1-SSS-HC-23</b> <b>Placenta</b> <i>Berna Yusmenova, Tanya Timeva</i>	224
24.	<b>THU-2G.205-1-SSS-HC-24</b> <b>The role of midwife in prevention of elected abortion</b> <i>Gergana Kutincheva, Tsveta Hristova</i>	229
25.	<b>THU-2G.205-1-SSS-HC-25</b> <b>Attending women's counseling and risk of pregnancy</b> <i>Aygyul Syulyuman, Tsveta Hristova</i>	234
26.	<b>THU-2G.205-1-SSS-HC-26</b> <b>Treatment of myoma uteri by the embolization method</b> <i>Fatme Feimova, Tsveta Hristova</i>	238
27.	<b>THU-2G.205-1-SSS-HC-27</b> <b>Types of ovarian tumors and model for obstetrics care</b> <i>Evgenya Evgenieva, Radoslava Yordanova, Tsveta Hristova</i>	243
28.	<b>THU-2G.205-1-SSS-HC-28</b> <b>Preeclampsia and influence on pregnancy</b> <i>Fatme Feimova, Tsveta Hristova</i>	250
29.	<b>THU-2G.205-1-SSS-HC-29</b> <b>Physical treatment of Gynecological inflammatory diseases</b> <i>Daniela Stojanova, Alise Ismailova, Tsveta Hristova</i>	256

## BOWEN TECHNIQUE <sup>1</sup>

### Ivan Rumenov Nikolov - Student

Department of Public Health and Social Activities,  
"Angel Kanchev" University of Ruse  
Phone: 0898592694  
E-mail: ivan.r.n@abv.bg

### Assoc. Prof. Irina Karaganova, PhD - Scientific Supervisor

Department of Public Health and Social Activities,  
"Angel Kanchev" University of Ruse  
E-mail: ikaraganova@uni-ruse.bg

**Abstract:** *The Original Bowen Technique. The Bowen technique brings out one of the most profound therapeutic conceptions in the world, today. This conception is based over the theory than once a total relaxation of the body is achieved the body begins a process of recreation and recovery of its balance and harmony. This process uses body's inner capability of coping with every problem.*

**Key words:** *Bowen technique, fascia, proprioception, self-restoration, solitone wave, piezoelectric effect.*

### ВЪВЕДЕНИЕ

Техниката Боуен е холистична терапевтична модалност, активираща възстановителните механизми на тялото. Тя се основава на теорията, че щом веднъж се постигне цялостна релаксация на тялото, започва процес на възстановяване на неговото равновесие и хармония, посредством присъщата му вътрешна способност да се справя само с всеки проблем, било той на физическо или психическо ниво. Техниката Боуен е уникална форма на нервно-мускулно възстановяване. Тя въздейства върху всички системи в тялото, предимно посредством подобряване регулацията и инервацията от страна на централната и вегетативната нервна система. Известна е с ефективността си при редица проблеми на опорно-двигателния апарат и вътрешните органи, както и с чувствителното понякога намаляне на времето за възстановяване.[1]

### ИЗЛОЖЕНИЕ

#### Кой е създателя на Боуен техниката?

Тази холистична терапевтична модалност произлиза от Томас Амброуз Боуен. Той е роден на 18 април 1916 г., като трето дете и единствен син в семейството на Уилям и Нора Боуен. Когато Том бил малък той мечтаел да стане лекар. Баща му е бил дърводелец и като такъв не е могъл да подсури добро образование за сина си, Том така и не завършва медицина. Жени се за Джеси Маклийн, от която има три деца – Пам, Бари и Хедър. Съпругата му страдала от астма и често лежала в болница. Том периодично прилагал върху нея своите уникални процедури, благодарение на които здравето ѝ непрекъснато се подобрявало. Скоро всички се убедили, че Том си има свой собствен метод за лечение на болезнени състояния. Той продължил да развива и подобрява техниката си. В началото на 60-те се наложило да вземе важно решение: дали да продължи



Фиг. 1 Том Амброуз Боуен [3]

<sup>1</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 11.05.2018 г. в секция „Промоция на здравето“ с оригинално заглавие на български език: ТЕХНИКАТА БОУЕН.

да работи в циментовия завод или да поеме риска на самостоятелната работа. Така решил да открие собствена практика в дома на Рене Хорууд, която впоследствие станала негова секретарка и счетоводителка.[3]

Макар, че Том нямал никакво формално медицинско образование той станал всепризнат терапевт. Много хора през годините са желали той да ги обучи в своята лечебна техника, но той е позволил това само на шестима: Кейт Дейвис, Найджъл Лав, Кевин Нийв, Осуалд Ренч, Кевин Райън и Ромни Смийтън.

През 1974 г, по време на Национална Здравна Конференция в Аделаида – Южна Австралия, той се запознал с остеопата Осуалд Ренч и го поканил в Джийлонг, за да го обучи. Тъй като Том Боуен нямал наръчници и схеми, помолил Ози да документира всичко, като му дал правата за обучение в техниката, но едва след като си отиде от този свят.[3]

След кончината на Том Боуен през 1982г, Ози и Илейн Ренч отвсякъде получават настоятелни молби да започнат да обучават в неговата лечебна техника, но едва през 1986 година те започват да организират курсове, първо в Австралия, а по-късно и на почти всички континенти.[3]



Фиг. 2 Лечебна процедура от Том Боуен [3]



Фиг. 3 Осуалд Ренч и Илейн Ренч [5]

### Какво представлява Техниката Боуен, механизми на действие и движенията Боуен?

Човешкото тяло има много механизми за самовъзстановяване. За щастие ефективността на тези механизми е много висока. Създадени сме по начин, по който да можем да преодоляваме всички проблеми, които тялото ни има, притежавайки целия ни необходим „инструментариум“ за това. Прилагането на специфичните и нежни движения Боуен с пръстите или палците на ръцете по точно определени места от тялото, провокират „вътрешния ни лекар“, който поема управлението, за да започне процес на самолечение. Уникалността на човешкото тяло продължава да ни изумява, то най-добре знае какъв е собственият му проблем и може сам да го разреши, ако му създадем необходимите предпоставки за това. За съжаление естеството на нашия живот – лоша храна, въздух, вода, стрес, обездвижване и всичко негативно, което ни се случва натоварва тялото ни и затруднява самовъзстановителните му механизми. Техниката Боуен връща тялото към първоначалните му настройки, към едно по-добро ниво, правейки един своеобразен „рестарт“ на нашия организъм.

Правят се нежни движения с пръстите, които се извършват на голо или през дрехите. Тези движения изпращат съобщения до нервната система, възвръщайки клетъчната памет до едно балансирано и отпуснато ниво. След всяка група движения се прави задължителна пауза от две-три минути, когато клиентът се оставя сам, да си почива. Това време е необходимо на тялото, за да преработи получените послания, след което се включват възстановителните механизми.

Движението Боуен се състои от три фази:

- Изтегляне на кожата – изтегляме кожата по подкожието без да движим структурите под нея. Това движение се нарича „слак“ (от англ. slack).
- Провокация – оказваме дозиран натиск върху третирания мускул или структура, напреко на ориентацията на колагеновите влакна за минимум 3 секунди, разтягайки колагеновите фибри и освобождавайки цялото напрежение в тях.
- Прехвърляне – нежно, прехвърляме през мускула или структурата, която работим, позволявайки ѝ да се върне на мястото си.



Фиг. 4 Боуен движенията [1]

След като изтегли кожата, терапевтът нежно „потъва“ встрани от мускула и оказва натиск странично на мускула, избутвайки го встрани от нормалната му позиция на покой. Изтеглянето на кожата позволява по-голямо разтягане на повърхностната фасция в зоната. Същото се получава и във последващата фаза на провокация с дългата и разклонена колагенова молекула. Това е така защото натиска не е навътре към тялото, където той може да бъде ограничен от различни структури, а е напречен. Изследвания показват, че напречния стречинг създава по-силен пиезоелектричен поток в третираните структури и тъкани. Счита се, че пиезоелектричния поток създаден, чрез преместването на мускула напречно е достатъчно силен за да омекоти дори твърди и стари сраствания. Провокацията се поддържа за различен период от време в зависимост от мястото, където се прилага натиска. По-големите мускули имат нужда от по-голямо време на провокация. В края на провокацията терапевтът поддържа същия по сила натиск, докато палците или пръстите бавно се претъркулват върху мускула, освобождавайки напрежението в него. С това се приключва движението Боуен. След всяка серия от движения Боуен се прави пауза от минимум две минути.[2]

### **Има различни механизми, по които работи техниката Боуен.**

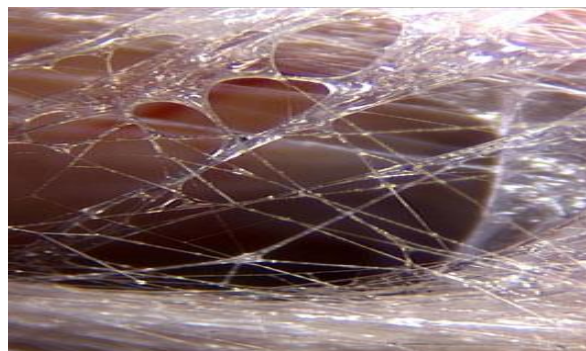
#### **- Проприорецепция**

Основният принцип на въздействие е посредством проприорецепция. Движението Боуен стимулира проприорецепторите, представляващи сетивни влакна в края на периферната нервна система. Някои от тях, в частност механорецепторите, осигуряват възприемането на положението и движението на тялото в пространството и са разположени в съединителните тъкани, мускули, сухожилия, ставни връзки и фасции. Телцата на Голджи, Руфини, Пачини, интерстициалните рецептори и нонцицепторите са и основните рецептори върху които влияем чрез Боуен техниката. Всички те се намират в повечето съединителни тъкани на тялото, но са преобладаващи във фасциите.[2]

Оказаният натиск рефлектира върху неврорецепторите в тъканите, които от своя страна изпращат аферентни сигнали към гръбначния и главния мозък. Мозъчната кора, разпознавайки тези сигнали и инициира оздравителен процес. Посредством еферентните нервни влакна се предава съобщение към съответните структури или зона да се спре възпалението и да се отпуснат мускулните фибри и съединителните тъкани.[2]

**- Фасции**

Фасциите в нашето тяло изпълняват ролята на „телефонна централа” с много линии, които постоянно приемат и предават информация. Фасцията е изградена предимно от колаген, фибрин и еластин. Почти всяко движение Боуен се прави на нивото на повърхностната фасция. Фасциите играят важна роля в поддържането на структурната цялост и форма на тялото. Те представляват една ципа от фиброзна тъкан, която обвива, обгражда и поддържа мускулите, тъканите и органите на тялото. Създава пространство между мускулните групи, отделните мускули и отделните мускулни влакна чак до микроскопско ниво, позволявайки оптимално и здравословно движение на течностите към всички тъкани. Фасциите са най-разпространената структура в нашето тяло. Всяка една структура в тялото ни е обградена от фасция – всеки мускул, всеки нерв, всеки кръвоносен съд, всеки вътрешен орган. Те са изключително богати на неврорецептори, чийто брой във фасциите е по-голям отколкото в кожата. Счита се, че ограниченията в подвижността на фасциите се отразява изключително негативно на телесната стойка и общото здраве.



Фиг. 5 Фасция [6]

**- Вегетативна нервна система**

Методиката Боуен влияе добре върху вегетативната нервна система (ВНС). Много от болестите и оплакванията ни се дължат на проблеми на вегетативната нервна система, която контролира 80% от функциите на тялото ни. Тя има два дяла - симпатиков и парасимпатиков, които трябва да са в баланс. Съвременното западно общество живее в почти непрекъсната симпатикова доминанта. Симпатикусът е състоянието при което сме по-възбудени, по-напрегнати. Техниката Боуен успява да активира парасимпатикуса, който връща на тялото усещането за спокойствие и баланс. Затова при процедура, много хора се отпускат и дори заспиват.[2]

**- Пиезоелектричен поток**

Когато се окаже натиск върху тъканите се променя електричния заряд и нивата на течности в тъканта. По този начин нежното разтягане и оказания натиск с движенията Боуен променят пиезоелектричния потенциал на фасцията и течностите в нея, което може да доведе до освобождаване на подвижността ѝ и повишаване на микроциркулацията в засегнатите тъкани. Повечето видове мануални техники създават пиезоелектричен ефект в тъканите, но този на Боуен движението е по-силен, защото се изпълнява напречно на колагеновите фибри. Повечето терапевтични техники оказват натиск навътре в тялото, като често други структури ограничават степента на разтягане на колагена.[2]

**- Солитон вълни**

Освобождаването на Боуен движението е също толкова важно колкото самото движение. То представлява бързо изместване на тъканите, което създава вид вълна, наречена солитон. Тази вълната е различна от другите видове вълни, които бързо губят енергията в себе си. Най-известният пример за солитон вълни в природата са цунами вълните. Когато терапевта изпълнява техниката той прехвърля пръстите си върху мускула, след

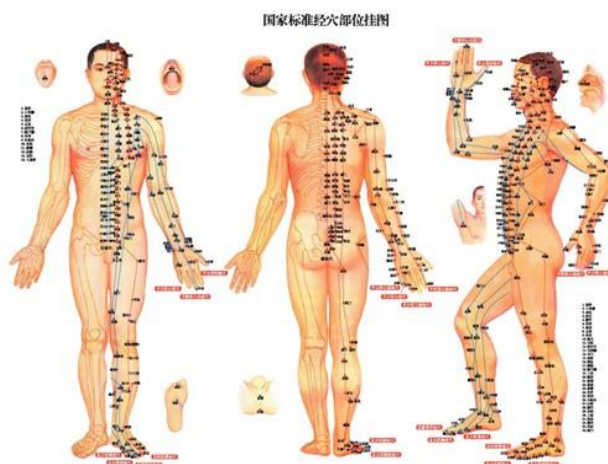


Фиг. 6 Вид солитон вълна [7]

което позволява на мускула да се върне на първоначалното си място. Точно в този момент се смята, че се създава солитон вълна.[2]

#### - Акупунктурни точки и меридиани

Някои от Боуен движенията се извършват върху една или няколко акупунктурни точки и могат да засегнат един, два или дори три акупунктурни меридиана. Това сигурно допринася за добрите резултати. Ефективността на методиката обаче не може да се отдаде на акупунктурната концепция. Една голяма част от Боуен движенията нямат общо с акупунктурните точки. Техниката използва леки движения върху мускули, сухожилия, връзки и кости, а не исхемичен натиск, като в акупресурата или игли, както при акупунктурата.



Фиг. 7 Акупунктурни точки и меридиани [8 1

#### Техниката Боуен влияе много добре при различни видове проблеми:

- мускулно-скелетни и ставни проблеми: замръзнало рамо, травми от пренапрежение, проблеми с тазобедрените стави и колената, навяхване на глезените, болки в гърба, ишиас, гръбначни изкривявания, спортни травми.
- проблеми с вътрешните органи (дробове, бъбреци, черен дроб, жлъчен мехур, стомах, черва), стомашно-чревни разстройства.
- емоционален и хормонален дисбаланс, вегетативни смущения, депресия, синдром на остра или хронична умора.
- бронхиални и астматични симптоми.
- автоимунни заболявания, алергии.
- мигрена и други видове главоболие.
- нощно напикаване; менструални проблеми.
- неврологични проблеми.
- бременност – спомага преодоляването на неразположения, като изпотпяване на дланите, задух, топли вълни.
- Бебешки колики

Техниката Боуен се препоръчва за всички възрасти, от новороденото дете до възрастния човек, с остри или хронични проблеми. С огромен успех тя се прилага също и при атлети, бременни жени и хора със специфични нужди. Тя повлиява тялото на всички нива: физическо, химическо, ментално и емоционално. Резултатите са впечатляващи и при бебета и при животни, така че плацебо ефект е невъзможен. Най-доброто на тази терапия е, че няма противопоказания за прилагането ѝ. Не е желателно да се прилага масаж, акупунктура или друго терапевтично въздействие през кожата по време на Боуен лечение, защото е възможно намаляване на ефекта от Боуен процедурите.

#### Българска Асоциация по Боуен Терапия (БАБТ)

Сдружение “БЪЛГАРСКА АСОЦИАЦИЯ ПО БОУЕН ТЕРАПИЯ” е доброволна организация, обединяваща Боуен практикуващите в България, обучени по програмата на Австралийската Академия по Боуен Терапия (А.А.Б.Т.). Седалището на асоциацията е в гр.София, като неин председател е Георги Илчев, който е роден в град Русе и също е завършил кинезитерапия към факултет Обществено Здраве на РУ „Ангел Кънчев“ град Русе.

#### Целите и дейностите на асоциацията са:



- да популяризира оригиналната Техника Боуен, като допълваща практика за подобряване и балансиране на човешкото тяло.
- да представя и разяснява на обществеността в България същността на Техниката Боуен и резултатите от нея.
- да допринесе за постигане на обществено признание на професията на квалифицираните Боуен практикуващи в България.
- да съдейства за формиране на етични взаимоотношения между Боуен практикуващите и техните клиенти.
- да се гарантира висок стандарт на професионална практика сред членовете на Асоциацията.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Поглеждайки по-надълбоко в Техниката Боуен, човек ще осъзнае, че тя въздейства не само на физическо ниво, но и на психо-емоционално такова. Нежните Боуен движения водят до значителна оздравителна промяна в тялото, стимулирайки целият му потенциал за възстановяване. Техниката Боуен среща одобрението и на традиционната, и на алтернативната, и на допълващата медицина навсякъде по света, като чудесна, холистична грижа за човешкото здраве!

## REFERENCES

Пчев, Г. „*Tehnikata Bouen – holistichna, nezhna i efektivna grizha za zdraveto*“ /Илчев, Г. „*Техниката Боуен – холистична, нежна и ефективна грижа за здравето*“

Uilks, D. „*Tehnikata Bouen – pogled otvatre*“ /Уилкс, Д. „*Техниката Боуен – поглед отвътре*“

<http://bowen.bg>

<http://georgiilchev.com>

<http://www.bowtech.ro/RU/tom-bowen-ru.php>

<http://rehabilitolog.com/files/Images/fascia.jpg>

<http://portugalresident.com/sites/default/files/field/image/o-waves-ocean-facebook.jpg>

<http://bulgarian.cri.cn/mmsource/images/2011/12/28/d772720fb74f402a939e5b8ce14f9e28.jp>

g

FRI-K.201-SSS-HP-02

---

## FUNCTIONAL DIAGNOSTICS AND KINESITHERAPY IN FACIAL NERVE DAMAGE <sup>2</sup>

---

**Krassimir Kossev - Stusent**

Department of Public Health and Social Activities,  
“Angel Kanchev” University of Ruse  
E-mail: kkossev@abv.bg

**Encho Zlatanov- Stusent**

Department of Public Health and Social Activities,  
“Angel Kanchev” University of Ruse  
E-mail: ezlatanov@abv.bg

**Plamen Velikov - Stusent**

Department of Public Health and Social Activities,  
“Angel Kanchev” University of Ruse  
E-mail: pvelikov@abv.bg

**Assoc. Prof. Irina Karaganova, PhD - Scientific Supervisor**

Department of Public Health and Social Activities,  
“Angel Kanchev” University of Ruse  
E-mail: ikaraganova@uni-ruse.bg

***Abstract:** Bell’s palsy is an acute disorder of the facial nerve, which produces full or partial loss of movement on one side of the face. The facial palsy gets completely better without treatment in most, but not all, people. Bell’s palsy (Idiopathic facial paralysis) is commonly treated by various physical therapy strategies and devices, but there are many questions about their efficacy. Physical therapies, such as exercise, biofeedback, laser treatment, electrotherapy, massage and thermotherapy, are used to hasten recovery, improve facial function and minimize sequelae. There is no high quality evidence to support significant benefit or harm from any physical therapy for idiopathic facial paralysis. In this regard, the aim of this report is to describe the basic functional classification system and the main rehabilitation approaches to recovery of persons with facial paralysis.*

***Key words:** Bell’s palsy, Idiopathic facial paralysis, Functional classification system, Physical therapy.*

### ВЪВЕДЕНИЕ

Седмият черепномозъчен нерв е известен като лицев нерв /nervus facialis/. Той е смесен нерв и съдържа моторни, симпатикови и парасимпатикови влакна. Описанието на парализа на лицевия нерв води началото си от 1821 година, когато Чарлз Бел установява, че мимическите мускули са под контрола на отделен краниален нерв – VII черепномозъчен нерв, n. Facialis, а не от разклоненията на V черепномозъчен нерв – n. Trigemimus. Оттогава неговото име се свързва с периферната парализа на лицевия нерв „Bell’s Palsy”.

Увреждането може да има различна етиология и да възникне във всяка точка по анатомичния ход на нерва. В зависимост от степента на лезията – пареза или парализа, се засягат инервираните от него същестранни мимически мускули.

Във всички патологии на лицевия нерв кинезитерапията заема съществено място от възстановителния процес. Терапията е насочена към възвръщане на цялостната функция на n. facialis.

---

<sup>2</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 11.05.2018 г. в секция „Промоция на здравето“ с оригинално заглавие на български език: ФУНКЦИОНАЛНА ДИАГНОСТИКА И КИНЕЗИТЕРАПИЯ ПРИ УВРЕДА НА ЛИЦЕВИЯТ НЕРВ.

## ИЗЛОЖЕНИЕ

### *Анатомия на n. Facialis:*

Моторното ядро на нерва – nucleus nervi facialis е разположено в каудалната част на моста. То се състои от две групи клетки. Ростралната група имат двустранна инервация от fractus corticobulbaris, те инервират горната и средна част на лицевата мускулатура. Каудалната група клетки, които са свързани с мускулите в долната част на лицето имат едностранна инервация от контралатералния fractus corticobulbaris. Тази анатомична особеност обяснява различията в периферната и централна лезия на нерва. От моста коренчето на нерва се насочва към meatus acusticus internus, в последствие нервът навлиза през foramen meatale в canalis nervus facialis, разположен в темпоралната кост. Тук към него се присъединяват влакната на n. Intermedius. Лицевият нерв излиза от канала през foramen stylomastoideum и се разклонява в паротидната жлеза, като дава клонове за лицевите мускули. Той инервира мимическата мускулатура на лицето, m. Platysma и някои от подезичните мускули. N. Intermedius съдържа висцерални аферентни сетивни влакна, свързани с вкусовата сетивност на предните 2/3 от езика. В състава му се включват и парасимпатикови преганглионарни влакна от nucleus salivatorius за инервация на слъзната жлеза. От него в лицевия канал се отделят последователно следните клонове:

1. Nervus Petrosus superficialis major
2. Chorda tympani
3. Nervus Retroauricularis

### *Етиология и патогенеза:*

Невритът на лицевия нерв може да се дължи на общи заболявания /инфекциозни, обменни, съдови/ или на локални причини /травми, неоплазми, възпалителни процеси/. Като предразполагащ терен за развитието на неврит се сочи вродена особеност на някои хора да имат по-тесен Фалопиев канл, през който преминава нерва в петро-мастоидната кост. Всяка причина, която може да предизвика исхемия на нерва в частта му, разположена в канала, обуславя оток и притискане на нерва в тясното костно пространство, в следствие на което той се уврежда в различна степен.

От инфекциозните заболявания, при които имаме лезия на нерва се открояват: херпес симплекс, херпес зостер, варицела зостер, инфекциозна мононуклеоза, полиомиелит, епидемичен паротит и др.

От обменните нарушения като причина за увреда трябва да се имат предвид диабетът, особено латентния диабет и автоинтоксикацията при бременност.

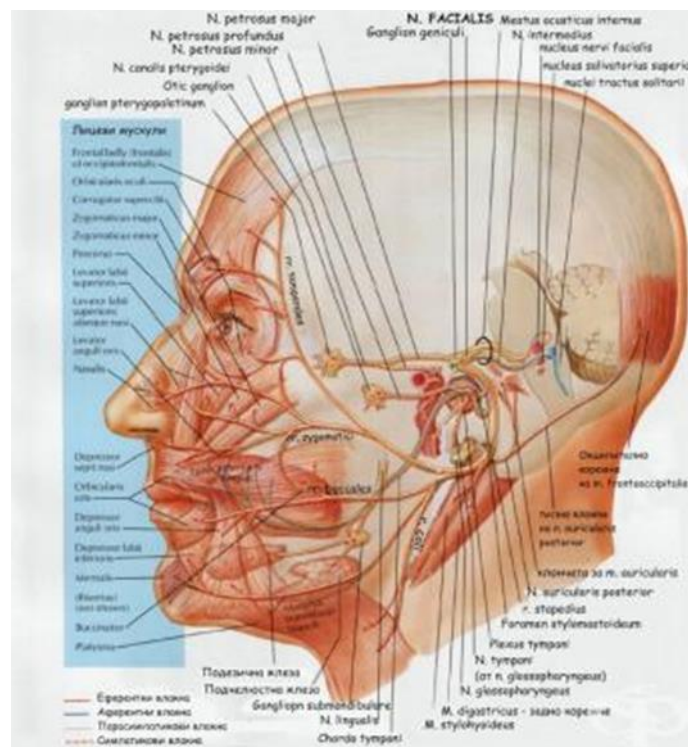
### *Клинична картина:*

Парезата и парализата на мимическите мускули настъпва в продължение на няколко часа, в някои случаи до ден-два, а понякога сутрин след събуждане се установява пареза или пълна парализа от засегнатата страна. Често те се предхождат от тъпа болка в областта под и зад ушната мида. Засегната лицева половина при пълна парализа е безизразна. Болният не може да повдигне веждата, да набръчка челото. При опит да се затвори окото, това не се отдава, само проличава обръщането нагоре на очния булбус – симптом на Бел. Разкрива се нормално съдружно движение – едновременно със затварянето на окото очната ябълка се повдига нагоре. Устният тъгъл е неподвижен, назо-лабиалната гънка е изгладена, при опит да се надуют бузите въздуха се пропуска поради невъзможната контракция на m. Orbicularis oris от засегнатата страна.

### *Засегнати мимически мускули при увреда на лицевия нерв:*

- m. Frontalis – повдигане на веждите нагоре с набръчкване на челото, както при изненада или уплаха
- m. Corrugator supercilii – събиране на веждите с образуване на отвесни гънки в основата на носа като при намръщване.

- m. Orbicularis oculi – затваряне на очната цепка с образуване на гънки, разпространяващи се от външния очен ъгъл.
- m. Nasalis – стесняване на ноздрите с придърпване на носа надолу.
- m. Procerus – придърпване надолу кожата между веждите и изтегляне нагоре кожата на носа с образуване на напречни гънки в основата на носа.
- m. Orbicularis oris – събиране на устните с издаването им напред.
- m. Quadratus labii superioris – повдигане нагоре и издаване напред на горната устна
- m. Levator anguli oris – повдигане ъгъла на устата право нагоре със задълбочаване на назо-лабиалната гънка.
- m. Zygomaticus major – придърпване ъгъла на устата нагоре и назад като при усмивка.
- m. Risorius – придърпване ъгъла на устата назад като при сърдита усмивка.
- m. Mentalis – придърпване нагоре кожата на брадата и издаване напред долната устна.
- m. Depressor anguli oris – придърпване ъгъла на устата надолу.
- m. Platysma, m. Depressor labii inferioris – притегляне на долната устна и ъгъла на устата надолу и напред с опъване на шията.
- m. Buccinator – притискане на бузите към страничните зъби с притегляне назад ъгъла на устата.



Фиг. 1. Мимически мускули

**Диагностика при увреда на лицевия нерв:**

- Рутинен неврологичен преглед.
- Рентгенография, Компютърна Аксиална Томография и Ядрено-магнитен резонанс на мозъка – за да се изключат възпалителни и неопластични процеси и травми.
- Електромиография на мозъка – показва степента на увреда, електрическата активност на нервните влакна в спокойно и активно състояние и оценява скоростта на провеждане на нервните импулси.
- Ликворно изследване – за да се изключи възможността от различни възпалителни процеси в ЦНС.

**Функционално изследване при увреда на лицевия нерв:**

Мануално мускулно тестване /MMT/

- Оценка 0: Нула – при опит за движение мускула не показва видима или палпаторна контракция.
- Оценка 1: Потрепване – при опит за движение мускула показва лека, видима контракция, но тя не е достатъчна, за да се извърши мимиката.
- Оценка 2: Слаб – мимиката се извършва, но с пасивно подпомагане от пациента или терапевта.
- Оценка 3: Нормален – нормално движение, асиметрия не се установява.

Изследването започва с оглед на лицето и оценка на активните движения на отделните групи мускули, последователно за горния и долен клон на нерва.

#### *Изследвания на горен клон на лицев нерв*

Прави се оглед на:

- Кожни бръчки на челото – наличие и симетричност.
- Очни цепки – ширина и симетричност.
- Спонтанно мигане и възможност за пълноценно затваряне на окото.
- Слезна секреция – сухота на окото или обилно сълзотечение.

Активни движения. Търси се асиметрия в силата на отделни мускули и мускулни групи:

- Изследване на m. Frontalis чрез набръчкване на челото.
- Чрез сбръчкване на веждите се изследва m. Corrugator supercilli.
- Изследване на m. Orbicularis oculi чрез затваряне и стискане на очите

#### *Изследвания на долен клон на лицев нерв*

Прави се оглед на:

- Симетричност на назо-лабиалните гънки.
- Симетричност и положение на устните ъгли.

Активни движения Търси се асиметрия в силата на отделни мускули и мускулни групи:

- Изследване на m. Orbicularis oris чрез духане и свирене с уста.
- Изследване на m. Rizorius чрез показване на зъбите.
- Изследване на m. Buccinator чрез надуване на бузите.

### КИНЕЗИТЕРАПИЯ ПРИ УВРЕДА НА ЛИЦЕВИЯ НЕРВ

Целта на Кинезитерапията е функционално възстановяване на мускулите инервирани от лицевия нерв и премахване асиметрията на лицето.

- Упражнения за релаксация на незасегнатата лицева половина – постига се с подходящо изходно положение /тилен лег/ и с прилагането на релаксиращи похвати за мускулите на шията и раменния пояс.

- Пасивни упражнения за засегнатата лицева половина – за поддържане на аферентните импулси, когато активните движения са невъзможни. Прилагат се за всеки мускул поотделно с бавен темп.

- Активни упражнения за засегнатата лицева половина – за намаляване на вазомоторните нарушения, подобряване трофиката, предотвратяване образуването на контрактури. При изпълнение на активните упражнения здравата страна трябва леко да се фиксира с ръка.

- Повхвати от ПНМУ за засегнатата лицева половина – мануално дразнене на съответния мускул с последващо леко опъване и команда за извършване на съответното движение.

- Специалните упражнения се редуват с общоукрепващи и дихателни упражнения.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Кинезитерапевтичната програма се променя с течение на времето съобразно хода на възстановителния процес. Първоначално терапията се прилага от тилен лег на пациента за елиминиране ефекта на гравитацията. Обикновено в зависимост от тежестта на заболяването възстановяването трае от няколко седмици до няколко месеца.

**REFERENCES**

Atzema, C. and R. D. Goldman, (2006) „*Should we use steroids to treat children with Bell's palsy?*“, Can Family Physician, pp. 313 – 314.

Axelsson, S. (2013), „*Bell's Palsy – Medical Treatment and Influence of Prognostic Factors*“. Sweden by Media-Tryck, Lund University Lund, ISBN 978-91-87449-19-2.

Bašić-Kes, V. et al. (2013), „*Peripheral facial weakness (Beel's plasy)*“, Acta Clin Croat, Vol. 52, No. 2, pp. 195 – 202.

Karaganova, I., (2016), *Bell's palsy Physical therapy and surface electromyography biofeedback*, 4 th Online Scientific Conference - ScieConf 2016 held at www.scieconf.com during June, 6. - 10. 2016, pp 243 – 242.

Baugh, R. et al., (2013), „*Clinical Practice Guideline Summary: Bell's Palsy*“, AAO-HNS Bulletin, , pp. 34 – 42.

FRI-K.201-SSS-HP-03

---

## APPLICATION OF FUNCTIONAL ASSESSMENT OF ADL IN NEUROREHABILITATION<sup>3</sup>

---

### **Anna Bisset – Student**

Department of Public Health and Social Work,  
University of Ruse “Angel Kanchev”  
Tel.: 08862219151  
E-mail: musiclovegirl@abv.bg

### **Maria Hondrodinou – Student**

Department of Public Health and Social Work,  
University of Ruse “Angel Kanchev”  
Tel: 0894097123  
E-mail: mariahondrodinou1998@hotmail.com

### **Assoc. Prof. Petya Mincheva, PhD - Scientific Supervisor**

Department of Public Health and Social Work,  
University of Ruse “Angel Kanchev”  
Phone: 082-821 993  
E-mail: pmincheva@uni-ruse.bg

***Abstract:** This paper outlines the benefits of using two well-established methods for testing the independent-living capacity of people with neurological problems. The tests provide both depth and breadth of understanding of capability for independent living and thus enable occupational therapists to support clients as they work towards making maximum use of their own competencies. The FIM is an 18-item, 7-level functional assessment designed to evaluate the amount of assistance required by a person with a disability to perform basic life activities safely and effectively. The Barthel scale is used in occupational therapy to comprehensively measure performance in daily living. Working in two medico-social care facilities in Ruse, the combination of tests provided a framework for assessing the daily living capacity of patients with a variety of problems and enabled us to develop strategies for supporting these individuals as we worked towards increasing their independence and quality of life. The paper refers to results achieved with eight clients and the practical benefits of using a coherent, structured approach to identify occupational issues.*

### **ВЪВЕДЕНИЕ**

Изследването е ключов компонент от терапевтичния процес в здравната сфера. То включва събиране и интерпретиране на информацията с цел подпомагане на клиничната обосновка относно определяне на потребностите и интервенцията. Изследването също включва и оценка на постигнатите по време на интервенцията резултати.

Средствата за оценка са общи или са специфични за някои заболявания. Обикновено включват всички дейности от самообслужването, като се определя степента на самостоятелно изпълнение. Способността за самостоятелност в самообслужването зависи от нарушените/запазените умения, изискванията на дейността и средата в която се извършва.

Оценката на участието и изпълнението на дейности от ежедневиия живот (ДЕЖ) е основен елемент и дава базова информация за ерготерапевтичния процес в неврорехабилитацията.

---

<sup>3</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 11.05.2018 г. в секция „Промоция на здравето“ с оригинално заглавие на български език: ПРИЛОЖЕНИЕ НА ФУНКЦИОНАЛНА ОЦЕНКА НА ДЕЖ В НЕВРОРЕХАБИЛИТАЦИЯТА.

## ИЗЛОЖЕНИЕ

Ерготерапевтите могат да избират измежду голям брой разнообразни инструменти за оценка на ДЕЖ, които имат за цел да изследват потребностите, приоритетите и затрудненията на клиента (Crepeau et al., 2009). След определяне на целта на изследването трябва да се идентифицират дейностите, които ще бъдат изследвани. Според клиент-центрирания подход, ерготерапевтът се съобразява с това кои дейности са важни за самия клиент (Law & Baum, 2005).

Най-широко използвани в практиката тестове за функционална оценка на ДЕЖ са Functional Independence Measure (FIM) и Индекс на Бартел.

Настоящият доклад очертава предимствата на използването на два добре установени метода за тестване на независимия жизнен капацитет на хора с неврологични проблеми. Тестовите осигуряват както дълбочина, така и широчина на разбирането за способността за независим живот и по този начин дават възможност на ерготерапевтите да подкрепят пациентите, докато работят за максимално използване на собствените си компетенции.

FIM е функционална оценка на 8 елемента и 7 нива, предназначена да оцени размера на помощта, която се изисква от лице с увреждане да извършва безопасни и ефективни основни житейски дейности.

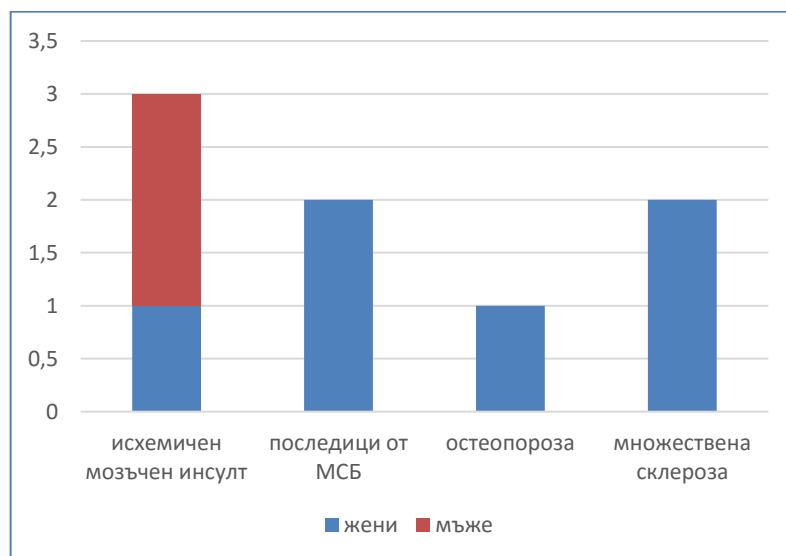
Индексът на Бартел се използва в ерготерапията за цялостно измерване на ефективността във всекидневния живот. Оценката става на база брой точки от 0 до 100. Работейки в две лечебни заведения в Русе, комбинацията от тестове осигури рамка за оценка на пациенти с различни проблеми и ни позволи да разработим стратегии за подпомагане на тези индивиди, като работихме за повишаване на тяхната независимост и качество на живота.

Докладът се отнася до постигнатите резултати с редица клиенти и практическите ползи от използването на съгласуван, структуриран подход за идентифициране на проблемите на живота.

### Изследване:

Двете оценки бяха използвани при осем човека с неврологични заболявания. Хората с които проведохме оценките бяха с различни заболявания и дейностни проблеми, затова резултатите бяха самостоятелно разгледани за всички. Проучването се проведе в град Русе в дом за възрастни хора „ДПЛФУ“ Милосърдие и в „ФБ“ Медика.

Изследвахме 6 жени и 2-ма мъже. Средната възраст на жените бе 71г., а на мъжете - 68г. Заболяванията на клиентите ни бяха исхемичен мозъчен инсулт, последици от МСБ, остеопороза и множествена склероза.



Фигура 1. Брой заболявания на клиентите от изследваната група



Таблица 1. Резултати от изследване чрез Индекс на Бартел и FIM

И	Л	А	М	Р	Р	И	Е	Индекс на Бартел 0 до 100 т.	FIM Степени от 0 до 7	И	Л	А	М	Р	Р	И	Е	
жени					мъже					мъже			Жени					
<b>Самообслужване</b>																		
5	10	5	10	10	10	10	10	Хранене	Хранене	2	2	4	7	7	7	6	7	
0	5	0	5	0	5	0	0	Къпане	Къпане	2	2	2	7	1	6	3	5	
0	0	0	5	0	5	5	5	Личен тоалет	Лична хигиена	2	2	2	7	1	4	3	4	
0	5	5	10	0	10	5	5	Обличане / събличане	Обличане	2	7	4	7	1	7	5	5	
								-	Обуване	2	7	2	7	2	4	4	5	
5	10	0	10	0	10	5	5	Използване на тоалетна	Ходене до тоалетна	2	7	1	7	1	2	5	5	
10	10	10	10	10	10	10	10	Уриниране,	Континенция	7	7	7	7	7	7	7	7	
10	10	10	10	10	10	10	10	Дефекация										
<b>Придвижване</b>																		
5	15	5	15		15	10	10	Преместване (от легло до стола и обратно)	Преместване: стол, количка	2	6	3	7	1	7	6	6	
									Преместване: тоалетна	2	3	1	6	1	2	5	6	
									Преместване: вана, душ	2	2	1	7	1	1	5	6	
5	15	5	10		5	10	10	Придвижване (по равна повърхност)	Ходене, количка, пълзене	2	3	2	6	1	1	4	5	
0	5	0	10		0	0	0	Изкачване / слизане по стълби	Изкачване и слизане по стъпала	2	3	1	6	1	1	1	2	
<b>Комуникативни, когнитивни и психосоциални функции</b>																		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Разбиране	7	7	4	7	7	7	6	5
										Изразяване	7	7	4	7	7	3	4	5
										Социални взаимоотношения	7	7	5	7	7	7	4	5
										Разрешаване на проблеми	2	7	2	7	5	7	4	4
										Памет	7	7	2	7	5	7	5	4
										Пригодност за трудова заетост	1	-	1	-	1	1	-	-

Най-честите затруднения, които открихме при жените от проведената оценка на Бартел са в областите на къпане, личен тоалет, обличане, използване на тоалетна, преместване, придвижване и изкачване на стълби. При мъжете затрудненията са в областите на личен тоалет, обличане, придвижване и изкачване на стълби. В повечето случаи клиента има нужда от помощно средство или друг човек за извършване на проблемната дейност.

Затрудненията на клиентите според проведената оценка ФИМ са основно дейности в областта на самообслужването и на придвижването и при двата пола.

Нива на независимост дава по-добра представа за проблема с дадена дейност от точките при Бартел. Това позволява да се планира по-правилно интервенцията. Виждат се различните нива за отделните дейности и къде са силните страни (оценки 7).

Процесът на изследване трябва да продължи на следващ етап с анализ на изпълнение на дейностите, които сме установили че са трудни или невъзможни за клиента. Анализът на

изпълнение служи за оценка на необходимостта от ерготерапевтична интервенция и за подбор на интересни и значими дейности в терапевтичния процес (Todorova L., 2012). Съобразно оценката на съответно ниво на самостоятелност ще планираме целите си, напр. ако клиентът има ниво 2 за хранене ще целим първо постигане на ниво 3 и 4 в краткосрочен план и самостоятелно изпълнение – в дългосрочен.

### ИЗВОДИ

Резултатите от ерготерапевтичното изследване са база за правилно и подходящо планиране на интервенцията с неврологично болни. Необходимо е ерготерапевтите да познават етапите и различните методи и средства за изследване. Всеки инструмент за оценка дава специфична информация за функционалното състояние на клиента, затова се препоръчва използването на разнообразни инструменти.

В първоначалната оценка и при изготвяне на дейностния профил се използват Индекс на Бартел и FIM. Те дават информация за дейностните затруднения и оценяват степента на самостоятелно изпълнение. Оценката FIM е по-детайлна и включва важни аспекти относно комуникация и разбиране.

### REFERENCES

Crepeau E., Cohn E., Boyt Schell, B. (2009). *Willard & Spackman's Occupational Therapy*, Lippincott Williams & Wilkins, 11th edition

Fawcett A. J. (2007). *Principles of assessment and outcome measurement for occupational therapists and physiotherapists/Theory, skills and application*, John Wiley & Sons Ltd, England

Griffith K., & Stewart E. (2014). *Occupational Therapy Evaluation for Adults: A Pocket Guide* (Point (Lippincott Williams & Wilkins)), Second Edition

Law M., Baum C., (2005). *The Canadian Occupational Performance Measure*

Todorova, L. (2012). Теоретични основи на ерготерапевтичния процес. Русе: Академично издателство „Русенски университет“ (**Оригинално заглавие:** Тодорова, Л., 2012. Теоретични основи на ерготерапевтичния процес. Русе: Академично издателство „Русенски университет“)

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

FRI-K.201-SSS-HP-04

---

## ROLE OF THE FUNCTIONAL HAND ASSESSMENT IN NEUROREHABILITATION<sup>4</sup>

---

### **Elizabet Stoyanova – Student**

Department of Public Health and Social Activities,  
“Angel Kanchev” University of Ruse  
Tel.: +359 882 482 902  
E-mail: elizabet2112@abv.bg

### **Hristiana Grigorova – Student**

Department of Public Health and Social Activities,  
“Angel Kanchev” University of Ruse  
Tel.: +359 887 873 175  
E-mail: spongebob7@dir.bg

### **Assist. Prof. Elitsa Velikova - Scientific Supervisor**

Department of Public Health and Social Activities,  
“Angel Kanchev” University of Ruse  
Tel.: +359 883 334 857  
E-mail: egvelikova@uni-ruse.bg

***Abstract:** There are not a small number of people in every society whose ability to maintain an independent lifestyle is limited. Such are those with neurological impairments that are subject of the complex neurorehabilitation. An important stage of the therapy is the functional assessment of clients, which is the basis for planning an appropriate and scientifically based intervention. Tests for functional evaluation of the nervous system are an essential part of the phase of the functional study and are the basis for subsequent analysis and evaluation. The paper presents the role of the application and the results from two tests for functional assessment of upper limbs in neurological clients – Nine hole peg test and ABILHAND.*

***Keywords:** Neurorehabilitation, functional assessmen, upper extremity, Nine hole peg test and ABILHAND.*

## **ВЪВЕДЕНИЕ**

Неврологичните увреждания са със социална значимост поради последиците и усложненията от тях, водещи до трайна нетрудоспособност и социално изключване. Заболяванията с най-голяма медико-социална значимост са: инсулт, черепно-мозъчни травми, ДЦП, множествена склероза и други. Съвременната неврорехабилитация е индивидуализирана и съобразена с морфологичния и функционален неврологичен дефицит и нарушенията в когнитивните функции на конкретния болен. Тя е насочена към физическите и психологическите нужди на пациента, както и към факторите на заобикалящата го среда. Това се постига чрез възстановяване на физическите функции на пациента и/или чрез модифициране на физическата и социална среда на пациента. Съчетава методи като физически упражнения, участие в дейности от ежедневиия живот, заместващи техники и помощни средства, провеждани от координиран и добре обучен интердисциплинарен екип от специалисти – невролози, кинезитерапевти, ерготерапевти и др. Ерготерапията е важна част от комплексната рехабилитация на лица и деца с неврологични увреждания. Важен етап от терапията е изготвянето на функционална оценка на болните, която е основа за планиране на подходяща и научно-базирана интервенция.

---

<sup>4</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 11.05.2018 г. в секция „Промоция на здравето“ с оригинално заглавие на български език: РОЛЯ НА ФУНКЦИОНАЛНАТА ОЦЕНКА НА РЪКА В НЕВРОРЕХАБИЛИТАЦИЯТА.

Живеем във време на световен прогрес и високи информационни технологии. В ежедневието ни все повече навлизат постиженията на съвременната наука и техника. Предметите, които ни заобикалят са продукт на човешкия напредък и целят да улеснят и подобрят качеството ни на живот. Всички уреди и технически приспособления се привеждат в действие от ръцете на индивида. Всичко създадено от човечеството – от първите оръдия на труда, копие, лъка и стрелата до най-съвършените подводни, наземни и космически летателни апарати е проектирано от човешкия ум и реализирано от горните крайници. Kaplan E. B. (1965) отбелязва, че „ръката като познавателен орган представлява продължение на нашия мозък в заобикалящата ни среда” (Василева, 2016).

Когато сме здрави, никога не се замисляме за ролята на горните крайници в нормалния ни живот. Едва когато настъпи някакъв проблем, най-често неврологичен и водещ до пареза, си даваме сметка колко много се променя ежедневието ни (Yates D. W., 1999). Налице е болестно състояние не само на дадения крайник, но и на целия организъм, чувства се дискомфорт от невъзможността да се движат определени стави, силно се ограничава възможността за самообслужване, намаляват професионалните и социални контакти на човек, което сериозно се отразява и на психоемоционалното му състояние.

В ежедневната дейност на човека движенията на ръката се извършват най-често в няколко стави, като това е съпроводено обикновено с движение или поддържане на определена позиция в проксимално лежащите стави на **горния крайник**. Дори много от дейностите от ежедневието (ДЕЖ) като хранене, миене, тоалет, писане, отваряне на врата, посягане и хващане на каквото и да е предмет, се осъществяват чрез движение в повечето от ставите на цялата кинетична верига на горния крайник (Вачева, 2012).

Това важи с пълна сила и за извършването на различните трудови или продуктивни дейности, което налага разглеждането на ръката не само с нейните специфични движения (захватите), а целия горен крайник като една свършена биомеханична система, като един от най-важните функционални органи на човека.

За изготвянето на функционална оценка на горния крайник могат да бъдат приложени редица инструменти, като два от тях са Nine hole peg test (тест с девет дупки) и ABILHAND. Целта им е да се изследва сръчността и функционалността на горните крайници при неврологично болни клиенти.

## ИЗЛОЖЕНИЕ

Nine hole peg test (Тест с девет дупки) – представлява кратък стандартизиран, количествен тест за функцията на горните крайници. Използва се за измерване на сръчността на пръстите при пациенти с различни неврологични заболявания, като например: мозъчен инсулт, мозъчно увреждане, болест на Паркинсон и др. Необходимото оборудване за този тест е: табло (от дърво или пластмаса) с 9 дупки, разположени една от друга на 32 мм; контейнер за пръчици (или кутия); 9 пръчици и хронометър. Тестът не изисква специално обучение. Провеждането на теста протича, като клиентът седи пред маса с необходимото оборудване. Когато хронометърът се включи, клиентът започва да слага една по една всяка от пръчиците в съответната дупка възможно най-бързо. След като всички пръчици са поставени следва изследваният да извади и постави пръчиците на първоначалното им място в контейнера (кутията). По този начин се правят два последователни опита с доминиращата ръка и два последователни опита с недоминиращата (засегнатата) ръка. Общото време от всички опити се записва на лист. Административното време варира спрямо възможностите на клиентите, но общо не трябва да преминава 10 минути. Точкуването става средно от четирите проучвания.



Фигура 1: Необходимо оборудване

Двете изпитания за всяка ръка се осредняват, превръщат се в реципрочни стойности на средните времена за всяка ръка и след това се осредняват отново двете реципрочни. Този резултат може да се използва поотделно. Трябва да се има предвид, че клиентите показват по-слаби резултати при първото тестване поради липса на познание на задачата. Препоръчват се 3 или 4 администрации, за да бъдат дадени точни оценки на промените във времето.

**Male Norms:**

Age	Right hand normal time (seconds)	Right hand standard deviation	Left hand normal time (seconds)	Left hand standard deviation
21-25	16.41	1.65	17.53	1.73
26-30	16.88	1.89	17.84	2.22
31-35	17.54	2.70	18.47	2.94
36-40	17.71	2.12	18.62	2.30
41-45	18.54	2.88	18.49	2.42
46-50	18.35	2.47	19.57	2.69
51-55	18.93	2.37	19.84	3.10
56-60	20.90	4.55	21.64	3.39
61-65	20.87	3.50	21.60	2.98
66-70	21.23	3.29	22.29	3.71
71 and over	25.79	5.60	25.95	4.54

**Female Norms:**

Age	Right hand normal time (seconds)	Right hand standard deviation	Left hand normal time (seconds)	Left hand standard deviation
21-25	16.04	1.82	17.21	1.55
26-30	15.90	1.91	16.97	1.77
31-35	16.69	1.70	17.47	2.13
36-40	16.74	1.95	18.16	2.08
41-45	16.54	2.14	17.64	2.06
46-50	17.36	2.01	17.96	2.30
51-55	17.38	1.88	18.92	2.29
56-60	17.86	2.39	19.48	3.26
61-65	18.99	2.18	20.33	2.76
66-70	19.90	3.15	21.44	3.97
71+	22.49	6.02	24.11	5.66

Фигура 2: Референтни стойности в секунди по по и възраст

Hand	People with disabilities (A)	Older adults (B)	Children (C)
Dominant	52.56 <sup>a</sup> ± 42.13	28.90 <sup>a</sup> ± 10.62	52.75 <sup>a</sup> ± 12.28
Non-dominant	69.78 <sup>a</sup> ± 62.19	29.40 <sup>a</sup> ± 6.62	52.75 <sup>a</sup> ± 19.29

<sup>a</sup> Identical letters on each row represent groups with no indication of significant difference at the .05 level

**Фигура 3:** Референтни стойности при хора с увреждания, стари хора или деца

Ако клиентът е постигнал време, което попада в рамките на възрастовите норми (т.е. разположено в диапазона на нормалното време в секунди +/- стандартното отклонение), тогава се счита, че фините двигателни умения са нормални. Ако времето е необичайно високо (извън този диапазон), клиентът трябва допълнително да бъде тестван за дефицити.

Скалата ABILHAND измерва способността на човек сам да се справя с ежедневните дейности, които изискват използването на горните крайници, каквито и да са стратегиите. Инструментът служи за оценяване чрез интервю, като измерва възприеманата от пациента трудност при използването на ръцете си за извършване на дейности в ежедневието, свързани с тях. От пациентите се изисква да оценят затрудненията, които изпитват, изпълнявайки 23 конкретни дейности, използвайки следното точкуване: 0 = невъзможно, 1 = трудно, 2 = лесно.

ABILHAND

Име, години:

Диагноза:

Колко трудно е изпълнението на следните дейности?	Невъзможно	Трудно	Лесно	?
1. Закопчаване на цип на панталон				
2. Закопчаване на панталон				
3. Закопчаване на цип на яке				
4. Закопчаване на яке				
5. Закопчаване на риза				
6. Изрязване на ноктите				
7. Изпиляване на ноктите				
8. Измиване на ръцете				
9. Белене на лук				
10. Намазване на масло върху хляб				
11. Рязане на месо				
12. Белене на картофи с нож				
13. Отваряне на буркан с винт				
14. Отваряне на шоколад				
15. Слагане на паста за зъби върху четката				
16. Отваряне на пакет				
17. Отваряне на бутилка				
18. Белене на ядки				
19. Подостряне на молив				
20. Разопаковане на пакет				
21. Отваряне на плик/писмо				
22. Забиване на пирон				
23. Вдяване на игла				

**Фигура 4:** Инструмент за оценка ABILHAND

Настоящото проучването се проведе в СПЕЦИАЛИЗИРАНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ ПО ФИЗИКАЛНА И РЕХАБИЛИТАЦИОННА МЕДИЦИНА (СБАЛФРМ) „МЕДИКА“ и ДОМ ЗА ВЪЗРАСТНИ С ФИЗИЧЕСКИ УВРЕЖДЕНИЯ (ДФУ) „МИЛОСЪРДИЕ“.

Характеристика на изследвания контингент:

**Таблица 1:** Характеристика на изследвания контингент

Характеристика на изследвания контингент	
Общ брой изследвани потребители	8
Мъже	3
Жени	5
Средна възраст /мъже/	56 г.
Средна възраст /жени/	79 г.
Брой потребители с водещо <i>неврологично заболяване</i>	8

Общият брой потребители, взели участие в настоящото проучване е 8, от които 5 жени и 3 мъже, всички те с неврологични заболявания.

Резултатите от проведения Nine hole peg test при потребителите от женски пол отразяват, че със здравия си горен крайник всички успяват да извършат теста в рамките на 30 – 40 секунди, но със засегнатия горен крайник времетраенето варира от 1 – 3 минути.

При потребителите от мъжки пол става ясно, че със здравия си горен крайник мъжете успяват да извършат теста в рамките на 28 – 40 секунди, но със засегнатия времетраенето варира от 1 – 2 минути. Един от потребителите се справя със здравия си горен крайник, но когато трябва да извърши теста със засегнатия, не успява поради това, че захватът му е твърде нарушен, поради което не успява да хване дървените пръчици и да извърши теста.

Обобщените резултати показват, че при всички клиенти се наблюдават нарушени фини моторни умения, предимно в засегнатия крайник, но и в здравия, което е показател, че са налице трайни увреждания в изследваната група от неврологично болни. При извършването на теста със засегнатия горен крайник се забелязва, че при всички потребители времетраенето на изпълнението драстично се увеличава спрямо здравия горен крайник поради забавяне на движенията, наличие на тремор, мускулна слабост, нарушени захвати.

Резултатите от проведения тест за функционална оценка на горните крайници ABILHAND отразяват, че при по-голямата част от потребителите изпълнението на определените дейности е невъзможно или трудно. Най-сериозни затруднения клиентите изпитват при закопчаване на цип или копчета, рязане, белене на лук и картофи и вдяване на игла. Като лесни дейности се открояват измиването на ръце и отварянето на бутилка, тъй като могат да бъдат извършени поотделно с всеки крайник, а не е необходимо съвместното използване на двете ръце. Всички останали дейности от теста се характеризират като трудни за изпълнение от неврологично болните.

## ИЗВОДИ

Nine hole peg test като цяло ни дава информация за нарушената сръчност на горния крайник и нарушени фини моторни умения, но за по-детайлно изследване е необходимо прилагането на допълнителни инструменти за оценка.

ABILHAND носи информация относно конкретни дейностни проблеми, които са много добра отправна точка за формулиране на конкретни терапевтични цели и план за интервенция.

## REFERENCES

Canadian Partnership for Stroke Recovery, Stroke engine, Abilhand URL <https://www.strokengine.ca/en/assess/abilhand/> (Accessed on 06.05.2018)

Feys, P. (2017). The Nine-Hole Peg Test as a manual dexterity performance measure for multiple sclerosis. Published online 2017 Feb 16 URL <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5405844/> (Accessed on 06.05.2018).

Vasileva, D. (2016). Prouchvane varhu vazmozhnostite na kineziterapiyata za terapevtichno povliyavane pri bolni s mozachen insult v hronichen period. Disertacionen trud, Sofia (**Оригинално заглавие:** Василева, Д., 2016. Проучване върху възможностите на кинезитерапията за терапевтично повлияване при болни с мозъчен инсулт в хроничен период. Дисертационен труд, София)

Vacheva, D. (2012). Medicinska rehabilitaciq I ergoterapiya pri pacienti s fraktura na distalniq radius, Izdatelstvo: IC-MU Pleven, Pleven (**Оригинално заглавие:** Медицинска рехабилитация и ерготерапия при пациенти с фрактура на дисталния радиус, Издателство: ИЦ – МУ Плевен, гр. Плевен)



FRI-K.201-SSS-HP-05

---

## COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE MOST USED IN CLINICAL PRACTICE FUNCTIONAL TESTING TESTS IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS<sup>5</sup>

---

### **Luboslava Daneva– Student**

Department of Public Health and Social Activities,  
“Angel Kanchev” University of Ruse  
E-mail: ldaneva@abv.bg

### **Melian Demerinova– Student**

Department of Public Health and Social Activities,  
“Angel Kanchev” University of Ruse  
E-mail: melian@abv.bg

### **Pr. Assist. Prof. Denitsa Vassileva - Scientific Supervisor**

Department of Public Health and Social Activities,  
“Angel Kanchev” University of Ruse  
E-mail: ddecheva@uni-ruse.bg

***Abstract:** Multiple sclerosis (MS) is a potentially disabling disease of the brain and spinal cord (central nervous system). In MS, the immune system attacks the protective sheath (myelin) that covers nerve fibers and causes communication problems between your brain and the rest of your body. Eventually, the disease can cause the nerves themselves to deteriorate or become permanently damaged.*

***Keywords:** Multiple sclerosis, brain disease, spinal cord, CNS, Immune system, myelin, nerves.*

### **ВЪВЕДЕНИЕ**

Множествената склероза е заболяване, познато още от 1868г., описано за първи път от Жан Шарко. МС или още мултиплената или дисеминираната склероза е хронично възпалително аутоимунно заболяване, с генетично предразположение, което в комбинация с фактори на околната среда довежда до каскада от имунни отговори и наличие на пръснати плаки на демиелинизация. В резултат се наблюдава нарушение на способността на мозъка да контролира функции като зрение, ходене, говорене. Нарича се “множествена”, защото се засягат множество пръснати зони от главния и гръбначния мозък. Нарича се “склероза”, защото болестта предизвиква “склероза” или уплътнение на мозъчната тъкан в засегнатите области от главния или гръбначния мозък. Заболяването засяга предимно жени от бялата раса във възрастовия диапазон 20 – 50 год., като честотата на разпространение значително е нараснала през последните години.

Поради наличието на сходни симптоми в много други състояния, множествената склероза е сред заболяванията, чието диагностициране е изключително трудно и понякога това отнема между 5 и 10 години. Време, в което заболяването прогресира бързо и в много от случаите, при диагностицирането му пациентите вече са с различна степен на инвалидност.

Това определя необходимостта от прецизна и широкоспектърна тестова батерия за определяне нивото на двигателните способности на такива пациенти с цел максималното им запазване, превенция от инвалидизация и запазване способността за самообслужване. Най-важната цел е да се забави и намали инвалидизацията на пациента в дългосрочен аспект.

---

<sup>5</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 11.05.2018 г. в секция „Промоция на здравето“ с оригинално заглавие на български език: СРАВНИТЕЛНА ХАРАКТЕРИСТИКА НА НАЙ-ЧЕСТО ИЗПОЛЗВАНИТЕ В КЛИНИЧНАТА ПРАКТИКА ТЕСТОВЕ ЗА ФУНКЦИОНАЛНА ОЦЕНКА ПРИ ПАЦИЕНТИ С МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА.

Лечението се различава според формата на протичане и според това дали заболяването е в пристъп или в ремисия. Подразделя се на лечение на пристъпите, модифициращо хода на заболяването и симптоматично.

## ИЗЛОЖЕНИЕ

*Целта на настоящото съобщение е да се направи сравнителна характеристика на най – често използваните функционални тестове за определяне на двигателното ниво при пациенти с МС в клиничната практика.*

При множествената склероза настъпва възпалителна демиелинизация на бялото мозъчно вещество в централната нервна система (ЦНС) с участието на Т и В лимфоцитите и макрофагите. Нарушава се провеждането на импулсите в ЦНС, което довежда клинично до неврологичен дефицит. Основната структура засегната при МС е миелинът - предпазната обвивка на нервните влакна. Те се заместват с ръбцова тъкан и се формират характерните за заболяването плаки. Увредените нерви не могат да изпълняват проводната си функция на нервни импулси от и до мозъка. Това води до редица зрителни, слухови и двигателни нарушения. Етиологично се счита, че причина за възникването ѝ имат генетична предиспозиция, екзогенни фактори, вирусни инфекции и др.

Клиничната картина на МС е изключително богата и разнообразна, като началото може да бъде моно- или полисимптомно. Симптомите при дадени болни могат да се развият в рамките на няколко минути, при други – за часове и дни, а при трети – за седмици и месеци.

Двигателните смущения се изявяват като мускулна слабост и спастичност, които в началото се появяват в долните крайници и по-късно се оформят като долна спастична парапареза, а при по-тежките случаи и като квадрипареза (включване на всички крайници). Обикновено двигателният дефицит се съпровожда и от координационни нарушения, изразяващи се в залитане при ходене (атаксия), тремор, скандиран говор и др.

Сетивните нарушения могат да бъдат от възбуден тип (изтръпване, мравучкане, болки) или от отпадни (намалена чувствителност). Болките при МС по принцип са по-рядко явление-основно в гърба, във врата, в гръдния кош или под форма на типична тригеминална невралгия.

Зрителните и очедвигателните нарушения са сравнително чести и могат да бъдат начална проява на МС при около 30% от болните. Налице е намаляване на зрението за часове или дни, понякога до пълна слепота. Характерно за зрителните смущения е, че зрението се възстановява частично или напълно при 70 % от пациентите. При засягане на очедвигателните нерви се наблюдава двойно виждане (диплопия Типичен симптом е едностранният нистагъм, което при млади хора насочва към поставяне на диагноза множествена склероза.

При плаки в мозъчния ствол, където преминават множество аферентни и еферентни нервни пътища се наблюдават разнообразни двигателни, очедвигателни, координационни и др. разстройства, изразяващи се в нистагъм, атаксия, световъртеж, парестезии, тригеминална невралгия, пареза на лицевия нерв.

Разстройствата в дейността на тазовите резервоари могат да се наблюдават като начални прояви на МС при около 5 % от болните, но по-късно се появяват в над 50 % от тях. Най-чести са смущенията в уринирането (микционни смущения), които се изразяват в императивни позиви, често уриниране особено през нощта, незадържане на урината. Причината за тези разстройства е в нарушаване функцията на пикочния мехур, който може да бъде паретичен, с повишен тонус на външния сфинктер, хиперрефлексия на детрузора (мускула, свиващ мехура) и др. Разстройствата на дефекацията са сравнително по-редки – предимно констипация (запек) и по-рядко инконтиненция (незадържане на фецеса).

Освен това се наблюдават корова слепота, частични и генерализирани епилептични пристъпи, психични нарушения (по – често депресия и по-рядко еуфория), проблеми с паметта и когнитивни (познавателни) нарушения и др. Характерни за мозъчната склероза са и т. нар. пароксизми, които представляват краткотрайни, внезапно появяващи се симптоми, като болезнени спазми на определени мускули, парестезии, тригеминална невралгия, нарушения в говора и походката, гримасничене и др. Пароксизмите могат да траят от няколко секунди до две минути и се повтарят многократно през деня

Един от характерните белези на МС е умората, която се описва като чувство на физическо изтощение без да има връзка с физическо натоварване. Болните лесно се уморяват, липсва им инициатива за физическа и психическа активност. Чувстват се изморени дори след ставане от сън, като най-уморени са в следобедните часове. Друг характерен белег при болните от МС е чувствителността към топлина. Всяко повишение на телесната температура, топлинни процедури като напр. гореща вана и др. влошават болестните симптоми, особено зрението. Смята се, че това е свързано с блокиране на нервните импулси от повишената температура, тъй като факторът на сигурност при МС е снижен.

Богатата клинична картина и различните вариации на комбиниране на отделните симптоми затрудняват не само диагностицирането на заболяването, а й определянето на нивото на двигателни възможности.

Клиничното диагностициране на мултиплената склероза е трудно, тъй като няма точен специфичен тест. Като диагностични методи се прилагат:

1. Магнитен резонанс на мозък
2. Евокирани потенциали
3. Лумбална пункция с изследване на церебро - спинална течност
4. Кръвни изследвания
5. Електромиография и тест за нервна проводимост

Определянето на нивото на функционалния двигателен капацитет се базира на група тестове за функционална оценка на моментното състояние, даващи информация за двигателните способности към момента, което при серийно тестване дават глобална информация за начина на протичане на заболяването, за неговата степен и скорост на прогресия.

### ***ТЕСТОВЕ ЗА ОТЧИТАНЕ НА НЕВРОЛОГИЧНИЯ И ДВИГАТЕЛНИЯ СТАТУС***

#### ***➤ СКАЛА ЗА КОЛИЧЕСТВЕНА ОТЧИТАНЕ НА УВРЕДАТА НА НЕВРОЛОГИЧНИТЕ ФУНКЦИИ***

Скалата за оценка на инвалидния статус на Курцке (СОИС) е метод за окачествяване на настъпващата инвалидизация при множествена склероза.[1] СОИС оценява увреждането на осем функционални системи (ФС) и позволява на невролозите да определят нивото им на функционалност. /EDSS/

*Курцке определя функционалните системи както следва:*

- A. Пирамидни функции*
- B. Церебеларни функции:*
- C. Функции на мозъчния ствол.*
- D. Сетивни функции.*
- E. Тазоворезервоарни функции.*
- F. Зрителни функции.*
- G. Психични функции.*
- H. Други функции.*

#### ***➤ СКАЛА ЗА ОТЧИТАНЕ НА ОБЩИЯ ФУНКЦИОНАЛЕН ДЕФИЦИТ ПО J.F. KURTZKE (1983)***

Оценяването е през 0.5 единици.

До 4.5 дефицитът е лек, умерен, тежък и с възможност да се изразява при една, две или повече ФС.

От 5 до 6.5 пациентът е подвижен с помощни средства и е способен да се придвижва на по-къси разстояния.

7- 9.5 Инвалидизацията е значителна и са засегнати жизненоважните функции.

Като 0 е нормален неврологичен статус, 10 е смърт.

Отделно всяка ФС се оценява по скала, при която 0 е липса на дефицит и 5-6 по-тежки състояние.

➤ **ИЗМЕРВАНЕ НА ФУНКЦИОНАЛНА НЕЗАВИСИМОСТ (FIM)**

Тестът включва 6 основни раздела, които са пряко свързани с ежедневните и физиологичните нужди на пациента. Всяко действие се оценява от 1 до 7 т. 1 е пълна функционална неспособност и 7 пълна независимост.

➤ **ТЕСТ НА BRUNNSTORM**

Дава бърза информация за състоянието на болния. Има два раздела: СТЕПЕНИ НА ФУНКЦИОНАЛНИ ВЪЗМОЖНОСТИ и СТАДИИ НА ФУНКЦИОНАЛНО ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ. Първият раздел е 5 степенна, като при 0 движение липсва. При функционалното възстановяване стadiите са 6. 1 липса на активни движения с вяли крайници.

➤ **ТЕСТ НА ASHWORTH**

Използва се за определяне на промените в мускулния тонус.

Приема се за „златен стандарт” при валидизиране на други тестове. 0 е нормален МТ, 4 крайникът е силно спастичен.

➤ **ОЦЕНКА НА ДЕЖ ПО БАРТЕЛ**

Освен възможностите за самостоятелно извършване на дейностите от ежедневния живот, тестът има стойност за проследяване на промените в хода на рехабилитационния курс.

➤ **ОЦЕНКА НА СПОСОБНОСТТА ЗА ХОДЕНЕ - TWELVE ITEM MS WALKING SCALE**

Скалата, която се състои от 12 елемента оценява до каква степен МС ограничава способността на пациента да върви. Всеки един от тях се оценява от 1 до 5, като 1 е без ограничение и 5 значително ограничение.

*Табл.1 Сравнителна характеристика на най-често използваните в клиничната практика тестове за функционална оценка на пациенти с МС:*

Наименование на теста	Време за изпълнение	Предимства	Недостатъци
Kurtzke	15 min	Глобален тест, високо информативен и изчерпателен по отношение на нарушенията в неврологичните функции и общия функционален дефицит	Дълъг за изпълнение и предназначен предимно за клинична оценка на неврологичния статус
FIM	5 min	Отчита нивото на функционална независимост и	Не дава информация за неврологичния статус и промените

		способността за самообслужване	в мускулния тонус
<b>Brunnstorm</b>	5 min	Дава бърза информация за моментното състояние на пациента по отношение на възможността за извършване на активни движения	Неинформативен по отношение способността за изпълнение на ДЕЖ
<b>Ashworth</b>	5 min	Информативен по отношение промените в мускулния тонус	Не дава информация за способността за самообслужване и придвижване
<b>Bartell</b>	6-7 min	Оценява възможностите за самостоятелно извършване на дейностите от ежедневиия живот	Не отчита неврологични клинични промени по отношение на мускулния тонус и други показатели
<b>MSWS – 12</b>	5 min	Отчита способността и качеството на локомоцията	Не дава информация за функционалния дефицит

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Въз основа на направената сравнителна характеристика на най – често използваните тестове в клиничната практика за функционална оценка на пациентите с МС се стигна до извода, че има много на брой тестове, всеки информативен за конкретен показател, но липсва единен, комплексен тест за оценка и проследяване едновременно на функционалните способности и на клиничните неврологични показатели.

### REFERENCES

- <https://spravochnik.framar.bg/%D0%BA%D0%BB%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B8-%D0%BF%D1%8A%D1%82%D0%B5%D0%BA%D0%B8/%D0%BA%D0%BF-61-%D0%B4%D0%B8%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0-%D0%BB%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5-%D0%BC%D1%83%D0%BB%D1%82%D0%B8%D0%BF%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B0-%D1%81%D0%BA%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%B0>
- [https://www.va.gov/MS/Professionals/diagnosis/Kurtzke\\_Expanded\\_Disability\\_Status\\_Scale.asp](https://www.va.gov/MS/Professionals/diagnosis/Kurtzke_Expanded_Disability_Status_Scale.asp)
- <https://www.saebo.com/the-stages-of-stroke-recovery/>
- <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/multiple-sclerosis/symptoms-causes/syc-20350269>
- <https://anadolubg.com/%D1%81%D0%B8%D0%BC%D0%BF%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D1%82%D0%B5-%D0%BD%D0%B0-%D0%BC%D0%BD%D0%BE%D0%B6%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%B0-%D1%81%D0%BA%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%B0/>
- <http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel.pdf>

FRI-K.201-SSS-HP-06

---

## MAKING THE PIECES FIT – INTERNATIONAL MODULE ON MENTAL HEALTH<sup>6</sup>

---

### **Seda Ziyadin – Student**

Department of Public Health and Social Activities,  
“Angel Kanchev” University of Ruse  
Tel.: +359 895081939  
E-mail: s159107@stud.uni-ruse.bg

### **Yoana Vladimirova – Student**

Department of Public Health and Social Activities,  
“Angel Kanchev” University of Ruse  
Tel.: +359 895195897  
E-mail: s159107@stud.uni-ruse.bg

### **Assoc. Prof. Liliya Todorova, PhD - Scientific Supervisor**

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

***Abstract:** Abstract: The paper presents reflection on the authors' participation in the international module “Making the pieces fit” on community based mental health. The course was organized by “Vasile Alecsandri” University of Bacau in co-operation with Artevelde University College (Gent, Belgium). The three-day training provided opportunities for learning from each other in an international and intercultural environment. Two Belgium teachers shared their profound practical expertise in the field. Students were engaged in interactive workshops, case-studies, sharing experiences and reflection. Students present their thoughts and impressions from participating in the module.*

***Keywords:** Internationalisation, Community Based Mental Health, Occupational Therapy*

## **ВЪВЕДЕНИЕ**

Докладът отразява рефлексия от участието в международният модул "Да сглобим пъзела", проведен в гр. Бакъу, Румъния, от 2 до 6 май 2018 г. Събитието беше организирано от Университета "Василе Александри" в Бакау в сътрудничество с Университета Артевелде в Гент, Белгия, с участието на студенти и преподаватели от Румъния, Белгия, Молдова и България. Обучението предостави възможност за обмяна на опит в работата в общността за психично здраве в международна контекст и културно разнообразие.

## **ИЗЛОЖЕНИЕ**

### **„Да сглобим пъзела“**

Модулет е плод на общите усилия на три университета от Румъния, Белгия и Финландия със съдействието на Консорциума от висши училища по здравеопазване и рехабилитация в Европа (СОНЕНРЕ, Consortium of Institutes of Higher Education in Health and Rehabilitation in Europe). Основаван през 1990 г., консорциумът осигурява възможности за изграждане на мрежи, споделяне на опит, информация и добри практики в интердисциплинарното обучение в сферата на здравеопазването, социалните грижи и рехабилитацията. Основната цел е насърчаване на интернационално, интердисциплинарно и интерпрофесионално

---

<sup>6</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 11.05.2018 г. в секция „Промоция на здравето“ с оригинално заглавие на български език: „ДА СГЛОБИМ ПЪЗЕЛА – МЕЖДУНАРОДЕН МОДУЛ ЗА ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ“.

сътрудничество и изграждане на капацитета в сферата на здравното образование на членуващите институции.

Традиционно модулът събира преподаватели и студенти от висши училища в Белгия, Финландия и Румъния на тридневна интензивна работа в сферата на услугите за психично здраве, базирани в общността. За трета поредна година Русенският университет получи покана за участие с финансова подкрепа от СОНЕНРЕ. През 2018 г. университетът беше представен от две студентки от трети курс по специалност Ерготерапия и един преподавател.

В изданието през 2018 г. се включиха общо 30 студенти по ерготерапия и кинезитерапия. Международното участие беше представено от студенти от Белгия, България, Италия и Молдова. Лектори на модула бяха Крис Колиер и Петра Спелеерс от Университетския колеж Артевелде в Гент. Двете преподавателки притежават богат практически опит в работа с лица с психични проблеми, който споделиха с колегите и студентите, които от своя страна бяха активно ангажирани в учебния процес чрез различни задачи, решаване на проблеми, работа по казуси, рефлексия и др.

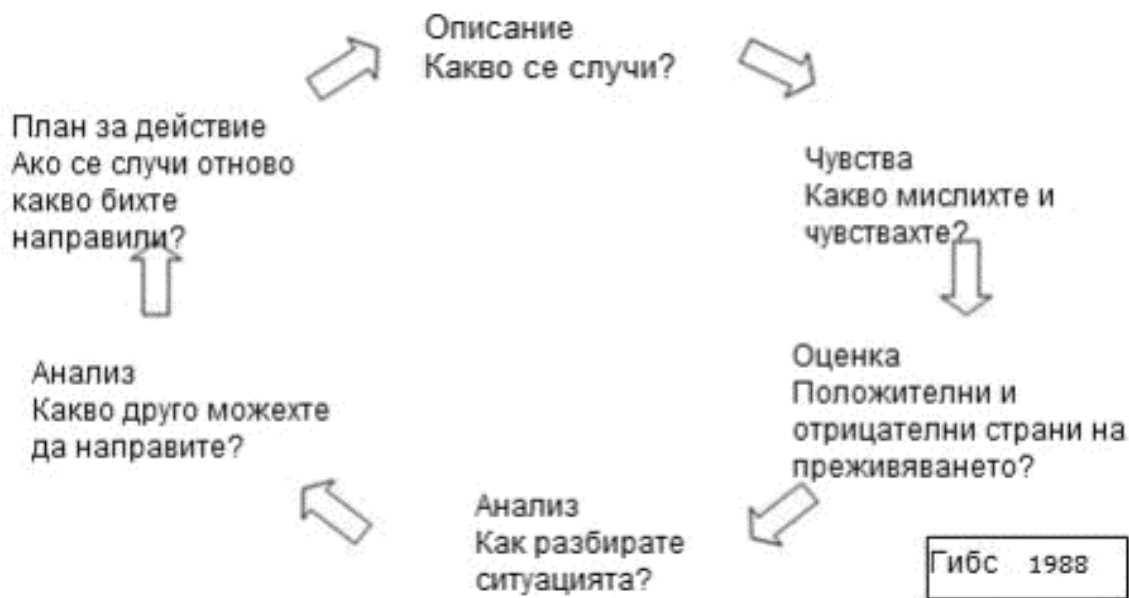
Продължителност на обучението беше 4 дни, три от бяха проведени в Университета в Бакъу, а последният – в Психиатричната болница в Яш.

Разнообразието от обучителни методи целеше да подкрепи различни стилове на обучение – лекции, семинари, групова работа, решаване на казуси и задачи, насърчаващи екипна работа между студентите по двете здравни специалности.

### Рефлексивен цикъл на Гибс

Рефлексивният цикъл на Гибс е предпочитан модел за рефлексия, който служи на практикуващите като инструмент да се поучават от собствения си опит. За първи път той е публикуван от автора през 1988 г. в труда *Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods*. Рефлексията се използва за анализ на дадена ситуация, на проведените действия, на преживяванията с цел да се планират алтернативни клинично обосновани действия.

Моделът включва 6 фази, графично представени на фиг. 1.



Фигура 1. Рефлексивен цикъл на Гибс (1988)

1. *Описание* – съдържа конкретни факти за ситуацията, върху която се провежда рефлексията. Водещи въпроси:

- Къде, кога и какво се случи?  
Каква беше твоята роля в ситуацията?  
Кои бяха участниците?  
Каква беше ролята на другите?  
Какъв беше резултатът от тази ситуация?
2. *Чувства* – в тази фаза се споделят реакциите и емоциите по време на преживяването. Водещи въпроси:  
Какво чувствахте преди събитието?  
Какво чувствахте по време на преживяването?  
Какво почувствахте след събитието?
3. *Оценка* – съдържа обективна оценка на ситуацията, споделят се позитивните и отрицателните страни на преживяването. Водещи въпроси:  
Как оценявате вашето участие и участието на другите?  
Какво постигнахте и с какво не успяхте да се справите?  
Какви затруднения имахте, какво научихте, какви изводи направихте?
4. *Анализ* – в тази фаза се анализира личното участие в ситуацията. Водещи въпроси:  
С какво се справиха останалите, а вие не можахте?  
С какви проблеми се сблъскахте?  
На какво се дължат проблемите, ако е имало такива?
5. *Извод* – описват се направените изводи от преживяването. Водещи въпроси:  
Какво научихте за себе си?  
Какво бихте променили?  
Какво бихте направили отново по същия начин?
6. *План за действие* – в тази фаза се описват действия, които трябва да се предприемат при следваща такава ситуация, за да доведат до по-добър резултат.

#### **Лична рефлексия от участието в модула**

##### **Описание**

Модулът започна с представяне на всички участващи студенти и преподаватели. Запознанството продължи в двора на университета със забавни опознавателни игри, които допринесоха за сплотяването на групата.

Обучението протече под формата на лекции и семинари с фокус върху взаимодействието между личността на психично болния и средата при изпълнението на дадена дейност. Дискутирани бяха различните психични заболявания, както и дейностният дисбаланс като често срещано нарушение и при здрави лица.

Семинарите включваха групова работа по различни казуси. Всеки път групите бяха в различен състав, което позволи на участниците да изпитат различни стилове на работа и да се опознаят по-добре.

Социалната вечеря, проведена в приятно заведение в национален стил, допринесе за създаването на нови приятелства и контакти, както и за доброто настроение в цялата група, което не беше помрачено дори от липсата на музика и танци.

В края на модула всеки получи плик с картичка с хубави думи и пожелания от останалите участници. Обучението приключи с българско право хоро и с румънско хоро.

##### **Чувства**

Чувствата бяха смесени – радост, притеснение, тъга, страх, изненада и вълнение. Радостта се дължеше на това, че имаме възможност да участваме в модула, да се запознаем с нови хора и да придобием нови знания. Останахме приятно изненадани от приветливото отношение на учителите и от начина им на преподаване. Притеснението беше породено от езиковата бариера и непознатата среда. Страхът произтичаше от вероятността за провал, а тъгата беше неизбежна в края на модула, когато трябваше да се сбогуваме.

Всеки ден ни носеше нови вълнения, малко умора, но и голямо удовлетворение. Успокоихме се, когато забелязахме, че езиковото ниво на другите студенти не е по-високо от нашето. Ученето беше забавно, с много усмивки, смях и положителни емоции, които отнесохме със себе си.



### **Оценка**

Оценяваме собственото си участие на едно достойно за нашата специалност ниво. Показахме знания и умения и представихме нашия университет и страната ни на високо ниво. Взехме участие във всички дейности, бяхме активни и слушахме внимателно всичко. Справихме се със задачите въпреки езиковата бариера. Отговаряхме адекватно на зададените въпроси и участвахме активно в изпълнението на възложените казуси и дейности. Основните предизвикателства бяха преодоляването на притеснението и английският език, но те изчезнаха с течение на времето.

Най-трудната задача беше да измислим казус по зададени критерии и после да го представим. По-лесни бяха индивидуалните дейности като рисуване, изработване на аксесоари, както и дискусиите и игрите. Тъй като искахме да се представим добре, не си позволихме да подценим нито една ситуация.

За нас това не беше просто едно преживяване – почивка далеч от родния град. Научихме много нови неща, създадохме нови връзки, представихме града и университета си. С участието си в този модул доказахме, че ние, българите, сме сериозни, отговорни и работим усърдно.

### **Анализ**

Решението да се включим в модула беше спонтанно, защото знаехме, че ще бъде полезно и интересно. По време на модула осъзнахме колко е важно да се включваме в такива мероприятия и да се възползваме от предоставените възможности. В края на модула надградихме придобитите знания и умения за работа в сферата на психичното здраве.

Липсваше ни предварителната подготовка, дори не бяхме се запознали с програмата. От друга страна установихме, че нашата подготовка по специалността е на високо ниво и знанията ни се припокриват с тези на останалите студенти. Разликите бяха в начина на преподаване, тъй като преподавателите наблягаха повече на практиката отколкото на теорията. Несъмнено теорията е важна част от обучението, тъй като при някои задачи, колкото и интересни да бяха, се губеше връзката с нея.

### **Извод**

Благодарение на този модул преодолях притеснението си относно разговорния английски, изявата ми на публични места и изразяването на мнение. За себе си осъзнах, че мога да бъда много добра актриса, да се сприятелявам с непознати и че решението за участие в този модул е било най-правилното в следването ми до този момент. Ако имах възможност да изразя мнение, бих дала предложение за промяната във формата на модула – да се включи повече теоретична част и всички студенти още в началото да разкажат как работят с такива клиенти в съответната страна (Седа).

Установих, че нивото ми на английски език е по-високо, отколкото си мислех, че мога да работя в група, с непознати хора от различни националности, всички с различно владение на езика, но накрая има видими резултати. Трябваше да се подготвим по-добре, да не се притесняваме толкова много от изява, представяне, презентирание и изказване на мнение. (Йоана).

### **План за действие**

Ако имаме възможност отново да участваме в подобен модул, ще се наслаждаваме много повече на преживяването, ще променим подхода си към околните, ще обърнем по-голямо внимание на езиковата подготовка, ще проявим по-голям интерес към работата на ерготерапевтите в другите страни и също така ще заделим повече време за разходки и разглеждане на забележителности.

Следващата година се планира този модул да се проведе в нашия университет и като домакини трябва да бъдем по-самоуверени, за да се представим на ниво. Румънските колеги бяха много отзивчиви с нас, развеждаха ни, обясняваха ни, помагаша ни при избора на храна, превеждаха ни, насочваха ни къде да ходим, къде да пазаруваме, придружаваха ни, за да не се изгубим или просто, защото е станало тъмно. Изводът за нас е, че трябва да променим своето отношение и поведение към чуждестранните студенти, повече да ги подкрепяме и да им помагаме.

## ИЗВОДИ

Участието в международни модули е приятно, полезно и обогатяващо преживяване, което препоръчваме на всички студенти. По този начин не само се овладяват нови знания и умения, но се създават нови познанства и приятелства. Това допринася за бъдещата професионална реализация, но също така и за представянето на професията и на университета.

Включването в такива събития изисква сериозна предварителна подготовка както по специалността, така и по чужд език. Би било хубаво студентите да са подготвени с презентация за своя университета или за родното си място. Най-важното е да сме мотивирани и да дадем най-доброто от себе си.

## REFERENCES

COHEHRE: <http://www.coehre.com/>

Making the pieces fit: Community-based mental health module, study guide.

University of Cumbria, Gibb's Reflective Cycle: <https://my.cumbria.ac.uk/media/MyCumbria/Documents/ReflectiveCycleGibbs.pdf?fbclid=IwAR2yyBfrse9gkiQooyfyNOX0OBGNerW-YFCbI8I1bsTp2Ee0gLFmPeYwSYc> (Accessed on 10.05.2018)

Oxford Brookes University (GB), Reflective Writing about Gibbs Reflective Cycle: <https://www.brookes.ac.uk/students/upgrade/study-skills/reflective-writing-gibbs/?fbclid=IwAR2U8EoDpZT8dz8QLmHsJp1wUGR0a1cdFhG259ndXAuyM6iPqysKE4ok8dY> (Accessed on 10.05.2018)

Gibbs G (1988) Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods. Further Education Unit. Oxford Polytechnic: Oxford.

FRI-K.201-SSS-HP-07

---

## EVALUATION OF THE RELIM METHOD AND HOW IT CAN BE INTEGRATED INTO OUR CONTEXT <sup>7</sup>

---

**Ralitsa Racheva – Master student in Occupational Therapy**

Department of Public Health and Social Activities,

“Angel Kanchev” University of Ruse

Tel: +359889701862

E-mail: rali7o0@abv.bg

**Assoc. Prof. Liliya Todorova, PhD - Scientific Supervisor**

Department of Public Health and Social Activities,

“Angel Kanchev” University of Ruse

Phone: +359 82 821 993

E-mail: litod@uni-ruse.bg

***Abstract:** This paper reviews the findings of preliminary process evaluation on existing “Relim method” and the possibilities to integrate the knowledge in Bulgarian context. The project “Process Evaluation of the Relim Method: An organization in process” has been conducted in the international module Euro Education: Employability for All (EEE4All), organised by ZUYD University in Heerlen, Netherlands in collaboration with a Dutch company – the Relim Foundation. The project named above was collaborated between students from six European countries – Germany, Belgium, Netherlands, The United Kingdom, Slovenia and Bulgaria with their teachers and Relim. The aim of the research was to investigate whether the intended use of the Relim method updated in 2012 complies in practice. The main aim of this paper is to explore how we could effectively integrate Relim’s method and experience in Bulgarian context and what could be the benefits from it.*

***Keywords:** Relim method, psychological and psychiatric disabilities, work, labor market, integration, vocational rehabilitation.*

### ВЪВЕДЕНИЕ

Relim е холандска организация, която осигурява подкрепа на лица с психични и психиатрични заболявания със сериозни затруднения в трудовата реализация (EEE4all Students and Supervisors, 2018).

Методът на Relim включва две направления – трудова рехабилитация и ресоциализация. Разработен е така, че да дава на потребителите възможност сами да поемат контрол над живота си чрез учене и работа в защитена среда. Предлагайки на лицата значими и подходящи за тях дейности, се възпитават работни навици, отговорност, подпомага се откриването на собствената идентичност и амбиции. Новото и уникалното в този метод е възможността да направиш крачка назад и да се развиваш със свой собствен темп (Relim's Team, 2018).

Разработен в Холандия, методът непрестанно се оценява, развива и променя в сътрудничество с много партньори, един от които е ZUYD University of Applied Sciences, Heerlen.

Тази година екип от студенти от различни Европейски държави – Германия, Белгия, Холандия, Обединеното кралство, Словения и България, проведе проучване върху това дали приложението на метода, който последно е бил оценяван през 2012 г., все още е ефективно и към настоящия момент. Досегашните изследвания потвърждават, че методът е успешен и добър пример за ре/интеграция на лица с психични и психиатрични заболявания в сферата на труда, от който можем да почерпим основни модели и работещи практики.

---

<sup>7</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 11.05.2018 г. в секция „Промоция на здравето“ с оригинално заглавие на български език: ОЦЕНКА НА МЕТОДА НА РЕЛИМ И КАК БИ МОГЪЛ ДА БЪДЕ ИНТЕГРИРАН В НАШИЯТ КОНТЕКСТ.

## ИЗЛОЖЕНИЕ

### *Relim*

Организацията има повече от 25 години практика в сферата на подпомагането, обучението, рехабилитацията и професионалното обучение при лица с психични и психиатрични болести. Тя функционира на територията на провинция Южен Лимбург. Използват се методи за повишаване на социалната активност, предлагайки значими за потребителите дейности и развивайки необходимите професионални умения, чрез които те се овластяват да следват своите амбиции в кариерно развитие, което да отговаря на способностите и нуждите им. Крайната цел е да се натрупа положителен работен опит, да се повиши нивото на лична отговорност и да се възпитат умения за себеусъвършенстване, което подобрява шансовете за намиране и задържане на работно място извън защитената среда (Relim's Team, 2018).

През 2012 г. методът е обновен поради настъпилата криза в резултат от ограничените ресурси, недостига на персонал и сложните клинични случаи. Тогава е направена и последната оценка за функционирането на организацията до настоящия момент. За да се възстанови организацията, се налага да се направят известни промени, някои от които са генерални. Например през 2014 г. изцяло се сменя системата за документацията от хартиен носител към дигитални записи.

Промените до голяма степен изменят работата на организацията, което налага извършването на повторна оценка през 2018 г.

### *Трудова заетост при хора с психични и психиатрични заболявания*

Статистиката сочи, че психичните заболявания към момента са главен причинител на хронични състояния, които засягат населението в Европа. Според последните данни лицата с невропсихични заболявания наброяват 36,1% (Global Health Estimates, 2018). За съжаление за България не съществува статистика за трудовата заетост при лица с увреждания, още по-малко данни за тези с психични заболявания. Според Националния статистически институт процентът на пенсионери по болест в трудоспособна възраст в Европейските страни членки, включително България, варира между 2% и 11% (Denkova F., 2017).

Доказано е, че работата играе жизнено важна роля във възстановяването на много хора с психични здравословни проблеми (Shepherd et al., 2008). Трудовата заетост допринася и за взаимодействието между хората и общността, в която живеят, дава им структура на ежедневието и ресурсите да правят нещата, които са значими за тях (Social Exclusion Unit, 2003). Въпреки добре известното положително влияние на работната заетост върху хора с психични заболявания, често при тях конкуренцията за намиране и запазване на работно място се счита все още за твърде стресираща (Thornicroft G., 2006; McDaid D., 2008).

Съществуват много доказателства, че най-подходящата стратегия за осигуряване на работа на хора с тежки и продължителни психични заболявания, е осигуряване на индивидуална и интензивна подкрепа за намиране на конкурентно работно място, последвано от дългосрочна подкрепа на работното място, както за служителя, така и за работодателя.

В европейските страни са се наложили редица доказани практики за рехабилитация и ресоциализация на хора с психични и психиатрични разстройства. Например в справочника на Немската асоциация на психиатрия, физиотерапия и неврология (2012) се предлага директното настаняване на потребителя на работно място, придружено от подкрепящо обучение. Това, обаче е подходящо повече за хора с по-леки проблеми, докато хората с тежки психични разстройства се нуждаят от предварително обучение. Пробно проучване, направено на случаен принцип, също подкрепя извода, че назначаването с подкрепа е по-успешно от професионалното обучение (Burns et al., 2007). Същевременно се наблюдава тенденцията директно назначените потребители да не се задържат дългосрочно на работа. В това отношение Relim предоставя иновативно решение, като „назначава“ потребителите на организирани и съобразени с потребностите и възможностите им работни места, където получават необходимата подкрепа, защита и трудов опит.

### ***Ефективност на метода на Релим***

Потребителите на организацията доказано показват подобрения в четирите сфери – безопасност, здраве, трудоспособност и социална интеграция (Relim's Team, 2018).

През 2011 г. 35% от потребителите са завършили процеса на трудова рехабилитация успешно (Relim's Team, 2012).

Направеното през 2018 г. проучване установява наличието на дисбаланс, който се отразява с намалена производителност. Разкри се, че реформите в правителството на Холандия са повишили изискванията и напрежението, което е довело до криза в организацията през последните години. Новата ситуация е довела до намаляване на броя на работещите и увеличаване на задълженията на всеки един от тях, което се отразява негативно на способността на Relim да се адаптира към външните условия, създавайки пропаст между замисления първоначално метод и ставащото на практика. Възниква нужда от улесняване на комуникацията между мениджъри и работещи, за да се уеднаквят разбиранията за метода, мненията и ценностите.

Въпреки това служителите оценяват положително работната среда в Relim. Голяма част от тях изразяват мнение, че са необходими повече обучителни курсове по методиката и начините за нейното прилагане.

Последното проучване установи наличието на значителни разлики между функционирането на организацията в момента в сравнение с оценката от 2012 г. Трябва да имаме предвид, обаче, че вече са предприети действия по промяна и подобряване на изпълнението с цел подобряване на ефективността на метода. (EEE4all Students and Supervisors, 2018)

### ***Възможности***

От изложената по-горе информация и след проучване на възможностите на хората с психични и психиатрични заболявания в България можем да твърдим, че организация като Relim *няма аналог* на територията на нашата страна. Ползи от съществуването на такава организация, освен на лично ниво за потребителите, могат да бъдат открити и на по-глобално ниво. Стабилната заетост на хората с психични и психиатрични заболявания намалява процента на безработните, които разчитат изцяло на помощи от държавните фондове, повишават качеството на живот, което облагородява цялата общност, променя статута им от пасивни ползватели на услуги в данъкоплатци и активни социални единици.

Освен това е един от многобройните варианти за подкрепа на проекта за интеграция на хора с увреждания в тясна корелация със Закона за интеграция на хора с увреждания и би повишило процента на успеваемост при прилагането на изброените.

В случая с организацията Relim ставаме свидетели на дейността на една непрестанно самосезираща се и самоосъвършенстваща се структура, което доказва колко е важно **периодичното проследяване** на качеството и **налагането на промени** за запазване на първоначалната идеология в променящия се политически, икономически и социален контекст.

Важен пример за успешна практика е създаването на широк кръг от връзки с други организации, институции и учебни заведения. По този начин **партньорствата** дават допълнителна стабилност и възможности за разширяване на дейността, а също така повишават успеваемостта на самия метод.

### **ИЗВОДИ**

Създаването на партньорство с такава организация и следването на добрия пример би могло да окаже важно социално, политическо и икономическо положително влияние в България. Затова си заслужава да се направи по-задълбочено проучване по темата и да се разработи и реализира проект, насочен към разкриването на такъв вид организация за трудова интеграция и ресоциализация на хора, лишени от достъп до трудовата борса.

## REFERENCES

Закон за интеграция на хората с увреждания на Република България (2018). В сила от 01.01.2005 г.

Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R., Fioritti, A., & Knapp, M.. (2007). *The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. The Lancet*, 370(9593), 1146-1152. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)61516-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(07)61516-5).

Denkova F. (2017). *NSI of Bulgaria. National practice of collection of data on disability – data sources*. UN Regional Meeting, 6-8 June 2017, Almaty, Kazakhstan.

EEE4all Students and Supervisors (2018). *Process Evaluation of the Relim Method: An Organisation in Progress*, 1<sup>st</sup> ed., Heerlen: ZUYD University.

Global Health Estimates (2018). *World Health Organization*: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/) (Accessed on 30.01.2018).

German Association for Psychiatry, Physiotherapy and Neurology (2012). German guideline. <https://www.dgppn.de/en/guidelines-publications/guidelines.html>

McDaid D. (2008). *Countering the stigmatization and discrimination of people with mental health problems in Europe*. Research paper produced for the European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Brussels, European Commission [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/stigma\\_paper\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/stigma_paper_en.pdf).

Relim's Team (2018). *Relim-methodiek | Relim werkt!*. [online] Beterdoorwerk.com: <https://www.beterdoorwerk.com/relim-methodiek/relim-methodiek/> (Accessed on 10.05.2018).

Shepherd G., Boardman J., Slade M. (2008). *Making recovery a reality*. London, Sainsbury Centre for Mental Health: [https://www.meridenfamilyprogramme.com/download/recovery/tools-for-recovery/Making\\_recovery\\_a\\_reality\\_policy\\_paper.pdf](https://www.meridenfamilyprogramme.com/download/recovery/tools-for-recovery/Making_recovery_a_reality_policy_paper.pdf)

Thornicroft, G. (2006). *Shunned: discrimination against people with mental illness*. Oxford, Oxford University Press. <https://academic.oup.com/bjsw/article-abstract/37/4/762/1628342?redirectedFrom=fulltext>.

FRI-K.201-SSS-HP-08

---

## ENDOGENOUS OPIOID SYSTEM<sup>8</sup>

---

### **Ana-Maria Kalcheva - Stusent**

Department of Public Health and Social Activities,  
“Angel Kanchev” University of Ruse  
E-mail:anna-mariq@abv.bg

### **Christian Nikolayev - Stusent**

Department of Public Health and Social Activities,  
“Angel Kanchev” University of Ruse  
E-mail: nikolaev@abv.bg

### **Vanya Dacheva - Scientific Supervisor**

Department of Public Health and Social Activities,  
“Angel Kanchev” University of Ruse  
E-mail: vdacheva@uni-ruse.bg

***Abstract:** The endogenous opioid system is one of the most studied pain-relieving systems. This system consists of widely scattered neurons that produce three opioids: betaendorphin, met-enkephalins, and the dynorphins. These opioid substances act as neurotransmitters and neuromodulators at three major classes of receptors, termed mu, delta, and kappa, and produce analgesia. Like their endogenous counterparts, the opioid drugs, opiates, act at these same receptors to produce both analgesia and undesirable side effects.*

***Key words:** endogenous opioid system, mu receptor, delta receptor, kappa receptor.*

### **ВЪВЕДЕНИЕ**

Този научен доклад цели да изясни понятието „Ендогенна опиоидна система“, като покаже чрез множество научни изследвания, направени в периода от откриването ѝ до днес, нейното значение и широко приложение в различни сфери на медицинската практика. Ендогенната опиоидна система участва в поддържането на физиологичното равновесие между нервните и хуморални отговори в човешкия организъм. Тя функционира, като един вид информационна мрежа, която свързва различни части на нервната система. В нея съществуват рецептори, от които три са основни – *мю*, *делта* и *капа рецептори*.

Ендогенната опиоидна система е открита в края на XIX век, но интересът и вниманието на специалисти от различни научни сфери и днес продължава чрез провеждане на задълбочени и целенасочени изследвания, които разширяват познанията за нея и дават възможност за практическата ѝ реализация.

### **ИЗЛОЖЕНИЕ**

Ендогенната опиоидна система е регулатор на жизненоважните адаптационни процеси в човешкия организъм. Тя влияе върху начина, по който реагираме на околната среда, функционира, като един вид информационна мрежа, в която участват множество рецептори. Днешното разбиране за нея се простира далеч отвъд простото приемане за облекчаване единствено на болката и пристрастяване към упойващи вещества. Важно е осъзнаването, че ендогенната опиоидна система постига постоянно регулиране между болката и определени комуникативните места в мозъка, които преди това са смятани за поддържащи само на отделни функции.

В исторически план са обособени **два периода** на развитие на този проблем. **През**

---

<sup>8</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 11.05.2018 г. в секция „Промоция на здравето“ с оригинално заглавие на български език: ЕНДОГЕННА ОПИОИДНА СИСТЕМА.

**първия период** (от края на XIX век до началото на 70-те години на XX век) американския лекар А. Т. Still., в своята автобиография, отпечатана през 1897г., изказва следните мисли: „Всички лекарства, необходими за здравето, съществуват в човешката природа” и „Природата никога не е без необходимите лекарства”. През този начален период се провежда първият научен симпозиум на тема „Ендокоиди” (май 1984г., Fort Wart, щата Тенеси, САЩ). В проведени издадения през следващата година 500-страничен том от поредицата „Прогрес в клиничната медицина и биохимичното проучване”, № 162, още в предговора се подчертава, че „организмът създава най-добрите лекарства”. В своята уводна статия J. M. Kott детайлно разглежда въпроси от „Историята на медицината и концепцията за ендокоидите от дълбока древност”. **През втория период** (от началото на 70-те години на XX век до наши дни) вече почти едновременно и независимо един от друг, при това в отдалечени географски райони на планетата – например Швеция и САЩ, учени със собствени експериментални подходи и тълкуване представят първите оригинални данни пред научния свят. Най-убедителен пример в това отношение е едновременното откриване на опиоидната ендогенна рецепторно-медирана физиологична и терапевтична системи от три групи изследователи през 1973 г.

Първото физиологично доказателство, подсказващо за ендогенна опиоидна система, е демонстрирано от Akil и сътр. през 1972. Те демонстрират, че алгезия чрез електрическа стимулация на определени мозъчни области се премахва с налоксон – специфичен антагонист на опиоидните рецептори за болка.

В докалад „Автофармакология на организма. Ендогенни рецепторно-медирани физиологични и терапевтични системи“ д-р Николай Д. Темянов цитира последното 11 издание на Goodman and Gilman’s The pharmacological basis of therapeutics, 2006, в цялата 21 глава, в обем от 30 страници, Gustein и Akil разглеждат детайлно фармакологията на опиоидите. Тези учени разглеждат ендогенната опиоидна система като сложна и фина - с голямо разнообразие на ендогенни лиганди (повече от 12), но само с четири главни рецептора: мю, делта, капа и ноцицептин (орфанин). Като последният рецептор (ноцицептин) се счита, че не е опиоиден по своята функция, защото не взаимодейства като класически опиоидни лиганди (ендорфини, енкефалини, динофини). Приема се, че чрез стимулирането на този четвърти рецептор се обяснява развитието на толеранс (привикване).

Опиоидите представляват най-мощната ендогенна антистресова система на организма. Важна отличителна особеност е, че ендогенните опиоиди не потискат дихателния център (важен недостатък на всички екзогенни морфиноподобни лекарства от природен, полусинтетичен или синтетичен произход). Всеки индивид има различни усещания за болка, които са детерминирани от собствената на всеки организъм опиоидна система.

Опиоидните рецептори са широко разпространени в централната и периферна нервна система, което обуславя участието на опиоидната система в контрола на алгезията, респираторната, кардиоваскуларната, невро-ендокринната секреция, моторната активност, обучението и паметта, зависимостта и толерантността. Ефектите на опиоидните пептиди се осъществяват чрез опиоидни рецептори - мю, делта, капа. Те могат да бъдат открити в главен и гръбначен мозък, стомашно-чревния тракт и някои други органи в тялото. Обикновено те се активират от група ендогенни пептиди – енкефалини, динофини и ендорфин, които се отделят от самите неврони. Опиоидните рецептори могат да се активират и от вещества, които тялото ни не произвежда само – например алкалоидни опиати, чийто прототип е морфинът.



Фигура 1



Характеристики на опиоидните рецептори:

**Мю ( $\mu$ ) рецептор:**

- Ендогенен лиганд (биологично активно химическо вещества) – Ендорфини
- Локализация – таламус; сиво вещество около акведукта (PAG); substantia gelatinosa (гр. мозък); периферни сензорни неврони; гастроинтестинален тракт; ендотел; Кортекс (3 и 4 ламина).

- Функция:

- Физическа зависимост;
- Потиска център на дишане;
- Нарушаване на температурната хомеостаза;
- Имуносупресия;
- Аналгезия;
- Еуфория;
- Миоза;
- Спазъм на сфинктери;
- Намален чревен мотилитет;
- NO освобождаване.

Карин Лърман от университета в Пенсилвания се концентрира върху мю-рецептора. Тя изследва един генетичен вариант, присъщ на всеки четвърти човек. Това са хора с по-малка склонност да посегнат към цигарата и затова изследователката предполага, че имат по-малко мю-рецептори и никотинът им влияе по-слабо. За да докаже своето твърдение, тя прави опити с 22-ма пушачи, половината от които с генетично повечемю-рецептори, а останалите с нормален. И двете групи трябвало да изпуснат по една цигара, след което да споделят впечатленията си. Като участниците в изследването са попълнили анкета - доколко са се насладили на цигарата и колко по-добре се чувстват след изпушването ѝ. След което Лърман свързва данните с броя на мозъчните рецептори. Резултатът от проведеното проучване показва, че в групата с генетично повече мю-рецептори връзката се оказва недвусмислена и насладата от цигарата била толкова по-голяма, колкото повече били мю-рецепторите. Докато във втората група такава връзка не била открита. В бъдеще се планира повторение на експеримента с по-голяма група пушачи. Освен това ще бъде направена проверка за отражението на медикаментите, които блокират този рецептор. На база това изследване, може да направим извод, че мю-рецепторите, както и желанието за никотин са генетично обособени.

Франк Буут – професор по ветеринарна медицина от университета в Мисури – и колегите му развъждали селективно плъхове, които носели определени черти – едните били изключително активни, а другите – много мързеливи. След това на плъховете са инжектирани химикали, които да включват или изключват  $\mu$  (мю)-опиоидните рецептори, които отговарят за освобождаването на допамин в мозъка при мишките и хората. Когато тези рецептори били включвани у енергичните мишки, те ставали по-мързеливи. Активните плъхове имали 400% повече  $\mu$  (мю)-опиоидни рецептори от мързеливите. Изследователите пробвали също да изключат нацяло тези рецептори у активните плъхове, което отново понижило тяхната активност, но не толкова, колкото активирането на тези рецептори. Активирането и изключването на рецепторите при мързеливите плъхове не допринесло за големи разлики в поведението им.

**Капа ( $\kappa$ ) рецептор:**

- Ендогенен лиганд – Динофини.
- Локализира се: хипоталамус; клауструм; PAG; Substantia gelatinosa (гр. мозък); периферни сензорни неврони.

- Функция:

- Аналгезия;
- Седация;
- Миоза;

- Дисфория;
- Инхибиция на освобождаването на антидиуретичен хормон (АДХ).

Невробиологът Оливър Джордж изследва от години капа-рецептора. За разлика от мю-рецептора, той разпространява отрицателни и болезнени чувства. При проведените експерименти с плъхове и мишки, учените доказват, че капа-рецепторите също влияят на отношението към никотина. Двата рецептора са като тъмната и светлата страна на пристрастеността. Като светлата се явява мю-рецептора, а тъмната капа-рецептора. Независимо обаче дали светлата или тъмната страна играе роля, механизмът, който обяснява влечението към никотина, най-вероятно може да се разпростре и върху други зависимости като алкохола, кокаина или хероина.

#### **Делта (δ) рецептор:**

- Ендогенен лиганд – Енкефалини
- Локализация - малкомозъчни ядра; амигдала; обонятелни луковици; дълбоко в кортекса; ПСН.
- Функция:
  - Аналгезия;
  - Антидепресивен ефект;
  - Физическа зависимост.

Делта-опиоидният рецептор играе роля в регулацията на настроението. При проведени тестове с мишки, при тези от тях, които нямат делта-опиоидни рецептори, се наблюдава промяна в емоционалната реактивност – повишена тревожност и поведение, подобно на депресивното.

Прецизни изследвания в тази сфера са показали, че центровете за удоволствие в главния мозък могат да бъдат активирани, както чрез опасни наркотици, така и чрез физически упражнения. Това е причината много от модерните терапии за лекуване на наркотична зависимост да включват голяма физическа натовареност. Сега изследователи от университета в Мисури са открили, че тези центрове могат да се активират и да „награждават“ мозъка без нуждата от консумация на наркотици.

След като знаем, че физическите упражнения и зависимостта към субстанции следват един и същ химически процес в мозъка, можем да кажем, че активирането на тези рецептори у хора, пристрастени към опасни наркотици или алкохол, може да достави същото удовлетворение без нуждата от консумация.

Учени са установили, че поне част от еуфорията вследствие на интензивно физическо натоварване, означавана като "runner's high", се дължи на ендоканабиноидите - съединения, които се произвеждат в организма ни и са производни на някои от активните съставки на марихуаната, които предизвикват някои от психотропните ефекти от употребата ѝ. Това откритие разбива схващанията, че естествените форми на опиянение се дължат само на ендорфините, заради еуфоричното си действие. Докато ендорфините изглеждат ни помагат да се справим с чувството за болка в мускулите ни по време на тренировка, техните молекули са прекалено големи, за да прекосят кръвно-мозъчната бариера и да предизвикат ефект на "опиянение" като при ендоканабиноидите. Ендоканабиноидите обаче, съвсем не са единствените опияняващи съединения, които тялото ни произвежда - те не действат сами. Огромното разнообразие от различни психоактивни вещества, които сами си произвеждаме и комбинираният им действие разкрива някои интересни факти за механизмите, които сме развили в процеса на еволюция, за да потискаме болката и да стимулираме у нас приятни усещания.

#### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Работата на изследователи от различни научни сфери върху ендогенната опиоидна система показва, че тя е свързана с регулирането на жизненоважни адаптационни процеси в човешкия организъм. Тя влияе върху начина, по който реагираме на околната среда. Ендогенните опиоиди представляват най-мощната ендогенна антистресова система на

организма, а тяхна важна отличителна особеност е, че те не потискат дихателния център (основен недостатък на всички екзогенни морфиноподобни лекарства от природен, полусинтетичен или синтетичен произход). Техните рецептори са широко разпространени в централната и периферна нервни системи, което обуславя участието на опиоидната система в множество физиологични процеси в човешкото тяло, както и в контрола на аналгезията, обучението и паметта, зависимостта и толерантността.

#### REFERENCES

Temlenov, N. D. Report "Organopharmacology of the organism. Endogenous-Receptor-Mediated Physiological and Therapeutic Systems "  
ScienceDaily Magazine  
An article in TheCrux, DiscoverMagazine  
[www.medpharm-sofia.eu](http://www.medpharm-sofia.eu)

FRI-K.201-SSS-HP-09

---

## KINESITHERAPY AND FUNCTIONAL EVALUATION IN POST-STROKE STATES <sup>9</sup>

---

### **Aylin Jusufova - Stuent**

Department of Public Health and Social Activities,  
"Angel Kanchev" University of Ruse  
E-mail: aylin38021@abv.bg

### **Shengul Murtaza - Stuent**

Department of Public Health and Social Activities,  
"Angel Kanchev" University of Ruse  
E-mail: aylin38021@abv.bg

### **Assoc. Prof. Irina Karaganova, PhD - Scientific Supervisor**

Department of Public Health and Social Activities,  
"Angel Kanchev" University of Ruse  
E-mail: ikaraganova@uni-ruse.bg

***Abstract:** The stroke is a major health problem in developed countries. It is characterized by high morbidity, morbidity and mortality, and diseases of the nervous system most often cause severe disability due to neurological and / or cognitive deficits. Brain strokes are the third leading cause of death in developed countries after ischemic heart disease and neoplastic disease.*

***Key words:** Stroke, functional evaluation, kinesitherapy.*

## **ВЪВЕДЕНИЕ**

Мозъчният инсулт представлява остро разстройство на кръвообращението на главния мозък, настъпило вследствие на запушване на даден артериален съд, неговия спазъм или недостатъчност в кръвоснабдяването или вследствие на неговото разрушаване и последващо кръвоизлияние.

По външната си клинична проява вследствие тежестта и внезапността на заболяването, мозъчния инсулт се нарича още **мозъчна апоплексия** или **мозъчен удар**.

В по-широк смисъл Световната здравна организация определя мозъчния инсулт като **"бързо развиващи се клинични признаци на огнищни и/или общомозъчни нарушения на мозъчната функция, които продължават повече от 24 часа или водещи до смърт, без видима причина, различна от тази от съдов произход"**.

## **ИЗЛОЖЕНИЕ**

Мозъчните инсулти заемат челно място сред социално-значимите заболявания. Тяхното първостепенно медико-социално значение е резултат, както от високата заболеваемост и смъртност, така и от тежката инвалидизация на част от преживелите мозъчен инсулт болни.

В тази връзка, кинезитерапията е от решаващо значение за оптимално функционално възстановяване, профилактика на предотвратимата инвалидност и постигане на възможната според тежестта и вида на инсулта самостоятелност в ежедневната дейност.

Рехабилитацията на инсултни болните е много специфична и строго индивидуална. Тя е сложен и продължителен процес, който започва непосредствено след овладяване на коматозното състояние, особено активен е до 6-ия месец – 12 мес., когато функционалното

---

<sup>9</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 11.05.2018 г. в секция „Промоция на здравето“ с оригинално заглавие на български език: КИНЕЗИТЕРАПИЯ И ФУНКЦИОНАЛНА ОЦЕНКА ПРИ СЛЕДИНСУЛТНИ СЪСТОЯНИЯ.

възстановяване е най-бързо, но е удачно да продължи до 18-ия месец, след което следва поддържаща физикална терапия.

Възстановителната терапия на инсултните болните включва основно различни пасивни и активни физически упражнения и специализирани методи.

Тя цели да възстанови в максимална степен нарушената двигателна функция, така че болният да бъде в състояние да се придвижва сам или с помощта на помощно средство и да се самообслужва. Към рехабилитационните мероприятия се отнасят и тези насочени към възстановяване на нарушенията в говора, трудотерапията – функционална и професионална, като крайната цел е успешна ресоциализация на индивида.

Успехът на рехабилитацията зависи не само от правилното подбиране на методи и средства на кинезитерапията, а и от активното участие на болния и неговите близки. Необходимо е да се провежда системно, за да се постигнат търсените резултати.

### **ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПАЦИЕНТА**

Подборът на подходящи методи и средства на кинезитерапията се основава на детайлното и прецизно функционално изследване на пациента и определяне на неговия рехабилитационен потенциал.

Изследването на пациента включва:

- **Анамнеза** – включва събиране на следната информация – паспортни данни, социален статус, водеща медицинска диагноза и дата на нейното поставяне, главни оплаквания и аномалности забелязани от пациента вкл. определяне на тяхната хронология, събития от миналото, съпътстващи и минали заболявания и извършени терапии и други. Целта на анамнестичното проучване е да се изгради възможно най-правилна диагностична и терапевтична стратегия;

- **Оглед** – общо наблюдение на пациента, положение и движения на тялото, поза, походка, начин на извършване на двигателните дейности, използване на помощни средства, необходимост от придружител и други. Цели се установяване на степента на независимост на пациента;

- **Палпация, пасивно и активно изследване на движенията** – с цел установяване на налични контрактури, синкинезии, мускулна слабост, хипотрофия и други;

- **Функционално изследване** – прилагане на специализирани тестове за увреда на централен двигателен неврон (тест на Mishels, Rivermead, Brunnstrom, Ashwort, Bartel, Анализ на походката, Оценка на способността за изпълнение на ДЕЖ и други) с цел адекватна оценка на функционалното състояние на пациента и оптимален подбор на средства за терапевтично повлияване;

- **Проучване на нуждите и очакванията на пациента в хода на възстановителния процес** – с цел по-точно определяне на краткосрочните и дългосрочни цели и задачи на кинезитерапията;

- **Разработване на индивидуална кинезитерапевтична програма** съобразно нуждите и възможностите на конкретния пациент – кинезитерапевтичната програма се разработва на база на цялостен анализ и оценка на резултатите от проведеното изследване.

### **ОЦЕНКА НА ПАТОЛОГИЧНИТЕ ПРОМЕНИ**

Особено голямо внимание при изследването на пациента се обръща на характерните за мозъчния инсулт патологични промени.

#### **Двигателни нарушения**

Основните нарушени функции, които са обект на продължителна и системна кинезитерапия и имат отношение към възвръщане на независимостта на пациента са нарушените двигателни функции.

Те се развиват в резултат на увреда на пирамидния път и се характеризират със специфичните белези на централна нервна увреда:

- Спастично повишен мускулен тонус – в резултат на отпадащото потискащо действие

на пирамидния път върху периферната тонична рефлексна дъга в паретичните крайници постепенно се развиват характерни контрактури:

- за горен крайник – флексионно – аддукторно – вътрешно-ротаторна контрактура в раменна става; флексионно – пронаторна в лакътна става; флексионна в киткена става; пръстите са флектирани и аддуцирани с абдукция на палеца;

- за долен крайник – екстензионно – аддукторно – вътрешно-ротаторна контрактура в тазобедрена става; екстензионна контрактура в колянна става и плантарна флексия в глезенна става;

- Налице е типична поза и походка тип Wernicke-Man;

- Болестно усиленни сухожилни и надкостни рефлексии – налице са оживени сухожилни и надкостни рефлексии с разширена рефлексогенна зона;

- Наличие на патологични рефлексии – за горен крайник – рефлексите на Hoffman и Trömner, а за долен – рефлексите от групата на Бабински и Росолимо;

- Кожна коремна арефлексия – коремните рефлексии изчезват, тъй като пирамидния път участва в тяхното осъществяване;

- Поява на патологични синкинезии – феномен на Reimist и Strumpell;

- Трофични нарушения – трофичната футкция на сегментарната рефлексна дъга е запазена и инактивитетната мускулна атрофия се развива в по-късен етап.

### **Сетивни нарушения**

Наличието на сетивни нарушения възпрепятства възстановяването на двигателните функции, поради което е необходимо те да бъдат отчетени при определяне на рехабилитационния потенциал на пациента.

- Корови нарушения на сетивността – появяват се със сетивни разстройства на противоположната на увредата страна – хемипарестезия до хемипарестезия.

### **Разстройства на висшата познавателна дейност**

Разстройствата на висшата познавателна дейност при слединсултни състояния представлява сериозна пречка за възстановителния процес и обучението в ДЕЖ.

- Нарушения в gnosis (познавателната дейност на мозъчната кора), praxis (трудова дейност) и речта – те имат различен характер в зависимост от локализацията на засягане. Най-често са налице афатични синдроми, изискващи специализирана логопедична помощ.

### **Психични нарушения**

При пациентите претърпели мозъчен инсулт често настъпват сериозни промени в личността, изразяващи се в разстройство на паметта, интелекта и емоционалната сфера. Те могат да се задълбочават и да се превърнат в сериозна пречка за нормалния ход на рехабилитацията.

### **ОЦЕНКА НА ВЪЗМОЖНИТЕ УСЛОЖНЕНИЯ**

Необходимо е да се отчетат възможните усложнения, които могат да се появят в хода на възстановителния процес.

Най-чести са усложненията от страна на:

#### **Опорно-двигателния апарат**

Продължителният инактивитет води до развитие на контрактури, придружени от болка, оток, мускулна слабост и хипотрофия.

#### **Кардио-респираторната система**

Възможните усложнения от страна на кардиореспираторната система са свързани с намаляване на функционалния капацитет, поява на ритъмни нарушения, развитие на сърдечна недостатъчност, намален дихателен обем, риск от пулмонална емболия и други.

## **Кожа**

Развитие на декубитални рани.

Възможността за появата на изброените усложнения обуславя необходимостта от ранно и системно прилагане на кинезитерапия. Профилактиката включва възможно най-ранно вертикализиране на пациента и прилагане на целенасочена рехабилитационна програма.

## **СЪЩНОСТ НА КИНЕЗИТЕРАПИЯТА ПРИ СЛЕДИНСУЛТНИ СЪСТОЯНИЯ**

След прецизно функционално тестване лекарят-физиотерапевт определя към коя от трите основни групи се причислява болния и конкретизира диференцирания лечебен подход.

### ***I-ВА ГРУПА***

Болни с тежка степен на засягане, при които липсва волева двигателна активност или тя е изцяло доминирана от примитивните схеми на движение. Тук се включват пациенти с III възстановителен стадий по Brunnstrom. Тези пациенти са със силно изразена спастичност, тежки контрактури и значителен проприоцептивен дефицит.

#### ***Задачи на кинезитерапията при пациенти от I-ва група:***

1. Запазване на пасивните ставни амплитуди на движение на засегнатите крайници;
2. Стимулиране и закрепване на синкинетичните двигателни схеми и тяхното подчинение на волевия контрол;
3. Изправяне и обучение в ходене по равно;
4. Обучение в дейности от ежедневието за сметка на незасегнатите крайници.

#### ***Средства на кинезитерапията:***

- Коригиращи статични позиции, които са различни в зависимост от положението на пациента в леглото;
- Пасивна мобилизация на засегнатите крайници;
- Суспензионна терапия;
- Улесняване чрез рефлексии и двустранни синкинезии;
- Ходене по равен терен с помощни средства и визуален контрол;
- Ежедневно обучение в дейности от ежедневието (ДЕЖ).

### ***II-РА ГРУПА***

Болни с умерена степен на засягане, при които двигателната активност носи белези на волеви контрол над примитивните двигателни схеми, разкъсване на примитивните синергии и комбиниране на техните съставки. Включва пациенти в IV възстановителен стадий, чиято двигателна активност позволява функционално приложение в ежедневието.

#### ***Задачи на кинезитерапията при пациенти от II-ра група:***

1. Извеждане на болните от примитивните двигателни схеми;
2. Изграждане на сложни двигателни модели с правилна траектория и значителна функционална стойност;
3. Обучение в автоматична двигателна дейност (слизване по стълби и адаптация към препятствия, трениране на дисталната хватателна функция на ръката);
4. Самообслужване с включване на засегнатата ръка.

#### ***Средства на кинезитерапията:***

- Подтискане на патологичния постурален тонус – инхибиращи позиции;
- Суспензионна терапия;
- Активни упражнения по методиката на Kabat, използващи неврофизиологичните феномени сукцесивна индукция, обръщане на антагонистите, ирадиация на възбудението; слизване по стъпала (спазване на петте последователни усложнени начина на Albert);
- Упражнения за равновесие и координация;

- Ходене срещу препятствия;
- Трудотерапия.

### **III-ТА ГРУПА**

Болни с лека степен на засягане, при които страдат фините и автоматичните движения. Двигателната дейност е богата и разнообразна без примитивни синергии. Спастичността е незначителна.

#### **Задачи на кинезитерапията при пациенти от III-та група:**

1. Да се доусъвършенстват, закрепят и автоматизират активните волеви движения;
2. Правилните двигателни схеми да се вградят в ежедневната двигателна функция на болния;
3. Да се усъвършенства координацията на активните волеви движения.

#### **Средства на кинезитерапията:**

- Проприоцептивно нервно-мускулно улесняване – диагонални модели на движение по Kabat;
- Упражнения за координация;
- Слизане по стълби (IV и V последователност по Albert);
- Ходене с препятствия;
- Трудотерапия.

#### **Основни принципи за провеждане на кинезитерапия:**

- Нормализиране на мускулния тонус;
- Търсене на волеви двигателни отговори чрез улесняващи прийоми и позиции;
- Активните движения се извършват само след като болният е усвоил статичния контрол на позата;
- Укрепване на постигнатите активни движения;
- Редуване на активното волево усилие с връщане в пасивна потискаща позиция;
- Автоматизиране на постигнатите активни движения чрез многократно повторение, включени в цялостни двигателни модели с практическа стойност;
- Стимулиране координацията на грубата моторика – трупна мускулатура, раменен пояс, тазов пояс.

#### **Електростимулации с ниско- и средночестотни токове**

При този вид физикално лечение се постига следния ефект:

- Възстановяване на смутеното мускулно равновесие и профилактика на контрактурите чрез намаляване на спазъма. Това се постига чрез стимулиране на антагонистите на спастичните мускули, което по принципа на реципрочната инервация на Scherington води до релаксация на агонистите. Друг метод е директното въздействие върху спастичните мускули с инхибиращи токови параметри или синхронизирана електростимулация на агонисти и антагонисти с два токови кръга с различни параметри;
- функционална стимулация за подпомагане на хемипаретика при извършване на трудно осъществими движения.

#### **Термотерапия**

Важен момент в рехабилитацията на болните прекарвали инсулт е подготовката за кинезитерапия, която цели релаксиране на мускулния тонус в агонистите. За тази цел се прилагат парафинови/кални апликации, лугови компреси, криотерапия.

#### **Хидротерапия**

Балнеологичните фактори трябва да се прилагат много внимателно, след преценка състоянието на сърдечно-съдовата система. Най-общо показани са болни в първи



функционален стадий.

### **Фармакотерапия**

Фармакотерапията е част от индивидуалната рехабилитационна програма. В нея се включват миорелаксанти, невропротектори, церебрални вазодилататори, ноотропни средства, антиконвулсанти, антихипертензивни лекарствени средства и др.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Рехабилитацията на болните след прекаран мозъчен инсулт продължава и след дехоспитализацията. Специалистът в извънболничната помощ по физикална терапия и рехабилитация поетапно оценява рехабилитационния потенциал на пациента и контролира рехабилитационната програма на 2-ри, 3-ти, 6-ти, 9-ти, 12-ти, 18-ти и 24-ти месец след инсулта.

### **REFERENCES**

Boussier, M., et all. (2008). *Printsipi za lechenie na mozachniya insult Izpalnitelen i Redaksionen Komiteti na Evropeyskata Organizatsiya po Mozachen Insult (ESO)*, Werner Hacke, Heidelberg, Germany.

Shotekov, P. (2008). *Uchebnik po nevrologiya*, ARSO.

Milanov, I., S. Yancheva. (2007). *Nevrologiya*. Meditsina i Fizkultura, Sofiya.

Goetz, G. (2007). *Textbook of Clinical Neurology*, Third Edition, Christopher G. Goetz, MD, by Saunders, an imprint of Elsevier Inc.

Bradley, W. G. et all. (2003). *Nerology in Clinical practice.*, Boston.

Houston, H. (2000). *Merritt's Neurology 10th Edition*. Textbook of Neurology Merritt (Editor), Lewis P. Rowland (Editor), Randy Rowland By Lippincott, Williams & Wilkins Publishers.

FRI-K.201-SSS-SW-03

---

## TYPES COMMUNITY SOCIAL WORK MODELS <sup>10</sup>

---

### **Desislava Dimitrova – Student / Specialty Social Work**

Department of Public Health and Social Work

University of Ruse “Angel Kanchev”

Tel.: +359877 555 171

E-mail: desada79@abv.bg

### **Assoc. Prof. Sasho Nunev, PhD / 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:** Community Social work is one of the guidelines in solving important social problems. It provides an opportunity for interaction and cohesion of the members of the community in examining and identifying important to the community needs and issues. Unfortunately, in our social work in the community is not well known and developed in theoretically applied plan. The longstanding work of professionals, analysts and practitioners from developed Western countries proves its professional and social significance for the development of community in contemporary conditions. Social services in the community are a key factor in effective social inclusion, fight poverty and participation in the life of the society of all vulnerable groups.*

***Keywords:** community, social work, community social work, community social work model*

## **ВЪВЕДЕНИЕ**

Социалната работа в общност е една от насоките при решаване на важни социални проблеми. Тя предоставя възможност за взаимодействие и сближаване на членовете на общността при разглеждане и идентифициране на важни за общността потребности и проблеми.

За съжаление у нас социалната работа в общност не е добре позната и разработена в теоретико-приложен план. Дългогодишната работа на изявени специалисти, анализатори и практики от развитите западни страни доказват нейната професионална и социална значимост за развитие на общността в съвременните условия. Социалните услуги в общността са ключов фактор за ефективно социално включване, борба с бедността и участие в живота на обществото на всички уязвими групи.

## **ИЗЛОЖЕНИЕ**

### **1. Модели на социална работа в общност**

Моделите имат съществено значение в много научни и приложни области. Те разкриват начина на организиране на професионалното мислене и дейност в работата с общност, дават различни възможности да се проследи работата и нейното еволюиране и да се прецени актуалността ѝ в практико-приложен план. Допринасят за повишаване качеството и ефективността на социалните работници в техните професионални направления.

В сферата на социалната работа понятието „модел“ се характеризира със своя спецификация на открити се със своята значимост техники, методи, функции, роли и умения. Социалната работа е представена като практическа реалност за да се представи помагачия процес в достъпен за обяснение вид на определени позиции. [Nunev, S., 2001]. През двадесети век много изследователи и практики в социалната сфера насочват своите усилия в

---

<sup>10</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 11.05.2018 г. в секция „Социални дейности“ с оригинално заглавие на български език: ВИДОВЕ МОДЕЛИ НА СОЦИАЛНА РАБОТА В ОБЩНОСТ.

разработване на модели на работа в общност. Целта им е да дадат обяснение на същността на работата в общност и да подпомогнат дейността са социалните работници, както и да помогнат на студенти при изучаване на социалната работа.

Първата научна разработка прави Джак Ротман в края на 60-те години на XX век [Rothman, J., 1968].

Авторът включва в структурата на своя модел три основни подхода:

- Локално развитие
- Социално планиране
- Социално действие

Въпреки съществения му принос моделът на Джак Ротман не обхваща голямото разнообразие от дейности и не успява да отговори на потребностите на различни практики и изследователи в дадената област.

В Европа в периода от края на 60- В Европа в периода от края на 60-те до началото на 80-те на XX век важни стъпки прави изследователска група във Великобритания, създадена по инициатива на фондация „Calouste Gulbenkian“ (Calouste Gulbenkian Foundation, 1968; Calouste Gulbenkian Foundation, 1980; Thomas, D. N., 1983). Те дават разясняване на същността на социалната работа в общност, но не изразяват определена концепция и структура на идеи и методически структури. В резултат на тези проучвания се обобщават целите, функциите, и обхвата на социалната работа в общност и реализиращите я специалисти в три основни аспекта:

- Предоставяне на помощ на общността за вземане на решения , за предприемане на действия за решаване на важни за нея проблеми;
- Идентифициране и превличане на вътрешни и външни ресурси за справяне с проблема;
- Развитие на политическа отговорност и координиране на дейностите в общността.

Съществуват много и различни виждания за социална работа в общността. Те отразяват различни научни и приложни позиции и допринасят за разработване на редица модели с характерни за тях акценти. Като например;

- Насочване на вниманието към мобилизирането на хората от общността и обединяване на усилията им за постигане на желана социална промяна;
- Фокусиране върху методическото осигуряване на дейността на макрониво в посока към решаване на даден проблем;
- Поставяне на акцент върху неравенствата и несправедливостта и стремеж към радикални структурни промени;
- Предоставяне на възможност членовете на общността да идентифицират и формулират самостоятелно проблемите си, а специалистите да поемат ангажимент за подкрепяне на усилията им;
- Насърчаване на активността и самостоятелността на хората от общността за сметка на ролята на политическите системи , за осигуряване на по-широко политическо поле за действие на общността и нейното овластяване;
- Формиране на движения за граждански права, за решаване на социални и инфраструктурни проблеми и др.
- Фокусиране върху локални социални проблеми;

Всички посочени модели, независимо от специфичната си ориентация, има за цел да обедини членовете на общността и да насърчи тяхната активност за справяне със социалните проблеми влияещи негативно върху живота им. Всички те водят до постигане на социална промяна и подобряването качеството на живот в общността.

## **2. Видове модели социална работа в общност**

Всички модели на работа в общност са създадени на основата на практически опит и научни анализи и обобщения на цели, задачи, област на намеса и реализация и др. Те са тактики и роли на помагащите специалисти във функцията им на организатор на общността.

Различните модели дават възможност за усвояване на знания, провеждане на научни изследвания, като целта им е да формират научните основи на практическата работа в общност.

В исторически аспект социална работа в общност се разглежда като макропрактика и стои в основата на обособяването и развитието на социална работа и в тази насока знанията и уменията в дадената област са необходими за всеки социален работник, независимо кой метод използва . Социалната работа в общност се характеризира със системно-екологичната си перспектива, включваща концепцията за „личността в околна среда“ като социално-екологичен конструкт и използването на социалните мрежи в общността като среда и средство за подкрепа . Социалната работа в общност е свързана с фокусираността си върху промяната на моделите на поведение на индивидите и групите в общността и на взаимоотношенията и взаимодействията, както между тях, така и между общността и други социални системи. Това дава основание на изследователите да я разглеждат като част от макропрактиката . Според тях макропрактиката е професионално насочена интервенцията с цел да се реализира планирана промяна в организациите и общностите. Виждането им е, че практическата работа в общност включва умения, свързани с организацията и развитието на общността, социалното планиране и прогнозиране, социалното действие и социалното управление. Макропрактиката използва в общ план теоретичните основи на социалната работа и същевременно допринася за формирането на нова теоретико-приложна конструкция. Тя се базира на редица теории и практически подходи, характеризира се с интегративната си ориентация и е съобразена с професионалните ценности и етиката на социалната работа [Nunev, S., 2015].

### 3. Модел на овластяване на общността

Изследователите Марк Хана и Бъди Робинсън през първата половина на 90-те години на XX век представят практически ориентиран модел на работа в общност , който включва три основни подхода на „овластяване на общността“

- Традиционна социална промяна - базирана е на промяната произтичаща в резултат на промени в традиционното мислене на електората. Ролята на управляващата политическа партия играе важна роля за този модел. Тази теория има много опоненти , които смятат , че електоралната политика няма да увеличи съществено хората с „чувство за собствена власт“ за да предизвикат и постигнат желаната от тях промяна за обществен живот и ежедневие;
- Директно действие за социална промяна - същественото тук е противопоставянето срещу съществуващи неблагоприятни условия. В ситуация на криза независимо от социален, икономически или политически произход хората се обединяват в масови движения на местно, регионално или национално равнище за да отстояват своите права и каузи. Опонентите на тази теория смятат, че тези групи биха могли да се манипулират за да обслужват определени каузи или нечии идеи, чрез открито насърчаване на засегнатата общност (Например купуването на гласове по време на избори от ромското общество);
- Подход на трансформираща се социална промяна – този подход е ориентиран към модела за учене при възрастни. Изисква се съобразяване с правилата на демокрацията. Ориентиран е към малки групи . Авторите смятат , че хората могат да действат от свое име , само когато съществува яснота за неблагоприятни явления и пораждащите ги фактори.

### 4. Модел на организиране на общността

Моделът на организиране на общността е разработен от Джак Ротман в края на 60-те години на XX век и един от най-влиятелните от сферата на макропрактиката в социалната работа.

Много автори правят своите разработки и изследвания като се основават на теорията на Джак Ротман за организиране на общността, които включват в структурите си следните подходи-локално развитие, социално планиране и социално действие.

- Локално развитие – този модел отдава голямо значение на постигането на консенсус и сътрудничество, участие и самопомощ. Основния акцент е поставен върху самоопределянето и демократичния процес в обществото. Ролята социалния работник тук е да насърчава хората, да ги подкрепя, и да им помага с експертни знания, а не да променя общността вместо нейните членове. Този модел може да се определи като подход „отдолу-нагоре“;
- Социално планиране – този подход предоставя малко възможности на гражданите да се включат в процеса на планиране на промяната. Противоположен на модела за локално развитие. Тук промяната в общността се търси посредством предприемане на действия от страна на специалисти или местната власт, т.е. подходът е „отгоре - надолу“ и е основан на виждането за решаването на техническите аспекти на социалните проблеми. Това схващане определя необходимостта от включване на компетентни специалисти и експерти, които имат необходимия експертен опит да ръководят и контролират процеса на промяна;
- Социално действие – този подход се определя като действащ „отвътре навън“. Характерен е с поемането на ангажимент от определено ядро от хора вътре в общността, които работят за формиране на общо съзнание на хората засегнати от определен социален проблем. Подхода извежда на преден план съзнанието на хората и на общността като цяло, по въпроси свързани със социалната справедливост, равенството, противопоставяне на всякакъв вид дискриминация.

Подхода извежда на преден план съзнанието на хората и на общността като цяло, по въпроси свързани със социалната справедливост, равенството, противопоставяне на всякакъв вид дискриминация.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В социалната работа се търсят пътища, форми, начини за помагане както на индивиди, така и на по-големи социални групи и общности. Всяка социална група обикновено споделя едни и същи базисни ценности, което има отношение към моделите и методите за работа с общност и нейни конкретни представители. Социалните общности представляват реални обединения, естествен кръг на принадлежност. Между хората в една такава общност има естествена и значима свързаност. Принадлежността към дадена общност оставя и някакъв отпечатък върху идентичността им. Социалните общности могат да бъдат етнически, селищни, религиозни и някои по-малки естествени общности като род, семейство, неформални групи и др.

Всички модели на работа в общност са създадени на основата на практически опит и научни анализи и обобщения на цели, задачи, област на намеса и реализация и др. Те са тактики и роли на помагащите специалисти във функцията им на организатор на общността.

Социалната среда на общността поставя конкретни изисквания за професионална компетентност на социалния работник. Ефективността на използването на един или друг модел на социална работа в общност зависи от много фактори, между които трябва да се отбележат личните и професионалните качества на социалния работник при намиране на решения за преодоляване на възникналите проблеми.

За съжаление трябва да отбележим, че никой от моделите на социална работа не е универсален. Крайният резултат от работата на социален работник е пряко зависима от добре разработения метод и модел за решаване на съществуващ проблем и способността на социалния работник да използва едни или други модели и метод на работа.

## REFERENCES

Calouste Gulbenkian Foundation (1968). Community Work and Social Change. A report on training, London: Longman.

Calouste Gulbenkian Foundation 1980. Dance Education and Training in Britain, Calouste Gulbenkian Foundation, London.

Nunev, S., Lekcionen kurs "Metodi na socialna rabota – III chast (socialna rabota v obshtnost)", Rusenski universitet "A. Kanchev", Ruse, 2016.

Rothman, J. (1968). Three models of community organization practice. New York: Columbia University Press.

Nunev, S. Aktualni teoritiko-prilojni aspekti na socialnata rabota v obshtnost. Nauchni trudove na Rusenski unewersitet, 2015, tom 54, seria 8.1-6.

Rothman, J. (1995). Approaches to Community Intervention. In Rothman, J., Erlich, J. L. Tropman, J. E. (Eds.). Strategies of Community Intervention, Fifth Edition. Itasca, IL: F. E. Peacock Publishers, Inc.

Rothman, J. (1996). The interweaving of community intervention approaches. Journal of Community Practice, 3(3/4), 69-99.

Rothman, J., Erlich, L. E., Tropman, J. E. (2009). Strategies of community intervention. Peosta, IA: Eddie Bowers.

Thomas, D. N. (1983). The Making of Community Work, London: George Allen and Unwin.

FRI-K.201-SSS-SW-04

---

## THE ESSENCE OF COMMUNITY AS A SOCIAL SYSTEM: CONCEPTS, DIMENSIONS AND VIRTUAL COMMUNITIES<sup>11</sup>

---

**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, PhD / 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:** The social work in a community is linked to a change in the models of behavior of the individuals and groups, the relations between them and other organizations and institutions. The three main concepts of community are the social perspective, the ecological perspective and the perspective of community as a center of authority and conflicts. There is a prominent model in the contemporary dimensions of community known as the virtual community. It differentiates from the traditional types of community and overcomes the restrictions of geographical boundaries.*

***Key words:** social work, social system, community, models of behavior, virtual community*

### ВЪВЕДЕНИЕ

Социалната работа в общност е един от методите на социалната работа и се основава на взаимодействието на социалния работник с различни обществени групи и организации на местно, регионално или национално ниво. Общността е сложна група с изразено социално-икономическо, културно и историческо своеобразие и е част от структурата на всяко общество. Спецификата на проблемите на общността, начините, по които те се заявяват, както и необходимостта от промяна, определят пътя и подхода за тяхното решение. Социалната работа в общност е свързана с промяна на моделите на поведение на индивидите и групите в общността и на взаимоотношенията и взаимодействията между тях, както и между тях и други организации, институции и пр. Работата на социалния работник с общност води до развитието на социалните връзки, взаимна помощ и сътрудничество, както и до проучване, разработване и оценка на различните проблеми, с които се сблъскват членовете на общността. Това подпомага изготвянето и изпълнението, както и оценката на ефективността на социални програми, проекти и стратегически планове, които са от особена важност при провеждане на справедлива социална политика, към каквато се стремят днес много държави.

### ИЗЛОЖЕНИЕ

#### ***Основни концепции за общността.***

В социалната работа се търсят пътища, форми, начини за помагане както на индивиди, така и на по-големи социални групи и общности.

Социалните общности представляват реални обединения, естествен кръг на принадлежност. Между хората в една такава общност има значима свързаност. Това са обединения, които имат траен, устойчив характер, хората осъзнават принадлежността и свързаността си. Принадлежността към дадена общност оставя и някакъв отпечатък върху

---

<sup>11</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 11.05.2018 г. в секция „Социални дейности“ с оригинално заглавие на български език: СЪЩНОСТ НА ОБЩНОСТТА КАТО СОЦИАЛНА СИСТЕМА: КОНЦЕПЦИИ, ИЗМЕРЕНИЯ И ВИРТУАЛНИ ОБЩНОСТИ.

идентичността им. Социалните общности могат да бъдат етнически, селищни, религиозни и някои по-малки естествени общности като род, семейство, неформални групи и др. [Pantelev, V., 2016]. Социалната категория се различава от естествените социални общности, тъй като лицата, които принадлежат към дадена социална категория нямат реална обединеност, интегрираност и свързаност. Една социална категория формират хората със сходен социален статут, сходно материално, семейно, образователно положение (безработни, социално слаби, самотни родители).

Съвкупност от членове на дадено общество върху основата на поне един общ социално значим признак, свързан с осъществяването на една, няколко или система от обществени дейности е пределно общородово понятие за всякакви видове и разновидности съвкупности, обединения, категории. Социални общности са както социалните групи или социалните организации, така и етничните и селищни обединения, а също и социалните категории.

Първото разбиране на социалната общност като исторически породена форма на социалност е най-често резюмирана в отношението „общност – общество” и се свързва с немския социолог Фердинанд Тьонис. В своя труд от 1887 „*Gemeinschaft und Gesellschaft*” той прави разграничение между два вида обединения: *Gemeinschaft* (превеждано като „общност”) и *Gesellschaft* (превеждано като „общество”). Според Тьонис в общността връзките между отделните членове са по-силни, защото има обща воля. Семейството и родството са типични примери за здрави общности; други общи интереси, като например вярата, също могат да доведат до създаването на такива социални групи. Важно е да се отбележи и концепцията за доброволни и относително недоброволни членове. Например, ако една двойка се ожени, тя доброволно създава своя брачна общност, състояща се от съпруга и съпругата. Децата на тази двойка обаче са неволни членове на тази брачна общност, тъй като те нямат избор дали да се присъединят или не. Обществото, от друга страна, е група, в която индивида най-често взема участие изцяло поради собствен интерес и собствено желание. Според Тьонис в реалния живот нито една група не е изцяло общност или общество, а винаги смес от двете. [Fotev, G., 2002].

През годините се натрупват множество виждания, описания и тълкуване на определението за общност. Някои автори разглеждат общността като ограничена географска област, в която дадени човешки индивиди живеят, поражат и възпроизвеждат определена свързаност и чувство на принадлежност. Тя се схваща като определена социална тоталност. Но в днешно време при настъпилата глобализация географските граници се „размиват“ и комуникацията между хората е улеснена чрез интернет връзки.

Според становище на други автори пространствената и териториалната близост не са необходимо условие за съществуването на социална общност. По важно е да съществува продуктивен и съдържателен контакт между лицата и той да се основава най-вече на общи интереси, на обща система от ценности, на чувство за принадлежност към общността.

След обобщение на различните позиции могат да се изведат следните елементи на понятието за общност в съвременните условия:

- общностите могат да включват различни локални и транс географски групи и обединения, както и да са комбинация от двете;
- общностите функционират ефективно, когато създават условия и предоставят възможности за споделяне на общи интереси, ценности, ценностна ориентация и идентификация, които допринасят за обединяване на членовете в единно цяло, но са в състояние да преминават географските граници на общността и да постигат определен социален и политически ефект;
- общностите използват оптимално взаимодействието и социалните мрежи за реализиране на социална подкрепа;
- целенасочени съвместни и съгласувани дейности, ориентирани към постигане на социална справедливост, защита на правата и интересите на хората и промяна в политики, практики, поведения и нагласи;



- общностите като социални системи създават условия и генерират групово социално действие, но заедно с това те могат да се образуват в резултат на такива действия, които в началото си не са имали конкретна цел за създаване на такова социално образование;
- в зависимост от динамиката и промените в социалния, политическия, икономическия, културния, националния, географския контекст определенията за общност се променят и търпят развитие. Актуализацията им осигурява на социалните работници подходяща концептуална рамка за анализ и основа за намеса [Nunev, S., 2016].

#### **Общността като социална система**

Общността е динамична социална система, която е съставена от взаимосвързани елементи (подсистеми), всеки от които изпълнява определени цели и има специализирани функции, като по този начин допринасят за функционирането и живота на членовете и. Част от тези функции се изпълняват от формални организации в общността – училища, болници, социални услуги, организации и др. Някои функции се реализират от неформални групи – семейства, приятели, съседни, колеги и пр.

През 70-те години на XX век изследователят Роланд Уорън представя своето виждане за общността като социална система и извежда следните основни социални функции:

- ✓ *Производство – разпределение – потребление* – икономическата функция на общността, задоволяване на основните жизнени потребности на хората, достъп до стоки и услуги, трудова заетост, подходящи цени и др.;
- ✓ *Социализация* – двуединния и двупосочния процес на усвояване и създаване на знания, умения, опит, норми, ценности, убеждения и модели на поведение, които са определени от общността и са от значение за нейното устойчиво функциониране;
- ✓ *Социален контрол* – основава се на формални и неформални процеси, чрез които се осъществява въздействие върху поведението на хората в съответствие с установените норми;
- ✓ *Социално участие* – активно и отговорно включване и ангажиране с дейността и живота на общността на членовете и, посредством участия в инициативи на различни формални и неформални подсистеми;
- ✓ *Взаимна подкрепа* – предоставя се основно от неформалната помагача мрежа в общността, но в условия на съсредоточаване на населението в големи градски центрове и на нарастване на отчуждението между хората, се реализира предимно от специализирани формални подсистеми на местната и изпълнителната власт;
- ✓ *Социален капитал* – активността, надеждността, ефективността, взаимната подкрепа на членовете на общността са най-ценния ресурс, допринасящ за успешно справяне с общи проблеми [Nunev, S., 2016].

#### **Общността като екологична система**

В сравнение с перспективата на социалните системи, допринасяща за вникването в социалната структура и организация на общността, перспективата на екологичните системи насочва вниманието към пространствената организация на общността и социалните и икономически последици от разпределението на услуги за хората. Тук се поставя акцент върху взаимодействието между характеристики на основни елементи на общността – население, разпределение на услуги, социална среда, технологии. Екологичната перспектива отчита значението на промените във физическата среда и подчертава, че е възможно те да имат осезаемо социално въздействие и ефект върху функционирането на общността, адаптирането към промените и качеството и на живот. Разглеждането на общността като екологична система включва следните концепции:

- ✓ *Конкуренция и доминиране* – изразява се в действията на дадена група срещу друга с цел да доминира и да контролира ползването на ресурси и това да повлияе негативно в икономически и социален аспект върху онеправдани, потискани и дискриминирани групи в общността;

- ✓ *Централизация и концентрация* – неравномерно разпределение на ресурси;
- ✓ *Движение на населението и преминаване на собствеността от едни лица (физически или юридически) към други* – доминиращи групи придобиват по-голяма власт и имоти, което принуждава жители на цели райони постепенно да напускат територията;
- ✓ *Сегрегация* – води до отделяне и изолация в пространствен и социален аспект от общността на групи с определени характеристики (социални, демографски, културни, икономически и други).

Перспективата на екологичните системи ориентира вниманието на социалния работник и към демографската ситуация, в която се намира общността в момента. Важни характеристики на нейното население като класа, раса, етнос, религия, пол, възраст и други позволяват да се изготви демографска карта с възможности за очертаване на демографски профил на общността. Анализът на данните за един по-продължителен период от време може да допринесе за открояване на тенденции в демографското развитие на общността и на динамични промени, които в средносрочен и дългосрочен план биха настъпили в общността. Именно анализът и вникването в същността на процесите от перспективата на екологичната система дава възможност на социалния работник дори да „прогнозира“ евентуално възникване на нови проблеми на дадената общност [Nunev, S., 2016].

#### ***Общността като център (средоточие) на власт и конфликти***

Перспективата за общността като средоточие на власт и конфликти извежда на преден план властта и политиката при разглеждането на общността. Някои групи имат ограничен достъп до власт и са принудени да оспорват позициите на доминиращите във властови план групи, за да си осигурят достъп до ресурси на общността.

Конфликтите в общността се класифицират в две основни категории – конфликти, основаващи се на социална класа и конфликти, базиращи се на групови интереси.

Анализът на класовите конфликти се свързва с радикалната марксистка перспектива. В тази насока нейните привърженици подчертават, че съвременната система на капитализма води до експлоатация и бедност и продуцира класов конфликт. Това принуждава хората да се борят за справедливо разпределяне на властта и ресурсите. Последователите на марксистката перспектива отбелязват, че постигането на контрол над икономически ресурси от една малка привилегирована група допринася не само за утвърждаване на икономическата им власт, но тя се трансформира в политическа власт и поставя под контрол държавните институции с цел укрепване на властовите позиции и подчиняване на нисшите класи и техните представители.

Възникването на базиращите се на групови интереси конфликти е свързано с конкуриращи се ценности и интереси в социалните групи. Тук властта се разглежда като децентрализирана и обвързана с проблемите, а не с класата. Властта се интерпретира като разпределяща се между различни групи с фокус върху контролиране на проблема и възможностите на групите за образуване на коалиции с други, които подкрепят тяхната позиция [Nunev, S., 2016].

Перспективата за общността като център за власт и конфликти подпомага дейността на социалните работници по следния начин:

- ❖ оценяване на властовата структура в общността;
- ❖ постигане на разбиране и изграждане на капацитет на потиснатите за постигане на промяна;
- ❖ по-задълбочено вникване на проблемите и търсене на причините за възникването им;
- ❖ организиране на общността и указване на помощ за получаване на повече власт, която ще увеличи достъпа им до важни ресурси.

#### ***Съвременни измерения на общността. Виртуални общности.***

Виртуална общност е социална мрежа от индивиди, които комуникират чрез специфична социална медия, включително и когато е възможно пресичайки географски или политически граници, за да преследват общи интереси и цели. Някои от най-популярните виртуални общности са онлайн общностите образувани в онлайн социалните мрежи.

Терминът виртуална общност се свързва с книгата „The Virtual Community“ от Хауърд Рейнголд, в която се дискутират комуникацията посредством компютри, социалните групи и информационната наука. Цитират се технологии като Usenet, Multi-User Dungeon (MUD), Internet Relay Chat (IRC), чат стаи, имейл пощенски списъци. Рейнголд посочва потенциалните ползи от принадлежността към виртуална общност за личното психологическо благосъстояние, както и за обществото като цяло.

Виртуалните общности насърчават взаимодействието, като понякога се фокусират около специфичен интерес, или просто заради самата комуникация. Членовете на общността си комуникират, споделяйки обща страст, по различни начини: чат стаи, форуми, пощенски списъци, виртуални светове.

Виртуалните общности са големи по обхват, членството в тях е ориентирано предимно към ограничена във времето цел и се поддържа от минимално сближаване между участниците. Те са различни от традиционните общности, чиито членове изграждат по-тесни и непосредствени взаимоотношения и си партнират активно. Въпреки недостатъците си виртуалните информационни и комуникационни технологии притежават потенциал да обединяват хора, които са затруднени да се срещнат по друг начин. Друга тяхна специфична особеност е, че те имат способността да обвържат и сплотят хора, чиито мнения и позиции са пренебрегвани, и да създадат нови възможности за по-широко участие на гражданите в публични социални и политически дебати и в процеси на вземане на решения в общността [Nunev, S., 2016].

Дигиталните технологии и най-вече интернет навлизат с безпрецедентна за човешката история скорост в общественния живот, поради което за по-малко от две десетилетия се превърнаха в обект на изследване от стотици изследователи в областта на обществените и хуманитарните науки. Всички те си задават въпроси и търсят отговори, осъзнали, че интернет не е просто технология, а обществена система, а всяка обществена система е свързана с политиката. Задават си и въпроса какви ще са следствията от навлизането на тези технологии? И никой не може да даде достатъчно еднозначен отговор. Това, което може да се каже със сигурност е, че следствията по отношение на общуването, по отношение на гражданското общество и политиката ще бъдат безпрецедентни по своя характер. В цялата човешка история сме свидетели на това как комуникациите променят човечеството и политиката. Следствията винаги са противоположни. Те няма как да бъдат само добри или само лоши. [Prodanov, H., 2010]

Една общност не би могла да бъде сформирана и да съществува без общуване. Промените в комуникациите в този смисъл водят до промени в общуването като цяло, а от там и промени в социалните общности.

Предизвикателствата пред социалните работници в съвременния свят са сериозни и изискват активна и отговорна работа в условията на бързи, динамични и широкообхватни социални промени с цел социална промяна и повишаване благосъстоянието на хората [Nunev, S., 2016].

Социалните работници постоянно трябва да се усъвършенстват професионално, за да могат да са подготвени и да се справят адекватно с работата си в така бързо променящия се свят.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Под общност се разбира група индивиди, които имат емоционална връзка помежду си, преживяват се като част от по-голяма група, която надхвърля границите на семейството и обикновено са групирани по време, интерес, място или друг признак. Общността има споделени ценности и нейните членове са сплотени, а чувството за групова отговорност е силно.

В социалната работа се търсят пътища, форми, начини за помагане както на индивиди, така и на по-големи социални групи и общности.

Социалната работа в общност е един от методите на социалната работа и се основава на взаимодействието на социалния работник с различни обществени групи и организации на местно, регионално или национално ниво.

През годините се натрупват множество виждания, описания и тълкуване на определението за общност, които както се разграничават по дадени белези, така и се допълват взаимно. Различните изследвания в областта и концепциите ни дават по-пълна и ясна представа за възникването, съществуването и значението на социалните общности. В тази насока социалният работник трябва много добре да е запознат теоретично с проблемите на общността и с причините, които ги карат да съществуват, за да може в практиката си да изгради стратегия за помощ и подкрепа на членовете на общността за решаването им. Добрата работа на социален работник в общност трябва да води до позитивна промяна, развитие и устойчивост на качеството на живот на хората от общността. Това може да се постигне само ако той е отличен професионалист, отговорен, компетентен, креативен, комуникативен, умее да мотивира, проявява съпричастност, инициативен е и др.

В днешно време глобализацията и бързите технологии отправят нови препятствия пред социалните работници и те постоянно трябва да се усъвършенстват и да търсят нови механизми за да могат да са подготвени и да се справят адекватно с динамичността на дейността си.

Общността притежава огромна сила и потенциал, които трябва да се използват в правилната посока, от хора с висок морал и за чисти цели. Надявам се, че тези, които са избрали да упражняват професията социален работник притежават тези качества и съумяват да ги съхранят и използват по предназначение.

## REFERENCES

- Nunev, S., Lekcionen kurs "Metodi na socialna rabota – III chast (socialna rabota v obshtnost)", Rusenski universitet "A. Kanchev", Ruse, 2016.
- Pantelev, V., Lekcionen kurs "Sociologia", Rusenski universitet "A. Kanchev", Ruse, 2016.
- Prodanov, H., Digitalna politika, Izdatelstvo "Faber", Veliko Tarnovo, 2010.
- Fotev, G., Istorija na sociologijata, Tom 2, Izdatelstvo "Trud", Sofia, 2002.

FRI-K.201-SSS-SW-05

---

## SUICIDAL BEHAVIOUR – TYPOLOGY, AGE SPECIFICITIES, MOTIVATION AND FORMATION<sup>12</sup>

---

### **Galina Petkova – Student / Specialty Social Work**

Department of Public Health and Social Work,  
University of Ruse “Angel Kanchev”  
Tel.: +359886300348  
E-mail: galinapetkova96@abv.bg

### **Assoc. Prof. Sasho Nunev, PhD / 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:** *Suicidal behavior is one of the parameters that assesses the level of mental health and social well-being of any society. Suicides in Bulgaria are one of the problems of ever-increasing public significance. Suicide is a complex problem for which there is not one single reason. It is the result of the complex interaction of biological, genetic, psychological, social, cultural factors and environmental factors. The suicidal behavior of the person (including suicide, suicide attempt, or the experience of suicidal thoughts and intentions) is a way of solving an existential problem. Indeed, this is the last and most radical means, but it is part of the individual's behavioral strategy and serves some purpose. Suicide is a psychologically motivated act that satisfies a particular need of the individual, different in different cases and types of suicide. Suicide and attempted suicide are forms of behavior inherent only in man. They mainly affect its existence and imply a self-analysis, that is, a conscious act with the consequence or an attempt to end its own life. When talking about a suicide, we should bear in mind that there are three concepts that include the forms of suicidal experience and behavior: suicidal ideas; suicidal attempts, suicides.*

**Keywords:** *suicide; suicidal behavior; suicidal thoughts; suicidal action; death*

### **ВЪВЕДЕНИЕ**

Като суицидно може да бъде определено всяко поведение, което е произтекло от действие или бездействие предприето от жертвата, като при това тя е осъзнавала, че ще прекрати живота си. По данни на Световната Здравна Организация всяка година около 100 000 в света отнемат живота си. Тази цифра, отнесена към определен времеви период, отразява, че на всеки 40 секунди по света се случва по едно самоубийство, а опитите за това са около 8-10 пъти повече. Като пета основна причина за смърт сред хората се определят актовете на суицидно поведение след сърдечно-съдовите и онкологичните заболявания, а след тях са единствено нещастните случаи. Суицидното поведение се свързва със състояние, при което човекът изпитва желание да прекрати живота си сам. Суицидът представлява предварително обмислено и целенасочено причиняване на 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. Същинският суицид е осъзнаван и предварително планиран акт, чиято цел е причиняването на собствената смърт на всяка цена и независимо от мнението и реакциите на хората от близкото обкръжение. Суицидните действия включват: суициден опит- представлява целенасоченото използване на средства за причиняване на собствената смърт; завършен суицид-намира израз в предприети действия, завършващи с летален край. Рисковите фактори които са често свързани с опити и с реализиращи самоубийства, включват: Културни, социални и демографски

---

<sup>12</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 11.05.2018 в секция „Социални дейности“ с оригинално заглавие на български език: СУИЦИДНО ПОВЕДЕНИЕ: ТИПОЛОГИЯ, ВЪЗРАСТОВА СПЕЦИФИКА, МОТИВАЦИЯ И ФОРМИРАНЕ.

фактори:нисък социално икономически статус; проблеми в културната идентичност; проблеми в половата идентичност и сексуална ориентация; проблеми в преобщаването в собствената културна среда; Семейна среда:деструктивни модели на поведение в семейството;травмиращи събития в ранното детство; злоупотреба с алкохол и наркотици в семейството;насилие в семейството; развод,раздяла или смърт на родителите и пр.

## **ИЗЛОЖЕНИЕ**

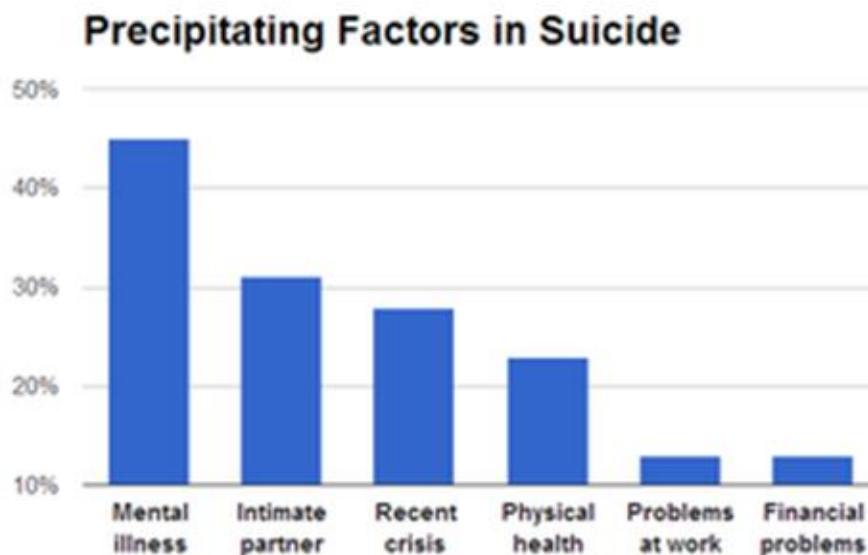
### **Същност и типология на суицидното поведение**

Под термина „суицидно поведение се разбира „всички форми на отношение на индивида (мисли, емоции, действия) към възможна смърт в резултат на собствени действия то представлява съчетание от устойчиви и непостоянни елементи, които имат определена закономерност и последователност, включващи и замисъла и завършването на самоубийството. Условно, може да се раздели на два етапа: Мисловен, когато е налице замисъл без да са предприети действия. Той може да трае дни, месеци, като в резултат а интервенция или медикаментозно лечение, мислите могат да се дезактуализират и да изчезнат, за да се появят по-късно отново; Действен в него се включват конкретни действия, които се предприемат за извършване на самоубийството.Първото и необходимо условие, за да се стигне до вземането на решение за самоубийство, е развитието на процес на социално-психическа дезадаптация на личността. Дезадаптацията настъпва вследствие преживяването на различни личностни загуби, провали, катастрофи, тежки междуличностни или вътре-личностни конфликти и психически травми, и се изразява в нарушаване на взаимоотношенията между индивида и социалната му среда, както и в отрицателно оцветени психически преживявания. При развитие и задълбочаване на процеса, дезадаптацията може да прерасне в състояние на психична криза, когато субективното чувство за заплахата и осъзнаването на невъзможността от удовлетворяване на високочначима потребност на личността се увеличават до такава степен, че човек започва да се чувства като в капан или задънена улица, т.е. в съвсем безизходно положение. Невъзможността да намери друго разрешение на критичната ситуация актуализира в съзнанието на индивида представата за самоубийството като единствен „изход“ от безнадеждната ситуация. При така формираната готовност за извършване на себеубийствено действие, дори и най-незначителните негативни промени в ситуацията, и най-малката обида, предизвикателство от страна на околните или друг вид поредна психотравма могат да задействат механизма на суицидната реакция, да послужат като повод и отключващ момент за суицидно действие.Може да се изброят няколко вида суицидно поведение: Самоубийството, наричано още „завършено самоубийство“, е „акт на отнемане на собствения живот“. Опитът за самоубийство или нефаталното суицидно поведение е самонараняване с желанието да се сложи край на живота, което не завършва със смърт. Асистирано самоубийство има когато едно лице помага индиректно на друго да постигне собствената си смърт, като предостави съвет или средствата за целта. То се различава от евтаназията, при която друго лице приема по-активна роля допринасяща за смъртта на човек. Суицидната идеация е обмисляне на отнемането на собствения живот. Преминаването от решение за самоубийство към суицидно действие се определя от многобройни психо-социални фактори, при това – не еднозначно и линейно, а вероятно. Появата и развитието на мислите за самоубийство е бавен и продължителен процес. В началото те са неустойчиви и неясни, но постепенно добиват очертания и макар и да са свързани с противоречия и колебания, оформят суицидни намерения, които понякога прерастат в конкретни решения на даден човек да сложи край на живота си. С течение на времето, суицидната симптоматика се актуализира и дезактуализира в зависимост от психичното състояние на личността. Може да се появява еднократно или многократно при всяка криза, стресово състояние или остри и хронични психотравми.

### **Рискови фактори**

Факторите, които повлияват риска от самоубийства включват психични заболявания, злоупотреба с наркотици, психологични състояния, културно, семейно и социално положение

и генетична обремененост. Психичните заболявания и злоупотребата с психотропни вещества често съществуват успоредно. Останалите рискови фактори включват предишни опити за самоубийство, непосредствена наличност на средства за извършване на деянието, семейна история на самоубийства или наличие на травматично увреждане на мозъка. Установено е, например, че броят на самоубийствата е по-голям в домакинства с огнестрелно оръжие, отколкото в домакинства без такова. Социално-икономически фактори като безработица, бедност, бездомност и дискриминация може да породят мисли за самоубийство. Около 15 – 40% от хората оставят предсмъртно писмо.



Фигура 1. Обстоятелства, предизвикващи самоубийства, според данни от 16 американски щата през 2008 г. (Самоубийство от Уикипедия, свободната енциклопедия)

### Превенция на самоубийствата

За да се осъществи ефективна превенция на самоубийствата е необходимо постоянно да се извършва активна научно-изследователска дейност с цел да се следят и анализират тенденциите в динамиката на самоубийствата в страната; да се установят кои са и да се наблюдават социалните групи с повишен риск от самоубийство; да се подготвят специализирани кадри за осъществяване на различните форми на психологическа и социална помощ на застрашените от самоубийство лица. Необходимо и много важно е да се извършва и научно-популяризаторска дейност – системно да се информира обществеността за постиженията на суицидологията при разкриване на причините за себеубийственото поведение, както и за методите и възможностите за предотвратяването му. Ако искаме да оздравим обществото си, трябва да почнем от децата. Необходимо е да се създадат много центрове за семейно консултиране по проблемите на детското възпитание и с помощта на психолозите и психотерапевтите да се подобри климата в семействата и в училищата ни, като се повиши културата на общуване и взаимодействие между децата и възрастните, както и между самите възрастни.

Характерни особености в психиката на самоубиеца

В психологическата литература (Н. Бердяев) са посочени следните симптоми, характеризиращи психиката на самоубиеца: „В повечето случаи човек се намира в състояние на психично разстройство, мисленето му е променено, нарушено е психичното му равновесие, изпитва затруднение при възприемане на реалността, йерархията на ценностите е деформирана и понякога само една единствена ценност стои фиксирана на фокуса на вниманието на самоубиеца – тя е единствена и абсолютна, съзнанието е стеснено, а паметта е така парализирана, че е в състояние продължително време да държи „будна“ само една фикс-

идея, тази за самоубийството”. В такъв момент човек е изцяло потънал в себе си, в своите страдания. При това, той има негативно отношение към собствения си Аз, ненавижда себе си и своя живот. Има усещане за абсолютна обреченост, безизходност и отчаяние. Изключително силен признак се явява маркера – превръщането на самоубийството в потребност от свръхценен характер и същевременно се отхвърлят всички останали потребности. В това си състояние самоубиецът не разбира родителите си, отхвърля приятелите, ненавижда любимия си човек. Само една потребност и един мотив стават водещи.

## ИЗВОДИ

Самоубийството е комплексен проблем, за който няма една единствена причина. То е резултат от комплексното взаимодействие на биологични, генетични, психологически, социални, културални фактори и фактори на средата. Факторите, които повлияват риска от самоубийство включват психични заболявания, злоупотреба с наркотици, психологични състояния, културно, семейно и социално положение и генетична обремененост. Психичните заболявания и злоупотребата с психотропни вещества често съществуват успоредно. Останалите рискови фактори включват предишни опити за самоубийство, непосредствена наличност на средства за извършване на деянието, семейна история на самоубийства или наличие на травматично увреждане на мозъка. Суицидното поведение се свързва със състояние, при което човекът изпитва желание да прекрати живота си сам. Суицидът представлява предварително обмислено и целенасочено причиняване на 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. Суицидните действия включват: суициден опит-представлява целенасоченото използване на средства за причиняване на собствената смърт; завършен суицид-намира израз в предприети действия, завършващи с летален край. За да се стигне до самоубийство, е необходимо едновременното действие на определени външни и вътрешни фактори или последователното им натрупване. При липсата на някой от тях „суицидогенното” влияние на другите е по-слабо, докато едновременното им или последователно действие с много голяма вероятност определя появата на суицидния акт. За превенцията на самоубийствата е необходимо и много важно е да се извършва и научно-популяризаторска дейност – системно да се информира обществеността за постиженията на суицидологията при разкриване на причините за себеубийственото поведение, както и за методите и възможностите за предотвратяването му. Ако искаме да оздравим обществото си, трябва да почнем от децата. Необходимо е да се създадат много центрове за семейно консултиране по проблемите на детското възпитание и с помощта на психолозите и психотерапевтите да се подобри климата в семействата и в училищата ни, като се повиши културата на общуване и взаимодействие между децата и възрастните, както и между самите възрастни.

## REFERENCES

- Nunev, S. (2015). Lekcionen kurs “Social Work with People with Deviant Behavior”. Rusenski universitet.  
 Materials of the Suicide Prevention Foundation: <http://rzi-silistra.com/RIOKOZ/home.nsf/pages/bg/NT00001B8A?OpenDocument>  
 Hawton K, van Heeringen K. Suicide. “Suicide,” *Lancet*, Vol. 373, No. 9672, 18 April 2009, pp. 1372-1381. DOI:10.1016/S0140-6736(09)60372-X  
 SSRI Antidepressants Put Patients at Clear Risk of Suicide; Värnik, P. Suicide in the world. *International journal of environmental research and public health* 9 (3). 2012 Mar. DOI:10.3390/ijerph9030760. c. 760 – 71  
 Ivanova R. / Talk about suicide <http://www.chitatel.net/lets-talk-about-suicide/>  
 Kanchev K. The Characteristics of Suicide Behavior in Minors (under “Psychologist Pages on School Website”)



FRI-K.201-SSS-SW-06

---

## DEVIANT BEHAVIOR IN PERSONS ADDICTED TO PSYCHOACTIVE SUBSTANCES<sup>13</sup>

---

**Mariya Georgieva – Student / Specialty Social Work**

Faculty of Public Health and Social Work,

University of Ruse “Angel Kanchev”

Tel.: +359896022243

E-mail: mariageorgieva@abv.bg

**Assoc. Prof. Sasho Nunev, PhD / 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 paper reviews the behavior of addiction and methods for dealing with drug addiction problems. Presenting the problem for the addicted person themselves and for the society as unfunctional part of it. Making a well-structured plan and realizing it with different methods by professional assessment and keeping the clients privacy and wellbeing. Realization of the plan by the methods for the difference in behavior of each patient and implementing the rehabilitation in their private and social lives.*

***Keyword:** addiction, drug addiction, Intervention, rehabilitation, deviant behavior*

### **ВЪВЕДЕНИЕ**

Девиантното поведение е поведение, което оказва негативно влияние и въздействие създаващо условия за противоречия и конфликти с обкръжението, влошаващо трудоспособността и заетостта на лицето. Извършване на противообществени и криминални дейности са също преки последствия от девиантното поведение. Съвременния проблем с зависимото поведение се състои в това, че възрастовата граница се снижава, повишавайки проблемите в социалната сфера и областта на психичното здраве.

### **ИЗЛОЖЕНИЕ**

**Девиантното поведение при зависими лица към психоактивни вещества и методи за рехабилитация**

Девиантното поведение може да се раздели на редица подвидове зависещи от обекта на пристрастяване (медикаментични вещества, алкохол, дейности свързани с психично соматичното поведение и още много други). В основата си зависимостта обосноваваща девиантното поведение от към психоактивните вещества се характеризира с пристрастяването на субекта към подтискащото или стимулиращото въздействие на психоактивните вещества. Зависимостта към психоактивни вещества може да започне, като цел за подтискане на дълготрайни болести, преминавайки от леки, към все по-тежки медикаменти. Пристрастяването се характеризира с цикличност на различните фази. Личностно нагласяне на поведението към зависимостта, усиляване на желанието за това поведение, активно търсене на обектът към зависимостта и специфичните преживявания съпътстващи я, отпускане и ремисия (отслабване нуждата и самата зависимост). Повтаряемостта на тези цикли се определя от индивидуалната честота, която може да варира от няколко дни до няколко месеца.

---

<sup>13</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 11.05.2018 в секция „Социални дейности“ с оригинално заглавие на български език: ДЕВИАНТНОТО ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ЛИЦА СЪС ЗАВИСИМОСТ КЪМ ПСИХОАКТИВНИ ВЕЩЕСТВА.

Зависимото поведение води до промени в личността и до социална изолация. Съществените социалнопсихологични промени в тази посока, сформиращи това държание са нагласата към зависимостта, като емоционални, поведенчески и познавателни особености, водещи до промяна в начина на живот. Тази нагласа се проявява в изключителната важност придавана на емоционалния аспект, към отношението на лицето относно обекта на зависимост. Пример за което е непрекъснатото безпокойство за необходимия запас към обекта на пристрастяване (алкохол, цигари или наркотици). Към това се прибавя и недоверието към заобикалящите го лица, както и към специалистите полагащи усилия за справянето на субекта с неговата зависимост. "Околните не го разбират, тъй като не знаят нищо за неговото състояние." Постепенно нагласата към зависимостта се превръща в цел на съществуване за обекта, а нейната употреба - цел на живот. Достигайки до такава степен на доминиране от обекта на пристрастяване над лицето и неговото желание за непрекъснат контакт, че човекът е способен да направи всичко и да премине всякакви „граници“ включително и извършване на престъпления, за да се достигне този контакт. Отрицанието е ярък пример за крайна зависимост на лицето към обекта, водеща до влошаване взаимоотношенията с заобикалящите, затрудняващи процеса на оказване на помощ.

Концептуалните модели на зависимото поведение се разделят и характеризират на следните основни видове:

- Морален модел: нарушаване на обществено или духовно насадени норми и морални несъвършенства;
- Модел на болеста: изисква се специализирана помощ, необходима е лична отговорност и непрекъсната борба, подходящи са групи за самопомощ;
- Модел на симптомите: поведение на подобие и мимика на връстници карачи тинейджърите да употребяват алкохол с цел приемане и одобрение от приятелите;
- Психоаналитичен модел: често предпоставките за пристрастяване са зародени още в детска възраст, често след това се предизвиква и поддържа несъзнателно;
- Системно-личностен модел: често се характеризира с проблеми в личностните взаимоотношения подтикващи към употреба на психоактивни вещества;
- Био-психо-социална: може да се обясни с социалната среда и/или с човешкия организъм (употреба на медикаменти довела до пристрастяване) (Nunev, S., 2016).

#### **Зависимости от психоактивни вещества. Психоактивни вещества – въздействие и последствия**

Такъв вид вещества биват природно дадени и синтетично създадени. Използват се в медицината за временна за въздействие на централната нервна система подтискайки или усилвайки, някои нейни сетива (болкопритъпяване, упойка на пациента и др). След прекомерната употреба на медикаменти субектът е с притъпени сетива и често това води и до изпадане в еуфорично състояние, което е неповторимо с всяка следваща употреба на психоактивни вещества. Търсейки това пристрастяващо чувство често лицата прибегват до крайни действия на агресия с цел да задоволят своята зависимост. Прекрачвайки границите на личността си, злоупотребявайки със здравето си, наранявайки близки несъзнателно тяхната зависимост ги контролира, заради което е необходима помощ.

#### **Технологии на социална работа с хора с девиантно поведение**

Различните социални институции, както и тези за социална работа трябва да имат добре организирана система работеща в две основни посоки за превенция от зависимото насочване на личността и интервенция при вече проявеното девиантно поведение. Социалната работа играе изключително важна роля в процеса на работа с лицата, като за всеки отделен случай се изисква отделен подход към личността на самия зависим. Диагностичната дейност се реализира в двете основни насоки, а не е отделена като самостоятелно направление, защото представлява съществена част от самите процеси. Тази дейност се състои в събирането, анализирането и оценяването на информацията относно клиента и неговото обкръжение, позволяваща да се внесе яснота в картината, както за неговата личност и поведение, така и за факторите и причинно-следствията определящи възникването на проблема в социалното му

функциониране. Реализацията на социална диагностика изисква от социалния работник необходимото ниво на професионална компететност и съобразяване със следните принципи:

- Обосноваване – достоверни и надежни резултати и анализи от събраната информация;
- Обективност – не трябва да има субективност в анализа и оценката на данните;
- Систематичност – събраната информация за външната и вътрешната среда спомагат за обективна оценка;
- Съобразяване с правата и интересите на клиента, които не противоречат на социалните, правните и моралните обществени норми;
- Ефективност – анализът и оценката допринесли за добре организиран работен план за преодоляване на девиантното поведение;
- Ненанасяне на вреда и дискриминиране на клиента;
- Конфиденциалност ( Ivanov, P., 2009).

Приоритетна задача на социалния работник при работа с хора с девианто поведение, посредством целесъобразно използване на горепосочените методи за определяне съдържателните и специфичните аспекти на случая.

При пациенти с вече проявено делинквентно поведение се използват методи за работа с характер на намеса. Социалната работа в такива случаи е настроена към позитивни промени в личностен и поведенчески план у клиента, насърчавайки го към устойчиво социално функциониране. Съществена част в работата с характер на намеса е мотивираността на пациента за постигане на промени в личностен и социален аспект и готовността му за партниране със социалния работник. Съпротивата срещу промяната е основен проблем в началото на работата с хора с зависимото поведение, независимо от видимите негативни последици от тяхното пристрастяване. В такъв случай най-подходящо е открояването на вредната стана нанасяна от дивантното поведение и употребата на психоактивни вещества. Добър пример са всички сериозни здравословни (хепатит, HIV-инфекция, психични разстройства и др) и социални проблеми съпътстващи зависимостта от психоактивни вещества. Задачите с характер на намеса при пристрастени към психоактивни вещества са:

- Формиране на мотивация у клиента;
- Насърчаване към личностна, поведенческата и социалната промяна;
- Коригиране на зависимото поведение
- Създаване на здравословни и социално приемливи навици за начин на живот.

#### **Основни методи за работа с хора със зависимост към психоактивни вещества**

Психодинамичният метод се изразява в оказването на помощ за осъзнаване и неутрализиране на зависимото поведение. Началото се дава шанс на клиента да изрази и осъзнае причините за възникналите вътрешни противоречия довели до употребата на психоактивни вещества. След което социалните работници се фокусират към помагане, за промяна на начина им на живот. Пряка конфронтация с клиента се избягва с цел спечелване на доверието им като хора, които ги разбират и са готови да окажат съдействие и подкрепа. Този метод е често използван, но и критикуван от специалисти заради това, че не е достатъчно ефикасен поради факта, че е трудно за пациента с зависимо поведение сам да вникне в същността и причините, за това му поведение и начин на живот. Като по ефикасен вариант за психодинамичния метод се използват още и рехабилитационни дейности в съчетание с когнитивни методи и подходящи медикаментозни терапии. (Azrin, N. H, Donohue, 1996.)

Бихевиристично ориентирания метод се състои в аверсивна терапия. Аверсивната терапия пи хора пристрастени към алкохола се изразява в това да се свързва обекта на пристрастяване с нежелани ефекти. Използват се медикаменти подтискащи или оказващи неприятни ефекти пи употреба на алкохол. При зависимост към психоактивни вещества е обучението в реализиране на алтернативно поведение на употребата на наркотици. С клиентите се провежда обучение за формиране на увереност в себе си и собствените си възможности, и за усвояване на умения за общуване, позволяващи им да се изразяват какво са преживели и какво изпитват под влияние на близкото им обкръжение, за да прекратят употребата на психоактивни

вещества. Този метод за работа със зависими към психоактивни вещества пациенти е особено ефективен при комбиниране с когнитивни методи и при наличие на силна мотивация от страна на клиента да се справи с зависимостта си, въпреки неприятните преживявания или притискащите го потребности.

Когнитивно-бихевиристичния метод за работа със зависими към психоактивни вещества са ориентирани към оказване помощ на клиента, да се научат да контролират своето поведение и отношение към употребара на психоактивни вещества. Трейнингът за усвояване на умения за самоконтрол започва с описание на клиента за времето, мястото, чувствата и преживяванията, физическите прояви и други подробности, засягащи зависимостта му към психоактивни вещества. По този начин с помощта на специалиста клиента започва да осъзнава рисковите ситуации, при използването на психоактивни вещества влияещи не само на централната нервна система, а също така увреждащи и неговото здраве. Научавайки се как да се справя със ситуации напомнящи му за психоактивни вещества то започва да ги контролира и избягва. Друг такъв вариант е планирането на питиетата и предписаните медикаменти, с цел да се избягва интоксикация. Този метод се използва с определена степен на успех и сред пристрастените към марихуана и кокаин (Morli S, Sheferd Dzh., Spens s., 1996).

Важна част от рехабилитацията на пристрастените са и групите за самопомощ, като анонимните накромани, при които пациента е в позната за него среда и е по спокоен и отворен за промени към начина си на живот. Групите за самопомощ оказват влияние най-вече при начинанието, когато лицата пристрастени към психоактивни вещества могат да чуят и споделят за неблагоприятните преживявания следствие от употребата на психоактивни вещества.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

За социалният работник е от изключителна важност да спазва правата на пациента и своите задължения, относно конфиденциалността, ненанасяне на вреда на клиента и неговото дискриминиране в обществото. Правилният подход в началото на работа с зависимите лица е от изключителна важност. Обективното обосноваване, субективната оценка на информацията и систематичната работа са основите на успешната работа. Важно е да не се критикува пациента и избора му, а да му се окаже помощ в съответствие с случая. Рехабилитирането и пълзотворното му интегриране в обществото, както и оказване на правилната посока за бъдеще са благодарение на социалната работа и социалните работници.

## REFERENCES

- Zmanovskaya, E. V. Diviantologiya: psihologiya otklonyayushtegosya povedenie. Izdatelskiy centr: Akademiya", 2003.
- Ivanov, P. (2009) Prilozhna psihoterapiya. Tom I. Obshta psihoterapiya. Ruse Izdatelska kashta "Ahat".
- Ivanova E.B, Kak pochemu narkomanu. SPb., 1997.
- Kulakov, S. A. Diagnostika i psihoterapiya addiktivnogo povedeniya u podrostokov: Uchebno-metod, podobie. M., 1997
- Morli S. Sheferd Dzh., Spens S., Metodyi kognitivnoy terapii I treninga socialnyih navykov. SPb., 1996.
- Nunev S. Lekcionen kurs "Socialna rabota s hora s deviantno povedenie". Rusenski universitet Ruse 2016.
- Psihologiya i lechenie zavisimogo povedeniya. Per. S. nem. Pod red X. Linga. M.2000.
- Pyatunin, V. A. Deviantnoe povedenie nesovershennoletnih: sovremennyye tendencii. Moskva: POO" Centar sodeystviya reforme ugovnogo pravosudiya", 2010.
- Azrin, N. H., Acierno, R., Kogan, E. S., Donohue, B., Besalel, V. A., McMahon, P. T.(1996). Follow up results for supporting versus behavior therapy for drug use. Behavior Research and Therapy, 34, 41-46.
- Galanter, M. (1993). Network therapy for alcohol and drug abuse. New York: Basic Books.

Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In A. E. Bergin, S. L. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 428-466). New York: Wiley

Latkin Carl A, Hua Wei, Davey Melissa A. 2004. "Factors associated with peer HIV prevention outreach in drug-using communities." *AIDS education and prevention: official publication of the International Society for AIDS Education* 16 (6): 499-588.

Miller, W. R. (1983). *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.

Whorley, L. W. (1996). Cognitive therapy techniques in continuing care planning with substance-dependent patients. *Addictive Behaviors*, 21(2), 223-232.

FRI-K.201-SSS-SW-07

---

## SOCIAL WORK APPROACHES WITH PEOPLE ADDICTED TO PSYCHOACTIVE SUBSTANCES <sup>14</sup>

---

### **Mariya Georgieva – Student / Specialty Social Work**

Faculty of Public Health and Social Work,

University of Ruse “Angel Kanchev”

Tel.: +359896022243

E-mail: mariageorgieva@abv.bg

### **Assoc. Prof. Sasho Nunev, PhD / 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 paper reviews the approaches (psychodynamic, cognitive-behavioral, systemic, crisis intervention and psychosocial approaches) and techniques of drug addiction rehabilitation and the methods for work with people addicted to psychoactive substances. The basic skills and competences of a social worker in working with psychoactive addicts are presented. Different methods for planning and working considering the symptoms and the phase of the addiction.*

***Key words:** technique, drug addiction, psychoactive substances, social work approaches*

### **ВЪВЕДЕНИЕ**

Нарушенията при употреба на психоактивни вещества повлияват в живота на индивидите, семействата, общността, по начин, по който се нарушава не само работоспособността на лицето, а и неговото психическо и социално поведение. Интервенцията на злоупотреба с психоактивни вещества е специална област от общото поле на социалната работа. Социалната работа се свързва с интервенциите, които се правят, за да се променят социалните ситуации, така че хората, които имат нужда от подкрепа или са в риск, могат да посрещнат своите нужди по по-подходящ начин, отколкото ако не се извършват тези интервенции.

### **ИЗЛОЖЕНИЕ**

Социалните работници сблъскващи се рутинно с проблеми, свързани със зависимости в тяхната работа използват широка гама от настройки в професионалната им практика, позволяваща им оказването на помощ на лица стремящи се към възстановяване от наркозависимостта. Построяването на гладки отношения при формирането на социални мрежи, които могат да дадат на хората чувството, че са стойности, ценени и принадлежат към широк кръг сътруднически си хора е част от работата на социалния работник. Това има изключително значение за младите хора употребяващи психоактивни вещества, които се чувстват изолирани и нежелани от своите близки и обществото.

Ключът за ефективността на постоянната връзка на лечебния процес с дейности по корекция на социалното положение на лекувания такива са:

- формиране в клиента стабилно съзнание за мотивация или окончателно отхвърляне употребата на наркотици, активно участие в рехабилитационния процес;
- осъществяване на комплекс от медицински, психологически терапевтични

---

<sup>14</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 11.05.2018 в секция „Социални дейности“ с оригинално заглавие на български език: ПОДХОДИ НА РАБОТА С ХОРА СЪС ЗАВИСИМОСТ КЪМ ПСИХОАКТИВНИ ВЕЩЕСТВА.

интервенции, насочени към предотвратяване на рецидив;

- редуциране на поведенчески,емоционални, интелектуални разстройства, развили се или задълбочили се в болестния процес;
- укрепване здравето на клиента чрез развиване на умения за учене за водене на здравословен начин на живот
- повишаване нивото на социално функциониране;
- Формиране или възстановяване на позитивни семейни или средови връзки и взаимоотношения;
- достигане на реално материално обезпечение на основата на развитие на умения за постоянство,търпение,увереност.

Целта на социалната работа с пристрастени към психоактивни вещества лица е да се постигне най-доброто ниво на адаптация и функциониране, на лицата с физическа,умствена и социална патология. Обикновено тези хора се намират в трудни ситуации. Особеност на социалната работа със зависими е, че като професионална дейност тя се оказва на кръстопът на два отделни сектора- здравеопазването и социалната грижа и подкрепа. „Социалната подкрепа е взаимодействие и взаимноотношение“ между помагач специалист и клиент, „целящо предоставяне на емоционална, материална, информационна подкрепа за реализиране на „помощ за самопомощ“. Поради тази причина социалният работник трябва да притежава редица умения и компетенции, за да се справи ефективно в стоята дейност.

Основни умения и компетенции на социалния работник:

- да бъде в състояние да тълкува социална, лична, медицинска и психично-здравна информация;
- информираност за психиатричните заболявания, уврежданията на развитието,зависимостта и възстановителните проблеми;
- оценка на психичните заболявания;
- установяване на разбирателство с клиента в краткосрочен и дългосрочен план;
- улесняване на психологическата,емоционалната и поведенческата промяна;
- идентифиране на продходящи ресурси;
- ефективно сътрудничество с мултидисциплинарни професионалисти;
- демонстриране на по-задълбочени познания за многомерни проблеми и услуги;
- оценка на резултатите.

В областта на превенцията: способства за провеждането на широка информационно-просветителска дейност по представянето на наркоманията като заболяване, което има физиологически, психологически и социални причини, появи и последици. В процеса на лечението установява необходимата информация за заболяването, начините на борба с нея, перставя различните места за лечение; установява връзка с програмите за лечение и групи за самопомощ; осигурява осциално-психлогическа подкрепа на членовете на семейството и приятелите на клиента. В областта на рехабилитацията: координира рехабилитацията на наркомана в семейството,помага за решване на социални проблеми, сътрудничи си с запознат с: правилниците, наредбите,методически и нормативни насоки за социална работа в общата практика и лечение на пристрастени към психоактивни вещества; съвременните методи на помощ на наркозависимите и техните семейства; новостите в националния и чуждестранния опит на специалисти по социални дейности в областта на оказване на помощ за зависими.

#### **Подходи в социалната работа с зависими към психоактивни вещества**

Основно място в социалната работа с наркозависими заема *индивидуалният подход* . Взаимноотношенията социален работник-клиент при този подход са средство за промяна на различните дисбаланси. Формите и насоките на отношенията се предприемат в зависимост от условията и преживяванията, свързани с проблемната ситуация на клиента.

Психодинамичен подход. Много от използваните подходи в социалната работа се основават на психодимичните теории. Основната концепция на този подход, основаващ се на психоанализата на (З. Фройд), е за понятието „конфликт – несъзнавано“. А именно ролята на различните модели на поведение (представени като набор от чувства,мисли,маниери),които

човек има от най-ранни години до зряла възраст, оказват отношение върху възприемането и преживяването на света. Психодинамичният подход служи като един вид универсална технология и се прилага във всички области на социалната работа. Акцент в този подход се поставя върху самооценката на клиента. Тя включва „онова, което човек е убеден, че преставава-способности, компетентност, възможности за контрол върху събитията в социалната среда, психологически характеристики, физически качества. Взаимоотношенията между социалния работник и клиента в рамките на психодинамичната теория включват следните компоненти: индивидуализация на клиента, оценка на проблема, използването на различни терапевтични техники и умения за оказване на помощ.

Подход на кризисна интервенция поставя фокуса върху емоционалните отговори на кризата на клиента. Характеризира се с „продоляване на негативните психични състояния и проблеми“, които се проявяват в клиента по време на криза. В практиката на социалната работа терминът „криза“ се използва в две значения: като неочаквано, инцидентно, непредвидимо събитие (кризистно състояние на клиента и като събитие, което предстои да се развие и случаи (предкризистно състояние на клиента). Действията включват широк кръг от вербални и невербални поведения, които целят постигане на основната задача, а именно да се „редефинира ситуацията“. Целта е зависимият да се научи да посреща и да се справя с кризисните събития, които ще изникват пред него в различните етапи на неговия живот. Чрез създаване на разбирателство и подходяща комуникация, социалният работник подпомага клиента да идентифицира своите проблеми. Заедно с клиента се обсъждат възможните алтернативи, разработва се план за действие с практически задачи, които ще съдействат на клиента да се коригира и да прекъсне събитията които нарушават нормалното му социално функциониране.

Системен подход. Идеята на този подход е за справяне с проблемите на човека с помощта на хора, които са важни един за друг. Една двойка, семейство, група от хора със сходни интереси или проблеми може да се разглежда като система и тази система да повлияе за решаване на проблемната ситуация. Най-важният аспект на системния подход е че специалистите виждат своите клиенти, независимо от представените проблеми и ситуации, като автономни и компетентни лица по отношение на техния собствен живот. Всяка промяна в системата води до промяна в отделните елементи на системата и в свързаните с нея системи.

Социалните работници използват често в работата си със зависими от наркотици модела „Цикълът на промяна“ (Д. Прохаска). Този модел е разработен въз основа на когнитивно-поведенческа терапия и се използва в области, където е необходимо да се извърши промяна в поведението на хората. Когнитивно-поведенческата терапия (КПТ) е терапевтичен подход, имащ за цел решаване на проблеми, свързани с дисфункционални емоции, поведение и когнитивните способности посредством целенасочен систематична процедура. Артон Тимкин Бек и Алберт Елис са основоположниците на терапевтичните методи на КПТ. Има емпирични изследвания, че КПТ е ефектен подход за лечение на различни проблеми като тревожност, настроения, личностни проблеми, включително злоупотреба с наркотични вещества и психични разстройства. С помощта на КПТ се усвояват редица умения, които са необходими и от полза за укрепване способността за въздържане от употреба на наркотици и/или за поддържане на въздържанието, т.е. предотвратяване на релапса. КПТ включва разнообразие от подходи и терапевтични системи, като едни от най-известните са поведенческа терапия, рецинално-емоционална поведенческа терапия, мултимоделна терапия. Терапевтичните техники варират в различните подходи ка КПТ в съответствие с конкретния вид проблемни въпроси. КПТ се използва еднакво ефективно и индивидуалното лечение, и в груповата работа.

Когнитивно-бихевиористичната терапия заема специално място в социалната работа. Както при социалната работа, КПТ поставя клиента в центъра на лечението, като се фокусира върху действието и промяната. „Доколкото социалната работа е насочена към социално слабите, то развиването на собствените им сили е важна цел на интервенциите“. Социалните работници се стремят да помогнат на клиента да се справи сам с проблемите си, да стане независим от тях. Подходът за работа с групи се основава на взаимна подкрепа на хората с



подобни проблеми. Този вид социална работа е една от най-често използваните форми на социална работа. Целите, задачите и методите на работата с групи са разнообразни и всеобхватни.

#### **Психосоциален терапевтичен подход в социалната работа с наркозависими**

Терминът „психосоциално“ може да бъде разглеждан като комбинация от думите „psyho“ със значение „психологически“ и „social“, означаващо „начинът, по който хората в обществото се държат и взаимодействат“. Психосоциалното включва „тази област от човешкия опит, която е създадена от взаимодействието между психологическата кондиция на индивида и социалното обкръжение... Тук интересът е към индивидите и качеството на тяхното социално обкръжение“. Става въпрос за взаимодействие, базирано на различни интервенции. От една страна, това са подходи, насочени към работа със социалната действителност на индивида като цялост. Психосоциалният терапевтичен подход може да включва психотерапия и медикаменти в комбинация със социално и професионално обучение за подпомагане на хора, възстановяващи се от тежки психични заболявания. Психосоциалният терапевтичен подход интегрира психологически, социални и терапевтични техники и умения за справяне с пристрастяването. Основните цели са насочени към това да се засили и поддържа мотивацията на клиентите за промяна, да се насърчи развитието на немедикаментозното справяне при решаване на проблемите, да се търси помощ от подкрепящата среда (семейство, специалисти, институции и други). Подходът комбинира различни терапевтични техники, социалната и психологическа подкрепа в съответствие с индивидуалните нужди на всеки клиент.

#### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Проблемът за различните зависимости е част от ежедневието ни, с него се сблъскваме всеки ден. Проблем, който може да почука и на нашата врата. А най-лошото е, че той дори не почуква, той търси съвсем тесен процеп, толкова малък, че да успее да се промуши и да влезе в нечие съзнание – обикновено объркано, обикновено изтерзано от проблеми, от недоимък, претърпкано с информация или беднота и преживявания. Факт е, че повечето зависимости започват в тийнейджърска възраст. Тъкмо през този етап от живота настъпват сериозни промени в живота на детето и общуването с него нерядко е трудно. Тийнейджърите са една особена група хора – нито са деца, но, със сигурност, още не са и възрастни. Положението при тях е също като в периода на току-що проходилите – чувстват се достатъчно независими, тъй като са в състояние да организират част от живота си, но в същото време заради липсата им на опит често изпадат в положение на залитане. Приятелите са средата, която влияе най-вече на поведението на детето в тези години.

#### **REFERENCES**

- Ivanov, P, (2009). Prilozhna psihoterapiya. Tom I. Obshta psihoterapiya. Ruse Izdatelska kashta “Ahat”.
- Nunev S. Lekcionen kurs “Socialna rabota s hora s deviantno povedenie”. Rusenski universitet Ruse 2016.
- Kutsenok, I., Zloupotreba i zavisimost ot psihoaktivni veshtestva, S., 2004

FRI-K.201-SSS-SW-08

---

## SYSTEMATIC APPROACH TO MACRO SOCIAL WORK PRACTICE<sup>15</sup>

---

### **Svetla Stoyanova – Student / Specialty Social Work**

Department of Public Health and Social Work,

University of Ruse “Angel Kanchev”

Tel.: +359899019013,

E-mail: svetla82@abv.bg

### **Assoc. Prof. Sasho Nunev, PhD / 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:** The presentation of the specificity of the macro-practice in the context of the systematic approach requires that the needs and problems of the community are also addressed in a wider social context - in the political and social space as systems with the subsystems included in them. Addressing the problems and meeting the needs of the community implies a good knowledge of the system of the political environment in which action will be taken to achieve the desired change. In the theory and practice of social work, social workers are always identified as agents of change as their activity is related to identifying the need for change in systems and target groups of clients to address certain problems, improving social functioning and well-being. The interrelation between roles and functions in the fields of micro-practice and of the macro-practice is one of the main moments expressing the essence of social work.*

***Keywords:** social work, macro social work practice, micro social work practice, systematic approach, community social work*

## **ВЪВЕДЕНИЕ**

Социалната работа в общност е една от недостатъчно разработените в теоретико-приложен аспект области у нас. Дългогодишната практика и множеството научни изследвания и публикации в развитите западни страни доказват не само нейната професионална и социална значимост и роля при решаване на важни социални проблеми, но и възможностите за нейното развитие в съвременните условия. Социалните общности могат да бъдат етнически, селищни, религиозни и някои по-малки естествени общности като род, семейство, неформални групи или близка социална среда. Социалните общности са интегративно обединение или социална група от лица с обща идентичност, чувство за единство, общи цели, споделени ценности и норми и стандартизирани модели на взаимодействие върху основата на взаимосвързани роли. И в дадени случаи като например при нарушения в нормалното функциониране на социалната общност могат да се намесят социалните работници. Те се ангажират с организирането и развитието на общността за решаване на проблеми от структурно (социално, икономическо, политическо и др.) естество и се налага да взаимодейства с различни системи, институции, местна власт. От него се изисква да разбира специфичните аспекти на властта в общността и обществото, отношенията между различните социални структури и общности и да работи за постигане на социална справедливост и структурни промени.

## **ИЗЛОЖЕНИЕ**

### **1. Системен подход към макропрактиката на социалната работа**

Един от примерите за използване на системен подход към макропрактиката в социалната

---

<sup>15</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 11.05.2018 в секция „Социални дейности“ с оригинално заглавие на български език: ПОДХОДИ НА РАБОТА С ХОРА СЪС ЗАВИСИМОСТ КЪМ ПСИХОАКТИВНИ ВЕЩЕСТВА.

работа може да се демонстрира чрез вземането на решение за реализиране на намеса, което изисква от социалния работник идентифициране на проблем, проучване на същността и спецификата на проблема и на незадоволените потребности, анализ и оценка на необходимостта от промяна. Информация за наличие на проблем в дадена общност може да достигне до социалния работник по различен начин, например, от клиент на социална услуга или от група жители на квартал, които от името на общността поставят определени въпроси за разглеждане и търсене на възможности за решаването им и др. Специфичността на проблемите на общността, начините, по които те се заявяват, както и необходимостта от промяна, определят различията в подходите и пътищата за тяхното представяне от общността или от легитимирани от нея членове пред социалния работник. Независимо от това как социалният работник определя възможностите за предоставяне на подкрепа и постигане на промяна, той и общността функционират в политическа среда и обществено пространство като системи, чиито влияния не могат да се пренебрегнат (Nunev, S., 2016). В тях се включват три фокусни точки (подсистеми), към които са ориентирани действията на социалния работник: проблем; население (хора, живеещи на определена територия – квартал, селище и др.); място на действие (общност или организация). Съотнасянето на тези аспекти към особеностите на макропрактиката и към предоставянето на ефективна помощ на клиента означава: вникване в същността и спецификата на проблема на клиента (напр., зависимост, насилие, безработица и липса на доходи, бездомност и др.); установяване на човешката средата, в която съществува този проблем, т.е. населението (напр., групи на юношите, младежите, възрастните или старите хора; групите на трудово заетите или безработните; проблем население (хора, живеещи на определена територия – квартал, селище и др.) място на действие (общност, организация) (Nunev, S., 2016). Обществено пространство политически контекст групите на пълните семейства или непълните семейства, на самотните родители и др.); разбиране на мястото на действие на проблема (общност или организация). Разбирането на мястото на действие на проблема е една от съществените предпоставки за успешна намеса на макроравнище. В тази насока е важно да се актуализира информацията за дадения проблем в теоретичен и практически аспект, да се припомни собствен и добри практики, да се открият традиционни и алтернативни подходи за справяне с проблема при такива целеви групи клиенти. От съществено значение за помагачата дейност на социалния работник е фокусирането на професионалното му внимание върху две области – проблем; специфично въздействие на проблема върху дадената група хора от населението на квартала или населеното място. В очертаната насока може да се отбележи, че при макро практиката целта е да се постигне разбиране за областта, в която се припокриват и трите кръга – проблемът, неговото въздействие върху определена група хора от населението в даден квартал или селище, представляващи мястото на действие – общност или организация. При изследване на ситуацията от социалния работник могат да се обособят следните аспекти на разбиране, които имат отношение към интерпретирането на макропрактиката от системни позиции: идентифициране на група от хора, засегнати от конкретен проблем; установяване на общността, от която е част дадената група от хора; определяне на начина, по който проблемът засяга тази група от хора; открояване на начина, по който се разглежда проблемът на групата от хора в общността; как се разглеждат в общността потребностите на групата от хора, засегнати от проблема; установяване на ресурсите на засегнатата от проблема група от хора и на общността за справяне с проблема; възможности за реализиране на намеса или за предоставяне на подкрепа или помощ на засегнатата от проблема група от хора и на общността. Справянето с проблемите и удовлетворяването на потребностите на общността предполага добро познаване на системата на политическата среда, в която ще се предприемат действия за осъществяване на желаната промяна.

## **2.Взаимовръзка между микропрактика и макропрактика в социалната работа**

Намесата на социалния работник на макроравнище се отличава със своята комплексност и сложност и в тази насока от него се изисква не само да анализира вътрешната (интрапсихичната) среда на клиента, но и да го разглежда като елемент от няколко припокриващи се и взаимодействащи си системи от околната социална среда. В тази насока

ангажираните в макропрактиката социални работници трябва добре да познават спецификата на дейност не само в своето работно поле, но и в полето на социалната работа с отделен случай и с групи (микропрактики). Това ще им позволи да вникнат по-задълбочено и да постигнат по-добро разбиране за проблемите и потребностите на индивидите, семействата и групите в условията на общността (Nunev, S., 2016). Ако социалният работник, действащ в полето на микропрактиката, се фокусира единствено върху динамиката на проблемите във вътрешната среда на клиентите, то той рискува в значителна степен да не навлезе в същинската дълбочина на проблемите, които е много вероятно да са повлияни от фактори от околната социална среда. Взаимната връзка между роли и функции в полетата на микропрактиката и на макропрактиката е един от основните моменти, изразяващи същността на социалната работа. За социалните работници е толкова важно да разбират естеството на помощта за индивиди, семейства и групи, представяща микропрактиката, колкото да познават специфичните съдържателни аспекти на промяната в организационен, общностен и политически аспект при реализиране на макропрактиката. В теорията и практиката на социалната работа социалните работници винаги се определят като агенти на промяната, тъй като дейността им е свързана с идентифициране на необходимост от промяна в системи и целеви групи клиенти с цел справяне с определени проблеми, подобряване на социалното функциониране и благосъстояние. В този контекст редица практики и изследователи отбелязват, че промяната е такава неизменна и значима част от социалната работа в общ план, че тя трудно би могла „да се разделя“ на такава, която е само при микро практиката или при макро практиката. Виждането на изследователите Ричард Едуардс, Джон Янкей и Мери Олтпитър е, че ефективното управление на работното взаимоотношение с индивиди в общността и извън нея, способността на социалния работник да комуникира и да води успешно междуличностен диалог, както и да овластява клиентите да развиват силните си страни и да се справят с възникнали проблеми, са едни от важните компоненти на професионалната му компетентност и в същото време елемент, който ясно представя дейността на социалния работник с индивиди в общността (Nunev, S., 2016). Това разкрива, че функцията и ролята на социалния работник, ангажиран в полето на макропрактиката, не могат да се разкрият коректно и пълно, ако не се признае и открие значимото присъствие на взаимодействието с индивиди. Съществена част от ангажираността на социалния работник в полето на общността се свързва с дейността му с групи с определени потребности и проблеми. В тези условия груповите срещи и взаимодействията в групата представляват организационен и работен процес, от чиято продуктивност се определя успехът от дейността в общността. Социалният работник в общност се стреми да постигне съгласие по отношение на области на общ интерес и споделени нагласи в групата в посока към справяне с възникнали проблеми и незадоволени потребности. Изследователите Джордж Брейгър, Хари Шпехт и Джеймс Торцинър представят четири основни групи, свързани с организирането на общността – групи за социализация, първични групи, групи за организационно развитие, групи за институционални отношения. Всяка от тези групи има специфична целева ориентация и включването им в организирането на общността разчита на способността на социалния работник не само да определи областите на индивидуален, групов и общностен интерес, но и да постигне баланс между тях, позволяващ да се реализира желаната промяна. В съответствие с това целите, които си поставя социалният работник в общност, включват социализация, развитие на ефективни взаимоотношения, организационно изграждане и постигане на институционална промяна. Независимо че в определена степен представените основни цели съвпадат с целите на някои видове групи, използвани при социалната работа с групи, то те изцяло съответстват на професионалните нужди и дейност на социалния работник в полето на макро практиката. В груповия процес социалният работник допринася за създаване на среда, условия и възможности, улесняващи формирането и развитието на социални връзки и групова сплотеност (Nunev, S., 2016). Въпреки че социалният работник участва индиректно в този процес, то той носи професионална отговорност не само за единството на групата, но и за приемането на постижими цели и за реализирането на дейности, които съответстват на тези цели и на желаната промяна в контекста на същността и специфичната ориентация на социалната работа в общност като макропрактика. Ролята на управляващ е една от често

използваните роли на специалиста по социални дейности, както при социална с индивиди, семейства и групи (управляване на случаи, на база от данни и информация и за развитието на случаи; управляване на групово взаимодействие и на професионални екипи с общи или мултидисциплинарни функции; управляване на взаимодействията с други социални услуги или институции и др.), така и при социална работа в общност (управляване на дейността и взаимодействията с индивиди и групи в условията на общността; управляване на дейността и взаимодействието с общността; управляване на взаимодействията с институции, местна или изпълнителна власт, свързани с искания за промени в политики и практики в сферата на социалните дейности и др.). В ситуации на прилагане на тази роля социалният работник често е изправен пред предизвикателството в каква насока да фокусира своите усилия – към ориентирани към задачите промени или към ориентирани към целите промени. Тъй като и двете ориентации са изключително важни за социалната работа в полетата на микропрактиката и макропрактиката, специалистът по социални дейности трябва на основата на постигната максимална яснота за целите и свързаните с тях задачи да разработи добре структуриран план и визия за организацията, в които той е не само важен източник на информация, но и съществен фактор за постигането на желаните от общността цел и промяна. В тази насока, поради динамичния си характер и способността за бързо адаптиране към променящата се околна социална среда, стратегическото планиране при социалната работа в общност е важен фактор за ефективността на дейността и качеството на резултата. Гъвкавата и адаптивната природа на стратегическия план позволява на основните субекти да се фокусират върху управлението и улесняването на процеса на промяна. Визираният процес в определена степен прилича на оценяването на клиента при социална работа с отделен случай (индивид или семейство) и при социална работа с група. С развитието на взаимоотношенията между субектите в работното взаимодействие, независимо от това дали става въпрос за социална работа с отделен случай, социална работа с групи или социална работа в общност, се постига значително по-добро разбиране за потребностите и проблемите на клиентите, намиращи в ситуация на затруднение (Nunev, S., 2016). Това позволява да се реализира практика, която допринася за управляване на помагания процес и за улесняване на промяната в контекста на концепцията за „личност в околна среда“. Концепцията за „личност в околна среда“ акцентира върху необходимостта и важността на разбирането на личността и нейното поведение в контекста на различни аспекти (социални, политически, семейни, културни, икономически и пр.) на околната среда, в която живее и функционира. Тя позволява да разшири обхватът на реализираната намеса или на предоставяна подкрепа или помощ, като те се ориентират към визираните отделни аспекти, към част от тях или към околната социална среда като цялост. Представената концепция и перспектива в теорията и практиката на социалната работа, в частност и на тези на социалната работа в общност, определя важността на стратегическото планиране. Тази значимост намира израз в изискванията за: адекватна оценка, планиране и координиране на намесата в различни аспекти на околната социална среда; постигане на равновесие между фактори от вътрешната среда (на представителите на целевите групи в общността и на самите групи) и от външната среда (организационна и социалната среда на общността). Постигането на такова равновесие се определя от компетентността на социалния работник стратегически да оцени в каква степен ресурсите на групите в общността и на самата общност в организационен и социален аспект позволяват в максимална степен и по ефективен начин да се отговори на предизвикателствата и да се постигнат желаните цел и задачи и свързаната с тях промяна. От съществено значение за стратегическото планиране при социалната работа в общност е идентифицирането и оценяването на силните и слабите страни на общността по отношение на човешки, организационни, политически и пр. ресурси. Реализирането на вътрешно стратегическо оценяване позволява на преден план да се изведат предизвикателства, което допринася да се създаде ефективна организация и да се работи за постигане на подходящо равновесие между фактори от вътрешната и външната среда. Стратегическото планиране при социалната работа в общност гарантира не само осигуряване на необходимата организация и координиране на дейностите, но и предоставянето на качествени и отговарящи на проблемите и потребностите на общността подкрепа и помощ,

които позволяват да се постигне желаната социална промяна.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В исторически и практически аспект социалната работа в общност като макропрактика стои в основата на цялостната социална работа и в тази насока знанията и уменията в дадената област са необходими за всеки социален работник, независимо в кое поле практикува. Това поставя социалните работници и изследователите пред предизвикателството и отговорността да я превърнат в едно значимите средоточията на професионалния и изследователския фокус. Фокусирането върху взаимодействието между клиента и социалната среда е един от основните аспекти в професията на социалния работник, който я отличава от други помагачи професии. Основният аспект на общността организации е принципът на "кооперативен дух", която насърчава хората да се обединят заедно за справяне с общ проблем. Социалната работа на макроравнище е помагачата дейност и тя ориентирана към големи социални групи, към обществени социални групи, които са уязвими категории клиенти. Когато хората се обединят заедно и се включат в общността, те развиват доверие. Днес повече от всякога се откроява необходимостта от активизирането на общностите, от тяхното овластяване и използването на потенциал и ресурсите им за справяне с важни социални и други проблеми и постигане на социална промяна.

## REFERENCES

- Dimitrova, N., *Osnovi i metodi na sotsialnata rabota*, Sofiya 2001
- Gamble, D. N., Soska, T. M. (2013). Macro practice competencies. *Encyclopedia of Social Work Online*.
- Gilbert, N., & Terrell, P. (2010). *Dimensions of social welfare policy* (7th edition). Boston: Allyn & Bacon.
- Netting, F. E., Kettner, P. M., McMurtry, S. L., & Thomas, M. L. (2012). *Social Work Macro Practice* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc.
- Nunev, S., *Leksionen kurs "Metodi na sotsialna rabota – III chast (sotsialna rabota v obshtnost)"*, Rusenski universitet "A. Kanchev", Ruse, 2016.
- Nunev, S., *Nauchni trudove na Rusenskiya universitet – 2015. (Aktualni teoretiko-prilozhni aspekti na sotsialnata rabota v obshtnost)*, tom 54, seriya 8.1
- Poppo, K. (1995). *Analysing Community Work. Its theory and practice*, Buckingham: Open University Press., c. 150 – 151.
- Pray, K. L. M. (1947). *When is community organization social work practice? Community organization: Its nature and setting*. New York: American Association of Social Workers.
- Rothman, J., Tropman, J. (1987). *Models of community organization and macro practice perspectives: Their mixing and phasing*. In Cox, F., Erlich, J., Rothman, J., & Tropman, E. (Eds.), *Strategies of community organization: Macro practice* (4th ed.) (pp. 3-26). Itasca, IL: F.E. Peacock Publishers.
- Stepney, P., Poppo, K. (2008). *Social Work and the Community. A Critical Context for Practice*. Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Thomas, D. (1983). *The Making of Community Work*, London: Allen & Unwin.
- Twelvetrees, A. (1991). *Community Work*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Weil, M. O., Gamble, D. N. (1995). *Community practice models*. In R. L. Edwards & J. G. Hopps (Eds.) *Encyclopedia of Social Work* (19th ed., pp. 577-593). Washington, DC: NASW.
- Weil, M., Gamble, D. N., MacGuire, E., (2010). *Community Practice Skills Workbook: Local to Global Perspectives*, (pp. 110-118). New York: Columbia University Press.

FRI-K.201-SSS-SW-09

---

**START OF PUBLIC ASSISTANCE AND CHARITY IN EUROPE –  
ANCIENT GREECE AND ANCIENT ROME <sup>16</sup>**

---

**Nadejda Bojidarova – Student / Specialty Social Work**

Department of Public Health and Social Work

University of Ruse “Angel Kanchev”

Tel.: 0897311035

E-mail: himera79@ abv.bg

**Assoc. Prof. Sasho Nunev, PhD / Scientific Supervisor**

Department of Public Health and Social Work

University of Ruse “Angel Kanchev”

Tel.: 0886 802 466

E-mail: sasho\_nunev@abv.bg

***Abstract:** Social support has begun its development since antiquity, which has led to philanthropy and altruism as concepts and attitudes towards the other. It develops personal and state charity and the policy that each citizen contributes to the common good. The assistance provided becomes voluntary. Laws that support socially disadvantaged and disadvantaged people are enacted. Securing temporary employment reduces poverty and social tensions. The report looks at the role of social support and the development of antique culture in Ancient Greece and Ancient Rome and the first civilized attempts to provide help to those in need that are being developed and developed in the following historical periods*

***Keywords:** philanthropy, altruism, charity, mercy, public support*

## **ВЪВЕДЕНИЕ**

Първите цивилизовани опити за предоставяне на помощ на изпаднали в нужда хора са засвидетелствани с развитието на античната култура и формирането на система от обществени отношения в Древна Гърция и Древен Рим. Те са естествено продължение и развитие на съществуващия обществен опит и практики от периода на архаичната филантропия, но които се доказуем единствено логистично. Реализирането на форми за общественно и/или индивидуално подпомагане и благотворителност е възможно единствено в класовите общества, след преминаване от родово-патриархалното общество в по-висш стадий на общественно развитие и живот. Историческият материализъм на теорията на Карл Маркс обосновава последователната и закономерна смяна на общественно-икономическите формации, обусловена от ръста и усъвършенстването на производителните.

## **ИЗЛОЖЕНИЕ**

Концепция за подкрепа и помощ в Древна Гърция и Рим  
„Култура на срама”

Още в зараждането на първите древни класови общества може да се отбележат и факти на проявление на понятието „култура на срама”. То се проявява като модел на култура, в която огромна роля играят ориентацията към външната оценка, тревогата за собствената репутация, страхът, какво ще кажат или какво ще помислят околните. На равнището на индивидуалното съзнание като фактори, мотивиращи изпълнението на приети външни и вътрешни норми, се открояват чрез срама вината, страхът, чувството за дълг, отговорността, честта, съвестта, достойнството и пр. По този начин поведението придобива определени ценностни измерения,

---

<sup>16</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 11.05.2018 в секция „Социални дейности“ с оригинално заглавие на български език: НАЧАЛО НА ОБЩЕСТВЕНОТО ПОДПОМАГАНЕ И БЛАГОТВОРИТЕЛНА ДЕЙНОСТ В ЕВРОПА – ДРЕВНА ГЪРЦИЯ И ДРЕВЕН РИМ.

при които разбирането за срам, като срам пред съгражданите се променя в посока към интерпретиране на срамното, като форма на нечестност и непорядъчност в контекста на цялото общество (Tsitseron, 1994). Зараждането на понятията „филантропия“ и „алтруизъм“ от тези епохи и свързаното с тях явления през разглеждания период на Древна Гърция и древен Рим имат значение, което е различно от съвременното.

Филантропия (от гр. *phileo* - обичам, любя, изпитвам обич, любов към някого и *antropos* - човек, *philanthropie* - любов към човека, човеколюбие). Като филантроп се определя човек, посвещаващ свои пари, а също време, усилия и репутация, за благотворителни цели, преди всичко като алтруистично действие (Chudinov, (1910) Yankov, Ya., (2006).

Алтруизмът е принципът или практиката на загриженост за благополучието на някого друго. Алтруизмът е антоним на егоизма. Понятието има дълга история. Терминът е бил първоначално въведен от социолога и философ на науката Огюст Конт и по-късно става голяма тема за психолозите, еволюционните биолози и етолозите.

Виждания древногръцки и римски философи за извеждане принципите на филантропията и благотворителността

В смисъл за обозначаване на божествена благосклонност и любов и към човека, не само към божественото, за първи път понятието за филантропията се отбелязва в трагедията на „Прикованият Прометей“ на Есхил в V в. пр. н. е. Хората живеят до този момент без да осъзнават заобикалящия ги свят, а Прометей ги дарява със знания. Докато в епохата на Есхил се вярва, че благоденствието е в доброто старо време, поетът утвърждава нова, съвременна вяра в по-добрия утрешен ден. През IV в. пр. н. е. взаимосвързаните понятия „филантропия“ и „алтруизъм“ благодарение на философията на древногръцкия мислител Аристотел, придобиват друг смисъл, най-общо изразяващи всяко благожелателно отношение на един индивид към друг. Аристотел разглежда филантропията като акт на благодеяние, проява на дружески чувства и практически действия по отношение на свои приятели, като заедно с това се очакват и взаимни благодеяния (Chudinov, (1910) Yankov, Ya., (2006). Според Аристотел помощта трябва да бъде дадена на действително нуждаещ се човек, в определен обем и точно време, с правилен мотив и по най-добър начин. Друг от великите старогръцки философи, Платон, говори за благотворителност (филантропия), от позициите на виждането си за „идеалната държава“. Той счита, че държавата трябва да се ангажира с тази помощ и тя трябва да е целесъобразна. Според него в обществото съществуват две начала за ангажираността на държавата и целесъобразността на помощта: Индивидуална добродетел, основана на чувства и емоции и Обществена справедливост, в чиято основа е заложен разум (Platon, 2014). Виждането на древногръцкия историк Тукидид е, че в основата на взаимното подпомагане е приятелството, но не онова, което търси лична изгода, а това, което е свързано с взаимното доверие и свободния стремеж да се помага на други хора (Markelin, 1910). Древният римски държавник, писател и философ Цицерон разглежда филантропията също в подобен контекст. Той я интерпретира като поредица от определени целенасочени действия на индивида и държавата като: щедрост, откупуване на пленени граждани, покриване на дългове, даване на зестра, подпомагане на приятели със средства да подобрят живота си и др. (Mayorov, G., 1985).

Представените дотук позиции разкриват, че през епохата на античността в Древна Гърция и елинистическият Египет. Филантропията се възприема от известни мислители и обществото не само в рамките на междуличностната и взаимната помощ, но и като проява на човешката същност и високия морален дълг на гражданина. Тя отразява настъпилите промени в обществените отношения, изразяващи се в това, че родствените връзки във взаимната помощ отстъпват място на общи интереси, цели, убеждения, симпатии, граждански морал и дълг.

Предоставяната помощ започва в по-голяма степен да придобива доброволен характер, а не задължителен, като е при родствените отношения.

Филантропията като обществено явление исторически се трансформира от взаимна помощ между приятелски настроени помежду си хора в отношения, които се основават на човеколюбие, висок морал и намират израз в безкористна помощ, зачитаща интересите на изпадналите в нужда хора.

Филантропичната дейност на тези благодетели се проявява чрез строеж на храмове,



откриване на обществени бани, откупуване на попаднали в плен съграждани, устроиване на празненства с раздаване на пари и храна, подпомагане инвалиди и сираци от войните, откриване със свои средства приюти за сираци, стари и бездомни, болници и др.

Лична и държавна благотворителност в Древна Гърция и Древна Спарта

На територията на Древна Гърция още към IV в. пр. н. е. възникват около 2000 градовете-държави (полиси) с различна големина, като водещи сред тях са Атина и Спарта. Полисите възникват като общност на свободни жители (граждани) от градски и селски територии във времето от V - IV в. пр. н. е. Икономическата им основа е трудът на робите и в тях съществува два вида собственост - частна (на робовладелците) и общополисна (на всички граждани). В отделните полиси съществуват различни форми на управление – демокрация, аристокрацията и олигархия. Атина е устроена по принципите на демокрацията, а Спарта - по тези на аристокрацията. Върховен орган на управление в полисите с демократично управление е народното събрание на свободните граждани, а в тези с аристократично управление - съветът на старейшините, наричан още герусия. Пълноправните граждани съставят социалното съсловие демос (народ), претендиращ за равноправие и съсловни привилегии. Всеки полис има своя култура, традиции и обичаи. Системите на социално подпомагане в отделните полиси се характеризират със своя специфика според обществените отношения, управлението, културата и традициите в дадения полис. В Древна Атина значителна част от благотворителните функции се поемат от държавата и се базират на принципите за централизация, целенасоченост на помощта, определяне на обхвата от нормите на помощ, регламентиране на обектите, имащи право на помощ, при което те намират израз в:

- Организиране на народни празненства, зрелища (спортни състезания, театър), угощения, раздаване на парични средства, като всички дейности са финансирани от „касата за зрелища“ по предназначение и строг контрол;

- Предоставяне на социални помощи, което е немалка част от разходите на държавата с цел не само справяне с проблеми на бедността, но и с политически намерения, ориентирани към предотвратяване на социално напрежение и конфликти.

Реформаторът Солон въвежда законодателство, с което се подпомагат инвалиди от войните, вдовици на загинали във военни действия, сираци на убити във войните се възпитават за сметка на държавата до навършване на пълнолетие. Той забранява безделието, като основен фактор за възникване на бедност и просия. По време на неплодородни години държавата предоставя помощ на бедните граждани под формата на безплатни или с ниска цена храни (Plutarh, 1969). Солон провежда широки поземлени реформи със социална насоченост. При тях оземляват бедни граждани с малки парцели земя с цел не само да се подпомогне изхранването им, но и да се предотврати евентуално социално напрежение (Plutarh, 1969). С реформите на Солон се премахва изпадането в робство на бедни хора, поради дългове, като се провежда частично оземляване.

Осигуряването на временна трудова заетост срещу заплащане като форма за социално подпомагане. Започва осигуряване на временна трудова заетост срещу заплащане като форма на подпомагане от държавата, особено след гръцко-персийските войни (500 пр. н. е. - 449 г. пр. н. е.). Реформи за подпомагане на най-бедните граждани са въведени от Солон и Перикъл. Например, за строежа на атинския военен морски флот срещу заплащане са наети бедни граждани. При строежа на Партеона и други храмове след гръцко-персийските войни системно и целенасочено са наемани срещу заплащане бедни атински граждани. Освен държавното социално подпомагане в Атина е добре развита личната и държавната благотворителност. Тя се осъществява основно от обществени сдружения - братства. Известни с названието „фратрии“ (обединение на няколко близки рода), които освен други ангажименти, имат за цел подпомагане на свои членове, изпаднали в беда. Подпомагането се осъществява по принципа на взаимната спомагателна каса, за която се събира членски внос. Предоставените парични средства се връщат от подпомогнатите при възстановяване на благосъстоянието им

Според Аристотел сиситиите са форма на гражданство, в съответствие с която всеки гражданин е задължен да прави своя принос за общото благо. В Спарта съществува института

попечителство над деца-сираци, като за такива се определят не само такива без родители, но и такива без баща, въпреки наличието на майка. Законодателно попечителство в полиса се утвърждава с решение в присъствие на царя, който има правото да реши каква да е съдбата на детето-сирак.

#### Обществено подпомагане в Древен Рим

Протича в условията на множество противоречия между патриции и плебеи, както и войни, които като цяло оказват влияние върху механизмите и формите на помощ.

През 123 г. пр. н. е. политикът Гай Гракх прокарва т.нар. „Хлебен Закон“, даващ възможност за продажба на хляб на ниски цени на бедни римски граждани. Целта на този закон е да се ограничи властта на аристократите и да се привлекат и манипулират бедните слоеве от населението срещу държавата (Plutarh, 1969).

През етапа на Римската република се развива т. н. „празнична филантропия“, която достига своя връх по време на римската империя. Тя се свързва с определянето през всеки месец на празнични дни, през които са раздавани пари на свободните граждани от държавната хазна, за да посещават зрелища, игри и представления. Системата на клиентски отношения, клиентелизъм, което е друга форма за подпомагане на бедни римски граждани. Клиентите са представители на градската беднота и изразяват своята готовност да служат на свои богати и видни покровители-патрони. Почти всеки заможен гражданин има няколко клиенти, за които се грижи, като им е осигурява социалното съществуване чрез даване на подслон, парична издръжка и временна заетост. Понякога се случва патрон да завещае след смъртта си част от притежаваното имущество на своите клиенти. Осигуряването на трудовата заетост на бедни граждани е друга форма на подпомагане на свободни бедни граждани. В началото на III в. пр.н.е. при Апий Клавдий (340 г. пр.н.е.- 270 г. пр.н.е.) привличат такива хора в строежи на пътища, включително и в известния Апиев път (Via Appia - първият от великите римски пътища), както и на водопроводи, в пресушаване на наводнени територии. По-късно при управлението на Август (27 г. пр.н.е. - 14 г. от н.е.) заедно с разрастването на общественото строителство са създадени специални длъжности - попечители по обществената работа при строеж на градски сгради, пътни съоръжения, водопроводи, а също така и попечители за руслото на река Тибър и др. (Pliniy, 2009). В Рим съществуват и обществени сдружения за благотворителна дейност. Те представляват квартални организации в даден римски град и са известни с названията си „колегии“. Събират дарени парични средства в каси за благотворителност и за финансиране на друга дейности. Ангажират се с разглеждането на религиозни въпроси, организирането на религиозни празници, дарения, подпомагане на бедни съквартилци и просеци, предимно през празнични дни.

#### Общественото подпомагане в първите християнски общности

Съществен принос за формиране на социалното подпомагане и социална работа има християнството, което възниква в средата на I в. в региона на Близкия Изток. В техните условия филантропическата концепция е заменена с тази за любовта към ближния и милосърдието (Husen, F., 2011). Любовта към ближния (агапи) се разглежда в християнството като неразривно свързана с Бога и в тази насока се проповядва, че колкото хората се доближават до Бог, толкова те стават по-близки. Милосърдието е другата водеща християнска ценност и дейност, стоящи в основата на помощта за нуждаещи се. В християнската религия то намира израз в: доброволното и безкористното предоставяне на материална помощ и полагане на физическа грижа (предоставяне на храна, облекло, пари, грижа при болест, увреждане и старост - подаяние); даването на наставления за спасяване на душата на човека и проява на лична ангажираност към ближния, предпазването му от грях и опасност; утешението; съветването; прошката; молитвата за човека и за други. В свое изследване немският църковен историк Адолф фон Харнак посочва, че в първите християнски общности, се предоставя определена помощ на конкретни категории нуждаещи се: подкрепа на служещи в общината; подкрепа на вдовици и сираци, както и на деца без семейна грижа; помощ, подслон и лечение на болни, бедни, безпомощни, бездомни, скитащи и нетрудоспособни; помощ за пленници, затворници, страдащи в затворите, каторжни работници в мини и рудници; помощ за погребение на бедни, бездомни, самотно живеещи;

грижа за роби и за живеещите в робска принуда; грижа и помощ за пострадали от стихийни природни бедствия и болестни епидемии; помощ за намиране и устройване на работа; подпомагане на странници и пришълци от други общини или страни - гостоприемство и братска грижа. Определяйки благотворителността като норма на живот, общността от християни отделя действително нуждаещите се от помощ от тези, които са работоспособни, но не желаят да се трудят. При подпомагането се разчита на ресурсите на семейството и чак след изчерпването им се преминава към използване на средства от общата каса и църквата.

Помощта за бедните не означава, че те могат да живеят за сметка на общността. Трудът е неотменимо задължение за всеки християнин, за да не ощетява своите братя и сестри и да се издържа сам. В своето Второ послание към солунците Апостол Павел (3:8) говори, че не трябва да се яде даром хляб, а да се полага всекидневен труд, без да се обременяван другите. По този начин християнските общини полагат усилия за справяне с просията, безделието и потребителското отношение към подпомагането. Внимание се обръща на подкрепата за жени-вдовици, сред които се избира една, която отговаря за тяхното положение и потребности.

През IV в. в резултат на масово обедняване и драстично нарастване на броя на бедните и бездомните хора християнската община и църквата не успяват да задоволят нуждите им чрез използвания до тогава индивидуален подход. През 369 година епископ Василий (Св. Василий Велики) създава в покрайнините на Кесария в Кападокия (Мала Азия) "Дом на милосърдието", представляващ приют и болница за бездомни, болни и скитащи хора. Той има отделни помещения за прокажени, стари хора и деца сираци, които получават подслон, храна, грижи и лечение.

## ИЗВОДИ

Филантропията през тази епоха на моралния дълг спомага за междуличностните отношения на моралния дълг и развива ценности в човешката личност. Възникването и развитието на благотворителността намалява социалното напрежение. Забраната на безделието е основният фактор за намаляване на бедността. Осигуряването на временна трудова заетост срещу заплащане и успеваемостта на този вид социално подпомагане. Християнството и помощта към бедните оказват огромен отпечатък и до днешно време в общественото подпомагане.

## REFERENCES

- Tsitseron, (1994). *Za darzhavata. Za zakonite* - с. 1. Sofiya: Prev. Izd. |Sofi-R. S (Цицерон, 1994. За държавата. За законите. София: Изд. Софи-Р. С.)
- Chudinov, (1910) Yankov, Ya., (2006). *Politicheski i pravni ucheniya. Osnovni aspekti na politikopravniya genezis*. Sofiya: "Yanus" 2006 (Чудинов, 1910. Янков, Я., 2006. Политически и правни учения. (Основни аспекти на политикоправния генезис). София: "Янус", 2006.)
- Husen, F., (2011). *Aspekti na bednostta i politikite na namesa I protivopostawqne za podobrqvane jiznenoto ravnishte na bednite*. Varna: Problemi na postmodernostta Tom 1 (Хусен, Ф., 2011. Аспекти на бедността и политиките на намеса и противопоставяне за подобряване жизненото равнище на бедните. Варна: Проблеми на постмодерността. Том I.)
- Mayorov, G., (1985). *Tsitseron kak filosof- V: Mark Tullish, Tsitseron*. Sofiya: Filosofski traktat, Nauka (Майоров, Г., 1985. Цицерон как философ – В: Марк Туллий Цицерон. София: Философские трактаты М., «Наука».)
- Markelin, (1910). *Zhivota na Tukidid. Prevod ot starogratski Mirena Slavova*. (Маркелин, 1910. Животът на Тукидид. Превод от старогръцки Мирена Славова.)
- Platon, (2014). *Platon. Darzhavata. Prevod Al. Milev* Sofiya: Izd. Iztok-Zapad (Платон, 2014: Платон. Държавата. София: Прев. Ал. Милев. Изд. Изток-Запад.)
- Pliniy, (2009). *Pliniy Starshiy. Estestvena istoriya*. IVI RAN. (Плиний, 2009: Плиний Старший. Естественная история. ИВИ РАН, 2009).
- Plutarh, (1969). *Izbrani zhivotopisi*. Sofiya: NK (Плутарх, 1969. Избрани животописи. София: НК).

**FAMILY SOCIAL WORK AND FAMILY THERAPY<sup>17</sup>**

---

**Svetlina Karapetrova – Student / Specialty Social Work**

Department of Public Health and Social Work,

University of Ruse “Angel Kanchev”

Tel.: 0888456122

E-mail: karapetrova74@abv.bg

**Assoc. Prof. Sasho Nunev, PhD / Scientific Supervisor**

Department of Public Health and Social Work,

University of Ruse “Angel Kanchev”

Tel.: 0886 802 466

E-mail: sasho\_nunev@abv.bg

***Abstract:** Family therapy can be useful for a better understanding of family dynamics and more effective social worker intervention. Social work with families and family therapy is being developed to improve counseling by social worker and the therapist to families in need or at risk. The nature and specifics of problems and selected approaches and methods of work by the social worker, family therapy techniques will improve the quality of work of the assistant specialist. The report the merit of modern theorist and their research contribution to achieving satisfactory contribution and mental comfort in the family. The report presents the newest in this area to help the social worker and the therapist. The latest achievements in social work with families and family therapy, family therapy models, application of the paradoxical directive when working with families.*

***Keywords:** Family, Family Social work, Family therapy models*

**ВЪВЕДЕНИЕ**

Семейството е първата социална среда, в която се поставят основите на човешката личност и се усвояват първите еталони на поведение. На него са поверени грижите за отглеждането на най-съществуващия капитал на всяка нация- децата. Проблемите свързани с възпроизводството на обществото са централен проблем на всяка страна. Семейната среда е най благоприятна за социализацията на човека. Семейството е основна социална институция, чиято функция е свързана с възпроизводството на обществото – възпитанието. Обществото дава на семейството изключително голяма власт по отношение на съдбата на децата, които се превръщат в един от най уязвимите контингенти.

**ИЗЛОЖЕНИЕ**

**Социална работа със семейства**

Семейството е форма на социална организация и основа изпълняващо многообразни функции като възпроизводство, социализация и възпитание, физическа и емоционална грижа за деца и стари хора, обич, закрила, емоционална подкрепа, социална грижа за болни и хора с увреждания. В зависимост от средата и начина на живот то може да се справи не само с възникнали негови и на членовете му проблеми, но и обратно да изпада в ситуация нанужда от подкрепа и помощ. Семейството, независимо дали е основано на брак, съжителство или кръвна връзка, представлява малка социална група, членовете на която са обвързани помежду си с отговорности и емоционална близост. Културното многообразие влияе директно върху създаване на семейството неговата организация и начин на живот. Семейството изпълнява следните функции: репродуктивна, икономическа, сексуална и възпитателно-социализираща. Социализираща функция – тя се изнася извън семейството в специализирани институции (училища и др.). В теоретичен и практико приложен аспект социалната работа със семейства

---

<sup>17</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 11.05.2018 в секция „Социални дейности“ с оригинално заглавие на български език: СОЦИАЛНА РАБОТА СЪС СЕМЕЙСТВА И ФАМИЛНА ТЕРАПИЯ.

се основава на перспективата на разглеждане на семейството като система. В зависимост от същността и спецификата на проблема и избрания подход и метод за работа от социалния работник, социалната работа със семейства може да се реализира чрез различни форми като социална работа с цялото семейство като система с включени в нея подсистеми, с отделен член или с част от неговите членове, част от дадена общност. Използваните за тази цел техники са семейна терапия, семейно консултиране и кризисна интервенция (Petrova- Dimitrova, N., 2013).

Семейна терапия – тя пререструктурира семейните взаимоотношения. При нея интервенциите засягат семейството като цяло, неговата вътрешна структура и взаимоотношенията. Проблемът на семейството, симптомите, проблемното поведение на член от семейството, от което се оплакват се разглеждат не като частен проблем на отделния член на семейството, а като резултат от нарушени, погрешни взаимоотношения вътре в семейството.

Семейно консултиране – при него има работа с конкретен случай подпомагане на отделните членове на семейството с оглед промяна на поведението им и семейна груповата работа, при която социалния работник помага на членовете на семейството да работят заедно за разрешаване на възникналите проблеми.

Според някои автори „семейното консултиране е твърде близко до семейната терапия, която се приема за по-сложна, продължителна и индиректна интервенция в структурата и функционирането на семейните връзки и отношения. В теорията на социалната работа може да се срещне като работа за семейна подкрепа. Семейното консултиране понякога се свързва със семейно обучение, което от своя страна се представя като алтернатива на семейната терапия. Според поддръжниците на тази идея най-ефективния подход за изменение на семейните отношения е този при който клиентите се научават на нови отношения, нови модели на поведение, които им помагат да решат не само настоящите си проблеми, но и да предотвратяват бъдещи конфликти и кризи“ (Hadzhiyski, M., 2001). Виждането на някои автори е, че „моделите на консултиране на семейства ползват основни идеи и механизми на различните школи по фамилна терапия, но рядко ги прилагат в пълната им цялост“ (Hadzhiyski, M., 2001).

### **Социална работа със семейства и фамилна терапия.**

Фамилната терапия може да ни бъде полезна за по-добро разбиране на семейната динамика и за по-ефективна интервенция на социалния работник. Съществуват много и различни схващания за функционирането на семейството и начина на действие при опитите за помагане. В съвременния социален, културен, политически, институционален и професионален контекст на социалната работа със семейства се определя като целенасочена и организирана помагача дейност с широк обхват на проблемни полета и методически инструментариум, ориентиран към предоставяне на подкрепа и помощ на семейства и техните членове за справяне с възникнали трудност и проблеми в живота, семейното, индивидуалното и социалното функциониране.

Фамилната терапия е препоръчителен подход в продължителни, по-сериозни по своята същност проблеми, които изискват специализирана намеса на подготвени помагачи, които да притежават умения за работа с цялото семейство, да проследяват генезиса на проблема, да работят и индивидуално с членовете на семейството, да се ангажират с проследяването и прогнозирането на случая. Фамилната терапия е метод, който може да се използва самостоятелно или в комбинация с други терапевтични подходи. Той е подходящ за преодоляване на затруднения във взаимоотношенията между семейните членове или при промяна в състава на семейството /развод, смърт, брак между веднъж разведени хора и т.н./, както и за лечение на психични проблеми. Фамилната терапия протича в срещи /сесии/ между семейството и терапевта. Терапевтът мобилизира ресурсите на семейството за изграждане на удовлетворителни взаимоотношения и постигане на ясна комуникация между семейните членове. Той е неутрален – не взема ничия страна и не служи за съдник. Фамилната терапия е сравнително нов и доказано ефективен психотерапевтичен метод, който помага за постигане на удовлетворителни взаимоотношения, а отгук и за психичен комфорт в членовете на семейството. Теорията на семейната терапия може да бъде полезна за по- добро разбиране за

динамиката на функциониране на семейството и за по-ефективна помагача дейност на социалния работник.

### **Модел на семейна терапия**

Много от съвременните теоретици са повлияни от Натан Акерман, който е един от първите, дали принос в теорията на фамилната терапия. Той разглежда работата със семейства като специфичен метод за лечение на емоционални проблеми с помощта на динамично ориентирани интервюта с цялото семейство. Вижда семейството като естествено житейско обединение, включващо всички личности, които се идентифицират с него и са повлияни от него посредством циркулиращо споделяне на емоции. Семейството разполага с потенциални възможности за взаимна подкрепа, които могат да бъдат блокирани от проблеми при комуникацията и от тревожността на отделните членове. Блокирането води до семейни неуредици и неспособност на семейството да изпълнява своята задача. Натан Акерман не конкретизира функционалната роля на помагачото лице като посредничество, но много от неговите умения за работа могат да се обясняват с действителното изпълнение на тази функционална роля. Той, например, открива, че лечението обикновено започва по време на криза, когато е нарушено емоционалното равновесие на семейството. В началните работни етапи, след като се договори да помогне на членовете на семейството в тяхната съвместима работа за подобряване на комуникацията между тях и овладяване на тревожестите ги семейни проблеми, социалният работник прилага уменията за наблюдение, чрез което идентифицира елементите в езика на семейството. Той прави проверка на догадките си, като споделя своите наблюдения с членовете на семейството, осланяйки се на лични емоции, предизвикани от техните чувства един към друг и към самия него. По този начин социалният работник помага на семейството да се откъсне от фасадата, с която се е представило на първия етап и да премине към разкриване на междуличностните конфликти. Например, той може да помогне на семейството да не приема единственото дете в него като източник на семейния проблем и да не го използва за семейна изкупителна жертва. Този процес е описан от други теоретици като преформулиране на проблема, което помага на семейството да го види в нова светлина.

Мюррей Боуен е вторият теоретик, чиито идеи помагат за разбиране на семействата и за работата с тях. Той също смята, че в своите действия семейството се ръководи от изградена вероятно с години емоционална система. Боуен изтъква необходимостта да се вникне и изследва приносът на поколенията за развитието на емоционалната система на дадено семейство. Ключовите понятия в този модел включват значимостта на всеки индивид с уменията му да разграничава емоционалната от мисловната системи, за да налага контрол върху поведението си. Тази теза донякъде наподобява ключовата концепция в интеракционния модел, при който на клиентите се помага да контролират чувствата си, за да могат по този начин да се справят с проблемите си. Боуен подчертава и влиянието на тревожността върху семейството като система. Нарастващата тревожност, породена от усещане за заплаха, може да доведе до стремеж за сплотяване на семейството.

„Вероятно поради факта, че Боуен създава теорията си въз основа на работа с двойки и семейства с пораснали деца, както и поради поставянето на триъгълника в основата на отношенческата система, той насочва вниманието си към работата със съпругеската или родителската двойка, която е източник на емоционално напрежение. По-късно, създавайки метода за диференциация на индивида в собственото родителско семейство, Боуен открива, че и работата с един от участниците в двойката може да даде добри резултати в намаляване на емоционалната реактивност и повишаване на диференцираността в семейните отношения. В работата с двойки и индивиди Боуен запазва системното мислене за процесите по време на терапия, отчитайки кръговата природа на отношенията, триангулирането като основен механизъм за справяне с напрежението и тенденцията на системите да запазват хомеостазата. Последното означава, че когато индивидът започне да променя поведението си по посока на по-добра диференцираност, семейството предсказуемо ще се опита да го върне към обичайния начин на реагиране чрез засилване на искането за близост или чрез обвинения, атаки и отхвърляне. Подкрепата за удържане на този процес е съществена част от терапията“ (Mihova, Z., 2014).

„Когато се работи с двойка, Боуен счита, че намаляването на нивото на напрежение и тревожност е ключово, за да се мобилизира интелектуалната система. Затова основния принцип на терапия е назоваване, обсъждане и осмисляне на емоционалния процес, без да се допуска неговото изиграване, като терапевта остава детриангулиран от този емоционален процес. Това означава, че терапевтът задава въпроси за емоционалните процеси, които съществуват в семейството, окуражава и двамата да мислят и да говорят за своите поведения и емоциите, които се крият зад тях, но не допуска изразяването на емоции в момента директно между участниците. Комуникацията минава през терапевта и това насочва емоционалните процеси към него. Според Боуен, ако терапевта не влезе в отношения на триангулация, емоционалния процес в двойката автоматично ще се придвижи към разрешаване дори ако не се прилагат никакви специфични техники, а само се разговаря за отношенията“ (Mihova, Z., 2014).

Разработката на Фрийман е полезна, защото развива теоретичния модел на Боуен, описва и илюстрира метода за неговото приложение. Не е необходимо този модел да се възприема изцяло, но е възможно да се заимстват концепции и техники, които да се интегрират в ефективната работа със семейства на всички нива. Фрийман изтъква, че процесът на фамилната терапия започва преди първото интервю, когато помагачия специалист се отзовава на желанието за среща. Той не поставя строго изискване за среща с цялото семейство, а показва, как един умело и ангажирано проведен телефонен разговор, обикновено с човека, поел отговорността за решаване на семейните проблеми, може да даде важна информация за това кой има отношение към проблема и кой би трябвало да присъства на първата среща. Терапевтът не отрича становището на обадилия се за това, кой да присъства, а проявява уважение към неговите чувства и се съгласява да види само родителите като начало, щом това е необходимо. Така той стимулира развитието на работно взаимоотношение, което подтиква родителите да допуснат терапевта в семейството. Той подчертава, че разговорът за възможните, според обадилия се, участници в проблема може да бъде началото на процес, в който да се помогне на членовете на семейството да преразгледат ролята на всеки от тях и присъствието им на сесиите (Nunev, S., 2015).

Друга теория на фамилната терапия, наречена личностно-центриран подход, е изградена въз основа на идеи, развити в ранните трудове на Карл Роджърс. Последователи на подхода на Роджърс фокусират вниманието си върху онези основни умения за помагане, които нееднократно са доказали, че създават условия, улесняващи промяната. Тези компоненти на здравия психологичен климат включват автентичността на терапевта да бъде реална личност, загриженост и зачитане от страна на терапевта към членовете на семейството безусловно положително приемане и готовността му внимателно да се вслушва в това, което тези членове имат да споделят, изслушване и разбиране на потребностите, желанията, конфликтите, страховете, радостите, любовта, целите, ценностите, омразата, разочарованията, мечтите, скърбите на членовете на семействата, техните светове или реалности.

Основателя на Вашингтонския институт по семейна терапия Джей Хейли- предлага използването на парадоксалната директива осъществяваща се чрез осем етапа. Представява не пряка интервенция и цели да направи клиентите по-чувствителни към проявите и поведението си и да контролират процеса (Nunev, S., 2015).

Етапи на парадоксалната директива включват:

Формиране на терапевтични отношения в което терапевта се присъединява към членовете на семейството, за да установи с тях отношения на доверие. Ясно определяне на проблема -семейния проблем трябва да бъде определен ясно и конкретно. Определените цели трябва да са конкретни, за да има яснота във всеки член относно възможността да бъдат постигнати. Разработване на план, всички задачи се поставят в края на сесията. Дискредитация на усилията по решаване на семейния проблем- отговорността за решаването на проблема се поема обикновено от единия от съпрузите или от друг член на семейството.

Парадоксалните директиви или задачите се подбират начин, който отговарят на специфичните интереси на клиента, поощряване на симптоматичното поведение- при постигане на определени резултати и някой промени в симптоматичното поведение на

семейството терапевта дава точно обяснение, за да поощри клиента с цел продължаване на изпълнение на директивата. Отричане на ролята на терапевта при възникване на промени, при диалога с членове на семейството терапевтът не си преписва заслугите за редуциране на симптома (Nunev, S., 2015).

Социалният работник и семейството формират съдружие. Семейството е партньор в интервенцията затова социалният работник не носи пълна отговорност за успеха. Успешната работа на социалния работни със семейството се базира на професионалните умения като добра диагностика на проблема, процесите на комуникация между членовете. Насърчаване сами да достигнат до разрешаване на проблема, посредничество между членовете на семейството и други специалисти и институции.

## ИЗВОДИ

Позиция на терапевта и специфика на терапевтичната връзка при фамилната терапия предполага терапевтът да е повече в партньорска позиция, воден от потребностите на семейството и тяхната промяна (Hadzhiyski, M., 2001), терапевтичната връзка е централна и непрекъснато се държи сметка за процесите ѝ, поведението на терапевта се определя от динамиката на процесното ниво по време на сесията. При терапията се цели промяна на по-устойчиви блокиращи кръгове на поведение и взаимоотношения. Основната разлика е, че социалната работа се извършва в реалността, тя е асистирание на семействата да се справят с конкретни проблеми в конкретни ситуации, докато фамилната терапия е работа в изкуствено създадена, терапевтична ситуация, която стимулира ресурсите, фантазиите, осмислянето, способността на семейството да проиграва, като презумпцията е, че семейството има потенциал да пренесе този опит в реалността на живеенето си. Там, където това е невъзможно – семействата са в тежка криза, блокирани от различни социални и психологически фактори, само социалната работа остава възможна. Там, където семейството има психологически ресурси, двата метода могат да се съчетават в рамките на екипна работа. Друга разлика е, че основната позиция на социалния работник при работа със семейства, особено в рамките на закрила на детето или друг вид семейно насилие, е упражняването на социален контрол. Тя е много различна, но допълваща и необходима за позицията на семейният терапевт, защото го освобождава да остане в партньорска роля. Друга важна позиция, която социалният работник, но не и фамилният терапевт изпълнява, е позицията да предостави себе си като “его-заместител” за клиенти, които поради шок или психична болест нямат достатъчно добро его-функциониране, което да им позволи да се справят самостоятелно с предизвикателствата на живеенето в обществото. В тези случаи социалният работник често присъства на фамилни сесии редом със своя клиент и ако е необходимо говори от негово име и с негово съгласие. Социалната работа със семейства и фамилната терапия са комплементарни, допълващи се методи, които в някои области задължително се прилагат съвместно в рамките на екипна работа. В заключение можем да кажем, че развитието на фамилната терапия в България е сериозно предизвикателство, което изисква непрекъснати дискурси и сътрудничество с другите приложни професии в областта на човешките отношения.

## REFERENCES

- Hadzhiyski, M., (2001). Psihologicheskо konsultirane. Veliko Tarnovo (Хаджийски, М., 2001. Психологическо консултиране. Велико Търново.)
- Mihova, Z., (2014). Emotsionalni protsesi v semeistvoto i sistemna terapiya. Varna: Izdatelstvo “Steno” (Михова, З., 2014. Емоционални процеси в семейството и системна терапия. Варна: Издателство „Стено“.)
- Nunev, S., (2015). Metodi na sotsialna rabota – I chast (sotsialna rabota s otdelen sluchay. Ruse: Lektsionen kurs (Нунев, С., 2015. Методи на социална работа – I част (социална работа с отделен случай. Русе: Лекционен курс.)
- Petrova- Dimitrova, N., (2013). Osnovi i metodi na sotsialnata rabota. Sofiya: Izdatelstvo “Veda Slovena-ZhG” (Петрова- Димитрова, Н., 2013. Основи и методи на социалната работа. Софиа: Издателство „Веда Словена-ЖГ“.)



FRI-K.201-SSS-SW-11

---

## PROMOTING COMMUNITY AND MAINTAINING THE ENVIRONMENT <sup>18</sup>

---

### **Svetlina Karapetrova – Student / Specialty Social Work**

Department of Public Health and Social Work

University of Ruse “Angel Kanchev”

Tel.: 0888456122

E-mail: karapetrova74@abv.bg

### **Assoc. Prof. Sasho Nunev, PhD / Scientific Supervisor**

Department of Public Health and Social Work

University of Ruse “Angel Kanchev”

Tel.: 0886 802 466

E-mail: sasho\_nunev@abv.bg

***Abstract:** High environmental standards in Europe and environmental policy to support the economy and social work. Innovation in the field of environment and their implementation despite the difficulties. Social work is characterized by its system-ecological perspective, including the concept of "personality in the environment" as a socio-ecological construct and the use of social networks in the community as an environment and a means of support. The report looks at the biggest environmental challenges for changes in European environmental policy. The role of eco-innovation leading to significant progress towards sustainable development and preservation of the natural capital of the planet. A long-term and, at the same time, flexible strategy is being considered to find appropriate solutions to future challenges. The report presents economic prosperity, prosperity for a healthy natural environment that is managed in a way that guarantees environmental sustainability. Family therapy can be useful for a better understanding of family dynamics and more effective social worker intervention. Social work with families and family therapy is being developed to improve counseling by social worker and the therapist to families in need or at risk. The nature and specifics of problems and selected approaches and methods of work by the social worker, family therapy techniques will improve the quality of work of the assistant specialist. The report the merit of modern theorist and their research contribution to achieving satisfactory contribution and mental comfort in the family. The report presents the newest in this area to help the social worker and the therapist. The latest achievements in social work with families and family therapy, family therapy models, application of the paradoxical directive when working with families.*

***Keywords:** Promoting the community, Resilience of the environment, Environmental Policy, Eco-innovation*

### **ВЪВЕДЕНИЕ**

В новото време на модерните технологии, които ни заливат ежедневно и ежеминутно, ние забравяме, че трябва да сме човеци. Напрегнатото ежедневие всекидневно ни поставя пред нови и нови изпитания не само отделния индивид, но и цялата общност. Околната среда стои над политическите, правните и създадените от човека граници.

### **ИЗЛОЖЕНИЕ**

#### **Насърчаване на общността и устойчивост на околната среда**

Европейският съюз има едни от най-високите екологични стандарти в света. С политиката за околната среда се помага икономиката на ЕС да стане по-екологична, да се опазва природното богатство на Европа и да се предпазва здравето и благоденствието на хората, живеещи в Съюза. Опазването на околната среда и поддържането на конкурентно присъствие на ЕС на световния пазар могат да вървят ръка за ръка, а политиката в областта на околната среда може да играе важна роля за създаването на работни места и стимулирането на инвестиции. Екологосъобразният растеж води до разработване на интегрирани политики, които стимулират създаването на устойчива рамка за околната среда. Иновациите в областта

---

<sup>18</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 11.05. 2018 в секция „Социални дейности“ с оригинално заглавие на български език: НАСЪРЧАВАНЕ НА ОБЩНОСТТА И УСТОЙЧИВОСТ НА ОКОЛНАТА СРЕДА.

на околната среда могат да бъдат прилагани и изнасяни, което ще доведе до повишаване на конкурентоспособността на Европа и до подобряване на качеството на живот на хората. Основната цел на политиката на Европейския съюз за околната среда е увеличаване на природния капитал, насърчаване на икономиката с ефективно използване на ресурсите и опазване на здравето на хората. Социалната работа в общност се характеризира със системно-екологичната си перспектива, включваща концепцията за „личността в околна среда“ като социално-екологичен конструкт и използването на социалните мрежи в общността като среда и средство за подкрепа (Bliznakov, A. 2004).

### **Еволюираща стратегия**

Най-големите екологични предизвикателства пред Европа са се променили от началото на европейската политика за околната среда. През 70-те и 80-те години на XX век на фокус са традиционни екологични въпроси като опазване на видовете и подобряването качеството на въздуха, който дишаме, и водата, която прием, чрез замърсяване на замърсяващите емисии. Днес акцентът пада върху един по-систематичен подход, който взема предвид връзките между отделните теми и глобалното им измерение. След повече от четири десетилетия политиката за околна среда на равнище Европейски съюз голяма част от природата около нас е защитена с европейски закони (Vozhinov, T., 1989). Единственият проблем е прилагането на тези закони. Стандартите на Европейския съюз по отношение на околната среда, развивани с десетилетия, са едни от най-високите в света. Благодарение на политиката за опазване на околната среда икономиката на ЕС става по-природосъобразна, природните ресурси на Европа се опазват и здравето и благополучието на хората, живеещи в ЕС, са защитени. Качеството на околната среда е от първостепенно значение за здравето, икономиката и благополучието ни. То обаче е изправено пред редица сериозни проблеми, не на последно място тези, свързани с изменението на климата, неустойчивото потребление и производство, както и различните форми на замърсяване. Политиката и законодателството на ЕС в областта на околната среда защитават естествените местообитания, опазват чистотата на въздуха и водата, осигуряват правилно изхвърляне на отпадъците, подобряват знанията за токсичните химикали и подпомагат бизнеса в развитието му към устойчива икономика. Устойчивото развитие е всеобхватна цел на ЕС, който е поел ангажимент за високо равнище на защита и подобряване качеството на околната среда. Това е наричаното "устойчиво развитие" – намирането на баланс между опазването на околната среда, икономическия прогрес и социалното развитие. Съветът по околна среда ще обмени мнения по две ключови инициативи на Комисията, стартирани в средата на януари 2018 г., като последващи действия във връзка с плана за действие за кръговата икономика: Европейската стратегия за пластмасите в кръговата икономика и взаимодействието на законодателството в областта на химикалите, продуктите и отпадъците. Обсъжданията ще се съсредоточат върху насърчаването на значителното увеличаване на употребата на рециклирани пластмаси, както и върху безопасното оползотворяване на отпадъците, съдържащи опасни вещества. Също ще се представят предложение за регламент за определяне на стандарти CO<sub>2</sub> за нови леки пътнически автомобили и нови леки търговски превозни средства. На тези срещи държавите членки ще обсъдят необходимостта от интегриране на екологичните съображения от европейския семестьър в рамките на изпълнението на политиката в областта на околната среда. Това ще създаде връзка с процеса за преглед на изпълнението на политиките за околната среда и благоденствието ни. Европейската агенция за околна среда (ЕАОС) събира национални данни и съставя европейска база данни (Zaharinov, B., Gargarov, Zdr., 2001). Агенцията разработва и поддържа показатели и докладва за състоянието на околната среда. От 70-те години на XX век до днес Европейския съюз е приел над 200 закона за защита на околната среда. Предизвикателство е днес договорените правила да се прилагат ефективно на практика.

### **Насърчаване на екоиновациите**

Екологична иновация е всяка форма на иновация, водеща до или целяща значителен и виден напредък към устойчиво развитие чрез намаляване на въздействието върху околната

среда, подобряване на издръжливостта на натиска върху нея или постигане на по-ефективен и отговорен начин на използване на природните ресурси. Тези технологии и отраслите, които го произвеждат, вече са важна част от икономиката на Евразийския съюз. Въпреки това, с изключение на възобновяемата енергия, екоиновациите проникват сравнително бавно на пазара (Hristov, H., 2005). Причина за това са пазарните цени, които не отразяват правилно ползите и разходите за околната среда, и някои стимули и субсидии, които продължават да поддържат закостенели икономически структури и разточителни практики. Чрез програми на Европейския съюз се осигуряват помощи за финансиране на научни изследвания, иновации и компании, активни в областта на екоиновациите. За да улесни по-широкото навлизане на зелени технологии, ЕС насърчава екологични обществени поръчки, поставяне на цени на продуктите с оглед на жизнения им цикъл и екологична маркерова върху етикетите.

### **Стратегия за бъдещо развитие**

Околната среда вече не може да бъде разглеждана отделно от икономиката. В новата програма на ЕС за действие за околната среда, предложена от Комисията, е изложена дългосрочна и същевременно гъвкава стратегия за намиране на отговор на бъдещите предизвикателства. Тя съдържа цялостен подход към околната среда и определя курса към зелена и конкурентна икономика, която ще съхранява природните ни ресурси и здравето за бъдещите ни поколения. Не може да се отрече фактът, че Европа и нейната околна среда са изправени пред сериозни предизвикателства в световен мащаб. Сред тях се увеличаващото се население на планетата, разрастващите се средни класи с интензивно потребление, бързия икономически растеж в новоизникващи икономики, постоянно разтящото търсене на енергия и все по-силната конкуренция за ресурси на световно равнище.

### **ИЗВОДИ**

Днес е предмет на общо съгласие, че подобряването на състоянието на околната среда може да бъде постигнато само ако екологичните цели залегнат в многобройните области на политиката. Например за постигане на целите на стратегията на ЕС за биоразнообразието и за спиране на загубата на биологичното разнообразие в ЕС до 2020г. опазване на биоразнообразието и екосистемите трябва да бъде неразделна част от други политики на ЕС освен политиката за околна среда, и особено от политиката за селското стопанство и за рибарството. Икономическият просперитет, растежат и благополучието няма да бъдат устойчиви, ако не положим повече грижи за природния капитал на планетата, който е от съществено значение за много индустрии и икономически отрасли. Целта е до 2050г. гражданите на ЕС да живеят в безопасна и здравословна природна среда, която се управлява по начин, съобразен с нейните ограничения и гарантиращ екологична устойчивост. Предприетите мерки и решения ще подобрят отношението ни към околната среда, защото ние сме част от тази среда. Позитивното отношение и нагласа ще спомогне за живот в хармония за нас и поколенията след нас .

### **REFERENCES**

Bliznakov, A. (2004). Etika na potreblenieto na prirodni resursi. Sofiya: Planeta ekoinfo br.12 (Близнаков, А., 2004. Етика на потреблението на природни ресурси. София: "Планета екоинфо" , бр.12.).

Bozhinov, T.,(1989). Ekologiya i upravlenie. Sofiya: (Божинов, Т.,1989. Екология и управление. София).

Zaharinov, V., Gargarov, Zdr., (2001). Ekologichen monitoring i opazvane na okolnata sreda v Bvlgariya. Sofiya: NBU. (Захаринов, Б., Гъргаров, Здр., 2001. Екологичен мониторинг и опазване на околната среда в България. София: НБУ).

Hristov, H., (2005). Ekologosyobrazno prirodopolzvanе. Sofiya: (Христов, Х., 2005. Екологосъобразно природоползване).

FRI-K.201-SSS-SW-12

---

## VALUES IN SOCIAL WORK AND ETHICAL ASPECTS<sup>19</sup>

---

### **Burchin Ahmedova – Student / Bachelor/ Young Student**

Department of Public health and Social work,

University of Ruse “Angel Kanchev”

Tel.: +359897582214

E-mail: burci\_98@abv.bg

### **Assoc. Prof. Sasho Nunev, PhD / Scientific Supervisor**

Department of Public Health and Social Work

University of Ruse “Angel Kanchev”

Tel.: 0886 802 466

E-mail: sasho\_nunev@abv.bg

***Abstract:** Social work is a profession enlightened by the task of provoking changes in society and of improving the conditions for the development of individuals in society, with a view to their mutual benefit. The approach to this goal is achieved through the complementary implementation of social transformations and therapeutic approaches, based on the belief that the social conditions of mankind can be improved. Social workers are responsible to the people they serve, their profession and society. This responsibility is based on the principles, objectives, norms and standards of the profession defined in the code of ethics. In the field of social work, the system of values (rules of conduct and principles established as recommended by a professional community - by R. Barker) with the use of social justice and social well-being to improve the way of life of individuals, groups, families, communities and to overcome existing forms of injustice and discrimination. A worker must in no case discriminate against his clients as well as any person whether or not he is a customer. It must inspire confidence and self-esteem for the people who need its help.*

***Keywords:** responsibility, values, social work, equity, non-discrimination*

### **ВЪВЕДЕНИЕ**

Професията социална работа се основава върху хуманните и егалитарни идеали. Социалните работници вярват в цеността и достойнството на всяко човешко същество и се ръководят от ценостите приемане, самоопределяне и уважение към личността. Те вярват в задължението на всички хора поотделно и заедно да осигуряват ресурси, обслужване и възможности за общото благо на човечеството. Социалните работници се посвещават на: благополучието и себеосъществяването на хората; напредъка и целенасоченото използване на научните знания за човешкото и социалното поведение; създаването на ресурси за задоволяване на индивидуалните и груповите потребности и стемежи; постигането на социална справедливост за всички. Социалните работници полагат клетва да извършват услуги, без да дискриминират на основата на раса, етически произход, език, религия, пол, сексуална ориентация, политически възгледи и национален произход.

### **ИЗЛОЖЕНИЕ**

**1. Компетентният специалист трябва да знае, разбира и използва в практиката ценостите на социалната работа, определящи се като цяло в (Nunev.S., 2012):**

- Зачитане на достойнството и индивидуалните качества на всеки клиент;
- Правото на уважение на личния живот на клиента и запазване поверителността на получената информация. В случай, че поведението на клиента представлява опасност за самия него или за заобикалящите го, социалният работник уведомява компетентните органи;

---

<sup>19</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 11.05.2018 в секция „Социални дейности“ с оригинално заглавие на български език СТОЙНОСТИ В СОЦИАЛНАТА РАБОТА И ЕТИЧНИТЕ АСПЕКТИ.

- Правото на клиента на самоопределяне и самостоятелен избор за решаване на трудности и проблеми( цел, методи , средства, отговорности, контрол);
- Правото на защита на подложените на насилие, експлоатация и дискриминация по отношение на паса, етнически принадлежности, религия, пол и др.

## **2.Социалният работник непрекъснато се стеречи:**

- Да развива степента на осъзнатост навзаимовръзката между процесите на расово, класово и полово потискане;
- По- решително да се противопоставя на явления като дискриминация;
- Да не допуска прояви на расизъм и етническа нетърпимост и да търси подходящи наини за преодоляването им;
- Да проявява в по-голяма степен уважение и толерантност към различните етнически, социални, религиозни и възрастови общности.

В днешно време темата за расизъм и етническа нетърпимост е много по-активна поради много различни причини. Субекти на етническа нетърпимост са предимно хората от малцинствата. А защо ли те ? Защото са по-малко хора от нас или те изобщо не са хора ли ?

Всеки човек се ражда с определена мисия в този живот, стига да попадне в благоприятната среда за да се развива и усъвършенства. Нима хората от ромски произход са родени без някаква мисия в живота или те просто дишат напразно въздуха. И човека от ромски произход е човек и той има сърце и мозък както всички други, това че е попаднал на неблагоприятна среда не е ногава вина. И от тях може да стане и учител и доктор и най-различни професии, но няма кой да ги мотивира да учат. Да те имат други ценности и традиции, но не може ли да ги запознаем с нашите традиции , да се запознаят с нашите виждания, традиции и да могат да правят разлика между техните и нашите. Всеки човек е достоен за уважение.

Именно социалния работник не трябва да унижава клиентите си, защото клиентът няма да се чувства спокоен и никога няма да се довери на човека от среща, ако забележи дискриминация . Клиентите трябва да се чувстват спокойни за да могат да се отпуснат и да разкрият чувствата и преживяванията си.

## **3.Етичен кодекс на социалния работник – структура, съдържание и приложение в практика.**

Професионалният морал е предмет на разглеждане от професионалната етика и кодифицира специфични морални принципи и норми, изисквания, представи и оценки в определени работни условия, които осмислят устойчивото професионално поведение. Заедно с това той представя и специфичен “ морален език “, който отразява същността на морала да оценява и норми, предписвайки определен начин на мислене и поведение в контекста на дадена ситуация.

Етичният кодекс представя стандартите за етично поведение на социалните работници в професионалните им отношения с клиентите, с колегите и с колегите социални работници. Кодексът има за цел:

- да утвърди волята и стремежа на всички социални работници да бъдат етични в професионалната си дейност ;
- да служи като ръководство на социалните работници, при възникване на етични дилеми и спорове ;

Като приема този кодекс от социалния работник се очаква:

- да съобразява решенията си с принципите на кодекса;
- да предприема действия, които са в съответствие с духа и текстовете на кодекса;

### **3.1 Етичен кодекс на Българската асоциация – етични принципи:**

- социалния работник проявява отговорност към характера и качеството на оказваната социална помощ;
- в професионалните си отношения социалният работник приема и зачита индивидуалността на другите и уважава тяхното достойнство ;
- социалния работник не допуска дискриминация, привилегии или ограничения, основани на раса, народност или етническа принадлежност
- социалният работник не използва професионалните си отношения за лични облаги ;
- социалният работник не си служи съзнателно с поведение, което включва измама, лъжа, даване на непълна или подвеждаща информация ;

### **3.1.1 Взаимодействие с клиентите :**

- социалния работник се стреми да установи клиентите отношения на уважение, равнопоставеност и отговорност към избора за решаване на социалните проблеми;
- във взаимодействието си с клиентите социалния работник се съобразява с тяхното социокултурно обкръжение, техните навици и език;
- социалния работник не се включва в дейности, които нарушават или ограничават законните права на клиентите;
- социалният работник може да наруши правилото за поверителност и да разкрие без съгласието на клиента информация, свързана с него, само когато съхраняването на подобна информация крие опасност за здравето и живота на клиента;

### **3.1.2 Основна функция на социалния работник :**

- да оказва професионална помощ на хората със социални проблеми

## **3.2. Етичен кодекс на Канадската асоциация – етични принципи:**

### **3.2.1 Декларация на социалния работник**

- Ще считам за мое първостепенно професионално задължение благополучието на лицата, които обслужвам;
- Почтено ще изпълнявам своите задължения и отговорности;
- компетентно обслужвам своите клиенти и съвестно ще изпълнявам своите задължения и отговорности;
- В професионалните си отношения ще уважавам личното достойнство на лицата, които обслужвам;
- Ще съдействам за постигането на социална промяна в името на общото благо на човечеството;

### **3.2.2 Цел**

- Социалната работа е професия посветена на задачата да се предизвикат промени в обществото и да се подобрят условията за развитие на индивидите в обществото, с оглед на взаимната им полза .

### **3.2.3 Поверителна информация :**

- Ще спазвам поверителния характер на цялата професионално придобита информация;

### **3.2.4 Достъп до архиви:**

- Социалния работник периодично позволява на клиента да проверява точността на цялата информация, която е записана и се съхранява в постоянния архив на службата;

### **3.2.5 Външни интереси и практикуването на социална работа**

- При участие в външни интереси трябва да е ясно в качеството на какъв действа социалния работник;

### 3.2.6 Отговорност към работното място:

- За ефективното изпълнение на задълженията си социалния работник носи отговорност пред работодателя си;

### 3.2.7. Отговорност спрямо професията си:

- Социалния работник пази честта на професията си;

### 3.2.8. Отговорност пред обществото:

- Социалния работник предприема необходимите действия, за да предотврати елиминира дискриминация срещу всяко лице или група въз основа на раса, етнически произход, език и др.

### 3.2.9 Отношение социален работник-клиент

- социалния работник уважава личното достойнство на клиента и защитава правата им;
- социалния работник зачита мотивацията, способностите и възможностите за промяна на клиента по всяко време от планирания процес;
- социалния работник полага необходимите усилия ясно да се разбере разликата между професионалните и лични отношения с клиентите. Сексуалната близост се счита за неетичен.

## ИЗВОДИ

Социалната работа изисква търпение, толерантност, уважение, недискриминация. Социалният работник трябва да уважава всеки клиент независимо от етническия му произход. Защото неговата работа е свързана главно с хора, които имат някакви проблеми и много често клиентите му ще са от малцинствените общности. Именно социалния работник не трябва да унижава клиентите си, защото клиентът няма да се чувства спокоен и никога няма да се довери на човека от среща, ако забележи дискриминацията. Клиентите трябва да се чувстват спокойни за да могат да се отпуснат и да разкрият чувствата и преживяванията си.

### 1. Прилики(Фиг.1) между Етичния кодекс на Българската асоциация и Етичния кодекс на Канадската асоциация

Таблица 1.

Етичен кодекс на Българската асоциация	Етичен кодекс на Канадската асоциация
чл.(5)В професионалното си отношение социалния работник зачита индивидуалността на другите и уважава тяхното достойнство	т.5.1 .Социалния работник уважава личното достойнство на клиентите ;
чл.(6) Социалния работник пази тайна по отношение на поверителната информация, получена по време на оказването на професионална помощ;	т.6.1. Социалния работник полага необходимите усилия, за да запази поверителния характер на цялата придобита информация в хода на обслужване на клиентите
чл.(7) Социалния работник не допуска дискриминация основани на раса, народност, етническа принадлежност и др	Социалните работници полагат клетва да извършат услуги, без да дискриминират на основата на раса, пол и др .
Чл.(9) Социалния работник не използва професионалните си отношения за лични облаги	т.5.7 Социалния работник не трябва да използва сексуално или по друг начин отношения с клиентите и колегите си ;

### 2. Разлики (Фиг. 2) – Етичния кодекс на Канадската асоциация дава възможност на социалния работник да поеме повече отговорности, които се основават на принципите,

целите и стандартите на професията . В етичния кодекс на Българската асоциация никъде не се споменава за отговорност пред обществото, спрямо професията и работното място.

В кодекса на Канадската асоциация пише, че **социалния работник трябва да се бори с дискриминацията и за равнопоставеността на всички хора**, не само на клиентите му.

А в кодекса на Българската асоциация се споменава, че **социалния работник не трябва да дискриминира клиентите си**.

Таблица2.

Етичен кодекс на Българската асоциация	Етичен кодекс на Канадската асоциация
Няма декларация на социалния работник	Декларация на социалния работник
Основна функция на социалния работник да оказва професионална помощ на хората със социални проблеми	Основната задача на професията е да се предизвикат промени в обществото и да се подобрят условията за развитие на индивидите в обществото
Няма	Отговорност пред обществото
Социалния работник не трябва да допуска дискриминация по отношение на клиентите си.	Отговорност спрямо професията си
	Социалния работник трябва да се бори с дискриминацията и за равнопоставеността на всички хора
	Отговорност към работното място

### 3. Препоръки за усъвършенстване на Българския етичен кодекс :

- социалния работник да се допусне до училищата както в развитите Западни страни;
- да бъде част от колектива в училище;
- социалния работник пддържайки връзка с децата в училище и техните семейства ще опознае децата и техните семейства и по-лесно ще разбере защо детето не посещава училище;
- при нужда се информира колегите си от Дирекция „Социално подпомагане“;
- социалният работник ще защитава правата на децата от малцинствените групи в училище, защото те са обект на дискриминация.

### REFERENCES

Code of Ethics (2005). Canadian Association of Social Workers. 383 Parkdale Avenue, Suite 402 Ottawa, Ontario, Canada.

Etichen kodeks na socialniya работник. BASR, Sofia, 1993

Nunev.S. Lekcionen kurs “Osnovi na socialnata rabota – II chast (profesionalna deinost I sferi na socialna rabota)”. Rusenski universitet, 2012.



PALLIATIVE CARE - DUTY IN NURSING PRACTICE <sup>20</sup>

---

**Snezhina Miteva – Student**

Department of Health care,  
University of Ruse “Angel Kanchev”  
Phone: +359 88 4124413  
E-mail: snega090883@abv.bg

**Chief Assist. Prof. Greta Koleva, PhD**

Department of Health care,  
University of Ruse “Angel Kanchev”  
Phone: +359 88 2517173  
E-mail: gkoleva@uni-ruse.bg

***Abstract:** In the medical sense, the Latin verb "palliare" means mitigation, relieve, reduce the severity of pain or illness, provide temporary relief. Duty is a moral requirement consciously and purposefully implemented obligation. Patients are faced with important fundamental questions about the limits of human life. Most - important characteristic of palliative care - their interdisciplinarity. Effective palliative care requires a broad multidisciplinary approach covering not only patients but also their families and the use of all available resources in the community.*

***Key words:** palliative care, relief, relief, duty.*

**ВЪВЕДЕНИЕ**

Според Световната здравна организация (СЗО) палиативните грижи представляват подход, който подобрява качеството на живот на пациентите и техните семейства, изправени пред проблема, свързан с живото застрашаващо заболяване, чрез предотвратяване и облекчаване на страданието, оценка и лечение на болката и разрешаване на физически, психо – социални и духовни проблеми (Georgieva D., Koleva G., 2017). Медицинската деонатология е учение за дълга на лекаря, медицинските сестри и медицинските служители, представляваща система от етични професионални принципи, правила и свързаната с тях нормативна уредба (законова база), както и протичащите от тях права и отговорности, които всяко медицинско лице трябва да познава и спазва при упражняване на професията си. Терминално болни са тези лица, чийто здравен статус може единствено да се влошава вследствие на нелечима болест или малформация, смъртта е предстояща, неизбежна и медицинската помощ се изразява само в палиативни грижи (ПГ) за облекчаване на страданието.

Палиативно болните изискват специални грижи при зачитане на личното им достойнство, индивидуалност и автономност (Radanov, S., 2004). Според теоретичния момент на Шефийлд палиативните грижи започват от момента на поставяне на диагнозата. Ефективното лечение постепенно намалява с развитие на заболяването и отстъпва място на симптоматичния контрол. Палиативните грижи достигат максимума си непосредствено около момента на смъртта, като най – често се предоставят в рамките на хосписна програма (Aleksandrova, S., 2002). Могат да бъдат предоставяни в местни болнични заведения, в общински здравни центрове и дори в дома на пациента (Svetovna zdravna organizatsiya Zheneva., 2004). С настъпване на смъртта започват грижите за подкрепата и утешаването на семейството, които продължават една година след това.

**ИЗЛОЖЕНИЕ**

Палиативните грижи са интензивни (непрекъснато обгрижване), всеотдайни (широки познания) и проблемно ориентирани (екзистенциални и етични въпроси). Въпросът за смъртта

---

<sup>20</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 17.05.2018 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ПАЛИАТИВНИ ГРИЖИ - ДЪЛГ В СЕСТРИНСКАТА ПРАКТИКА.

на човешките същества, вече е реалност в живота на пациентите. Пораждат се въпроси за смисъла на живота и смъртта. Пациентите могат да са разтревожени за бъдещето на близките си. При тези екзистенциални проблеми е важно насочване на вниманието при взаимоотношенията с пациентите и близките им, от където и произлиза необходимостта от друг тип грижи, различни от традиционните. Това обуславя най-важната характеристика на палиативните грижи – тяхната интердисциплинарност (Aleksandrova, S., 2002). Всеобхватността се осъществява от мултидисциплинарен екип, включващ: лекар и медицинска сестра, както и психолог, социален работник, доброволци, духовни лица и др.

Лекарят участва в изготвянето на плана за грижи в лечебната му част, назначава терапия за контрол на симптомите и води съответната документация (Georgieva, D., & Koleva, G., 2017). Медицинската сестра притежава съответната подготовка и компетентност за осъществяване на качествени „цялостни“ грижи (Tsaneva, G., 2008). Медицинската сестра предоставя холистични грижи на пациента и неговото семейство, чрез физическа, психосоциална и емоционална подкрепа. Функционалните роли на сестрата включват: болногледач, обучаващ, подкрепящо лице, съветник и защитник на пациента.

Главните цели на медицинската сестра са промоция на оптимално ниво, на физически комфорт и участие на семейството във физическите и емоционални грижи за пациента. Задълженията и включват: проследяване и контрол на болката; поддържане на постоянно оптимално хранене; правилно организиране на почивка, сън и физическа активност; хигиенен режим; грижи за поддържане на кожата и лигавиците; оптимална хигиена на уrogenиталиите; поддържане функциите на дихателната система – дихателна гимнастика.

Цел на медицинската сестра, отнасяща се до психо-социалните и емоционалните нужди на пациента са:

- поддържане на открита и честна комуникация сред членовете на семейството;
- подкрепа за справяне с мъката и чувството за загуба, изпитвано от пациента и семейството през целия период.

Връзката между сестрата за палиативни грижи, умиращите пациенти и техните семейства е специална. Когато пациентът умира медицинската сестрата изпитва скръб, която ако не бъде овладяна заедно с друг стрес в работата може да настъпи „синдром на изпепеляване“.

Никой не бива да се включва в палиативното сестринство преди да е преодолел своите собствени вярвания и отношения към смъртта. Препоръчително е палиативните сестри да се учат как да използват ефективно емоционалната подкрепа, предлагана от другите членове на екипа.

Според Veachamp и Childress основните принципи на етиката са уважение на автономността, ненанасяне на вреда, благодеяние и справедливост (Aleksandrova, S., 2002).

Мотивацията за избор на темата за нашето изследване е проучване на отношението на студенти от специалност медицинска сестра относно палиативните грижи.

**Цел на изследването** е проучване на вижданията на студентите относно: същността на палиативните грижи, основните принципи, задачи и аспекти, както и готовността им за работа в палиативното сестринство.

**Обект на изследването са студенти**, четвърти курс от специалност *Медицинска сестра*.

**Материали и методи.** Изследването се проведе в периода 14.08.2017 - 18.08.2017.г. Проучено бе мнението на 21 студенти от специалност Медицинска сестра. Използвана е специално разработена анкетна карта и интервю с респондентите. Анкетната карта съдържа десет въпроса от затворен тип. За онагледяване на получените резултати е използван графичен метод.

#### **Резултати**

Каква е представата на респондентите за смъртта е показано на фигура 1.



Фиг.1. Определяне на смъртта.

Голяма част от участниците определят смъртта като нещо неизбежно (71,4%). Почти всички от останалите са на мнение, че смъртта е страшна и неизвестна (23,8%). Малка част считат, че смъртта е нещо далечно и непознато (4,8%).

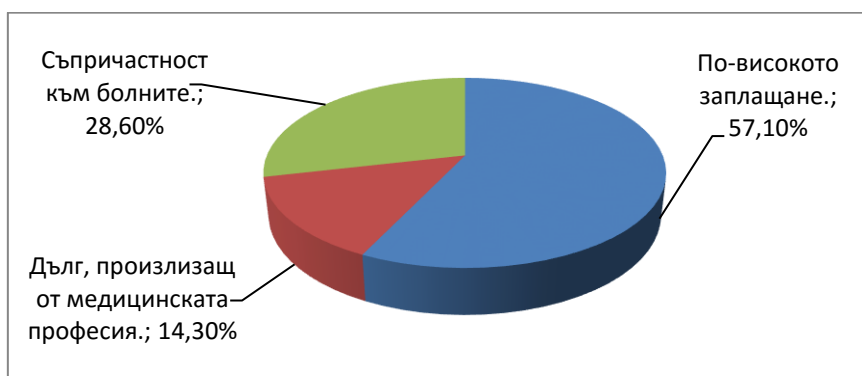
Респондентите изказаха мнението си относно равнопоставеността в отношението на медицинските специалисти към пациентите с лечими заболявания и тези с нелечими заболявания. От получените резултати е видно, че студентите не отчитат разлика в отношението към пациенти с нелечими заболявания (66,7%). Само една трета (33,3%) са на мнение, че съществува различно отношение към тези пациенти.

Мнението на респондентите за евтаназията и необходимостта от нея при добре развити палиативни грижи е категорично. Почти всички са съгласни, че евтаназията е ненужна (81%). Само 19% не са съгласни с това твърдение и подкрепят необходимостта от евтаназия.

Известно е, че работата с пациенти с неизлечими заболявания и в терминален стадий не е предпочитано от медицинските специалисти. Нашите респонденти не смятат, че са подготвени психически и емоционално, за да оказват палиативни грижи (61,9%). Останалите мислят, че биха се справили при оказване на палиативни грижи (38,1%).

По отношение на мотивацията за работа в структура за палиативни грижи, избраха от три възможности – съпричастност, дълг или по-високо заплащане. Кой от посочените варианти би ги мотивирало, за да започнат работа като медицински сестри за палиативни грижи е показано на фигура 2.

По-голямата част от студентите посочват като фактор за мотивация по-високо заплащане (57,1%). В професията на медицинската сестра не е достатъчно да бъдеш мотивиран за извършване на определена дейност само финансовата обезпеченост. Работата с пациенти в терминален стадий на нелечимо заболяване изисква определени личностни качества от страна на медицинската сестра и разбира се нагласа за работа с такава патология. Финансовата обезпеченост е задължителен елемент при извършване на определена работа, но небива да бъде единствен мотиватор.



Фиг.2. Мотивация за работа в Палиативни грижи

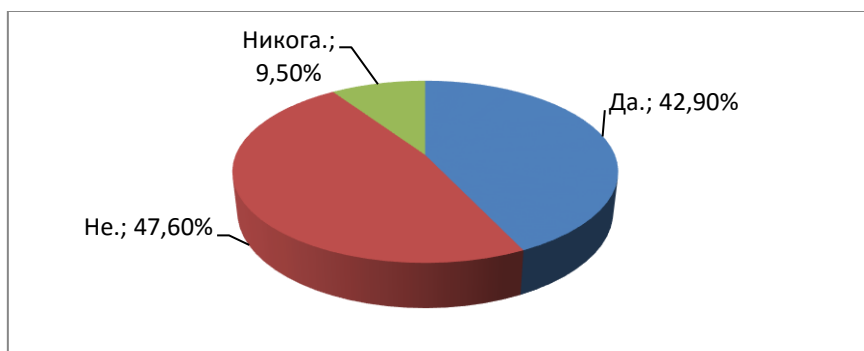
Съпричастност към болните, като фактор за мотивация са посочили 28,6%, Само 14,3% посочват за мотивация дълга към медицинската професия. Съгласни сме, че работата с

палиативни пациенти е емоционално натоварваща и подтискаща и такова мнение са изразили и нашите респонденти (81%). Една пета част от всички я приемат като работа идентична с всички останали сфери в медицинската практика (19%).

Следващият въпрос е свързан с риска от възникване на „Синдром на прегряване“ при работа в палиативни грижи. По-голямата част от анкетираниите (85,7%) отговарят положително, и само 14,3% считат, че синдрома не се среща често в палиативното сестринство.

Какви са мерките за справяне с възникването на бърнаут синдром според нашите респонденти: добрите взаимоотношения в мултидисциплинарния екип (42,9%). Една трета от всички намират за подходящо намаляването на работните часове за месец (шест или седем часов работен ден) и съответно повече почивни дни за добро възстановяване (33,3%). Емоционална стабилност са предложили останалите участници (23,8%), което може би е свързано с типа нервна система и други личностни качества и възможности на медицинската сестра, работеща в палиативни грижи.

Готовност за започване на трудовия си стаж в структура за палиативни грижи изразяват 42,9% от студентите (фигура 3).



Фиг.3 Работа като сестра за палиативни грижи

По-голям е относителния дял на отрицателно отговорилите (47,6%), а останалите са категорични, че никога не биха започнали работа като палиативни сестри (9,5%).

Последният въпрос за който потърсихме мнение от студентите е свързан със сестринството в палиативната медицина и по-точно дали то е дълг към професията. Отговорите категорично подкрепят твърдението (95,2%), само 4,8% не са съгласни, че сестринството в палиативната медицина е дълг към професията. Тези резултати не кореспондират с получените отговори на по-горе споменати въпроси като готовност за работа в палиативни грижи, мотивация за работа в палиативни грижи и т. н.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализът на резултатите от проведеното изследване дава основание да се направят следните изводи:

- Висок процент от анкетираниите са на мнение, че има различия в отношението на медицинските специалисти към пациентите с лечими и с нелечими заболявания.
- Налице е ниска готовност за работа в палиативното сестринство.
- Почти всички респонденти определят работата с палиативни пациенти като емоционално натоварваща и подтискаща.
- Наблюдава се съгласие, че сестринството в палиативната медицина е дълг към професията.

**Препоръки.** Разкриването на повече бази, със съвременен обзавеждане и оборудване, както и конкурентните условия на труд биха били добър избор за новозавършващите медицински сестри. Високото заплащане и гъвкаво работно време е основа за привличане на кадри в палиативната медицина. Промяна в мнението, че съществуват различия в отношението на медицинските специалисти към хората с лечими и с нелечими заболявания.

## ЛИТЕРАТУРА

Aleksandrova, S. (2002). Hospisni Grizhi, VMI Pleven (**Оригинално заглавие:** *Александрова, С., 2002. Хосписни грижи. Плевен: Издателство ВМИ.*)

Georgieva, D., & Koleva, G. (2017). Paliativni sestrinski grizhi, Mediatex Pleven (**Оригинално заглавие:** *Георгиева, Д., & Колева, Г. 2017. Палиативни сестрински грижи. Плевен: Издателство Медиатех.*)

Radanov, S. (2004). Meditsinska deontolofgiya, Siela, Sofia (**Оригинално заглавие:** *Раданов, С., 2004. Медицинска деонтология. София: Издателство Сиела.*)

Svetovna zdravna organizatsiya Zheneva, (2004). Oblekchavane na bolkata i paliativni grizhi pri detsa, bolni ot rak, Otvoreno obshtestvo Sofia (**Оригинално заглавие:** *Световна здравна организация Женева, 2004. Облекчаване на болката и палиативни грижи при деца, болни от рак. София: Издателство Отворено общество.*)

Tsaneva, G. (2008). Kachestvo na sestrinskite grizhi kato prioritet, Artik Sofia (**Оригинално заглавие:** *Цанева, Г., 2008. Качество на сестринските грижи като приоритет. София: Издателство Артик.*)

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

---

## THE MOST COMMON SYMPTOMS IN CANCER <sup>21</sup>

---

### **Snezhina Miteva – Student**

Department of Health care,  
University of Ruse “Angel Kanchev”  
Phone: +359 88 4124413  
E-mail: snega090883@abv.bg

### **Chief Assist. Prof. Greta Koleva, PhD**

Department of Health care,  
University of Ruse “Angel Kanchev”  
Phone: +359 88 2517173  
E-mail: gkoleva@uni-ruse.bg

***Abstract:** Cancer diseases are a group of malignant neoplasms, which are designated by the common name cancer. They are very widespread and occupy a large share in human pathology. Individual cancers have different disease signs and symptoms. For early diagnosis and prompt treatment is important to know the most common symptoms in cancer.*

***Key words:** symptoms, oncology, tumor, disease.*

### **ВЪВЕДЕНИЕ**

Онкологичните (злокачествените, раковите) новообразувания съвсем не означават непременно - сигурна, неизбежна и мъчителна смърт, каквито са били до преди 2 - 3 десетилетия (Naydenov, T. 2007). Ракът е резултат от неконтролируем растеж на анормални клетки. Тези клетки се делят и образуват злокачествени тумори. С разрушителна прецизност злокачественото новообразувание пренасочва кръвотока към себе си, като обезкървява съседни здрави клетки. Раковите клетки могат да засягат и други тъкани на тялото и да образуват нови тумори. Агресивното развитие на злокачествения тумор може да обхване целия орган или тъкан, откъдето произхожда. В случай, че се оставят, без да бъдат следени, много тумори накрая разрушават толкова голяма част от организма, че той загива (Olshuler, L., & Gazela, K., 2011). Необходимо е добро познаване етиологията на тези заболявания и тяхната профилактика. Ранното откриване и лечение на преканцерозите, отстраняването на причините, способстващи тяхното възникване са едни от основните елементи на профилактиката на онкологичните заболявания (Kostadinova, P., & Velkova, P., & Hristova, Y., & Simeonova, S., & Kostadinov, St., 2013). За откриване на преканцерозните заболявания в значителна степен допринася активното участие на самия пациент. То се изразява в самонаблюдение и своевременно консултация с общопрактикуващия лекар с цел насочване за специализиран преглед към онкодиспансер (Accessed on 18.08.2017). За тази цел е необходимо познаването на най-честите симптоми при онкологичните заболявания, които също се класифицират като неотложни състояния в онкологията. Те могат да бъдат дефинирани като остро, животозастрашаващо състояние, свързано непосредствено с туморната лезия или косвено от провежданото лечение. Ако не се предвидят, диагностицират бързо и лекуват ефективно те могат да доведат до внезапна смърт на болния.

### **ИЗЛОЖЕНИЕ**

Неотложните състояния в онкологията произтичат и от факта, че туморният процес инвазира съседни структури и органи непосредствено или чрез метастатичния процес, който може да предизвика тромбози, хеморагии, обструкции на съдове, инфилтрация на серозни

---

<sup>21</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 17.05.2018 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: НАЙ - ЧЕСТИ СИМПТОМИ ПРИ ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ.

мембрани с последващи изливи или абнормална продукция на хормони или клетъчни продукти, предизвикващи нарушаване на метаболизма и органна недостатъчност. Директната токсичност на терапевтичните процедури като лъче- и химиотерапия също могат да доведат до намаляване на защитните сили на организма, а оттук да провокира такова състояние.

Най-често срещаните симптоми са:

**Болка.** Три четвърти от пациентите с неоплазми са изпитвали болка в някакъв момент от хода на болестта им. Острата, силна болка предизвиква чувство на интензивен страх и безпокойство при пациентите и хората, които се грижат за тях. Хроничната неовладяна болка е изключително инвалидизираща, свързана е с депресия и влошава способностите на пациентите да се справят с прилаганото лечение. Болката в определени зони може да е първият симптом, довел до диагностицирането на злокачествения тумор. Често тя е и първият белег на метастатичното разпространение от известно туморно огнище, затова новопоявила се болка винаги изисква щателно уточняване (Kurtev, P., & Kurteva, G., & Raycheva, E., 2012).

**Тумор (подутина).** Много тумори могат да бъдат напипани през кожата, особено тези на млечната жлеза, на лимфните възли и на меките тъкани на тялото. Уплътненията или туморните образувания могат да бъдат първи признаци на ранен или напреднал стадий на рак. Те се нуждаят от спешна диагностика още при първата поява, преди тяхното увеличение (Accessed on 10.09.2016).

**Кървене.** То е честа находка при онкологично болни пациенти. Една от най-честите причини е ерозията на кръвоносен съд от туморния процес. Ранните стадии на рака на матката, късни стадии на рака на маточната шийка и някои ракови заболявания на яйчниците могат да предизвикат кървене. Кръвта в хрчката може да бъде признак за рак на белите дробове. Кръвта в изпражненията (или тъмни, черни изпражнения) може да бъде признак за рак на дебелото или правото черво. Кръвта в урината е признак за възможен рак на пикочния мехур или бъбреците. Кръвта, отделяна от зърната на гърдите може да е признак за рак на млечната жлеза. В отсъствие на тези анатомични причини трябва да се имат предвид и хематологични заболявания (Kurtev, P., & Kurteva, G., & Raycheva, E., 2012). (Olshuler, L., & Gazela, K., 2011). (Accessed on 10.09.2016).

**Умора.** Повишената уморяемост може да бъде важен симптом за прогресиране на заболяването. Слабостта и умората могат да възникнат и на ранен етап, особено ако ракът предизвиква хронична загуба на кръв, която се среща при рак на дебелото черво и стомаха (Accessed on 10.09.2016).

**Необяснима загуба на тегло.** Загубата на тегло е ранен признак за рак на дебелото черво и други ракови заболявания на храносмилателната система. Може да е признак за рак, който се е разпространил в черния дроб, засягащ апетита и способността на тялото да се освободи от токсините (Accessed on 21.02.2016).

**Кашлица.** Упорита, суха, дразнеща кашлица, неповлияваща се или временно повлияваща се от приеманите лекарствени средства, немотивирано покачване на телесната температура, пресипване на гласа, наличие на кървави хрчки, болки в гръдния кош са сигнали, които трябва да насочат изследванията към търсене на злокачествено новообразувание в дихателната система (Manolov, K. 1982).

**Незарастващи рани или язви.** Злокачествените тумори на кожата могат да кървят и да изглеждат като рана или язва. Продължително съществуващата рана в устата може да се окаже рак на устната кухина, особено при пушачи. Язвите на половия член или влагалището могат да бъдат както признаци на инфекция, така и на ранен стадий на рак и затова трябва да бъдат изследвани (Accessed on 10.09.2016).

**Цел.** За разработване на настоящата тема си поставихме за цел да се проучи отношението на хората към онкологичните заболявания, както и мнението им за симптомите, диагностиката и лечение на злокачествените заболявания.

**Задачи:**

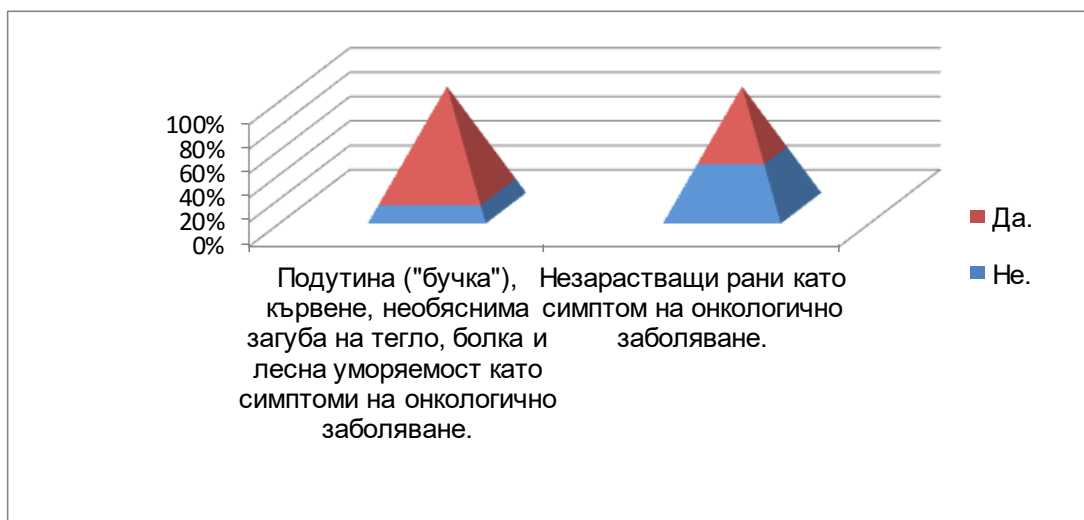
1. Да се сформира целева група.
2. Да се разработи анкетна карта.
3. Да се проведе анкета.

4. Да се извърши анализ на данните от анкетния метод.

Проведена е пряка анонимна анкета с тридесет човека, на възраст от 34 до 70 години в периода от 24. 08. 2017 до 31. 08.2017г.

**Резултати от изследването:**

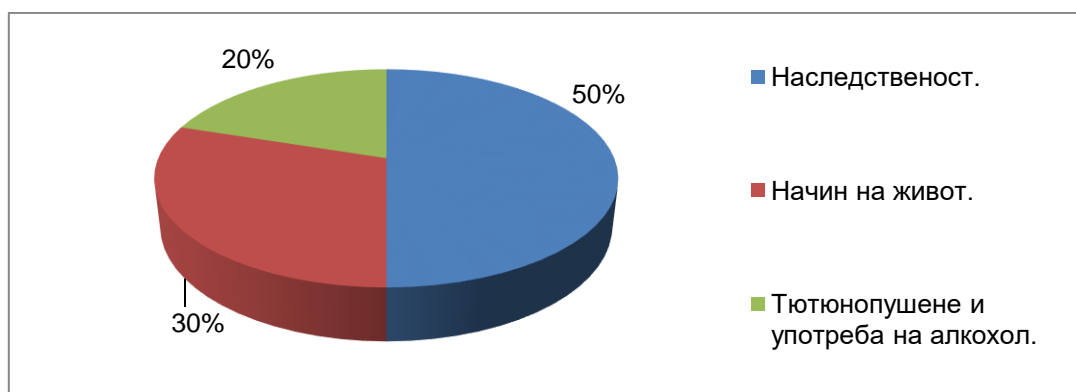
На въпрос, могат ли подутина („бучка“), кървене, необяснима загуба на тегло, болка и лесна уморяемост да бъдат симптоми на онкологично заболяване 86,7% от респондентите са отговорили, че тези симптоми могат да бъдат сигнал за онкологично заболяване.



Фигура 1. Най-чести симптоми при онкологични заболявания

Отрицателно са отговорили 13,3%. 56,7% от респондентите са съгласни по отношение на това, че незарастващи рани могат да бъдат симптом за онкологично заболяване, а 43,3% считат, че не са (фигура 1).

Като основна причина за възникване на злокачествено заболяване, половината от анкетираните посочват наследствеността (фигура 2).



Фигура 2. Основна причина за възникване на злокачествено заболяване

Една трета от всички считат, че начинът на живот е основна предпоставка (30%), останалите 20% избират тютюнопушенето и употребата на алкохол като основна причина за появата на злокачествени заболявания.

Резултатите сред анкетираните относно наличие на злокачествено заболяване при техен роднина са визуализирани на фигура 3.

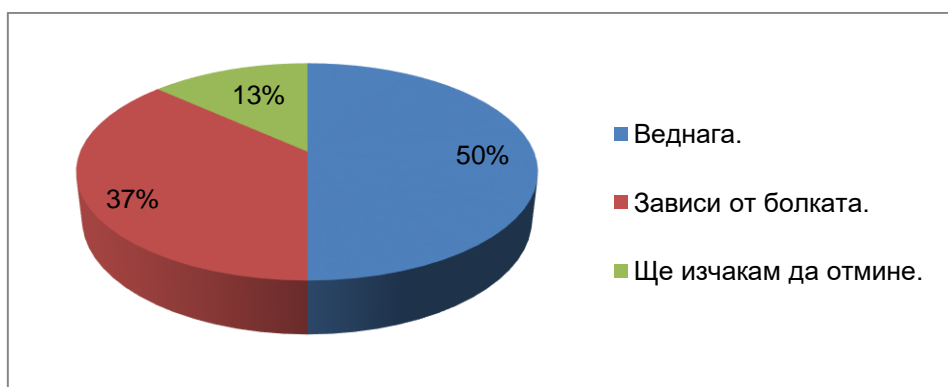




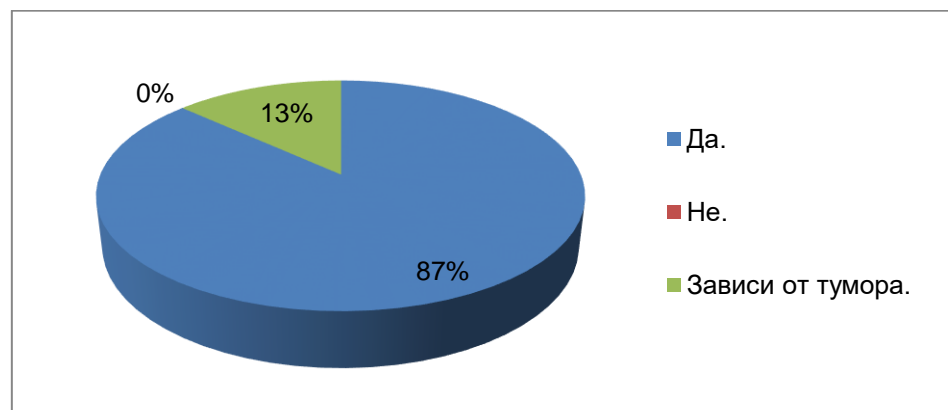
Фигура 3. Наличие на роднина със злокачествено заболяване

Почти половината от респондентите имат такъв роднина (46,7%), а останалите нямат близки с онкологично заболяване (53,3%). Никой от участниците не е посочил да има повече от един роднина с такова заболяване.

Готовността на хората за незабавно търсене на лекарска помощ при новопоявил се симптом е визуализирана на фигура 4.



Фигура 4. Търсене на лекарска помощ при поява на симптом

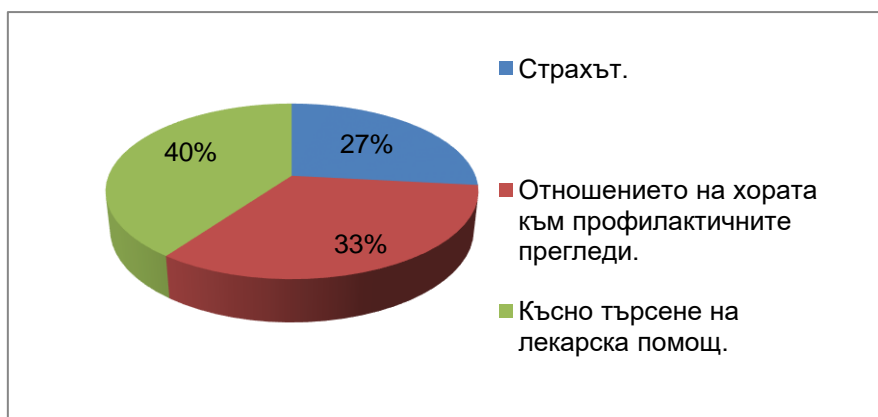


Фигура 5. Ефективност при навременно лечение

Половината от участниците са изразили готовност, веднага да потърсят лекарска помощ. В зависимост от болката (наличие вид и сила), ще преценят дали да се обърнат към лекар 37%, а останалите ще изчакаат да отmine (13%).

Фигура 5 визуализира мнението относно своевременното лечение и неговата най-висока ефективност при онкологичните заболявания. По-голямата част от анкетираните лица са съгласни с това твърдение (87%), останалите отговарят, че ефективността на лечението зависи от тумора (13%), и нито един не отрича твърдението.

По отношение на късното диагностициране на онкологичните заболявания и причината за това, мнението е визуализирано във фигура 6.



Фигура 6. Причина за късна диагностика на злокачествени заболявания

Страхът е една от основните причини за късна диагностика на онкологичните заболявания според 27% от респондентите. Несериозното и безотговорно отношение към профилактичните прегледи на населението посочват 33%, а останалите са отговорили, че причината е късно търсене на лекарска помощ (40%).

Въз основа на проведеното изследване, можем да обобщим:

- От страна на анкетираните се наблюдават познания относно най-честите симптоми при онкологични заболявания, но почти половината считат, че незарастващи рани не са сред симптомите на онкологичната болест (43,3%).
- Половината от анкетираните подкрепят теорията за наследствеността, като основа за възникването на онкологичните заболявания.
- Почти половината от респондентите имат роднина със злокачествено заболяване.
- Готовност за незабавно търсене на лекарска помощ при новопоявил се симптом, заявяват половината от респондентите. Останалата част от изследваните лица или биха изчакали симптома да отmine или ще преценят в зависимост от степента на болката.
- Почти всички респонденти са съгласни, че най-ефективно, при онкологичните заболявания, е навременното лечение (87%), а 13% отговарят, че ефективността зависи от тумора.
- Страхът, отношението към профилактичните прегледи, както и късното търсене на лекарска помощ са почти еднакво посочени като причина за късното диагностициране на онкологичните заболявания.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Получените резултати показват необходимост от:

- По задълбочено информиране на хората за симптомите при онкологични заболявания.
- При не явяване за профилактичните прегледи да се въведат глоби за населението, а хората с фамилна обремененост да бъдат внимателно наблюдавани и изследвани.
- Популяризиране на ефективността и надеждността на съвременното лечение при онкологичните заболявания, за да се преодолее страхът в хората.

Хората трябва да бъдат убедени, че за навременна диагностика и лечение основно място заемат редовните профилактични прегледи и самонаблюдението, както и ранното търсене на лекарска помощ при новопоявили се симптоми.

## ЛИТЕРАТУРА

Kostadinova, P., & Velkova, P., & Hristova, Y., & Simeonova, S., & Kostadinov, St., (2013). Profilaktika na onkologichnite zabolyavaniya v Bulgariya i opita ot stranite ot evropeyskiya sayuz. Varna: Izvestiya na sayuza na uchenite (*Оригинално заглавие: Костадинова, П., & Велкова, П.,*

& Христова, Й., & Симеонова, С., & Костадинов, Ст., 2013. Профилактика на онкологичните заболявания в България и опита на страните от европейския съюз. Варна: Издателство Известия на съюза на учените, том 18, Социална медицина, с. 48-55.)

Kurtev, P., & Kurteva, G., & Raycheva, E., (2012). Neotlozhni sastoyaniya v onkologiyata. Sofia: Stovi Bulgaria (**Оригинално заглавие:** Куртев, П., & Куртева, Е., & Райчева, Е., 2012. Неотложни състояния в онкологията. София: Издателство Stovi Bulgaria.)

Manolov, K. (1982). Narachnik po onkologiya. Sofia: Meditsina i fizkultura (**Оригинално заглавие:** Манолов, К., 1982. Наръчник по онкология. София: Издателство Медицина и физкултура.)

Naydenov, T. (2007). Onkologichni bolesti v Bulgariya. Nauka i obrazovanie (**Оригинално заглавие:** Найденов, Т., 2007. Онкологични болести в България. Издателство Наука и образование.)

Olshuler, L., & Gazela, K., (2011). Palniyat spravochnik za raka. Iztok-Zapad (**Оригинално заглавие:** Олишлер, Л., & Газела, К., 2011. Пълният справочник за рака. Издателство Изток-Запад.)

[http://www.oncobg.info/bg/simptomi\\_na\\_rakovoto\\_zaboljavane](http://www.oncobg.info/bg/simptomi_na_rakovoto_zaboljavane), (Accessed on 10.09.2016) (**Оригинално заглавие:** Симптоми на раково заболяване.)

<http://www.petel.bg/20-znaka-na-tyaloto--koito-mogat-da-sa-priznak-za-rak--Vednaga-idete-na-lekar--ako-usetite---146008>, (Accessed on 21.02.2016) (**Оригинално заглавие:** Двадесет знака на тялото, които може да са признак за рак.)

<http://www.rzi-burgas.com/svetovni%20zdravni%20dni/18%20noemvri.pdf> (Accessed on 18.08.2017) (**Оригинално заглавие:** 18 ноември - Световен ден за борба с онкологичните заболявания. Профилактика на онкологичните заболявания.)

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

---

## BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER. THE ROLE OF THE NURSE IN THE TREATMENT AND PREVENTION OF THE DISEASE<sup>22</sup>

---

### **Nevin Ahmedova Kyazimova- Student**

Faculty of Public Health and Health Care  
University of Ruse "Angel Kanchev"  
Phone: +359896926190  
E-mail: moonlight\_96@abv.bg

### **Sibel Aydan Mustafa- Student**

Faculty of Public Health and Health Care  
University of Ruse "Angel Kanchev"  
Phone: +359894035659  
E-mail: sibito\_1996@abv.bg

### **Chief Assist. 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:** Bipolar disorder, also known as manic-depressive illness, is a brain disorder that causes unusual shifts in mood, energy, activity levels, and the ability to carry out day-to-day tasks. There are four basic types of bipolar disorder; all of them involve clear changes in mood, energy, and activity levels. These moods range from periods of extremely "up," elated, and energized behavior (known as manic episodes) to very sad, "down," or hopeless periods (known as depressive episodes). Less severe manic periods are known as hypomanic episodes.*

***Key words:** bipolar disorder, brain, energy, activity*

### **ВЪВЕДЕНИЕ**

Биполарно афективно разстройство (БАР) е болест, която нарушава нормалните биохимични процеси на главния мозък, в резултат на което се нарушава поведението и преживяванията на засегнатите от нея. Най-важната промяна при БАР е нарушеното настроение. Ето защо БАР се причислява към т.нар. разстройства на настроението (или афективни разстройства). Най-честото разстройство на настроението е депресията. Състоянието, което е противоположно на депресията се нарича мания. БАР носи името си от редуването на епизоди на депресия с епизоди на мания в различна последователност, т.е. при БАР нарушението в настроението се проявява в двете полярни посоки – на потиснатост и на приповдигнатост. Промените в настроението винаги се съпътстват и от характерни промени в мисленето и поведението (Akabaliiev, V., D. Stoyanov, R. Masaldzhieva, 2015)

### **ИЗЛОЖЕНИЕ**

Заболяването засяга поравно мъжете и жените. БАР рядко възниква след 50-тата година от живота, като най-често дебютира във възрастта около 30 години. Имайки предвид епидемиологичните изследвания от европейски страни, може да се направи приблизителното изчисление, че всяка година от БАР в България се разболяват нови 900 човека (bg.wikipedia.org).

**Етиология:** Все още причините за възникване на заболяването не са известни. В една

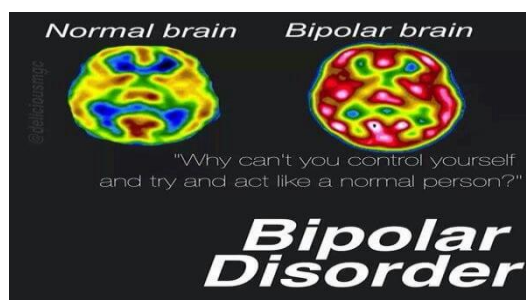
---

<sup>22</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 17.05.2018 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: БИПОЛЯРНО АФЕКТИВНО РАЗСТРОЙСТВО. РОЛЯТА НА СЕСТРАТА ПРИ ЛЕЧЕНИЕТО И ПРЕВЕНЦИЯТА НА БОЛЕСТТА.

част от пациентите се установява наличие на заболяването в родословието. Хора, чиито роднини са боледували от БАР, са застрашени в по-голяма степен да се разболеят, отколкото хора без такава наследствена обремененост. Все пак, само при една относително малка част от наследствено обременените се развива заболяването в някакъв момент от живота. Ако един човек има родител, болен от БАР, вероятността и при него да се развие заболяването е около 25%; ако и двамата родители са болни, вероятността заболяването да се развие в децата им нараства на повече от 50%. Този риск намалява значително с намаляване на степента на родство.

Освен наследствеността, за развитието на заболяването са отговорни и различни психосоциални фактори, например стресови житейски събития, които могат да играят ролята на отключващ фактор ([www.drb-zcoria.org](http://www.drb-zcoria.org)). Коефициентът на конкордантност при еднояйчни близнаци с БАР е между 60 и 80 %, което подсказва, че генетичните фактори са от по-голяма значимост в етиологията на БАР отколкото средовите .

Невроанатомичните промени се свързват с намаление на обема и клетъчната плътност в определени мозъчни области , изобразени във фигура 1.



*Фигура 1. На фигурата е изобразена компютърна томография на здрав (нормален) мозък и на мозък, който е с биполарно разстройство.*

**Клиничната изява** е свързана основно с промени в настроението. Всяка промяна в настроението, мисленето или поведението, която е изразена в необичайна степен и/или не е свързана със съответно събитие, което би могло да я обясни и/или продължава необичайно дълго, се квалифицира като симптом – признак за наличие или вероятно психично разстройство. Единични, изолирани симптоми не са достатъчно основание за диагностициране на психично разстройство. За това е необходимо наличие на сбор от определени симптоми, установени от квалифициран специалист - психиатър ([www.psihichnozdrave.com](http://www.psihichnozdrave.com)).

Най-характерната особеност при БАР е редуването на епизоди на приповдигнатост на настроението (мания) с епизоди на потиснато настроение (депресия). Тези промени в настроението се придружават от съответни промени в мисленето и поведението.

Епизодите на мания и депресия се редуват в различна последователност, с различна продължителност и различна изразеност на симптомите (фигура 2).



*Фигура 2. Двете лица на Биполарното афективно разстройство*

Обикновено епизодите на мания и депресия са разделени помежду си от т.нар. светъл период (ремисия), по времена, които у пациентите не се откриват никакви симптоми (пълно

възстановяване) и те се чувстват и функционират по обичайния за тях начин или симптомите са изразени в лека степен (частично възстановяване). В някои случаи епизодите на мания и депресия се сменят бързо един с друг (т.нар. бързо циклиране), като или ремисиите са кратки или изобщо не се наблюдават ремисии поради превключване от едно състояние в друго (от депресия в мания или обратно). Продължителността на отделните епизоди е различна и може да варира от няколко дни до няколко месеца. В преобладаващия процент от случаите първият епизод на заболяването е депресивен ([www.lundbeck.com](http://www.lundbeck.com))

**Депресивният период се характеризира със следните симптоми:**

- Трудна концентрация затруднено запомняне;
- Трудно вземане на решения;
- Тъга, меланхолия, чувство за празнота, обезвереност. Възможно е те да отказват дори да стават от леглото;
- Прогресивна загуба на интерес към каквото и да било в ежедневието. Те не желаят да вършат нищо, защото това не им носи радост;
- Липса на енергия и чувство на умора;
- Безпричинен плач;
- Проблеми със съня, особено рано сутрин;
- Загуба или наддаване на тегло;
- Усещане за безполезност или вина.

**Симптомите при мания са свързани с приповдигнато настроение:**

- Чувство на еуфория, величие;
- Прилив на енергия и голяма активност;
- Бъбривост, говорене с лекота и грандиозни идеи. Нужда от малко сън;
- Липса на концентрация и добра преценка;
- Фалшива вяра в собствените си възможности;
- Агресия и гняв, провокативно и натрапчиво поведение. Хората, които са в период на мания, могат да извършат доста рисковани дейности;
- Повишаване на целите - ориентиран към социалния живот, повишаване на сексуалния интерес, прекомерно движение.

**Лечение:**

- Медикаментозно - антидепресанти, сънотворни, тимостабилизатори и невролептици.
- Хоспитализация - трябва да се осигури максимално безопасна среда.

Психосоциални интервенции - обучението на болните да разпознават предвестниците или първите признаци на нов болестен епизод ([www.lekar.bg](http://www.lekar.bg))

**Сестрински грижи**

Заболяването БАР изисква адекватно и продължително лечение. Болните от това заболяване са изключително чувствителни и се нуждаят от постоянни и адекватни грижи (Константинова, Д.,2017) Тяхното поведение се променя непрекъснато и това налага строг контрол на ежедневието и дейностите им. Техните нужди включват всекидневни мероприятия, които да облекчат проблемите, проявени като в следствие от внезапните промени в характера. Медицинската сестра е лицето, което е неотлъчно до пациента. Тя му осигурява грижите от които има нужда, в зависимост от тежестта на периода на разстройството. Необходимо е да се вземат мерки, свързани с превенцията на усложненията на заболяването

Основни задачи на медицинската сестра:

- ❖ Да познава реакциите, които могат да предизвикат психичното заболяване;
- ❖ Да знае, че голяма част от тези пациенти са дезориентирани и не признават, че са болни;
- ❖ Да може да общува с пациента като вземе под внимание неговата неадекватност;
- ❖ Да бъде внимателна и добре да преценява състоянието на пациента, когато има влошаване;
- ❖ Да следи за поведението на пациента при приемането на медикаменти;
- ❖ При невъзможност да повлияе върху поведението на пациента да уведоми лекаря;
- ❖ Да наблюдава непрекъснато болния, за да предотврати нежелани инциденти;
- ❖ Да съветва и съдейства на пациента за пълноценно използване на свободното време и за

усъвършенстване на хобитата му;

- ❖ Да помага на пациента при извършване на любими дейности чрез трудотерапия;
- ❖ Да следи за личната хигиена и да подпомага пациента при необходимост. (www.psiholog.com)

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Биполярното афективно разстройство е заболяване като всяко друго. То е добре описано и лесно се разпознава от квалифицираните специалисти. Съвременната психиатрия разполага с високоефективни и безопасни медикаменти за лечение на проявите на БАР, които в съчетание с хоспитализация, когато такава се налага, както и с психо-социална терапия и рехабилитация, намаляват неблагоприятните последици от заболяването до възможния минимум.

### ЛИТЕРАТУРА

Akabaliev, V., D. Stoyanov, R. Masaldzhieva, Psychiatry textbook, Laks Buck EOOD, Plovdiv, 2015. (*Оригинално заглавие* Акабалиев, В., Д. Стоянов, Р. Масалджиева, Учебник по психиатрия, „Лакс бук“ ЕООД, Пловдив, 2015.)

Konstantinova, D., Sestrinski griji pri deca I vazrastni s uvrejdania, Mediateh, Pleven, 2017 (*Оригинално заглавие:* Константинова, Д., Сестрински грижи при деца и възрастни с увреждания, Медиатех, Плевен, 2017)

<https://bg.wikipedia.org>, Bipolar disorder,

[www.dpb-zcoria.org](http://www.dpb-zcoria.org), Bipolar Affective Disorder,

[www.lekar.bg](http://www.lekar.bg), How to treat bipolar affective disorder. (*Оригинално заглавие* Как се лекува от биполярно афективно разстройство.)

[www.lundbeck.com](http://www.lundbeck.com), Bipolar Disorder Review.

[www.psihichnozdrave.com](http://www.psihichnozdrave.com), Bipolar Affective Disorder - Questions and Answers,

[www.psiholog.com](http://www.psiholog.com), What Is Bipolar Affective Disorder,

Psychiatric aspects of bodily diseases, <https://www.medinfo.bg>, (*Оригинално заглавие:* Психиатрични аспекти на телесни болести)

THU-2G.205-1-SSS-HC-04

---

**THE IMPACT OF EMOTIONS ON THE HUMAN BODY. THE INTERRELATION BETWEEN THE MENTAL STATE AND THE OCCURRENCE OF VARIOUS SOMATIC DISEASE<sup>23</sup>**

---

**Nevin Ahmedova Kyazimova- Student**

Faculty of Public Health and Health Care  
University of Ruse "Angel Kanchev"  
Phone: +359896926190  
E-mail: moonlight\_96@abv.bg

**Sibel Aydan Mustafa- Student**

Faculty of Public Health and Health Care  
University of Ruse "Angel Kanchev"  
Phone: +359894035659  
E-mail: sibito\_1996@abv.bg

**Assoc. Prof. Despina Georgieva, PhD**

Faculty of Public Health and Health Care  
University of Ruse "Angel Kanchev"  
Phone: +35889789100  
E-mail: dpgeorgieva@uni-ruse.bg

**Abstract:** *Emotion is any conscious experience characterized by intense mental activity and a certain degree of pleasure or displeasure. Scientific discourse has drifted to other meanings and there is no consensus on a definition. Emotion is often intertwined with mood, temperament, personality, disposition, and motivation. In some theories, cognition is an important aspect of emotion. Those acting primarily on the emotions they are feeling may seem as if they are not thinking, but mental processes are still essential, particularly in the interpretation of events.*

**Key words:** *emotion, mental activity, definition, thinking*

**ВЪВЕДЕНИЕ**

Между човешкия ум, емоции и тялото има неразривна връзка. Всяко едно емоционално и психическо състояние оказва влияние на физическо ниво. Човешките мисли и чувства са свързани с определени части на тялото и могат да провокират и отключат различни заболявания. Нерешените проблеми, конфликтите, дълготрайните страхове, продължителният гняв, омразата, дългосрочната тъга, непреодолените вини оказват влияние върху здравето. Тялото, чувствата и разумът са едно цяло. Много малка част от хората дори и не подозират с каква енергия и сила разполагат и разпиляват този безценен ресурс, като пълнят живота си с болка, гняв, омраза, ревност, страдания, недоволство и всякакъв куп негативни мисли и преживявания. Много хора сами си създават излишни и безсмислени стресови ситуации, като се вкопчват в ненужни битки, при които държат на всяка цена да бъдат победители, без да се замислят за цената, която плащат. Известно е, че дълготрайната тревога и силният стрес могат да предизвикат болестни реакции в организма. Силният и внезапен стрес може да отключи редица заболявания, депресии, инфаркти и дори смърт (<http://mediaplus.bg/>).

**ИЗЛОЖЕНИЕ**

---

<sup>23</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 17.05.2018 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: БИПОЛЯРНО АФЕКТИВНО РАЗСТРОЙСТВО. РОЛЯТА НА СЕСТРАТА ПРИ ЛЕЧЕНИЕТО И ПРЕВЕНЦИЯТА НА БОЛЕСТТА.



Болестите са предупреждение, че нещо не е наред в цялостното функциониране, че има някакъв дефицит, нарушаващ целостта и хармоничното съществуване. Това е сигнал, че трябва да се направи някаква промяна, която да доведе до приспособяването към нови, различни от досегашните действия и условия на живот.

Прекалено силният и дълго продължителен стрес, който води до болестни изменения в организма, се нарича дистрес. Факт е, че радостта от живота и щастието увеличават жизнените сили и енергия и засилват имунната система. Агресивните мисли създават болезнени събития и преживявания, които разрушават имунната система. Всичко, което е в тялото на физическо ниво, е част от цялостното съществуване на личността. Единството на мислите и емоциите се отразява както на здравето, така и на болестите.

Болестта е знак, че трябва да се намали темпото, тя дава време да се преосмисли това, което се случва, да се преоценят отношенията и взаимоотношенията и да се поставят на нови плоскости. Иmunната система притежава огромен потенциал от защиты и една от тях е болестта. Болестта ни предпазва от тотален разпад на психиката. Тя е знак, че нещо в старите модели на действие не работи добре и трябва да се направи промяна, за да се възвърне балансът на цялостното хармонично съществуване на организма.

Иmunната система не само произвежда антитела срещу съответните болестотворни микроорганизми, но създава и имунитет срещу тях, т.е. запаметява за години наред как се произвеждат тези антитела. Тя осъществява регулация на имунитета до хармонично за организма ниво. Съществуват различни фактори, които могат да засилят или да отслабят имунната система.

Иmunната система е в тясна връзка и взаимодействие с нервната система. Нервната система е най-сложната и обширна система в човешкото тяло. Състои се от милиони неврони – нервни клетки, свързани помежду си, които ръководят, контролират и интегрират функциите на всички останали органи и системи. Тя кодира и координира дейността на мускулите, следи за правилно функциониране на органите, отправя и спира сигнали от сетивните органи, реагира на измененията в условията на външната и вътрешната среда.

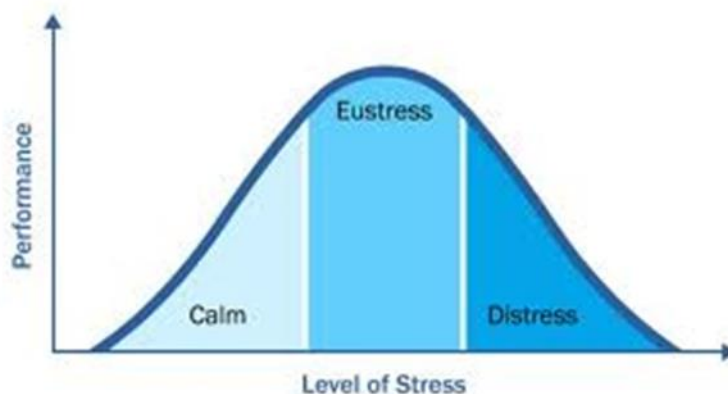
Голямото количество стрес е най-големият враг на имунната система. При стрес в организма се намалява количеството на лимфоцитите, част от които са пряко свързани с образуването на антитела и изграждането на имунитет. Стресът се поражда при силно нервно напрежение, предизвикано от негативни емоции, породени при стресогенни реакции.

Според Х. Селие (Selye, H., 1982) стресът е състояние на организма, проявено при нова ситуация, която предизвиква общ адаптационен синдром. Той се развива в три етапа: тревога, съпротива и изтощение.

**Първа фаза** (на тревога) – организмът мобилизира адаптационните си ресурси, за да се справи със стресора. Ако той е толкова силен, че въздействието му стане несъвместимо с живота, организмът загива още в стадия на тревога през първите няколко часа или дни. Ако организмът не загине, след първоначалната реакция, настъпва:

**Втората фаза** (на съпротива) - в нея балансирано се мобилизират и изразходват всички достъпни адаптационни резерви на организма. По това време се поддържа съществуване на организма. Когато стресорите действат дълго време, настъпва изчерпване на адаптационната енергия на организма и започва третата фаза.

**Третата фаза** (на изтощение) - през тази фаза, както и през първата, в организма постъпват сигнали за несъответствие между изискванията на средата и отговора на организма на тези изисквания. За разлика от първия етап обаче, когато тези сигнали водят до мобилизиране на резервите на организма, то в трета фаза се търси помощ, която може да дойде само отвън – или във вид на подкрепа или под формата на отстраняване на стресора атакуващ организма.



**Фигура.1.** Крива на стреса (по Х. Селие) (Selie, Н. 1982)

Трите вида стрес са отразени върху „камбановидна” крива на стреса (*виж фигура 1.*). В лявата долна част е липсата на стрес. Колкото повече се увеличава стресът, толкова повече има придвижване към върха на кривата и се навлиза в зоната на добрия стрес (еострес). Когато се премине върха на кривата, това е в дясната част – в зоната на лошия стрес (дистрес). В обобщение има три основни състояния: липса на стрес, еострес (добър стрес), дистрес (лош стрес) (Selie, Н.,1982)

Многобройните изследвания установяват, че вредните равнища на стрес водят до редица разстройства и заболявания. Широкият спектър от патологични последици обхваща от състояния на хронична умора до депресия, като включва безсъние, тревожност, мигрена, емоционални разстройства, алергии, прекомерно тютюнопушене и злоупотреба с алкохол, ендокринни заболявания. Хроничният стрес може да предизвика повишено кръвно налягане (хипертония), а оттук и развитието на сърдечно-съдови и мозъчно-съдови заболявания, както и на пептични язви, чревно-възпалителни заболявания и смущения на опорно-двигателния апарат (Константинова, Д., 2017). Може да наруши функционирането на имунната система и да улесни развитието на злокачествени заболявания.

В. Стоянов (Stoianov, V., 2014), систематизира изследователската работа на Х. Селие и О. Леви по отношение на друг вид стрес - „емоционален стрес”. Той се различава от класическия, тъй като в основата на емоционалния стрес лежат първичните изменения в емоционалната страна на психическата дейност на индивида. Емоцията представлява субективна интегрална оценка между два фактора - потребности и вероятности на удовлетворение, както и оценка на вероятността на достигане на целите. Доказано е, че индивидуалната или обществено значима информация за потребностите и възможностите за тяхното удовлетворение, влияят на възникването на психо-емоционалното пренапрежение, развитието на емоционалния стрес и неговите последици във вид на заболяване на сърдечно-съдовата система: хипертония, атеросклероза, исхемична болест на сърцето, инфаркт, инсулт, язвена болест, имунодефицитни състояния на организма с поражение на жлези и лимфни възли, онкологични заболявания. В това число влизат психичните разстройства, състояния на депресия, психосоматични нарушения. Много често те се явяват причина за самоубийства *Рисковото поведение представлява реакция на затруднена адаптация /деадаптация/ на индивида към новите условия на средата.*

Факт е, че около 75% от заболяванията са свързани със стреса. Дълготрайните негативни емоции поражда стрес, който отключва редица заболявания. Болестта е нарушаване на динамичното равновесие на организма на психично, ментално и физиологично ниво. Още в ранното детство у човека се програмират /формират/ модели за възприемане на себе си, на другите и на света. Тези модели и убеждения впоследствие определят поведението на човека, неговите мотивационни и ценностни системи. Те изграждат личната реалност на всеки човек (<https://zdrave.rozali.com>, 2018). Хората се сблъскват с един и същ свят, но го възприемат различно. Причината за това е в различието на самия човек, в неговото индивидуално възприятие и лична

реалност, която всеки сам си създава. Съзнанието на човека възприема не непосредствения свят и реалността, а собствената лична представа за света и реалността. В природата няма нищо случайно, винаги съществува сложен ред от събития, които са неотменна част от нас самите.

Хармоничното функциониране на човешкото тяло е отражение на вътрешния баланс и енергия на психологическо и на емоционално ниво. Всеки човек живее в собствения си свят, който се отличава от света на другите. Всеки сам си създава собствен свят под влиянието на възприетото (видяно, чуто, усетено, преживяно). Личната реалност, ако не ни удовлетворява, може да бъде променена чрез откриване и отстраняване на причините за един или друг проблем. Това става чрез поемане на личната отговорност за собствения живот.

Болестите, стресът и всички проблеми на хората са в резултат на несъодведствие между съзнателните желания и подсъзнателните намерения. Съвременната медицина се стреми да потиска симптомите на болестите или да отстрани последствията от тях. Тя в повечето случаи не се занимава с психологичните причини, отключили болестта.

По този начин болестта не се лекува, а само се ремитира за известен период от време. До момента, когато при срещата на нов проблем, конфликт или стрес болестните симптоми се проявяват отново, но с по-голяма сила, а в нередки случаи заболяването става хронично и остава за цял живот.

Когато един човек живее в постоянен страх, ревност, стрес, гняв, злоба, омраза, това поражда прекалено много вътрешно напрежение както във вътрешните му органи, така и върху съзнанието му. По този начин органите и съзнанието достигат своя предел на поносимост на натоварване и тогава се включват защитните сили на организма (<https://reiki.newage.bg>, 2018)

Появява се болестта като предупреждение и сигнал, че нещо не е наред. Болестта се явява като предупреждение, което предпазва психиката и тялото от разпадане или загубване на жизнените функции. Положителните емоции подобряват хармоничното функциониране и повишават защитните сили на имунната система. Отрицателните емоции нарушават баланса в организма и разрушават имунната система.

Дълготрайната горделивост поражда подсъзнателна агресия, която се превръща в мощна програма за самоунищожение, чрез травми, нещастни случаи и привидно неизличими болести. Горделивият човек не иска да възприеме света на другите хора. Той се затваря в собствения си свят и това го обрича на самота. Гордостта, самохвалството, високомерието и съжалението към други хора водят до обвинения или самообвинения, носят необосновани претенции и лична обида. Когато човек прости на хората и ги приеме такива, каквито са, той прощава преди всичко на себе си. Всеки човек живее в собствения си уникален и неразбираем за другите в повечето случаи свят. Ако човек се научи да приема жизнените ситуации като уроци, а не като стрес и неудачи, той ще подобри значително живота си. Дълготрайното преживяване на неудоволствие, неудовлетворение, критиките и претенциите водят до болки в ставите, в гърлото, ревматизъм и др. болести. Хората, живеещи дълго в реалност, пълна с подобни негативни емоции, са твърди в мненията и съжденията си, непреклонни са и трудно приемат чуждата гледна точка (<https://www.medinfo.bg>, 2018)

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Подходите за лечение на емоционалните травми е необходимо да се определят от клиничен психолог. Спецификата при психологическата терапия се състои в това, че се въздейства на нервно-психическите компоненти на заболяването в зависимост от принадлежността на психотерапевтичния подход към определена концепция.

Основополагащ принцип трябва да бъде индивидуализацията – човек е уникален като индивид (организъм) и като индивидуалност (личност) и още повече като единство на индивидуалност и индивидуалност.

Познаването на личността на болния, както културната и социалната среда, в която живее, са от съществено значение за профилактиката и терапията на психосоматичните болести. Изграждането на терапевтичната съгласуваност медицински специалист – пациент трябва да се основава върху динамиката на взаимоотношенията и личностовите им особеност.

#### ЛИТЕРАТУРА

Diseases come from the emotions!, [Http://mediaplus.bg/bolestite-idvat-ot-emociite/](http://mediaplus.bg/bolestite-idvat-ot-emociite/)  
(**Оригинално заглавие:** *Болестите идват от емоциите!*, <http://mediaplus.bg/bolestite-idvat-ot-emociite/>)

EMOTIONAL DISEASES FOR DISEASES, <https://reiki.newage.bg> (**Оригинално заглавие:** *ЕМОЦИОНАЛНИ ПРИЧИНИ ЗА БОЛЕСТТА*, <https://reiki.newage.bg>)

Konstantinova, D., Sestrinski griji pri deca I vazrastni s uvrejdania, Mediateh, Pleven, 2017  
(**Оригинално заглавие:** *Константинова, Д., Сестрински грижи при деца и възрастни с увреждания, Медиатех, Плевен, 2017*)

Psychiatric aspects of bodily diseases, <https://www.medinfo.bg>, (**Оригинално заглавие:** *Психиатрични аспекти на телесни болести*, <https://www.medinfo.bg>)

Psychosomatic diseases, <https://zdrave.rozali.com>, (**Оригинално заглавие:** *Психосоматични заболявания*, <https://zdrave.rozali.com>)

Selie, H., Stress without Distress, Science and Art, Sofia, 1982, (p.138),(**Оригинално заглавие:** *Селие, Х., Стрес без дистрес, Наука и изкуство, София, 1982, (стр.138)*)

Stoyanov, V., Psychological stress in the organization. Nature and Mechanisms of Mental Stress (Conceptual Problems), Third Spring National, (**Оригинално заглавие:** *Стоянов, В., Психичен стрес в организацията. Същност и механизми на психичния стрес (Концептуални проблеми)*)

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

---

## CHANGES IN THE SPECIAL NURSING CARE FOR AGEING PEOPLE WITH MENTAL PROBLEMS<sup>24</sup>

---

**Bilyana Velikova – Student**

University of Ruse “Angel Kanchev”

Phone: 0883231995

E-mail: bibi\_951208@abv.bg

**Chief Assist. Prof. Daniela Draganova, PhD**

University of Ruse “Angel Kanchev”

Phone: 0888520021

E-mail: daniela\_kd@abv.bg

***Abstract:** The process of aging is slow and unbearable, resulting in limiting the adaptive capabilities of the individual to the environment. Elderly patients experience depression, dementia, delirium, sleep problems, and more. Nursing care in patients with mental disorders is related to status monitoring and suicidal thoughts and actions; for intake of food, medication; supporting the patient and his / her relatives. Providing long-term care for people with mental disorders is one of the greatest challenges in healthcare.*

***Keywords:** patients with mental problems, health, healthcare, dementia, depression, delirium, nursing care*

### ВЪВЕДЕНИЕ

Застаряването на нацията е важен демографски фактор, който води до увеличаване броя на възрастните хора и е настоящ проблем не само за нашата страна, но и за редица други европейски страни ([www.referati.org](http://www.referati.org)). Самият процес на стареене протича изключително бавно и незабележимо, но в същото време по своята същност той е неизбежен и закономерен, тясно обвързан с видовете особености на организма. Този биологично детерминиран процес е свързан с постепенно и прогресивно ограничаване адаптивните възможности на индивида към средата и обуславя факта, че пациентите, намиращи се в границите на тази възраст се оформят като една специфична група, която поради значително понижените си приспособителни сили се налага да бъде в качеството си на консуматор на здравни грижи (Георгиева, Д., 2015). Един от контингентите, изискващи полагането на адекватни и качествени сестрински грижи са пациентите, страдащи от психични промени в хода на стареенето.

### ИЗЛОЖЕНИЕ

Съществуват пет типа връзки между психичните разстройства и соматичните симптоми. Психичното разстройство може да провокира или да отключи соматично заболяване, като най-честия пример за това е появата на депресивен епизод, предшестван от преживяването на определено стресогенно житейско събитие, който води до проявата на соматична болест. Психичните симптоми могат да бъдат и начална проява на соматично заболяване - тревожност при дебюта на тиреотоксикоза, депресия при микседем и пернициозна анемия. В същото време е възможно психичното разстройство да бъде пряко следствие от соматично заболяване. Ако последното не настъпи, няма да се появят и психичните промени, или поне не точно в този момент от живота на пациента. Важно е да се разпознават тези разстройства, тъй като те причиняват много страдания и се повлияват добре от лечение. Когато са в депресия, пациентите преживяват болката и дискомфорта по-тежко, отколкото в нормално състояние, а преживяването на тревога понижава прага на болковата

---

<sup>24</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 17.05.2018 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: СПЕЦИАЛНИ СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ПСИХИЧНИ ПРОБЛЕМИ В ПРОЦЕСА НА СТАРЕЕНЕ.

чувствителност. Следователно психичното разстройство повлиява интензитета на болката при наличието на соматично заболяване. Петата по ред връзка между психичното разстройство и соматичните симптоми е представена от явлението соматизация на психологичен дистрес и е свързана с изявата на психичното разстройство като сбор от соматични симптоми, които нямат органична основа ([www.referati.org](http://www.referati.org)).

Психичните промени в процеса на стареене могат да бъдат резултат от наличието на деменция. Тя е особено състояние, което изисква прилагането на специфичен подход (Хранов, Л., 2015). Безспорна е голямата социално-икономическа и медицинска значимост на диагностиката, лечението и грижите за дементно болните в нашата страна като бързо застаряваща нация. Проучванията, извършвани сред посочения контингент показват, че деменцията засяга 5.4% от хората над 65 год. и нейната поява се увеличава с възрастта (Георгиева, Д., 2015). Невъзможността за осъществяване на социални и професионални функции, както и нарушенията в мисленето и загубата на памет са част от симптомите, които водят до трансформиране начина на живот и самата личност на пациентите и налагат необходимостта от превръщането им в обект на професионални здравни грижи. Фактът, че болните с деменция преживяват средно седем години, както и загубата на тяхната автономност в извършването на ежедневните дейности, способства за нуждата от проява на отговорност в полагането на грижи от страна на обгрижващата болния медицинска сестра. Потребностите на възрастния човек се изразяват в необходимост от насърчаване и подпомагане по отношение на хранене и обличане; по-честа информираност за време, дата, място, сезон; внимателно напомняне за приятни ретроспективни моменти; назоваване по име; подходящо и безопасно обзавеждане на дома (Хранов, Л., 2015).

Съществуват многобройни разлики между деменциите и депресиите с първичен характер. За разлика от деменцията, депресията е с бързо начало, като настроението на болните е трайно понижено, докато при дементно болните се наблюдава флукуирането му. Съществуват и различия, които засягат интензитета на манифестиране на симптоматиката в различните части на деня (Хранов, Л., 2015). Депресията по начало е често срещано психическо заболяване при възрастните хора, провокиращо се от усамотяване след смъртта на партньора, внезапна загуба на самостоятелност вследствие появата на физически ограничения, нарушаване на социалния статус и повишаване риска от полиморбидност (Хранов, Л., 2015). Според доц. д-р Л. Хранов кумулативният риск от разгръщане на депресия до 70-годишна възраст е по-висок при женския пол (45%), като са засегнати 28% от мъжете (Хранов, Л., 2015). При депресивни състояния у старите хора преобладават тревожност и напрегнатост. Други психични симптоми на различни заболявания губят идентичността си и се наблюдават като състояния на психична обърканост ([www.referati.org](http://www.referati.org)).

Поради съществената възможност за проява на суицидни мисли и поведение, медицинската сестра трябва да насочи своите грижи към преодоляване дефицитите от живота и съзнанието на пациента, което би могло да допринесе за справяне с настъпилото психично състояние. За тази цел нейната функция е свързана с възстановяване на прекъснати контакти с членовете на семейството, ако има такива, както и стимулиране оказването на подкрепа от тяхна страна; провокиране изразяването на положителни емоции и нагласи у пациента, както и подсилване на чувството му за удовлетворение от постигнати успехи, дори и такива, свързани с лечението на заболяването и спомагане за осъзнаване на болния и реалистичното възприемане значимостта на собствената му личност (Хранов, Л., 2015).

Напредналата възраст е един от факторите, обуславящи проявата на делириум, който представлява остро или подостро настъпващ синдром на обратимо нарушение на общата познавателна функция, характеризиращ се с безсмислени грешки в познанието и качествени промени в съзнанието. Симптомите на делириум са дезориентацията за време и място, в тежки случаи и нарушеното възприятие за собствена личност. Наблюдават се неадекватни отговори на стимули и въздействия на външната среда, често халюцинации и параноя. Понякога трудно се различава от деменция, а съществуват и случаи, в които двата синдрома протичат паралелно (Хранов, Л., 2015).

Маниакалните и хипоманиакалните разстройства са дори по-чести от депресията и нерядко се изразяват с враждебно поведение към близки и непознати. Възможно е с напредване на възрастта да се наблюдават неврози, хипохондрия, тревожност, шизофрено разстройство и хронично безсъние, а също така и компулсивни действия, представени от постоянен стремеж към съвършенство, повишено внимание към дадено събитие, непрестанни съмнения към собствената личност и способности. Жените имат стремеж към чистота, загрижени са за околните и непрекъснато са налегнати от негативни мисли, относно състоянието на близките си. Много е важно при медицинските прегледи в старческата възраст да се търсят и изключат възможните видове дефицити във физическото здраве на пациента преди да бъде насочен за преглед и определяне на психичния му статус ([www.referati.org](http://www.referati.org)).

Оттеглянето от трудовата дейност води до дезадаптация и социална деградация, до ускоряване на стареенето и съкращаване на предстоящия живот. Трудът оказва стабилизиращо действие върху здравето, физическото и психическото развитие на личността. Медицинските специалисти трябва да познават стареенето, за да разграничават патологичните от физиологичните процеси в старческата възраст, както и да анализират психиката на стария човек, оценявайки нейните измерения. Промените в психиката му формират отношение у него към здравето и болестта, модифицират отношението му към близките и обществото. Физическата немощ и психическия упадък поставят старите хора в социална изолация, а това изисква полагането на по-големи грижи за тях. Те трябва да са насочени на първо място към оказване на помощ за запазване способността за социална адаптация. Основното тук е да им се разяснят нормалните физиологични и психологични изменения в техния организъм и приемането им като неизбежни спътници на възрастта. Трябва да се оценят възможностите на стария човек за самостоятелни действия относно ориентацията във времето и пространството, интеграция в обществото, зрение, слух, реч, хигиена на тялото, способност да общува, да се храни и т.н. ([www.referati.org](http://www.referati.org))

Възрастните хора се обгрижват в домашни условия, домове за стари хора, а при боледуване в здравните заведения. Грижите за здравето им се планират, ръководят и провеждат от медицинските специалисти, като имат предвид, че потребителите на грижите са с изразена емоционалност и подозрителност. Те проявяват неоправдан антагонизъм към хоспитализацията, оперативните вмешательства и т.н. Съчетанието на психичната болест с други заболявания, което се среща при по-голямата част от възрастните хора, налага прилагането на специален подход при тяхното обгрижване. Ако то се извършва в домашна среда, е необходимо близките да се информират за същността на психичното заболяване, както и начина на неговото протичане и необходимите мерки, които могат да предприемат, за да реагират адекватно на създадите се във времето ситуации, свързани с промяна в състоянието на болния ([www.referati.org](http://www.referati.org))

Ето защо медицинската сестра е задължена да притежава необходимия набор от компетенции и умения, за да допринесе за благоприятния изход по отношение заболяването на пациента. Основните ѝ задачи са да познава реакциите, които могат да предизвикат психичното заболяване; да е запозната с възможността от проява на дезориентация, да общува с пациента, въпреки неговата неадекватност, да го убеждава и подпомага при прием на медикаменти, храна и течности (Константинова, Д., 2017). Особено важно е да се знае, че тези пациенти променят често настроенията и желанията си и затова е необходимо в тези случаи болногледачът да реагира адекватно. Трябва да им се предлага извършването на любимите дейности. В случаите, когато са потиснати или неспокойни, е необходимо да се повлияят благоприятно чрез разговор, за да не се допусне настъпване на изолация. Нужно е да се наблюдават непрекъснато с цел предотвратяване настъпването на нежелани инциденти и възпрепятстване възникването на суицидни помисли в съзнанието им ([www.referati.org](http://www.referati.org)).

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Психичното равновесие и удовлетвореността на старите хора зависят в най-голяма степен от здравословното състояние, семейната свързаност и материалната осигуреност. Обгрижването на старите хора трябва да се приеме като процес на придружаване, обслужване

и съветване, което изисква от своя страна разбиране на индивидуалните и културно-историческите взаимозависимости на пациента ([www.referati.org](http://www.referati.org)). Предоставянето на дългосрочни грижи за лица с психични разстройства е едно от най-големите предизвикателства в здравеопазването. Тези разстройства относително рядко довеждат до бърза смърт и това е причина за пренебрегване на тяхната висока социална цена (Георгиева, Д., 2015). Наличието на възможност за специализирано следдипломно обучение на медицинските специалисти, които осъществяват дейности по опазване на психичното здраве, е ориентирано към неговата защита и осигуряване на достъпна и качествена медицинска помощ, грижи и подкрепа, необходими за живота на лицата с психични разстройства в семейството и в общността (Ангелова, Н., 2014).

#### ЛИТЕРАТУРА

Agelova, N., (2014), Specializaciata po psihiatrichni grigi v konteksta na neprekasnatoto medicinsko obrazovanie, Ruse, (**Оригинално заглавие:** Ангелова, Н., 2014, Специализацията по психиатрични грижи в контекста на непрекъснатото медицинско образование, Сборник доклади от научна конференция на РУ и СУБ) URL: <http://conf.uni-ruse.bg/bg/docs/cp14/8.3/8.3-7.pdf>

Georgieva.D., Sestrinski grizhi pri vuzrastni, Rusenski Universitet "Angel Kanchev", 2015 (**Оригинално заглавие:** Георгиева, Д., 2015, Сестрински грижи при възрастни, Русенски университет „Ангел Кънчев“.)

Konstantinova, D., Sestrinski griji pri deca I vazrastni s uvrejdania, Mediateh, Pleven, 2017 (**Оригинално заглавие:** Константинова, Д., Сестрински грижи при деца и възрастни с увреждания, Медиатех, Плевен, 2017)

<http://www.referati.org/specialni-sestrinski-griji-pri-pacienti-s-psihichni-promeni-pri-stareene/94496/ref/p5> (**Оригинално заглавие:** Специални сестрински грижи при пациенти с психични промени при стареене)

[https://www.nsoplб.com/uploads/article\\_documents/psihproblrmi\\_starchvazrast\\_hranov.pdf](https://www.nsoplб.com/uploads/article_documents/psihproblrmi_starchvazrast_hranov.pdf) (**Оригинално заглавие:** Хранов, Л., 2015 Психични разстройства в напреднала и старческа възраст)



THU-2G.205-1-SSS-HC-06

---

## EMERGENCIES IN PEDIATRICS AND TRAINING FOR THEIR PREVENTION <sup>25</sup>

---

### **Bilyana Velikova – Student Nurse**

Department of health care,  
University of Ruse “Angel Kanchev”  
Phone: +359 883231995  
E-mail: bibi\_951208@abv.bg

### **Assoc. Prof. Despina Georgieva, PhD**

Department of health care,  
University of Ruse “Angel Kanchev”  
Phone: +359 88 9789100  
E-mail: dpgeorgieva@uni-ruse.bg

***Abstract:** Emergencies in childhood are extremely specific in nature and method of treatment. Emergencies in childhood today have a remarkable growth trend. A serious part of all states of urgency is the presence of a foreign body in the child's airways. Parents need to recognize the normal chills from the appearance of a febrile convulsion that occurs with a static look, twitching of the limbs, foam on the mouth and loss of consciousness for a few seconds. Exogenous poisoning is the most common accident involving pediatric medical care. The role of medical specialists with pediatric competence is extremely responsive and in no case should a health education be omitted or underestimated in the course of a child's consultation.*

***Keywords:** emergency states, training, prevention, choking, cardio-pulmonary resuscitation, febrile convulsion, Affective-Respiratory Attack, poisoning*

### **ВЪВЕДЕНИЕ**

По своята същност спешно състояние е всяко остро или внезапно възникнало нарушение на виталните функции на организма, свързано с нарушаване на морфологичната структура или спиране на функционалните процеси на един или няколко органа или системи в човешкото тяло, водещо непосредствено до смърт или трайно и тежко увреждане. Това състояние изисква прилагането на реанимационни мероприятия или на интензивни грижи (<http://medic.etilena.info>, 2017).

Спешните състояния в детската възраст са изключително специфични по своята същност и методи на лечение, за разлика от тези, възникнали при възрастни. В същото време част от тях са широко застъпени в спешната педиатрична практика и този факт дава възможност за прилагането на целенасочени мерки спрямо разпространението на конкретния вид спешно състояние.

Състоянията на спешност в детската възраст днес са със забележителна тенденция за нарастване. Съществуват множество причини за това тъжно заключение, като основната от тях е не достатъчното или липсващо обучение на родителите (особено първескини) за правилно отглеждане на детето с оглед недопускане възникването на спешно състояние поради небрежност и незнание, както и предприемане на адекватна реакция при предизвикани или случайно настъпили условия на спешност. Фактът, че 90% от спешните състояния могат да бъдат предотвратени, показва важноста на прилагането на медицинско обучение и доказва

---

<sup>25</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 17.05.2018 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: СПЕШНИ СЪСТОЯНИЯ В ПЕДИАТРИЯТА И ПРЕДПРИЕМАНЕ НА ОБУЧЕНИЯ ЗА ТЯХНАТА ПРЕВЕНЦИЯ.

неговия дефицит предвид нарастващия дял на спешността в педиатриатрична възраст (Yanakiev, M., 2017).

### ИЗЛОЖЕНИЕ

Най- често проявяващи се спешни състояния в кърмаческа и детска възраст са: попадане на чуждо тяло в дихателните пътища; фебрилни състояния и гърчове, афективно-респираторните пристъпи и екзогенните отравяния. Информираността на родителите за тяхното предотвратяване, бързото разпознаване и реакция е много често от решаващо значение за добрия изход на възникналата спешна ситуация.

**Попадане на чуждо тяло в дихателните пътища:** Една сериозна част от всички състояния на спешност представлява попадането на чуждо тяло в дихателните пътища на детето. Наред с прогреса на неговото развитие, то се опитва непрекъснато да самоизучава всичко, което го заобикаля и най-често го прави чрез устата си. Родителите трябва да бъдат обучавани, че основната превенция за настъпването на такъв проблем е изпреварване действията на детето чрез предварително обезопасяване на онова, което е в неговия обсег (Yanakiev, M., 2017). При установяването на попаднало чуждо тяло или храна в дихателните пътища и наличие на кашлица у детето, възрастните не бива да се намесват и да предприемат тупане по гърба или тласкане през корема, а да го оставят да продължи да кашля. Слабата кашлица или невъзможността за говорене, дишане и плач са показател за напълно запушени дихателни пътища, което от своя страна води до уплахата на детето и предизвиква появата на периферна цианоза. При наличието на подобно състояние то се поставя да легне с лице надолу върху предната част на ръката на възрастния, който я притиска към бедрото си и се стреми да създаде такава позиция на тялото, при която главата е по-ниско от торса и долните крайници. След това извършва петкратно потупване между скапулите с възглавничката на другата ръка, последвано от пет тласъка на гърдите посредством поставянето на детето като „сандвич“ между ръцете и антебрахиумите, обръщайки го с лице нагоре и с глава, по-ниско разположена от гръдния кош. Необходимо е да се поддържат главата и тила с ръка, като антебрахиумите се поставят на бедрото. С меката част на дланта се правят 4-5 тласъка в областта под гръдния кош, насочени нагоре и напред. Повтаря се цикъла от 5 потупвания по гърба и също толкова тласкания по гърдите, докато детето изхвърли чуждото тяло или започне да диша. При деца над 5-годишна възраст се прилага прийома на Хаймлих, като за целта детето е изправено, възрастният е зад него, обхващайки с ръце корема и извършвайки рязко притискане, насочено нагоре, в областта на диафрагмата. При дете в безсъзнание, липса на дишане и сърдечна дейност е редно веднага да се започне кардио-пулмонална ресусцитация (КПР) (Yanakiev, M., 2017)

Изключително важна задача на медицинските специалисти е да разяснят много подробно хода на „съживяването“, защото при условия на спешност от решаващо значение за благоприятния изход от ситуацията са обмислените и съгласувани действия на спасителя.

Необходимо е да се знае, че КПР започва винаги с осигуряване проходимостта на дихателните пътища, като за целта се ревизира за наличие на чужди предмети, кръв, слюнка или повърнати материи в устата на детето и след отстраняването им главата се отвежда леко назад, а мандибулата се повдига нагоре, като в никакъв случай шията не се дърпа назад.

Поставя се марля върху устата на детето и се извършва изкуствено дишане, а ако пациентът е кърмаче се обхваща с устни и носа, като се цели съвсем леко повдигане на гърдичките. След това се поставят напречно три пръста под мислената линия, свързваща мамилите върху стернума, повдига се показалеца и се правят пет притискания, при които трябва гръдната кост да хлътва с 2-3 см при бебета и с до 3-5 см при по-големи деца. До появата на пулс и дишане се повтарят пет вдухвания и пет компресии. Честотата на обдишването трябва да е 40 удара в минута при бебе, 30-при малко дете и 25-при по-голямо (Yanakiev, M., 2017; <http://www.puls.bg>, 2017).

Най-значимата и съществена част от обученията, извършвани от медицинските специалисти е разясняването на начините за предотвратяване възникването на спешни състояния в детската възраст. Предвид факта, че над 60% от всички задавания са свързани с

моментите на хранене, е необходимо прилагане на някои важни правила, които трябва да се спазват, за да се намали риска от попадане на храна в дихателните пътища. Възрастните е нужно да знаят, че децата винаги се хранят в седнало положение, като в никакъв случай не бива да се оставят да стават от масата с пълна уста и да се смеят, тичат или говорят. Не се дава храна на дете, което е готово да заспи всеки момент. По време на хранене не бива да се стряска, разсейва или да се смее, защото това затруднява процеса на преглъщане. Плодовете, зеленчуците и месото трябва да бъдат в обем и форма, които не могат да предизвикат обтурация на хранопровода и да нарушат оптималния приток на въздух (Yanakiev, M., 2017)

**Фебрилни състояния и гърчове.** Едно от най-честите състояния, които предизвикват тревога у родителите, е фебрилитета на детето, представляващ симптом, съпътстващ множество заболявания. Понижаването на високата температура е показано само при високофебрилно заболяване, поради опасност от гърчове при кърмачета и малки деца. Антипиретиците нормализират повишената температура, като потискат центъра на терморегулацията и увеличават топлоотделянето чрез разширение на кръвоносните съдове. Физикалните средства за нормализиране на температурата включват прием на достатъчно течности, влажна обвивка и хладни бани (<http://www.puls.bg>, 2017). Важно е да се знае, че температурата в никакъв случай не бива да спада рязко, а бавно и постепенно. Освен това родителите трябва да разпознават нормалното втрисане, което се получава при бърз тренд на температурата, от появата на фебрилен гърч, представляващ много по-сериозно състояние, изразено с втрещен поглед, потрепвания на крайниците, пяна по устата и загуба на съзнание за няколко секунди (Yanakiev, M., 2017).

Когато припадъкът е с по-голяма продължителност от 15 мин., той преминава в усложнен фебрилен гърч, защото се добавя и огнищна неврологична симптоматика, обикновено изразена в едната половина на тялото. Той по-често се наблюдава при деца до 1 година, които са с изоставане в развитието и перинатални проблеми. Възможно е броя на усложнените фебрилни гърчове да достигне два или повече в денонощието. Риска от развитие на епилепсия след прост фебрилен гърч е около 1%, а след усложнен- нараства десетократно. Също така фебрилен гърч, появил се преди едногодишна възраст, има 50% вероятност да се повтори, а при поява след тази възраст- вероятността е двойно по-малка. Възможно е фебрилният гърч да продължи повече от 30 мин. и това състояние се описва в медицината като епилептичен статус (<http://www.medik.bg>, 2017).

Родителите трябва да бъдат обучени как да реагират адекватно по отношение овладяването на фебрилното състояние след преминаване на първия гърч, както и при появата на повторен. Действията, които е нужно да се предприемат, включват поставяне на детето в странично легнало положение, което предпазва от вдишване на повърнати материи и асфиксия, както и осигуряване на максимално сгъване на главата към гърба, за да може да се осигурят проходими дихателни пътища. Действия, определяни като „вадене на глътнат език”, не са необходими и могат единствено да доведат до допълнителни усложнения. Ако детето само излезе от пристъпа в рамките на 2-3 минути, не е нужно приложението на медикаменти. Но ако продължи повече от посоченото време, следва да се впръска бензодиазепинов препарат в ректума на детето. Начина на ректално приложение, както и дозировката на тези медикаменти, се обясняват подробно от специалистите по детска неврология. Обикновено гърчовете изчезват с растежа на детето. Препоръчително е, доколкото е възможно, да се избягват състояния на повишена температура и да се следи общото състояние. При усложнената форма на фебрилните гърчове е необходимо да бъде активно проследявано за отключване на епилепсия и предприемане на ранното ѝ терапевтично повлияване (<http://www.medik.bg>, 2017).

Познанията на възрастните относно хода на протичане на фебрилен гърч и изявената при него симптоматика спомага за своевременното разпознаване на състоянието и дава гаранция за прилагането на адекватно немедицинско поведение в домашни условия, при което се цели обезопасяване на пространството около детето и непредприемането на насилствено прекратяване мускулните съкращения на тялото му, т.е. прилагането на поведение, осигуряващо превенцията на възможни усложнения, настъпващи след преживяването на гърч.

Драматичната симптоматика на гърча е силно стресогенен фактор за родителите, предизвикващ настъпването на особено психологично състояние, което те трудно преодоляват (Yanakiev, M., 2017).

**Афективно-респираторните пристъпи** или т.нар. захласване е друго драматично събитие, което обикновено настъпва между 6 и 12 месеца след раждането на детето и се задържа до 4-6 годишна възраст. За да се разбере етиологията на пристъпа, е необходимо да се разтълкува името му, след което става ясно, че афективно-респираторният пристъп е състояние на силна емоционална възбуда, по време на която настъпва нарушение в процеса на дишане. Появява се при много силен плач, изразяващ гняв или недоволството неудовлетворено моментно желание. По време на това силно изразяване на емоция детето изведнъж притихва, като остава с отворена уста, без да издава никакъв звук. За около 30-45 секунди дишането спира, а детето пребледнява или става цианотично. В никакъв случай родителите не бива да осъществяват всичко, което поиска с цел да не се стигне до пристъп. Единственото, което би предотвратило прогресията му, е прилагането на възпитателни и педагогически мерки (<http://www.puls.bg>, 2017).

**Екзогенните отравяния** са най-честите инциденти, при които се търси педиатрична медицинска помощ. Фактът, че в повечето случаи интоксикациите при децата могат да бъдат предотвратени, е показател, че ролята на профилактиката не бива да бъде подценявана. Тя включва съхраняване на лекарства, препарати за битови нужди и селскостопански отрови на недостъпни за децата места, както и осъществяване на активен надзор над тях и осигуряване на доброто им възпитание (Драганова, Д., 2017). Родителите трябва да знаят как да постъпят при евентуално допускане на отравяне, за да отстранят попадналата в храносмилателния тракт отрова, а именно чрез незабавното предизвикване на повръщане, запазване на остатъци или опаковки от отровата и своевременно търсене на лекарска помощ (Mumdzhiev.N.,1995).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Здравната просвета, включваща подробно разясняване възможните ситуации на спешност при отглеждане на здрави деца е една от функциите на медицинските специалисти, водещи детска консултация. Наред с проследяване физическото, нервно-психическото развитие, съветите за хранене и имунизации е необходимо да се търсят и прилагат подходящи подходи и използват различни средства за провеждане на конкретни обучения на родителите за правилното и безпроблемно отглеждане на тяхното дете. Необходимо е да се обърне внимание на превенцията на спешните състояния, както и провеждане на теоретично и практическо насочено обучение за адекватно поведение при конкретни спешни състояния. При познаване възможните спешни ситуации, при обучените родители ще намалят пристапите на паника при евентуална възникнала спешна такава.

За ефективността на обучението е необходимо да се предприемат няколко последователни стъпки:

1. При първоначалния контакт с родителите е необходимо да се осъществи оценка на интелектуалните, възрастови особености на родителите, тяхната отговорност и познания за полагане на грижи за детето.
2. В зависимост от оценката, здравия професионалист осъществява план за обучение и избира съответстващи подходи и прийоми на обучение, отговарящи на възможностите на възприемане.
3. Специфичната информация се поднася по подходящ и достъпен начин, така, че да се възприема адекватно от родителите.
4. Дават се точни указания при кои ситуации да се търси спешна лекарска помощ и кои ситуации изискват незабавна родителска намеса.
5. Желателно е да се напишат телефоните на спешна помощ и се дадат указания за предаване на точна ясна информация при обаждане.

Във всеки етап от обучението се търси обратна връзка и се оказва нужната подкрепа.

## ЛИТЕРАТУРА

Konstantinova, D., Sestrinski griji pri deca I vazrastni s uvrejdania, Mediateh, Plevен, 2017  
(**Оригинално заглавие:** Константинова, Д., Сестрински грижи при деца и възрастни с увреждания, Медиатеx, Плевен, 2017)

Mumdzhiev.N.,Ambulatorna pediatriya, Meditsina I fizkultura- EOOD, Sofia,1995(**Оригинално заглавие:** Мумджиев, Н, Амбулаторна педиатрия, Медицина и физкултура, ЕООД, София, 1995)

<http://medic.etilena.info>, 2017, Speshna meditsinska pomosht-zadachi i organizatsiya  
(**Оригинално заглавие:** Спешна медицинска помощ- задачи и организация)

<http://www.puls.bg>, 2017 Speshni sustoyaniya pri detsata (**Оригинално заглавие:** Спешни състояния при децата)

<http://www.medik.bg>, 2017, Febrilen gurch (**Оригинално заглавие:** Фебрилен гърч)

<http://www.puls.bg>, 2017, Afektivno-respiratorni pristupi ili zashto deteto se zahlasva?  
(**Оригинално заглавие:** Афективно- респираторни пристъпи или защо детето се захласва)

Yanakiev, M., Speshni sustoyaniya v pediatriyata, (**Оригинално заглавие:** Янакиев, М, Спешни състояния в педиатрията) [https:// http://www.d-rmario.com](https://http://www.d-rmario.com), 2017 2017

## CORONARY DISEASE AND MODERN METHODS OF TREATMENT <sup>26</sup>

### **Bilyana Velikova - Student**

Department of Health Care,  
University of Ruse "Angel Kanchev"  
Phone: 0883231995  
E-mail: bibi\_951208@abv.bg

### **Assist. Prof. Irina Hristova**

Department of Health Care,  
University of Ruse "Angel Kanchev"  
Phone: 0884-582 733  
E-mail: ihristova@uni-ruse.bg

**Abstract:** Cardiovascular diseases continue to be the most serious medical and social problem. There are two major coronary arteries - left and right, which supply blood to the heart. Coronary artery disease occurs when a combination of fat, calcium and connective tissue accumulates on the walls of the arteries. Treatment is medically, invasively and surgically. Coronarography is done with a diagnostic and curative purpose.

**Keywords:** cardiovascular diseases, right coronary artery, left coronary artery, coronarography, stent, aortic-coronary bypass

### **ВЪВЕДЕНИЕ**

Сърдечно-съдовите заболявания продължават да бъдат най-сериозния медицински и социален проблем. Те са водеща причина за смъртност, инвалидност и хоспитализации във всички развити страни. През 2000 г. те са били причина за смъртта на над 4 милиона души в Европа, като са довели до 43% от смъртните случаи при мъжете и 55% - при жените. България е все още на челните места в Европа по разпространение на сърдечно-съдовите заболявания. През 2005 г. те са довели до смъртта на 74 000 българи (Петров, И., Мързянов, М., 2010).

Съвременните принципи за лечение на коронарната болест осигуряват наличието на по-голям шанс за продължаване живота и неговото качество на хората, засегнати от това заболяване и правят възможно по-бързото и неусложнено възстановяване от приложените интервенции.

### **ИЗЛОЖЕНИЕ**

В общопопулярната медицинска литература кръвоносните съдове, които изхранват сърдечния мускул, се наричат венечни или коронарни артерии, тъй като обикалят горната повърхност на сърцето като венец или корона. Те се пълнят с кръв по време на диастола. Вървят по повърхността на сърцето, като отделят множество клончета, които преминават в дълбочината на мускула. Съществуват две главни коронарни артерии, излизащи в самото начало на аортата от т. нар. коронарни синуси, които са три на брой, но само два от тях дават начало на коронарни артерии (Смит, Т., 2018).

От десния коронарен синус излиза дясната коронарна артерия (RCA), която се разделя на дясна маргинална и задна десцендентна артерия. RCA кръвоснабдява дясното предсърдие, десния вентрикул, долната част на двете камери и задната - на междупредсърдната преграда. От левия коронарен синус излиза лявата коронарна артерия (LCA), която има общ ствол преди да се раздели на циркумфлексна (LCx) – с наличие на маргинални клонони, кръвоснабдяващи латералната стена, и лява предна десцендентна артерия (LAD) – преминаваща по предната

<sup>26</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 17.04.2018 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: КОРОНАРНАТА БОЛЕСТ И СЪВРЕМЕННИТЕ МЕТОДИ ЗА НЕЙНОТО ЛЕЧЕНИЕ.

стена с наличие на диагонални клонове (Чавдарова, Р, 2018). LAD образува септална мрежа и се явява най-дългата от тези артерии. Доставя кръв до септума, диагоналните клонове и апекса на сърцето.

Колатералното кръвообращение е мрежа от фини кръвоносни съдове, които при нормални условия не са отворени. Когато някоя коронарна артерия се стесни до степен на намалена доставка на кръв към сърдечния мускул (т.е. налице е коронарна болест), колатералните съдове могат да се уголемят и да станат активни. Това позволява на кръвта да заобиколи блокираната артерия и да премине към друга или към стеснената артерия, но след мястото на стенозата, като така се запазва кръвоснабдяването на сърдечния мускул (Чавдарова, Р., 2018).

Коронарна болест настъпва, когато върху стените на артериите, кръвоснабдяващи сърцето, се натрупа комбинация от мазнини, калций и съединителна тъкан. Така се оформя плака, която нарушава нормалното снабдяване на сърдечния мускул с кислород и хранителни вещества. Забавянето на кръвта през тези артерии води до поява на ангина пекторис. Ако плаката напълно прекъсне кръвния ток през артерията, може да настъпи инфаркт на миокарда или сърдечен арест (Чавдарова, Р., 2018).

Поставянето на диагнозата коронарна болест на сърцето започва със снемане на подробна анамнеза на пациента за наличната симптоматика, която може да включва гръдна болка, задух, ирадиация към мандибула, скапула и ляво рамо, тахикардия, аритмия. Провеждат се биохимични лабораторни изследвания, от които голямо значение имат сърдечните ензими, холестерол, триглицериди; ЕКГ, ехокардиография (Чавдарова, Р., 2018).

Лечението на пациентите с ИБС е медикаментозно, инвазивно (РТСА) и хирургично. Медикаментозният подход е индивидуален и съобразен с формата на исхемията и включва приложението на антиагреганти, антикоагуланти, фибринолитици при ОКС със ST-елевация, антиисхемични медикаменти, статини, АСЕ-инхибитори (Илиев, Р.В., 2012).

Коронарографията (СКАГ – селективна коронарна ангиография) представлява въвеждане на специален катетър до остиумите на лявата и дясната коронарни артерии с цел селективно впръскване на контрастно вещество в тях, позволяващо изобразяване на вътрешния лумен на всяка от артериите (Медицински стандарт по кардиология, 2010). С въвеждането на това инвазивно изследване се поставя модерното начало на лечение на ИБС. За начало на вътресъдовата инвазивна диагностика и терапия най-често се посочва 1929 г. Тогава Вернер Форсман като 25-годишен стажант по хирургия, катетеризира собственото си сърце, за което десетки години по-късно получава Нобелова награда (Петров, И., Мързянов, М., 2010).

**Коронарната ангиопластика**, известна като РТСА (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty) – перкутанна транслуминална коронарна ангиопластика или **PCI** (Percutaneous Coronary Intervention) – перкутанна коронарна интервенция, е кардиологична процедура, която се извършва с цел отваряне на запушени или стеноидни коронарни артерии. РТСА:

- ✓ Перкутанна: отнася се до достъпа до кръвоносните съдове – през кожата.
- ✓ Транслуминална: означава, че процедурата се извършва през кръвоносния съд.
- ✓ Коронарна: отнася се до коронарните артерии.
- ✓ Ангиопластиката: разширяване на стеснен кръвоносен съд.

Балонната ангиопластика с или без стентирание е процедура с доказана ефективност при значими стеснения на коронарните съдове. В последните 20 години са събрани голямо количество доказателства за ползата от балонната ангиопластика спрямо медикаментозната и хирургичната терапия, както при стабилна стенокардия, така и при нестабилна ангина пекторис и остър инфаркт на миокарда. Въпреки многобройните си предимства пред аорто-коронарната байпас хирургия, балонната ангиопластика показва някои недостатъци, сред които главният проблем е честотата на рестенозата, т.е. повторното стеснение на дилатирания участък и нуждата от повторна реваскуларизация. Този проблем логично води до следващия етап в развитието на инвазивната кардиология – имплантирането на стент. Стентът представлява миниатюрна метална оплетка, която обикновено е поставена върху специален балон и се имплантира на мястото на стеснения участък от артерията. Рутинното въвеждане

на стентовете в практиката намалява значително честотата на усложненията, както и на рестенозите и необходимостта от повторна интервенция. В настоящия момент масово се прилагат стентове, излъчващи медикамент (DES). При тях металната основа е импрегнирана с лекарствени вещества, които потискат пролиферацията на клетки от вътрешната страна на съдовата стена, така че да се избегне инстент рестенозите. В последните години над 70% от перкутанните интервенции в Европа са с използване на DES. Специфичните им качества дават отлични резултати за дългосрочна проходимост на стентирани съдове (Петров, И., Мързянов, М., 20102). В настоящия момент най-актуалното постижение на медицинските научни открития в областта на интервенциите са биорезорбируемите стентове. Комбинацията от резорбируема стент-платформа и излъчващ медикамент повишава ефикасността на тези устройства. Тези стентови платформи се базират на две технологии: производство на медикамент-излъчващи, биорезорбируеми стентове на полимерна база и метални (магнезиеви) медикамент-излъчващи резорбируеми стентове. Процесът на резорбция на стентовата платформа отнема от няколко месеца до 2 години, в зависимост от състава на полимера.

Хирургичното лечение на ИБС е аорто-коронарен байпас, състоящ се в заобикаляне на стеснените участъци на коронарните съдове, като по този начин се подобрява кръвоснабдяването на сърдечния мускул. Оптималната цел на хирургичното лечение е пълното ревакуларизиране на всички главни съдове с високостепенни стенози ( $\geq 50\%$  от диаметъра на съда) и добра периферия. Много често ИБС се придружава от мозъчносъдова болест. В тези случаи извършването само на коронарен байпас повишава риска от следоперативни цереброваскуларни усложнения и остър миокарден инфаркт (Илиев, Р.В., 2012).

Един от основните въпроси при избор на хирургична ревакуларизация е по какъв начин да бъде извършена операцията – с екстракорпорална циркулация (ЕКЦ) или на „биещо“ сърце. Екстракорпоралната циркулация е стандартен начин за провеждане на сърдечни операции на отворено сърце (Илиев, Р.В., 2012). Този вид апаратура взема активно участие, когато се налага сърдечния мускул да бъде обезкървен. Устройството изземва помпената функция на сърцето като то спира да бие. В същото време неговата цел е да съхрани и осигури дейността на останалите органи (Екстракорпорално кръвообращение., 2013). Увреждането на организма, дължащо се на ЕКЦ е налице, независимо че спорът около механизмите, лежащи в основата му, не е разрешен напълно. Наблюдават се промени в плазмените протеини, обща възпалителна реакция на организма, следоперативно кървене, интубационна пневмония, влошена бъбречна функция (Илиев, Р.В., 2012), (Екстракорпорално кръвообращение., 2013). Продължителността на ЕКЦ е допълнителен рисков фактор за предполагаемите ѝ негативни ефекти. Това е и един от основните аргументи в подкрепа на ревакуларизация на миокарда на „биещо“ сърце (ОРСАВ) (Илиев, Р.В., 2012). Тази иновативна техника е с доказано по-малката травматичност за организма. Има данни, че намалява случаите на следоперативни неврологични и бъбречни усложнения, което от своя страна води и до по-бързото възстановяване на оперираните пациенти (Аорто-коронарен байпас., 2017). При предоперативната преценка за вида на хирургичния подход (конвенционален с ЕКЦ или ОРСАВ) се вземат предвид определени фактори, които имат съществено значение за правилното протичане и благоприятния изход от операцията. Сред тях са прогресирането на болестта след хирургичната интервенция в ревакуларизираните и неревакуларизираните артерии; съдбата на байпасите; степента и локализацията на запушване на подходящите за ревакуларизация съдове (Илиев, Р.В., 2012).

Решение за оперативно лечение се взема след преценка на предимствата му пред медикаментозния подход или РТСА по отношение овладяване на ангинозната симптоматика, предпазването на миокарда от исхемично увреждане, профилактика на камерните аритмии и на сърдечната смърт. Наличието на "неповлияваща се от медикаментозното лечение" стабилна стенокардия не е абсолютна индикация за операция – трябва да се прецени дали е подходяща за РТСА. Основното съображение за хирургично лечение е възможността за трайно и ефективно отстраняване на стенокардията, т.е. за подобряване качеството на живот и продължителността му. Хирургичното лечение се препоръчва най-често при засягане на два и



повече клона (съдови системи) и липса на противопоказания за провеждането му. Ако е засегната само една съдова система, РТСА има напълно удовлетворителни резултат. При засегнати три съдови системи за предпочитане е оперативното реваскуларизиране на миокарда. Когато са засегнати две-решението е индивидуално. Около 40% от симптомните болни са с триклонова коронарна болест, 95% от пациентите с един запушен съд имат сигнификантна стеноза поне на още една коронарна артерия, а 10-20% със сигнификантни стенози имат засягане на ствола на LCA (Илиев, Р.В., 2012).

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Множество данни вследствие дългогодишно проследяване на пациенти, преживели коронарна интервенция, доказват добрите резултати на РТСА спрямо кардиохирургичното лечение. При инвазивната терапия болничния престой се скъсява, а възстановителния период е по-кратък. Изследването дава възможност за едновременното прилагане на диагностика и при необходимост преминаване към описания терапевтичен метод. Освен това болковите усещания са незначителни, възможните усложнения са сведени до минимум (Петров, И., Мързянов, М., 2010).

При ендоваскуларните процедури не е необходимо въвеждане в пълна анестезия, което спестява рисковете от изкуствено предизвиканото отнемане съзнанието на пациентите и допринася за това тези от тях, които поради наличието на полиморбидност са контраиндицирани за хирургична интервенция заради твърде високия оперативен риск, да получат съответната алтернатива (Петров, И., Мързянов, М., 2010). Всичко това е показател за факта, че хирургичното лечение, РТСА и медикаментозното лечение не са конкурентни в борбата с коронарната болест – те се допълват, като имат своите безценни предимства и неизбежни недостатъци и точно те са основния фактор, според който се избира най-подходящия спрямо индивидуалните особености на пациента метод за лечение (Илиев, Р.В., 2012).

### ЛИТЕРАТУРА

Meditsinski standart po kardiologiya. 2010. Ministerstvoto na zdraveopazvaneto. (**Оригинално заглавие:** *Медицински стандарт по кардиология. 2010 Министерство на здравеопазването*)

Petrov, I., Marzyanov, M. 2010. Endovaskularna terapija – avangardni metodi na lechenie na sadovata patologija. MedInfo. (**Оригинално заглавие:** *Петров, И., Мързянов, М. 2010. Ендоваскуларна терапия – авангардни методи на лечение на съдовата патология. МедИнфо*) URL: <https://www.medinfo.bg/spisanie/2010/9/statii/endovaskularna-terapija-avangardni-metodi-na-lechenie-na-sydovata-patologija-974> (Accessed on 12.04.2018).

Chavdarova, R. Koronarni arterii. Kardiologichen kabinet. (**Оригинално заглавие:** *Чавдарова, Р. Коронарни артерии. Кардиологичен кабинет.*) URL: <http://www.cardioburgas.com> (Accessed on 12.04.2018).

Smit, T. Koronarnite arterii. Znam.bg (**Оригинално заглавие:** *Смит, Т. Коронарните артерии. Знам.бг*) URL: <http://www.znam.bg> (Accessed on 12.04.2018).

Koronarna boleest (**Оригинално заглавие:** *Коронарна болест*) URL: <http://www.pharmacy-bg.com> (Accessed on 13.04.2018).

Илиев Р.В., 2012. Revaskularizatsiya na miokarda bez ekstrakorporalno kruvoobrashtenie. Disertatsionen trud. Sofia (**Оригинално заглавие:** *Илиев, Р.В. 2012. Реваскуларизация на миокарда без екстракорпорално кръвообращение. Дисертационен труд. София*) URL: [http://nt-cmb.medun.acad.bg:8080/jspui/bitstream/10861/536/1/Rumen\\_Iliev-dis.pdf](http://nt-cmb.medun.acad.bg:8080/jspui/bitstream/10861/536/1/Rumen_Iliev-dis.pdf) (Accessed on 12.04.2018).

Ekstrakorporalno kruvoobrashtenie - kakvo predstavlyava I koga se prilaga. 2013. (**Оригинално заглавие:** *Екстракорпорално кръвообращение - какво представлява и кога се прилага.2013*) URL: <http://www.puls.bg> (Accessed on 13.04.2018).

Аорто-коронарен байпас. 2017. Асiбадем Сити Клиник. (*Оригинално заглавие*: Аорто-коронарен байпас. 2017. Аджибадем Сити Клиник) URL: <http://www.acibademcityclinic.bg> (Accessed on 13.04.2018).

THU-2G.205-1-SSS-HC-08

---

## CARE FOR EMOTIONAL HEALTH IN GERIATRIC AGE <sup>27</sup>

---

**Stela Mincheva – Student / PhD Student / Nurse**

Department of health care,  
University of Ruse “Angel Kanchev”  
Phone: +359 89 341 1006  
E-mail: steliqn4etoo@abv.bg

**Assoc. Prof. Despina Georgieva, PhD**

Department of health care,  
University of Ruse “Angel Kanchev”  
Phone: +359 88 9789100  
E-mail: despina\_g@abv.bg

***Abstract:** The number of elderly people in the population is progressively increasing in all highly developed and developing countries. According to the National Statistical Institute (NSI) at the end of 2016, people aged 65+ are 20.7% of the population. Due to the growing tendency of aging and the high morbidity of the elderly, it is necessary to solve many problems related to the improvement of the life, adaptability and self-confidence of this part of the population. The emotional sphere of the elderly and the elderly is closely related to their activity and overall living position. Anxiety and depression are common conditions in the elderly and have a significant impact on the quality of life and well-being. Knowing the causes, symptoms, and ways to deal with depression and anxiety will allow for a quality, subservient, holistic approach to psychological and psychiatric help.*

***Keywords:** depression, anxiety, geriatric care, emotional support, geriatric age,*

### **ВЪВЕДЕНИЕ**

Броят на възрастните хора сред населението прогресивно нараства във всички високоразвити и развиващи се страни. Според данни Националният статистически институт (НСИ) в края на 2016 година у нас хората на и над 65 години са 1 472 116, или 20,7% от населението. Това е с 3,8 процента повече от отчетеното през 2001-ва. (Стаматова В., 2017) Поради нарастващата тенденция на застаряването на населението и високата заболяемост на старите хора е необходимо решаване на множество проблеми, свързани подобряване живота, адаптивността и самочувствието на тази част от населението. Дейността на здравните и социалните служби е необходимо да бъдат синхронизирани. Прилагането на холистичния подход ще доведе до физическото, психическото и социалното благополучие на хората в гериатрична възраст.

Успешното остаряване е резултат от целия житейски път на човек. Човек трябва да се грижи за доброто си здравословно състояние през всички етапи на живота си, за да може в последния етап да е в добро физическо здраве, което е един от основните фактори и за психично здраве (Балканска, П. 2003; Георгиева, Д, 2014)

### **ИЗЛОЖЕНИЕ**

**Емоционална сфера на възрастните и стари хора.** Емоционалната сфера на възрастните и стари хора е тясно свързана с тяхната активност и цялостна жизнена позиция. Емоцията е понятие, изразяващо психичното състояние на индивида, повлияно от различни субекти и обстоятелства. Емоцията е процес свързан с вътрешните състояния на организма и има външна наблюдаема страна. Според теорията на Ерик Ериксън изграждането и

---

<sup>27</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 17.05.2018 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ГРИЖИ ЗА ЕМОЦИОНАЛНОТО ЗДРАВЕ В ГЕРИАТРИЧНА ВЪЗРАСТ.

интегрирането на личността включват осем-етапна последователност в жизнения цикъл, ръководена от онова, което Ериксън нарича епигенетичен принцип: всеки етап от раждането до третата възраст, се бележи от нормативна криза, която трябва да бъде конфронтирана и разрешена. „Разрешаването“ на кризите оставя отпечатъка си върху развиващия се човек и всяка допринася за цялостното формиралата се личност. Последният стадий, интегритет срещу отчаянието его-идентичността се простира след 65 годишна възраст. Ериксън смята, че това е периодът, чийто позитивен смисъл е свързан с интегриране на всички придобивки, получени от досегашните етапи. (Ериксън Е., 1990; Георгиева, Д. 2015)

Тревожността и депресията са често срещани в напреднала възраст, те могат да се проявят едновременно, както и свързани с неврологични заболявания като инсулт, деменция и болест на Паркинсон. Тревожността и депресията оказват значително влияние върху качеството на живот и благополучието. Когато тревожността и депресията се проявяват съвместно, симптомите са по-тежки и са свързани с по-лошо социално функциониране. (Lenze EJ, Mulsant BH, Shear MK, 2001).

**Тревожност при възрастни и стари хора.** Особеност на емоционалното състояние на възрастните хора е изпитването на тревожност. Тревожността като субективно емоционално преживяване, независимо от нейния произход винаги се интерпретира като сигнал за наличие на опасност. Симптомите на тревожността са разнообразни – най-често безсъние, чувство за безнадежност или безпомощност, проблеми с концентрацията сърцебиене, изпотяване, преbledняване, изтръпване, стягане в гърлото, усещане за тежест, позиви за уриниране, разтреперване, подкосяване на краката, пресъхване на устата, разтреперване на гласа, усещане за прималяване, световъртеж и т.н. Най-често срещаните причини за проява на тревожност при възрастните и стари хора могат да се обобщят в следните социални, личностни и здравни проблеми: социална и междуличностна изолация; смърт на единия от членовете на съпругеската двойка или близки на възрастния човек; отсъствие на разнообразни стимули и интересни събития; загриженост за здравето и личната сигурност; загуба на контрол и независимост; нисък финансов и социален статус; страх от остаряване, изразяващ се в угриженост и очаквани загуби. При установяване на симптомите или някои от тях се уведомява лекуващия лекар и се предприема консулт с психолог. Рисковите фактори могат да бъдат неутрализирани с поддържане на добри взаимоотношения, здравословен начин на живот, както и стратегии за справяне и управление на стреса и негативните емоции (Сотиров В., 2015, Georgieva, D. 2015).

**Депресия в напреднала възраст. Начини за справяне с депресивните състояния.** Депресията при възрастни пациенти има сложни и най-чести смесени причини и може симптомите ѝ да се различават от тази при по-младите хора. Най-важните рискови фактори за възникване на депресиите са установени. На първо място това е естественият процес на остаряване, свързан както с определени промени в структурата и функцията на мозъка, така и с психологичните и социални проблеми на възрастните хора - загубата на партньора, задълбочаващите се физическа и психическа немощ, появата на множество заболявания, социалната и професионалната изолация и т.н. Факт е също, че при неженените възрастни рискът за развитие на депресия е многократно по-висок. С възрастта и понякога поради финансови ограничения се развива и недостиг на абсолютно необходими хранителни вещества като витамин В12 и фолиева киселина. Доказано е, че при депресивни пациенти често е налице подобен дефицит и че добавянето на витамин В12 и фолиева киселина към традиционното антидепресивно лечение при тях е свързано с по-добро лечебно повлияване.

Един от основните белези на депресивната болест е спадът на настроението. На преден план в оплакванията им изпъкват необоснованата тревожност и множество органични симптоми, за изясняването на които те с охота посещават многократно различни лекари. Депресията на възрастните хора често се прикрива зад телесни симптоми. Най-честият е чувството на умора и слабост, следвано от болки в различни области на тялото - например главоболие, болка в гръдния кош или гърба, болка в корема. Чести са и тахикардията, усещането за ускорен пулс и аритмия, учестено дишане, замаяност и световъртеж, треперене, запек и загуба на апетит. Психотични симптоми: идеите са песимистични в унисон на съществуващото понижено

настроение. При възрастни пациенти с тежка депресия хипохондричните симптоми са чести, а по някога се наблюдават и халюцинации. Съдържанието на параноидните идеи и халюцинаторните изживявания винаги е във връзка с депресивното настроение. Разбира се, винаги трябва да се има в предвид и възможното засилване на симптомите на съпътстващо органично заболяване. Когнитивно “замъгляване”: Когато е причинено от депресия, се нарича “псевдо деменция” или “депресия с деменция”. Такива пациенти често отказват да се подложат на когнитивна оценка и съзнават паметовите си нарушения. Неспособността на пациентите да споделят симптомите на своята депресия (алекситимия) често води до неправилна диагноза (Зарков, З. 2004). Често възрастните не успяват да разпознаят симптомите на депресия или не предприемат стъпки, за да получат необходимата помощ. Съществуват много причини, поради които възрастните хора с депресия пренебрегват симптомите т.к. приемат депресията като част от стареенето и не желаят да говорят за чувствата си, както и да търсят помощ.

**Начини за справяне с депресивните състояния.** Психотерапевтичните (не медикаментозни) методи на лечение имат сравнително по-малка роля в тази възрастова група. Въпреки това обаче не бива да се подценява ролята на семейството на пациента. Членовете на семейството трябва да помагат на пациента както с внимание и разбиране, така и с подканяне за спазване на установената терапевтична схема. Обществото също има важна роля, тъй като възрастните пациенти може да нямат никакви близки, или близките да не са в състояние да осигурят необходимата подкрепа. В отделни случаи намирането на подслон и добра храна, както и известна социална адаптация и осигуряване на контакти в условията на съвместно съжителство има решаваща роля в излекуването на болен с депресивно разстройство. Най-често обаче лечението на депресията в напреднала възраст се извършва с лекарства, с подкрепата на някои психотерапевтични техники. Съществуват огромен брой антидепресивни лекарства, но рискът от нежелани ефекти е по-голям при възрастните. Тъй като е възможно възрастните пациенти да приемат по няколко медикамента едновременно, при тях са по-вероятни и по-чести негативните лекарствени взаимодействия. Важен въпрос е и продължителността на антидепресивното лечение. Рецидивите след прекратяване на лечението са относително по-чести при болни в напреднала възраст поради наличието на съпътстващо органично заболяване. Ето защо кратките депресивни епизоди при тези пациенти се лекуват най-малко 6-9 месеца, а ако пациентът е имал подобни епизоди в миналото си - поне 1-2 години. Понякога се налага продължаване на профилактичното лечение дори до края на живота (Зарков, З. 2004).

**Гериатричните грижи изискват комплексен мултидисциплинарен подход и стремеж към постигане на емоционалното здраве.** Характеристиките на емоционалното здраве са: чувство задоволство; жажда за живот и способността да се смеят и да се забавляват; способност да се справят със стреса; чувство за смисъл и цел в живота; гъвкавост и желание за научаване на нови неща; способност да поддържа пълноценни връзки с близки и приятели; самоувереност и високо самочувствие (Георгиева, Д., 2015). Грижите за емоционалното здраве са също толкова важни, колкото и грижите за физическото здраве при възрастните и стари хора. Емоционално здравите хора са в контрол на своите емоции и поведение. Психичното и емоционално здраве се отнася до цялостното психическо благополучие, не само отсъствие на депресия, тревожност или друго заболяване. **Основните насоки за подобряване на емоционалното здраве при възрастните и стари хора се изразяват във:** Формиране на устойчивост и способност за справяне със стреса и негативните емоции; Създаване на силна мрежа за подкрепа; Укрепване на физическото здраве чрез подходящи за възрастта упражнения, които подобряват състоянието не само на сърцето и белите дробове, но също така благоприятстват освобождаване на ендорфини, което води до умствено и емоционално благополучие и повишаване на настроението; Създаване на режим за балансирано здравословно хранене; Създаване на условия за повишаване на самочувствието чрез оценяване на усилията на възрастните хора при извършване на определени дейности, включващи участието им в различни групи по интереси, клубове, екскурзии, празници и други; Насърчаване към любими занимания – четене на книги, разходки сред природата, слушане на любима музика, грижи за цветя и градинарство; Предоставянето на възможност за грижи за

домашен любимец при хора с емоционална обвързаност и любов към домашно животни (Григоров, Ф., 2005; Георгиева, Д., 2015).

За справяне с депресията при възрастните хора е необходимо удовлетворяване на следните емоционални потребности:

**Сигурност:** важно е осигуряване на усещане за безопасност за възрастните хора както физическа, така и психическа.

**Внимание:** пациентите в напреднала възраст се нуждаят от постоянно внимание поради невъзможността им да се справят с темповете на реалния свят.

**Автономия и контрол:** осигуряване на възможност за изпълнение на задачи, които могат да извършат сами.

**Емоционална връзка:** някои възрастни хора са склонни да прекъсват всяка емоционална връзка с хората в непосредствената им среда. Полагащите грижи трябва да предприемат инициативи, за да възобновят емоционалната връзка и да накарат възрастните да се чувстват желани.

**Премахване на чувството за вина:** възрастните хора, живеещи със своите деца, особено финансово зависимите, са склонни да усещат чувство за вина, че са тежест на децата си.

**Усещане за принадлежност:** принадлежността към общността им помага да се срещнат и да взаимодействат със съмишленици и да споделят мисли.

**Приятелство и интимност:** възрастните хора също се нуждаят от приятелство и обич, за да водят пълноценен живот.

**Поверителност:** уважавайте неприкосновеността на личния живот и създайте среда, в която чувстват, че имат неприкосновеността на личния живот.

**Компетентност:** напомняне за житейските постижения и създаване на чувство за компетентност

**Цел на живота:** необходимо е да се накарат възрастните да разберат, че винаги има някаква цел в живота и че на хоризонта има нови, положителни преживявания. (Chilukoti, Bh., 2017)

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В периода на старостта, човек прави крайна равностметка и „събира плодовете“ на живота си. Лицата с висок резултат са приспособени и към триумфа и към неуспеха, те приемат своето съществуване като нещо, което е трябвало да стане, нещо неизбежно, изживяно, смислено. Емоционално интегрирания човек е разрешил жизнените си конфликти и е стигнал до извода: „Моят живот си струваше. Ниските резултати водят до страх от смъртта, чувство на неудовлетвореност и отчаяние към изминалия живот. (Georgieva, D. 2015) Качествената грижа за възрастните пациенти не включва единствено физическо и медицинско лечение, а грижа за психическите, емоционалните и духовните нужди. Неспособността да се осигурят адекватни на тези нужди грижи има отрицателно въздействие върху физическото здраве на пациента. Философията на грижите за стари хора се изразява в полагаането състрадателна грижа, включваща удовлетворяване на емоционалните нужди на пациентите толкова, колкото медицинските и физическите. Усещането за грижа повишава емоционалното благополучие и спокойствие на възрастните хора. Холистичните грижи са основен компонент на модерното сестринство. Персонално ориентираната грижа, която отговаря на духовните нужди на пациента е важна за поддържането на емоционално благополучие. Смята се за мит, че след определена възраст не могат да се придобият нови умения, извършват нови дейности или да се направят промени в начина на живот. Подкрепата в преодоляването на депресията включва намирането на нови стимули, които да се извършват с удоволствие. Ангажираността с нови дейности спомага адаптирането към промяната и състоянието на физически и социална активност. Характерната за депресията изолация и социално изключване води до влошаване на състоянието. Понякога възрастните хора имат нужда само от добри слушатели, емоционална подкрепа, изразяваща в проява на търпение и състрадание.

## ЛИТЕРАТУРА

Balkanska P. , Vazrasniyat chovek kato patsient, 2003g.. (**Оригинално заглавие:** Балканска П. , Възрастният човек като пациент, 2003г.)

Georgieva D, Emotsionalni promeni pri stareene. Grizhi za emotsionalното zdrave na vazrastniya chovek. NAUCHNI TRUDOVE NA RUSENSKIYA UNIVERSITET - 2014, tom 53, seriya 8.3) (**Оригинално заглавие:** Георгиева Д, Емоционални промени при стареене. Грижи за емоционалното на възрастния човек. НАУЧНИ ТРУДОВЕ НА РУСЕНСКИЯ УНИВЕРСИТЕТ - 2014, том 53, серия 8.3)

Georgieva, D (2015). Nursing care in elderly. Ruse University “Angel Kanchev” (**Оригинално заглавие:** Георгиева, Д, Сестрински грижи при възрастни, 2015г)

Grigorov,F., Rakovodstvo po geriatriya, MU- Pleven, 2005g. (**Оригинално заглавие:** Григоров,Ф., Ръководство по гериатрия, МУ- Плевен, 2005г.)

Depression and home care: 10 emotional needs of the elderly you must know about, Bhavyajyoti Chilukoti | updated: april 13, 2017 6:17 pm <http://www.thehealthsite.com/diseases-conditions/depression-and-home-care-emotional-needs-of-the-elderly-you-must-know-about-b0417/>

Eriksan E., Zhiznen tsikal v Sotsiologiya na lichnostta, S, Nauka i izkustvo, 1990g., 198-210 (**Оригинално заглавие:** Ериксън Е., Жизнен цикъл в Социология на личността, С, Наука и изкуство, 1990г., 198-210)

Lenze EJ, Mulsant BH, Shear MK, Alexopoulos GS, Frank E, Reynolds CF 3rd. Comorbidity of depression and anxiety disorders in later life. *Depress Anxiety*. 2001;14(2):86-93.

Sotirov V., Malka psihiatriya ili psihiatriya za vseki. Trevozhnost psihosomatika i povedenie na boleduvane, Ambulatoriya za psihichno zdrave „Adaptatsiya” – Sofiya [www.adaptacia.info](http://www.adaptacia.info). (**Оригинално заглавие:** Сотиров В., Малка психиатрия или психиатрия за всеки. Тревожност психосоматика и поведение на боледуване, Амбулатория за психично здраве „Адаптация” – София [www.adaptacia.info](http://www.adaptacia.info).)

Stamatova, V. Demografskite tendentsii na 2016-ta: niska razhdaemost i zastaryavane na naselenieto Ot - 12.04.2017, 14:54155; <https://debati.bg/demografskite-tendentsii-na-2016-ta-niska-razhdaemost-i-zastaryavane-na-naselenieto> (**Оригинално заглавие:** Стаматова, В. Демографските тенденции на 2016-та: ниска раждаемост и застаряване на населението От - 12.04.2017, 14:54155; <https://debati.bg/demografskite-tendentsii-na-2016-ta-niska-razhdaemost-i-zastaryavane-na-naselenieto>)

Zarkov Z., Depresiya v kasna vazrast – klinichni osobenosti i printsipi na lechenie. sp. "Balgarska nevrologichna i psihiatrichna praktika", Sofiya, broy 03/2004g [http://www.proecta.eu/download/Depresia\\_v\\_kusna\\_vuzrast.pdf](http://www.proecta.eu/download/Depresia_v_kusna_vuzrast.pdf) (**Оригинално заглавие:** Зарков З., Депресия в късна възраст – клинични особености и принципи на лечение. сп. "Българска неврологична и психиатрична практика", София, брой 03/2004г [http://www.proecta.eu/download/Depresia\\_v\\_kusna\\_vuzrast.pdf](http://www.proecta.eu/download/Depresia_v_kusna_vuzrast.pdf))

THU-2G.205-1-SSS-HC-09

---

**CHILD CEREBRAL PALSY DIFFERENT BUT WONDERFUL** <sup>28</sup>

---

**Kristina Mariyanova– Student**

Faculty of Public Health and Health Care,  
Department of Health Care  
University of Ruse "Angel Kanchev"  
Phone: +359 876134124  
E-mail: christinamariyanova@gmail.com

**Elena Andonova– Student**

Faculty of Public Health and Health Care,  
Department of Health Care  
University of Ruse "Angel Kanchev"  
Phone: +359 8940888140  
E-mail: elenaa\_\_1@abv.bg

**Assoc. Prof. Kristina Zaharieva, PhD**

Faculty of Public Health and Health Care,  
Department of Health Care  
University of Ruse "Angel Kanchev"  
Phone: 0885-193 003  
E-mail: kzaharieva@uni-ruse.bg

**Assoc. Prof. Teodora Nedeva, MD, PhD**

Faculty of Public Health and Health Care,  
Department of Health Care  
University of Ruse "Angel Kanchev"  
Phone: 0887 468 695  
E-mail: tsherbanova@uni-ruse.bg

***Abstract:** Unfortunately, there are no official statistics in Bulgaria, there are no registers of children with CPD. Child Cerebral Palsy (CDC) is a disease that is difficult to predict and almost impossible to cure. Although child cerebral palsy is "incurable" in the conventional sense of the word therapy, rehabilitation, training, interventions and training can help improve the brain's function, which is more significant than previously applied. Medication treatment includes anticonvulsants, nootropic agents, muscle relaxants and others. Rehabilitation depends entirely on parents' desire, awareness and ability.*

***Keywords:** Cerebral palsy, Forms of the disease, Physiotherapy.*

**ВЪВЕДЕНИЕ**

Детската церебрална парализа (ДЦП) представлява комплекс от непрогресиращи двигателни промени – парези, неволеви движения, координационни нарушения и промени в мускулния тонус, които са резултат от мозъчни увреждания в пренаталния, интранаталния и постнаталния период. Освен моторното разстройство е възможно увреждане и на други функции с моторни елементи (очни движения, говор, хранене, фина моторика), сензорни, когнитивни или поведенчески нарушения, включващи дефицит на вниманието с хиперкинетично разстройство или разстройства от аутистичния спектър. Диагнозата ДЦП

---

<sup>28</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 17.05.2018 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ДЕТСКА ЦЕРЕБРАЛНА ПАРАЛИЗА - ДЕЦА РАЗЛИЧНИ, НО ПРЕКРАСНИ.



през първите 6 месеца от живота е трудна поради физиологично повишения мускулен тонус и оскъдните волеви движения при децата. Симптомите на детската церебрална парализа трябва внимателно да се търсят у недоносени деца, деца с тежко протекло раждане, гърчове при бебета и деца. Минимална възраст за поставяне на диагнозата ДЦП е след 18-тия месец. (Бобев Д., 2000; Чавдаров И, 1999)

Официалните световни статистики показват, че към днешна дата, засегнати от ДЦП новородени в Европа са 2-3 случая на 1000; САЩ – 3,6 на 1000; Русия - 6 до 13 деца на 1000. За съжаление в България няма официална статистика, липсват регистри на децата с ДЦП и изследвания за това колко са случаите на лица с ДЦП под 18 години, обгрижвани от здравната и социалната система. Според различни официални български медицински публикации, честотата на ДЦП в България е като в развитите държави – 2,0 – 2,5 на 1000 живородени. Според данните на родителските организации и НПО, работещи за защита на правата на хората с увреждания, данните са доста по-високи (между 15 000 и 20 000 деца или 10 - 13 случая на 1000 (<https://www.ngobg.info/bg/donors/47.html>).

### ИЗЛОЖЕНИЕ

Най-често детските церебрални парализи се изявяват със спастичните парези или парализи. В зависимост от мястото на поражението на нервната система се различават:

- монопареза – засягане на един крайник,
- хемипареза – на двата крайника от едната страна,
- парипареза – на двата горни или долни крайника,
- квадрипареза – на четирите крайника (<http://zdrave-bg.eu>).

#### Етиологичните фактори за ДЦП се подразделят на:

- Пренатални фактори (преди раждането), причина за 30% от случаи на ДЦП – прекарани вътреутробно инфекции (рубеола вирус, цитомегаловирус, херпес вирус и др.), медикаменти (седативи, психотропни, антиконвулсанти) и други психоактивни вещества (никотин, алкохол), употребявани по време на бременността)
- Интранатални (по време на раждането), причина за 60% от случаи на ДЦП – родова асфиксия, вътречерепни кръвоизливи. Това са най-честите причини за детските церебрални парализи.
- Постнатални (след раждането), причина за 10% от случаите на ДЦП- менингити, енцефалити, дехидратация, черепно мозъчни травми.

#### За ДЦП са характерни следните нарушения:

- двигателен дефицит - двигателни нарушения се наблюдават най-често след 3-6 месечна възраст,
- сетивни нарушения,
- зрителна и очедвигателна непълноценност /50%/- кривоглетство, катаракта и хориоретинит,
- епилептичните припадъци /30%/ - генерализирани тонично–клонични или огнищни,
- говорни нарушения - дизартрия и афазия.
- интелектуалният дефицит /50% ( Бобев Д., 2000; <http://www.d-rmario.com/?p=596>)

В зависимост от двигателния дефицит се наблюдават няколко форми на Детската церебрална парализа: пирамидна, екастрамирамидна, церебеларна и смесена.

- Пирамидна форма:
  - ✓ Хемиплегична форма /25-40%/ - най-честа. Първите прояви около 5-месечна възраст; едностранни двигателни нарушения, ръката е засегната по-силно от крака; намален мускулен тонус, повишена мускулна сила (повече в мускулите сгъвачи на горния крайник и разгъвачите на долния крайник), патологични рефлексии (болестно отклонение на рефлексите), атрофии, атетозни движения. Прохождането е забавено, наблюдават се огнищни епилептични припадъци.

- ✓ Диплегична форма 10-30%/ - Двигателно нарушение в долните крайници- поза като „ножица“; наличие на оживени сухожилни рефлексии и клонуси на стъпалата. Децата са с нормално развит интелект.
- ✓ Двойнохемиплегична форма: Диагнозата се поставя рано. Новородените са сънливи, имат епилептични припадъци от първите дни след раждането, не могат да си изправят главата, сукането и гълтането са затруднени, наблюдава се микроцефалия, кривогледство и изоставане в интелекта.
- Екстрапирамидна форма - 9-22%, тежко двигателно нарушение, характеризиращо се с променлив (повишен или понижен) мускулен тонус и неволеви движения. Наблюдават се атетозни хиперкинезии към края на първата година. Те са спонтанни и могат да бъдат провокирани от шум или докосване. Обхващат мускулите на лицето и крайниците. Децата са с нормално психично здраве.
- Церебеларна форма- Характерни за тази форма са мускулна хипотония, атаксия при опит за сядане. Детето прохода към 3-4 годишна възраст и има патологични рефлексии и говорни смущения.
- Смесена форма - 9-22%, съчетани пирамидни, екстрапирамидни симптоми, забавено психомоторно развитие ( Бобев Д., 2000).

Лечението на ДЦП е физикално, медикаментозно и хирургично. Голямо значение имат кинезитерапията и рехабилитацията за изработване на двигателни умения и за профилактика на контрактурите и деформациите. Провеждат се занимания с логопед. Медикаментозното лечение включва антиконвулсанти, ноотропни средства, миорелаксанти и др. Хирургично лечение се прилага при наличие на контрактури.

Проблемите пред възможността за рехабилитация и терапия в България са в насока:

- Услугите са концентрирани в големи селища - това ограничава включване на всички засегнати от проблема деца.
- Липсата на координация между здравната, образователната и социалната система, а това пречи да се обхванат всички деца с ДЦП.

Провеждането или не на рехабилитация изцяло зависи от желанието, информираността и възможностите на родителите.

Прогнозата при ДЦП зависи от тежестта на увреждането и умственото развитие. Децата със запазено умствено развитие, в по-голяма възраст се включват активно в оздравителния процес по отношение развитието на моториката. Профилактиката на детските церебрални парализи се състои в избягване на факторите, които ги предизвикват, като особено внимание се обръща на интранаталните причини (<http://zdrave-bg.eu>).

### **Проведено проучване**

Цел: да установи нивото на информираност на респондентите за:

- Етиологичните фактори на ДЦП;
- Клиничните прояви.

Материали и методи

- социологически метод –пряка анонимна анкета;
- документален метод - проучване на достъпна литература по проблема;
- статистически метод- обработка и анализ на информацията.

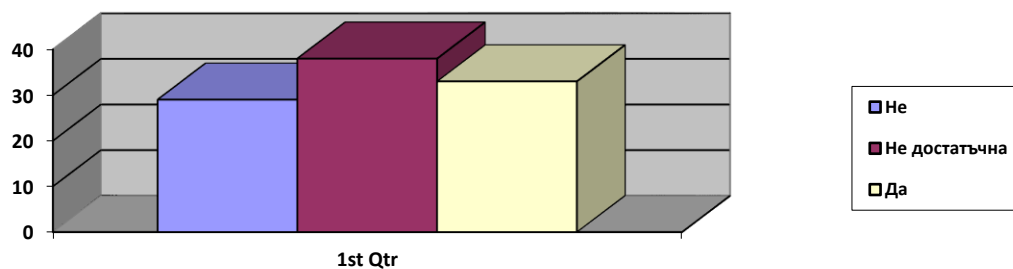
Методика на изследването

Проучването обхваща 125 респонденти. Използвана е анкетна карта. Периодът на провеждане на анкетното проучване е 01.11.2017 - 06.03.2018 г.

Резултати от изследването са анализирани, обобщени и онагледени чрез хистограма на фигура 1,2 и 3.

На фигура 1 са представени отговорите на въпроса „Имате ли информация за факторите причиняващи ДЦП“?

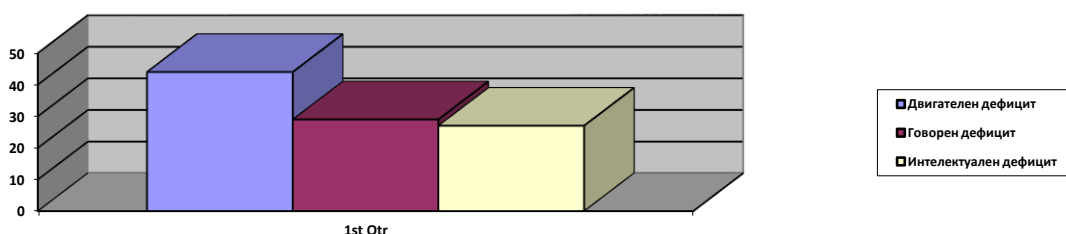
Фигура 1.



Фиг. 1. Информация за факторите причиняващи ДЦП

Анализът на информацията от фигура 1 показва следният резултат на отговорите: съответно 29% - „не“, 38%- „не достатъчно“ и 33 %- „да“. Видно е, че повечето участници имат недостаъчната информираност относно факторите отговорни за проява на ДЦП. Отговорите на въпроса „С какво се характеризира ДЦП?“, са представени чрез хистограма на фигура 2.

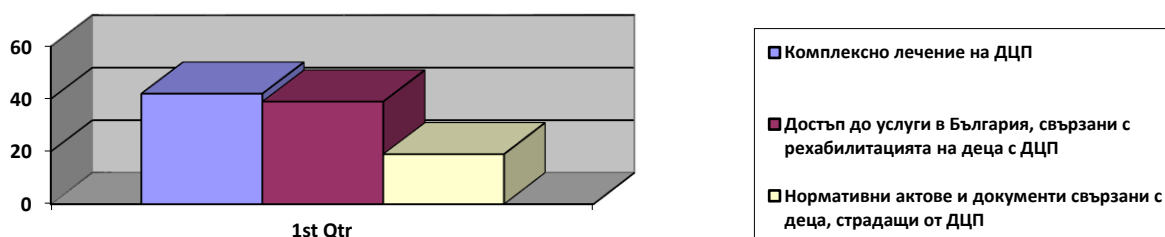
Фигура 2.



Фиг. 2. Клинични прояви на ДЦП

Интересен е анализът на резултатите по отношение клиничните прояви на ДЦП: респондентите са посочили само по един симптом. Те считат, че болните деца могат да имат имат различни нарушения- двигателни, говорни и интелектуални. Но не предполагат че тези дефицити могат да се комбинират и проявяват в различна степен. Това показва, че голяма част от респондентите нямат познания за клиничните изяви и хода на заболяването. Хистограмата на фигура 3 представя отговорите на респондентите на въпроса „Каква допълнителна информация по проблема ДЦП Ви е необходима?“

Фигура 3.



Фиг. 3. Необходимост от информация по проблема ДЦП

Анализът на резултатите от фигура 3 е в подкрепа на желанието на респондентите за допълнителна информация в различни насоки по проблема ДЦП. Участниците имат желание да получат по - подробна информация за възможностите на лечение; за достъпа до специализирана медицинска помощ за тези пациенти, включваща физиотерапия и рехабилитация, логопед, психолог и др. Те проявяват интерес и към наличие и достъпност до нормативни документи и организации, имащи отношение към деца с ДЦП и техните семейства.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Направеният анализ на резултатите от проведеното проучване е основание да се направят следните изводи:

- дефицит на информация за факторите причиняващи ДЦП и за клиничните прояви на проблема ДЦП;
- необходимост от надграждане на информация по проблема ДЦП.

Анализът на получените резултати дава основание да се сведе информация за комплексно лечение на ДЦП през различните възрастови периоди и за достъпа до услуги на деца с ДЦП както до респондентите, така и до по широка аудиторията.

### **Комплексна лечебна програма на ДЦП през различните възрастови периоди:**

От 1 месец до 1 г. 6 месеца

Кинезитерапия: рефлексно-предизвикано придвижване по Войта, невро-развойно лечение по Бобат и други; Магнитно поле; Електростимулации – при тясно специфични индикации; Позиционно лечение; Хипербарна оксигенация; Психологична диагностика и интервенция – фамилна; Логопедична диагностика и интервенция: хранителна терапия и пред-речена рехабилитация; Медикаментозно лечение: антиепилептични медикаменти (при индикации), психостимуланти (при деца със забавена или липсваща идеомоторика).

От 1г. 6м. до 3 години

Кинезитерапия: рефлексно-предизвикано придвижване по Войта, невро-развойно лечение по Бобат и други; Позиционно лечение; Електростимулации; Термотерапия: топлинно лечение; Лазер-акупунктура; Хипербарна оксигенация; Психологична интервенция: индивидуална; фамилна; Логопедична интервенция: пред-речева рехабилитация; Медикаментозно лечение: антиепилептични медикаменти (при индикации); Психостимуланти (при деца със забавена или липсваща идеомоторика); Миорелаксанти - перорално или интрамускулно след 2 годишна възраст.

От 4 до 7 години

Кинезитерапия: рефлексно предизвикано придвижване по Войта, невроразвойно лечение по Бобат, аналитична кинезитерапия и други; Позиционно лечение; Механотерапия; Електростимулации; Термотерапия: топлинно лечение, студо (крио)лечение; Хидротерапия; Хипербарна оксигенация; Лазер-акупунктура; Психологична интервенция: Индивидуална, фамилна; Логопедична интервенция: Говорна, речева; Дефектологична интервенция: монтезоритерапия, приложни игри и занимания, дейности от ежедневиия живот; Медикаментозно лечение: антиепилептични медикаменти (при индикации), психостимуланти (при деца със забавена идеомоторика), миорелаксанти - перорални или интрамускулни

От 8 до 18 години

Кинезитерапия: невроразвойно лечение по Бобат, аналитична кинезитерапия и други; Позиционно лечение; Механотерапия; Електростимулации; Термотерапия: топлинно лечение, студо (крио)лечение; Лазер-акупунктура; Хидротерапия; Медикаментозно лечение: антиепилептични медикаменти (при индикации), психостимуланти (при деца със забавена или липсваща идеомоторика), миорелаксанти - перорални или интрамускулни; Психологична интервенция: индивидуална, фамилна; Логопедична интервенция: говорна рехабилитация, речена рехабилитация; Учебни занимания и професионално ориентиране; Рекриация – спортни дейности, адаптирана физическа активност; Оперативно лечение (при статични контрактури и деформации).

Над 18 години

Кинезитерапия: аналитична кинезитерапия и други; Позиционно лечение; Механотерапия; Електростимулации; Термотерапия: топлинно лечение, студо (крио)лечение; Лазер-акупунктура; Хидротерапия; Медикаментозно лечение: антиепилептични медикаменти (при индикации), миорелаксанти –перорални, интрамускулни; Психологична интервенция: индивидуална, фамилна; Рекриация – спортни дейности, адаптирана физическа активност; Оперативни интервенции - при статични контрактури и деформитети (Чавдаров И.,2009, Божанова В., 2009).

**Услуги в България, свързани с рехабилитацията на децата с ДЦП:** здравни услуги предоставяни от заведения с договор с НЗОК (общински, държавни и частни) здравни услуги, предоставяни в общински центрове (ДМСГД, Дневни центрове, финансирани изцяло от общините); социални услуги, предоставяни в общността - общински дневни центрове и такива на НПО, подкрепяни от общината услуги, предоставяни от НПО самостоятелно (хипотерапия, терапия с плуване и т.н) индивидуални специалисти, работещи с децата срещу заплащане (не са обект на настоящото проучване) частни центрове с изцяло платени услуги (здравни и социални) (не са обект на настоящото проучване)

**Нормативни актове и документи свързана с достъпа на деца, страдащи от ДЦП до медицински грижи и социални услуги:** Закон за социално подпомагане (ЗСП) и Правилника за неговото прилагане (ППЗСП); Закон за интеграция на хората с увреждания (ЗИХУ) и Правилника за неговото прилагане (ППЗИХУ); Закон за здравето; Закон за закрила на детето (ЗЗД) и Правилника за неговото прилагане (ППЗЗД); Закон за лечебните заведения (ЗЛЗ); Закон за здравното осигуряване (ЗЗО); Закон за семейните помощи за деца (ЗСПД); Закон за народната просвета (ЗНП) и Правилника за неговото прилагане (ППЗНП). (<https://www.ngobg.info/bg/donors/47.html>).

Провеждането или не на рехабилитация изцяло зависи от желанието, информираността и възможностите на родителите.

## ЛИТЕРАТУРА

Bobev D., 2000 “Pediatrij” (**Оригинално заглавие:** Бобев Д., (2000) „Педиатрия“).

Vozhanova, V., 2009, Diagnostika, Rehabilitacia, Lechenie na deca s cerebralna paraliza (**Оригинално заглавие:** Божанова, В., 2009, *Диагностика, Рехабилитация, Лечение на деца с церебрална парализа*).

Chavdarov, I., (1999) “Sbornik dokladi – Decata s cerebralna paraliza” (**Оригинално заглавие:** Чавдаров И., (1999) „Сборник доклади – Децата с церебрална парализа“).

Chavdarov, I., 2009, Prodyljitelno lechenie i Rehabilitacia na deca s cerebralna paraliza, (**Оригинално заглавие:** Чавдаров И., 2009, *Продължително лечение и Рехабилитация на деца с церебрална парализа*).

## URL:

<http://zdrave-bg.eu/DCP-prichini,simptomi,lechenie/> (**Оригинално заглавие:** [http://zdrave-bg.eu/ДЦП-причини,симптоми, лечение/](http://zdrave-bg.eu/ДЦП-причини,симптоми,лечение/)).

<http://www.medik.bg/?page=cat&id=182/> Detska tserebralna paraliza (**Оригинално заглавие:** *Детска церебрална парализа*)

<http://www.d-rmario.com/?p=596> Detska tserebralna paraliza (**Оригинално заглавие:** *Детска церебрална парализа*)

<https://www.ngobg.info/bg/donors/47.html/> Fondacia 2011 “Pomosht za blagotvoritelnostta v Balgaria” FPBB – Dostap do uslugi na decata, stradashti ot DCP (**Оригинално заглавие:** *Фондация 2011 „Помощ за благотворителността в България“ ФПББ – Достъп до услуги на децата, страдащи от ДЦП*).

THU-2G.205-1-SSS-HC-10

---

## MASSAGE AND GYMNASTICS CONDITIONAL EVENTS FOR CHILDREN UP TO ONE YEAR AGE <sup>29</sup>

---

### **Zehra Kadirova - Student**

Department of Health Care  
University of Ruse "Angel Kanchev"  
Phone: 0899394212  
E-mail: zehra\_ahmed96@abv.bg

### **Elis Nedjib - Student**

Department of Health Care  
University of Ruse "Angel Kanchev"  
Phone: 0899400525  
E-mail: elis\_2101@abv.bg

### **Assoc. Prof. Kristina Zaharieva, dp**

Department of Health Care,  
University of Ruse "Angel Kanchev"  
Phone: 0885-193 003  
E-mail: kzaharieva@abv.bg

***Abstract:** For years, massage has been a means of both traditional and non-traditional medicine. It is usually used as a therapy for the elderly, but it is very important for the physical and nerve-psychic development of the children; allows them to grow more emotionally open, express their feelings, be loved. The massage for the baby begins after recovery of the weight of the baby after birthing, but the gymnastics begin after third- fourth month. All the healthy babies and those with health problems subject to massage and gymnastics after consultation with specialist. They prepare the child for creeping, after that for walking, strengthen the muscle and the tone of the body. Gymnastics is an important moment in the child's physical development. An appropriate age for starting gymnastics is after the 2nd month because the baby is already losing muscle tone. The motor exercise aims to improve muscle tone, strength and stimulation of motor development*

***Keywords:** baby, Massage, gymnastics, health, parents*

### **ВЪВЕДЕНИЕ**

Закаляването е вид диспозиционна профилактика, имаща за цел да повиши устойчивостта и защитните сили на организма спрямо неблагоприятните въздействия на атмосферните условия: студ, вятър, влага и значителни колебания на температурата на въздуха. Общият комплекс от закалителни мероприятия включва масажа и гимнастиката (Bobev D., Genev E. 2000). От години масажът е средство, както на традиционната, така и на нетрадиционната медицина. Обикновено се ползва като терапия за възрастни хора, но той е много важен за физическото и нервно-психическото развитие на децата; позволява им да растат по-открито емоционално, да изразяват чувствата си, да бъдат обичани (Bobev D., Genev E. 2000).

Учени от университета в Маями са открили, че: преждевременно родените деца масажирани 3 пъти дневно по 15 мин. наддават с 47% повече от децата родени в термин след

---

<sup>29</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 17.05.2018 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: МАСАЖ И ГИМНАСТИКА-ЗАКАЛИТЕЛНИ МЕРОПРИЯТИЯ ДО ЕДНА ГОДИШНА ВЪЗРАСТ НА ДЕТЕТО.

десет седмици; масажът стимулира функцията на храносмилателния тракт и така бебетата усвояват по-пълноценно хранителните вещества. Именно в това се крие причината за по-бързото и по-осезаемо наддаване на тегло. Масажът подобрява и способността на децата да усвояват нови знания, като стимулира образуването на нови връзки между мозъчните клетки (Markova, I. 2015). Масажът и гимнастика се прилагат както на здрави деца, така и на деца със здравословни проблеми, след консултация със специалист. Гимнастиката бива активна и пасивна. Гимнастиката подобрява дейността на дихателната и сърдечно-съдовата система на бебето, стимулира развитието на нервната система, сетивните органи и опорно-двигателния апарат. Масажът и гимнастиката подготвят детето за пълзене, по-късно за прохождение, укрепват мускулатурата и тонуса на организма. Полезени са при деца с намален апетит, ниско тегло, повишен или понижен мускулен тонус, при често боледуващи деца. Ежедневното им прилагане подобрява емоционалното развитие и функцията на всички органи и системи на децата, а това ги прави по-устойчиви на различни заболявания (Panteleeva D. 2008).

### ИЗЛОЖЕНИЕ

За да се развива правилно, да е здраво и устойчиво към заболявания, малкото дете трябва не само да бъде добре хранено и обличано. То се нуждае от движения и емоционални контакти, които да стимулират физическото и нервно-психическото му развитие, от специални закалителни процедури, от масаж и гимнастика (<https://semeistvo.rozali.com>). Масажът представлява системно и ритмично прилагане на механични дразнения върху кожа, мускули, периферни нерви и кръвоносни съдове. Той подобрява кръвообращението, обмяната на веществата и емоционалния тонус на детето. Прилагането на масажа започва при деца с телесна маса 4-ри килограма и възраст 4-та – 6-та седмица и се извършва чрез прийоми: поглаждане, почукване, размачкване и разтриване. Масажът до края на 4-та седмица се прави само с поглаждане и леко разтриване на дланите и стъпалата.

- Поглаждане - с него започва и завършва масажа, намалява хипертонуса и действа благоприятно на целия организъм;
- Почукване – въздейства върху периферните нервни окончания, с върха на пръстите се правят ритмични почуквания върху кожата. Не се прилага в областта на сърцето, бъбреците, коремната област, гръбначния стълб.
- Размачкване – стимулира подлежащия мускулен слой, извършва се с кръгови движения, започва от периферията на долни и горни крайници към ингвиналната гънка и рамото.
- Разтриване – стимулира целия организъм (Panteleeva D. 2008).

Масажът не се прави при: високо фебрилно състояние, остри инфекциозни заболявания, вродени сърдечни малформации, кожни заболявания. За да бъде ефикасен масажа е необходимо да се спазват следните правила: дланите на извършващия масажа - меки, затоплени, без накити; нежно и внимателно масажирание; температурата в стаята/кабинета - 24°C; ежедневно, един час след хранене; от периферията към центъра по хода на кръвния и лимфния ток; всеки прием с продължителност 1 – 2 минути, повтаря се от 3 до 5 пъти на сеанс; последователност: ръце, гърди, корем, крачетата, гръб и седалище (Markova, I. 2015).

Ръчички: поглаждане, размачкване, разтриване, почукване, поглаждане.

Гърдички: поглаждане, разтриване, поглаждане.

Коремче: поглаждане, разтриване

Крачета: поглаждане, размачкване, разтриване, почукване, поглаждане.

Седалище: поглаждане, разтриване, почукване, поглаждане.

Гръбче: поглаждане, разтриване, почукване, поглаждане (Bobev D., Genev E. 2000), (Savko L. 2016), (<https://semeistvo.rozali.com>)

Гимнастиката е важен момент от физическото развитие на детето. Подходяща възраст за започване на гимнастиката е след 2-я месец, защото бебето вече губи повишения мускулен тонус. Двигателните упражнения целят подобряване на мускулния тонус, сила и стимулиране на двигателното развитие. За постигане на целите е необходимо спазване на принципите: стаята да е добре проветрена и отоплена (22-23 градуса); бебето да е разсъблечено или леко

облечено; час и половина след последното хранене; упражненията се правят ако носят удоволствие на бебето (Bobev D., Genev E. 2000), (<https://invitrobg.com>).

Упражненията са различни, зависят от възрастта на бебето и физическото му развитие; подразделят се на пасивни и активни. Започва се с пасивни/ рефлукторни/, следват движения с подпомагане, последвани от активни движения. След навършване на 2 месеца упражненията са само за ръце и крака, като във всеки следващ месец се добавят нови / велосипедист, тупаница, плувец, мост, количка и други/ които укрепват мускулатурата на бебето, подпомагат обръщането от гръб по корем и обратно, подпомагат сядането, пълзенето и прохождането (Savko L. 2016), (<https://invitrobg.com>) (<https://babysling-bg.com/2012/02/08/>), (<https://semeistvo.rozali.com>).

Гимнастическите упражнения още през кърмаческия период са изключително важна част от профилактиката на гръбначните изкривявания при децата. В периода на подрастване е полезно детето да се приучи всяка сутрин да прави кратка гимнастика около 5-10 минути с цел тонизиране на мускулатурата и подобряване на подвижността на гръбначния стълб, важно е родителите да накарат детето само да прояви инициатива за упражненията; ако родителите правят сутрешна гимнастика или спортуват, децата много по-лесно биха се мотивирали да правят упражнения (<https://invitrobg.com>), (<http://zdravodete.bg/2016/03/28/>)

Проведено изследване

Цел на изследването: да се проучи информираността на респондентите за:

- значението на масажа и гимнастиката през първата година на детето;
- правилното провеждане на масажа и гимнастиката.

Обект на изследването: родители на деца до 3 годишна възраст.

Материали и методи:

- социологически метод – пряка анонимна анкета;
- документален метод - проучване на достъпна литература по проблема;
- статистически метод- обработка и анализ на информацията.

Методика на изследването

Проучването обхваща 55 респонденти на възраст 25 -30 години, чрез анкетна карта през периода 20.02.2018 - 10.04.2018 г.

Резултати от проведеното проучване и обсъждане. Резултатите са анализирани, обобщени и онагледени чрез хистограма на фигура 1, 2, 3, 4, 5, 6 и таблица 1.

Таблица 1

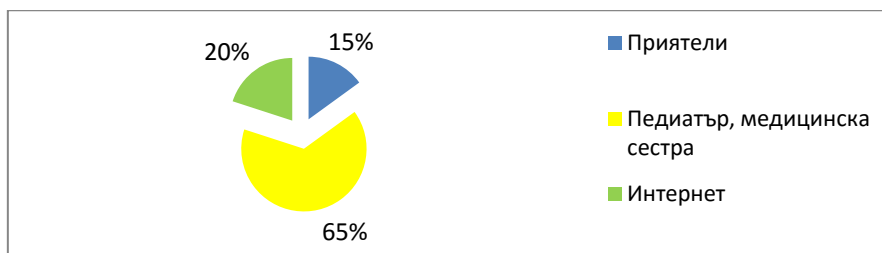
Последователност, противопоказания и въздействие на масажа и гимнастиката

Последователност на извършване на масаж:	Противопоказания за провеждане на масаж:
69% - ръце, гърди, корем, крачета, гръб	57% - фебрилни състояния, инфекции на кожата, бъбречни заболявания, вродени сърдечни пороци
13% - гърди, корем, ръце, крачета, гръб	27% - фебрилни състояния
18% - гърди, корем, гръб, ръце, крачета	16% - фебрилни състояния, кожни инфекции
Масажът и гимнастиката въздействат върху:	
11% - физическо развитие; 8 % емоционално и психично здраве;	
81% - физическо развитие, емоционално и психично здраве	

Анализът на информацията от таблицата 1 показва, значителен превес на респондентите посочили правилен отговор (69, 57, 81%), резултат подкрепящ добрата информираност на респондентите относно масажа и гимнастиката.

Отговорите на въпроса „Кой е източникът Ви на информация за закалителните мероприятия – масаж и гимнастика?“ са представени на фигура 1.

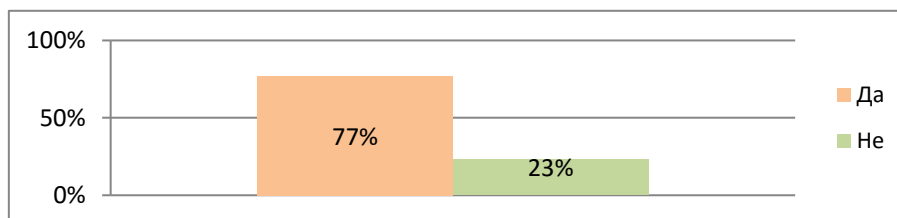




Фиг.1.Източник на информация за закалителните мероприятия

Резултатите от фигура 1 изразяват водещата позиция на медицинските специалисти /лекар, медицинска сестра - 65%/ като източник на информация за значимостта на закалителните мероприятия – масаж и гимнастика за правилното развитие на детския организъм.

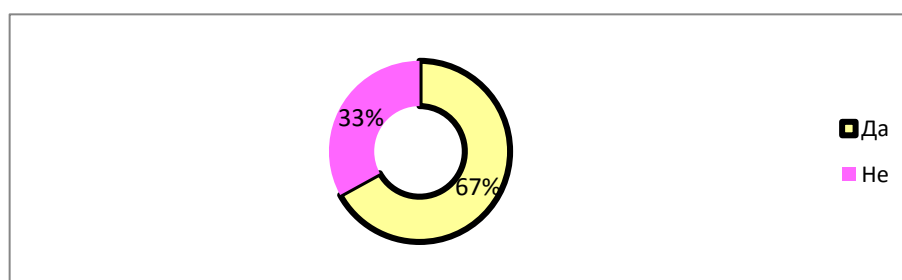
На фигура 2 са онагледени чрез хистограма отговорите на респондентите на въпроса „Проведено ли Ви е обучение за прилагане на масажа?“ /последователност на приемите - поглаждане, почукване, размачкване, разтриване/



Фиг. 2. Обучение за приложение на масаж

Отговорите от фигура 2, показват, че при 77% от респондентите е проведено обучение за правилно прилагане на масаж /последователност на приемите -поглаждане, почукване, размачкване, разтриване/. Правилно приложения масаж, респективно гимнастика и други закалителни мероприятия са от изключително значение за правилното физическо, психическо и емоционално развитие на детето.

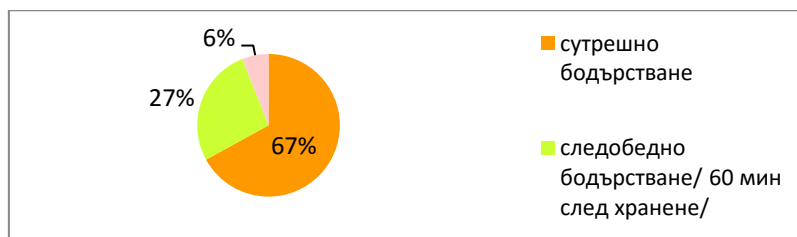
Графиката на фигура 3 представя резултатите от въпроса „Прилагате ли масаж и гимнастика на вашето дете?“



Фиг. 3. Приложение на масаж и гимнастика

Анализът на резултатите от фигура 3 е в подкрепа на значителна част от респондентите – 67 % прилагат масаж и гимнастика на своите деца според възраста и здравословното им състояние. Високият процент намира обяснение с адекватната информираност на респондентите за профилактичните мероприятия – масаж и гимнастика.

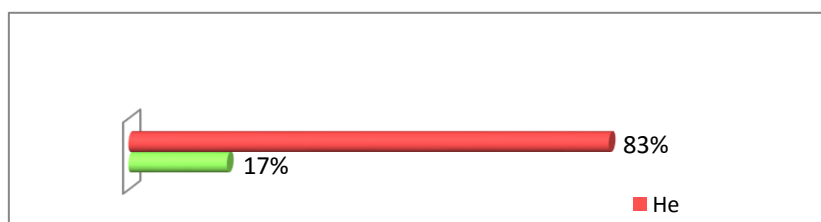
На фигура 4 са онагледени чрез хистограма отговорите на респондентите на въпроса „Кога /часово/ е най подходящо да се прилагат масаж и гимнастика“?



Фиг. 4. Приложение на масаж и гимнастика в периодите на бодърстване

Резултатите от фигура 4 показват, че 67% от респондентите прилагат масаж и гимнастика по време на предиобедното бодърстване, което е най подходящото време за децата; показания резултат е в съответствие на информираността на респондентите за изискванията относно правилното прилагане на масажа и гимнастиката.

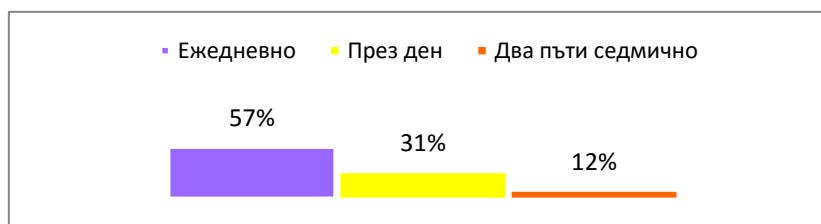
Отговорите на респондентите на въпроса „Необходима ли Ви е допълнителна информация за правилното приложение на масажа и гимнастиката?“, са представени на фигура 5.



Фиг. 5. Необходимост от допълнителна информация за правилното приложение на масаж и гимнастика

Хистограмата от фигура 5 категорично е в подкрепа на адекватната информираност на респондентите, тъй като само 17 % имат необходимост от надграждане на знанията за масаж и гимнастика.

Графиката от фигура 6 онагледява отговорите на респондентите на въпроса „Колко пъти седмично провеждате масаж и гимнастика на вашето дете?“



Фиг. 6. Седмично приложение на масаж и гимнастика

Резултатите от фигура 6 /57%, 31%, 12%/ относно седмичното приложение на масажа и гимнастиката при децата, са в резултат на добрата информираност на респондентите за правилното им прилагане.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Проучването доказва, че респондентите имат високо ниво на информираност за: последователността на приложение на масажа и гимнастиката;
  - положителното въздействие на масажа и гимнастиката върху физическото и психическото развитие на детския организъм;
  - противопоказанията на приложение на масажа и гимнастиката.
- Необходимо е своевременно предоставяне информация за тези мероприятия на родителите, за да започне системното им прилагането още в кърмаческа възраст с цел правилно развитие и профилактика на болести. Мили родители прилагайте масажа,

гимнастиката винаги когато искате да прекарате чудесни моменти с вашето бебе. Правете го, когато имате време за детето си и не се ядосвайте ако то не ви съдейства. Опитайте по-късно. Има много начини да изразите любовта си към детето, а масажа и гимнастиката е „само един от тях“.

#### ЛИТЕРАТУРА

Bobev D., Genev E. (2000) *Pediatrics*, МI „ARSO“ (**Оригинално заглавие:** Бобев Д., Генеv Е., „Педиатрия“, МI „АРСО“).

Markova, I. (2015), *Kak da otgledame zdravo i shtastlivo dete*, Pan, ISBN: 9789546605283, s. 160 (**Оригинално заглавие:** Маркова, И., Как да отгледаме здраво и щастливо дете, Пан, ISBN: 9789546605283, с. 160).

Panteleeva D. (2008), *Grizhi za zdraveto na deteto*, SoftPres, ISBN: 9789546856340, s. 134 (**Оригинално заглавие:** Пантелеева Д., Грижи за здравето на детето, СофтПрес, ISBN: 9789546856340, с. 134).

Savko L. (2016), *Moeto bebe den sled den - Dnevnik za razvitiето na bebeto ot razhdaneto do една година, Homo futurus*, s. 64 (**Оригинално заглавие:** Савко Л.,(2016), Моето бебе ден след ден - Дневник за развитието на бебето от раждането до една година, Хомо футурус, с. 64).

#### URL:

<https://invitrobg.com/masazh-i-gimnastika-na-novorodenoto> (**Оригинално заглавие:** <https://invitrobg.com/masazh-i-gimnastika-na-novorodenoto>).

<https://babysling-bg.com/2012/02/08/gimnastika-za-bebeta-ot-1-do-6-mesetsa/> (**Оригинално заглавие:** <https://babysling-bg.com/2012/02/08/gimnastika-za-bebeta-ot-1-do-6-mesetsa/>).

<https://semeistvo.rozali.com/bebe/masaj-i-gimnastika-na-bebeto/> (**Оригинално заглавие:** <https://semeistvo.rozali.com/bebe/masaj-i-gimnastika-na-bebeto/>).

<http://zdravodete.bg/2016/03/28/masaj-i-gimnastika/> (**Оригинално заглавие:** <http://zdravodete.bg/2016/03/28/masaj-i-gimnastika/>).

THU-2G.205-1-SSS-HC-11

---

**RELATIONSHIP TO THE PARTNER / FAMILY - A FACTOR FOR  
EMOTIONAL WELFARE AND QUALITY OF LIFE OF ONCOLOGICAL  
SALT<sup>30</sup>**

---

**Neli Tomova-student,**

Faculty of Public Health and Health Care,  
Department of Health Care,  
University of Ruse"Angel Kanchev"  
Phone:0894-215 109  
E-mail: tomova\_1987@abv.bg

**Lilyana Tsoneva-student,**

Faculty of Public Health and Health Care,  
Department of Health Care  
University of Ruse"Angel Kanchev"  
Phone:0887-553 826  
E-mail: lilqnastaka@abv.bg

**Assoc. Prof. Kristina Zaharieva, dp**

Faculty of Public Health and Health Care,  
Department of Health Care  
University of Ruse"Angel Kanchev"  
Phone: 0885-193 003  
E-mail: kzaharieva@abv.bg

***Abstract:** Human relations are a very complex issue. Among the closest people, the most complex communication problems arise. The close links, the proximity of people, even when they believe they have found the right person, face multiple problems and one of them is the clash with the oncological disease. It is important to find a balance between proximity and privacy, to preserve family relationships. A partnership will lead to mental well-being, which will affect the effect of treatment on cancer diagnosis. The good psychoclimate in home environment and trust among relatives are one of the most important factors for an oncology patient.*

***Key words:** human relationships, problems, oncological disease,*

**ВЪВЕДЕНИЕ**

Психическата стабилност е нещо, което или имаш или нямаш. Противно на общоприетото схващане, силната психика не е качество единствено на по-надарените индивиди. Всеки човек среща предизвикателства в живота си и в такива ситуации се учи да развива психическата си устойчивост.

**ИЗЛОЖЕНИЕ**

Живеем във време, в което все по-трудно успяваме да изградим стабилни и удовлетворяващи ни връзки. Колкото и емоционална топлина да даваме, понякога се сблъскваме с невидими стени. Стени зад които няма как да проникнем. (<http://mediaplus.bg/>). Също така оставаме изненадани от несъответствията. Даваме топлина, а получаваме хлад.

---

<sup>30</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 17.05.2018 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ПРИВЪРЗАНОСТТА КЪМ ПАРТНЬОРА/СЕМЕЙСТВОТО-ФАКТОР ЗА ЕМОЦИОНАЛНО БЛАГОПОЛУЧИЕ И КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ НА ОНКОЛОГИЧНО БОЛНИЯ.

Даваме сигурност, а човекът до нас не вярва, че е обичан. В такива моменти нека се сещаме, че в другия седи цял един свят от истории на привързвания и раздели. Понякога без да иска, той реагира на него, а не на нас. Но с времето ние можем да опитомим този свят. С търпение, постоянство, приемане и любов. В нас еволюционно е заложен стремежът в началото на нашия живот да търсим близостта с човека, който се грижи за нас (най-често майката). Всяко препятствие, било то реално или мнимо, което се появява пред връзката с нея и сигурността, която тя носи, води до реакция на тревожност и стремеж за възстановяване на привързаността. Следователно начинът, по който се осъществява комуникацията между майката и детето е база за това какъв стил на привързаност ще развие. Този стил на привързаност се интернализира, превръща се във вътрешен устойчив модел, който е непроменяем до края на живота./ (<https://psychoplex.wordpress.com>). Основните стилове на ранна привързаност са три – сигурна, тревожно-избягваща, тревожно-амбивалентна. Хората със сигурна привързаност изпитват доверие към своите партньори, очакват те да откликват на потребностите им. Техните връзки се характеризират с по-голяма продължителност, доверие, преданост и взаимозависимост, по-склонни са да използват партньорите си за сигурна база, чрез която овладяват света около себе си. Хората с тревожно-резистентен стил на привързаност, във взаимоотношенията си изпитват постоянно безпокойство относно това дали другите ги обичат и харесват. Те лесно се разгневяват, когато потребностите им от близост и привързаност са неудовлетворени. Възрастни с тревожно – избягваща привързаност, не са ангажирани в близки взаимоотношения, предпочитат да не зависят от другите, както и другите да не зависят от тях. (<https://magnifisonz.com/2016/06/15/>). Според някои автори установения тип привързаност през детството се съхранява през целия жизнен цикъл. Възрастни, които са формирали сигурна привързаност в детството ще бъдат и сигурно привързани към своя интимен партньор и към другите хора. Изградената избягваща привързаност през детството води до по-недоверчиви и дистанцирани отношения като възрастни. Формирането на амбивалентна привързаност през детството води до комбинация от сливаща близост и отхвърляне и/ или отблъскване. Според теорията за привързаността при възрастните (Hazan & Shaver, 1987; Mikulincer & Shaver, 2003) системата от привързаност се активира в ситуация на изпитван силен стрес или заплахата с цел да съхрани усещането за сигурност. Въпреки безспорно постигнатия напредък в медицината, поставянето на онкологична диагноза продължава да бъде силно стресиращо събитие както за самите пациенти, така и за членовете на техните семейства, защото ракът има висока смъртност както в национален, така и в световен мащаб. Грижата за член от семейството с онкологична диагноза изисква съобразяване с множество фактори с цел задоволяване на неговите потребности. Взаимоотношенията с интимните партньори (съпрузите) и членовете на семейството може както да са затруднени, така и да са от помощ при преживяване на диагнозата. Възможно е тя да провокира бариери в общуването, които пречат на откровеното обсъждане на рака, или пациентът да установи, че близките отношения са затруднени от стреса, който всички преживяват и на който са подложени. Установява се, че неподкрепящото поведение от съпрузите и другите членове на семейството е свързано с психологическия дистрес при онкологичните пациенти. При провеждане на структурирани интервюта с жени с рак на млечната жлеза става ясно, че удовлетвореността от подкрепящи взаимоотношения между партньорите е свързана с психичното им благополучие (Pistrang & Barker, 1995). За омъжените жени от особено значение е подкрепата, която получават от своите съпрузи (Ell, Nishimoto, Morvay, Mantell & Namovich, 1989). Удовлетворението им от нея се отразява върху подобряване на настроението и качеството им на живот. Жени с рак, които възприемат своите съпрузи с критикуващо или избягващо поведение към диагнозата, имат повече натрапливи мисли, свързани с рака, в сравнение с жените, чиито съпрузи са по-слабо негативно ориентирани. Според много изследователи взаимодействието между партньорите е от голямо значение при съвместно преодоляване на стресора. Ефективно справяне се постига чрез емпатично, искрено и топло общуване между партньорите и споделяне на реалистична и позитивна оценка към стреса, което развива емоционалната връзка между тях /Зорница Ганева/ Скалата на Measure of Attachment Qualities (MAQ) (Carver, 1997) предлага адекватно анализиране на качеството на привързаността към партньора.

### Проведено изследване

Цел на изследването: да се установи значението на привързаността на онкологично болните към семейството за психичното им благополучие .

Обект на изследването: респонденти с онкологични заболявания.

Материали и методи

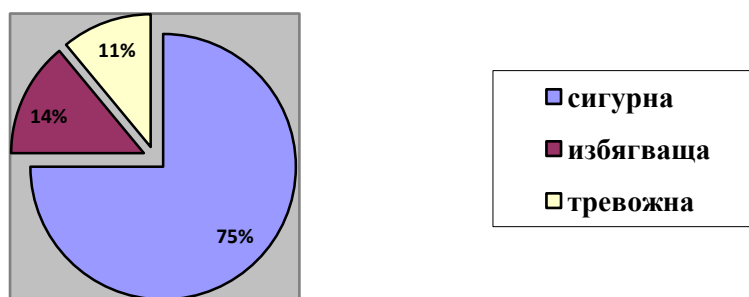
- социологически метод –пряка анонимна анкета;
- документален метод - проучване на достъпна литература по проблема;
- статистически метод- обработка и анализ на информацията.

Методика на изследването

Проучването обхваща 85 респонденти на възраст 42-60 години, чрез анкетна карта през периода 20.12.2017 - 10.04.2018 г.

Резултати от проведеното изследване:

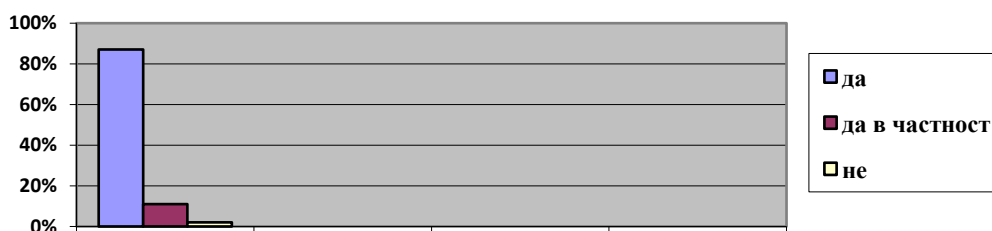
Резултатите са анализирани, обобщени и онагледени чрез хистограма на фигура 1, 2, 3,4,5, 6 и 7 . Отговорите на въпроса „Според вас каква е привързаността ви към партньора / семейството?“са представени на фиг. 1



Фиг. 1. Информация за наличие на привързаност

Резултатите от фигура 1 изразяват , че 75% от респондентите са привързани към семейство/партньор , 14% избягват наличие на връзки ,а при 11% е тревожна привързаността.

На фигура 2 са онагледени чрез хистограма отговорите на респондентите на въпроса „Удовлетворени ли сте от психологическата и моралната подкрепата от страна на партньора/семейството?“



Фиг. 2. Наличие на подкрепа от страна на партньор /семейство

Хистограмата от фигура 2 изобразява категорична удовлетвореност на респондентите, тъй като само 2 % нямат такава .

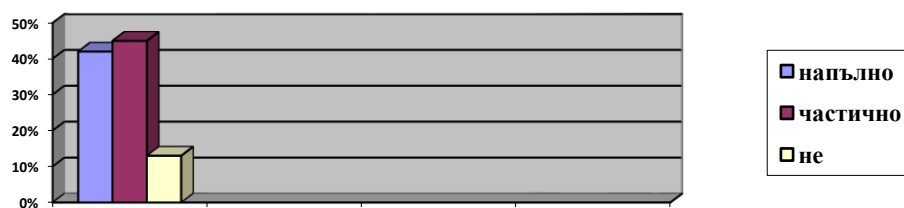
Отговорите на въпроса „ Подкрепящите взаимоотношения между вас и партньора/ семейството свързани ли са с психичното ви благополучие?“ са представени чрез хистограма на фиг.3.



Фиг. 3. Семейна подкрепа / психично благополучие

На фиг. 3 са показани резултатите колко много е важна семейната подкрепа 85% показва благоприятното въздействие на семейната среда , 10% - до някъде , 5% -не е достатъчно.

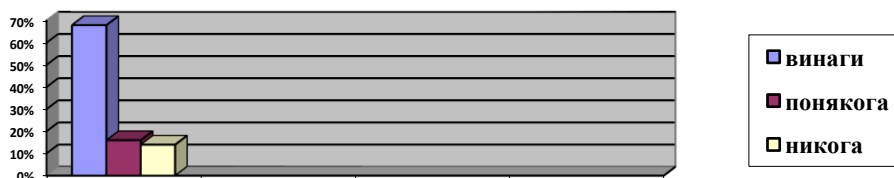
На фиг.4 са онагледени отговорите на респондентите на въпроса „Изпитвате ли доверие към партньора си? „



Фиг. 4. Информация за доверие към партньора

Резултатите отразяват 42% напълно доверие, 45% частично, а 13% нямат доверие към партньора си.

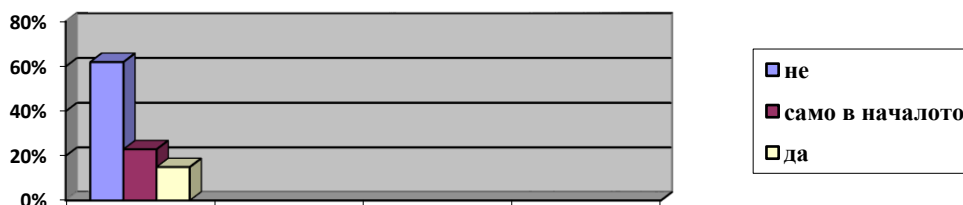
Отговорите на въпроса „Партньорът ви отзовава ли се на потребностите ви?“, са представени на фиг. 5.



Фиг. 5. Отзоваване на партньора към потребностите на болния

По голяма част от респондентите отговарят на въпроса „Винаги“.

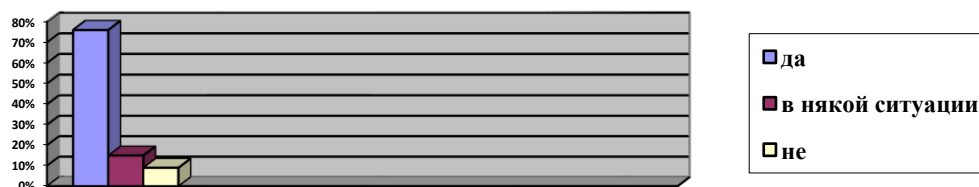
На фигура 6 респондентите отговарят на въпроса“ Появиха ли се бариери в общуването ви с членовете на семейството след поставяне на диагнозата „Рак“?“



Фиг. 6. Информация за комуникацията в семейството на онкологично болен

Резултатите на анкетираните отразяват добра комуникация и взаимоотношения . Само 15% отговарят с положителен отговор.

На последния въпрос „Привързаността ви с партньора/семейството дава ли ви усещане за психически комфорт и емоционална стабилност“ отговорите са онагледени на фиг. 7.



Фиг. 7. Информация за наличие на хармонични взаимоотношения

Над 70% от респондентите дават положителен отговор като много малка част се чувстват некомфортно.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Проучването доказва, че за респондентите има огромно значение привързаността им към семейството;
- Резултатите отразяват, че добрите взаимоотношения и доверие спомагат за положителния ефект от лечението;
- Психичното благополучие е важен фактор при онкологично болни пациенти.

Необходимо е своевременно предоставяне информация на онкологично болните за значението на привързаността към семейството / партньора за психичното им благополучие и качество на живот. Когато сме психически изморени сме способни да отлагаме нещата и да си намираме оправдания. Гледаме винаги да намираме лесен изход от ситуациите, точно както се случва, когато сме физически изморени от заболяването. Най-добрият начин за справяне с това е постоянно да си напомняме чрез визуални стимулации за нашите мечти и амбиции. Да четем и гледаме неща, които ни вдъхновяват, да слушаме любимата си музика, да посещаваме любимите си места с любимите си хора. Това определено ще действа като събуждане и ще върне силите обратно в съзнанието ни.

### ЛИТЕРАТУРА

Ell, K., Nishimoto, R., Mantell, J., & Hamovitch, M. (1988). Longitudinal analysis of psychological adaptation among family members of patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 32(4-5), 429-438.

Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.

Pistrang, N., & Barker, C. (1995). The partner relationship in psychological response to breast cancer. *Social Science & Medicine*, 40, 789-797.

Ganeva Z., (2013). MORE THAN THE CROWN OF CROWN, ISBN 978-619-90129-2-5, Elektra EOOD, (**Оригинално заглавие:** Ганева З., (2013), *ОЩЕ НЕЩО ЗА РАКА НА ГЪРДАТА*, ISBN 978-619-90129-2-5, Елестра ЕООД).

### URL:

<https://magnifisonz.com/2016/06/15/> (**Оригинално заглавие:**

<https://magnifisonz.com/2016/06/15/> *Как стиловете на привързаност влияят на отношенията ни като възрастни*).

<http://mediaplus.bg/teoriata-na-john-bowlby/> (**Оригинално заглавие:** <http://mediaplus.bg/> *теорията на Джон Боулби*).

<https://psychoplex.wordpress.com/2014/11/21/> (**Оригинално заглавие:** <https://psychoplex.wordpress.com/2014/11/21/> *Модел на привързаност на Джон Боулби*).



SPANISH FLU PANDEMIC <sup>31</sup>

---

**Lilyana Tsoneva – Student**

Department of Health Care,  
University of Ruse "Angel Kanchev"  
Phone: 0887-553 826  
E-mail: lilqnastaka@abv.bg

**Assist. Prof. Irina Hristovaef**

Department of Health Care,  
University of Ruse "Angel Kanchev"  
Phone: 0884-582 733  
E-mail: ihristova@uni-ruse.bg

*Abstract: Influenza is one of the most serious epidemic diseases of all time and the worst viral disease. The biggest flu pandemic "Spanish flu" broke out in January 1918 and ended in December 1920. The disease is considered to be severely severe, as people first encounter an aggressive influenza virus called H1N1. This strain infects about 500 million people around the world, including the remote Pacific islands, the Arctic. The disease takes 3-5% of the world's population.*

*Key words: influenza, pandemic, „Spanish flu“, all world, death*

**ВЪВЕДЕНИЕ**

Грипът е едно от най-сериозните епидемични заболявания на всички времена и най-тежко протичащото остро вирусно заболяване. През 2018г. се навършват 100 години от най-голямата пандемия от грип, която избухва през януари 1918 г. година и приключва декември 1920 година. Заболяването е определяно като значително тежко, тъй като хората за пръв път се срещат с агресивния грипен вирус, наречен H1N1. Този щам заразява около 500 милиона души по целия свят, включително жителите на отдалечените тихоокеанските острови и Арктика. Отнема живота на 3-5% от населението на света (Mamelund SE ,2018 Jan 21).

**ИЗЛОЖЕНИЕ**

За първи път за грипа се споменава през 412 г. пр.н.е., а първото описание на грипоподобно заболяване е направено от Хипократ. Причинителят на болестта, грипният вирус, е открит от Ричард Шоуп (Richard Shope) през 1931 г. Няколко години по-късно са типизирани трите групи грипни вируси А, В и С.

Грипът, когато повечето хора чуват тази дума, обикновено се срещат за сезонния грип. Несъмнено, и той може да бъде смъртоносен, особено за децата и възрастните хора, както и за хора с отслабена имунна система. За повечето хора обаче, вирусът на сезонния грип, който мутира в известна степен всяка година, не е особено опасен, тъй като имунните ни системи вероятно вече са го срещали и знаят как да се борят с него. Това се нарича вроден имунитет и почти всички го имаме в някаква степен.

Пандемичен грип - терминът се отнася за особено вирулентни щамове грип, които се разпространяват бързо от човек на човек и предизвикват световна епидемия (пандемия). За разлика от сезонния грип, пандемичният възниква, когато се появи абсолютно нов вирус. Този тип вирус може да произлезе от животни или в резултат на серия от драматични мутации на вече циркулиращи вируси. При всички положения, резултатът е нещо, с което човечеството досега не се е сблъсквало - патоген, който лесно се предава на фона на имунна система, която

---

<sup>31</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 17.05.2018 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ПАНДЕМИЯТА ИСПАНСКИ ГРИП.

не е подготвена по никакъв начин да се справи с болест (Kircheva, M., Atanasova, M., Ilieva, P., 2013).

Табл. 1. Съпоставка между сезонен и пандемичен грип

Сезонен грип	Пандемичен грип
Възниква <b>ежегодно</b> през есенно-зимния сезон	Възниква <b>рядко</b> (три пъти през ХХ-ти век)
Населението обикновено има <b>частично изграден имунитет</b> от предишни боледувания	Населението <b>няма</b> или има <b>много слаб имунитет</b>
<b>Здравите хора обикновено не са подложени на риск</b> от усложнения, при млади хора, възрастни или хората с хронични заболявания има повишен риск от сериозни усложнения. най-засегнатите са деца от <b>5-14 год.</b> и възрастни над <b>50 год.</b>	<b>Здравите хора са с повишен риск</b> от сериозни усложнения. Най-засегнати при пандемията са хора на <b>възраст между 20-40 год.</b> (данни от пандемията от “испански грип“ през 1918 год.)
<b>Здравната система</b> може да посрещне обществените и индивидуални нужди.	<b>Здравната система</b> ще е силно претоварена и не може да посрещне нуждите на индивида и обществото.
Съставът на ваксините се основава на предвижданията на щамовете, които ще преобладават през сезона.	Наличните <b>противогрипни ваксини няма да са ефикасни</b> срещу грипния щам. За създаването на нова, подходяща ваксина ще са необходими поне 6-8 месеца след изолиране и идентифициране на вируса.
Има <b>адекватни количества</b> и доставки от <b>антивирусни средства.</b>	Ефективните <b>антивирусни средства</b> ще са в <b>недостатъчни количества.</b>
<b>Смъртните случаи</b> в света всяка година от грип са приблизително <b>500 000 души.</b>	Прогнозите за броя на смъртните случаи са между <b>7-63 милиона души</b> в света.
<b>Симптоми:</b> висока температура, кашлица, хрема, мускулни болки. Смъртта често е предизвикана от усложненията - пневмония, енцефалит, миокардит и др.	<b>Грипните симптоми</b> могат да бъдат <b>по-тежки</b> , усложненията - по-чести.
Като цяло <b>има средно влияние върху обществото</b> (карантина на училищата, повече хора, които си стоят у дома), <b>10% от отпуските</b> по болест в Европа	Очаква се <b>щетите да бъдат огромни</b> поради: поне <b>45% отсъствие</b> от работа, поради отпуски по болест, грижи за друг член от семейството, страх от заразяване, карантина с последващо затваряне на офиси, училища, ограничаване на пътуване и т.н.

Въпреки че от грип човек може да умре и днес, повечето от съвременните хора не възприемат тази болест като нещо страшно и унищожително. Само преди сто години обикновена грипна епидемия се превръща в смъртоносна пандемия, най-убийствената в цялата история на човешкото съществуване. Според непълни данни, жертва на заболяването тогава са станали между 50 и 100 милиона души по целия свят (Billings, M., 1997)

На 4 март 1918 г. се съобщава за първия заболял от испански грип във Форт Райли, Канзас. Това е Албърт Гичъл. До обяд на 11 март 1918 г. в болница са приети над 100 войници, а в рамките на няколко дни се съобщава за още 522 заразени. На 15 март 1918 г. вирусът достига Куинс, Ню Йорк, а неспазването и непредприемането на превантивни мерки биват изключително остро критикувани впоследствие (Dahal S, 2017) (Pyle, G.F., Patterson, K. D., 1991).



**„Сестри доброволки от американския Червен кръст се грижат за болни от грип пациенти в залата на кметството в Оукланд, която се е ползвала като временна болница.“-Асошиейтед прес**

През август 1918 година се появява по-вирулентен щам, който атакува едновременно Брест, Франция, Фрийтаун, Сиера Леоне, както и в американските щати Бостън и Масачузетс.



**Октомври 1918 г. персоналът на моторизираната част от Червения кръст в Сейнт Луис е с маски, докато се приготвят носилки пред линейките, които превозват болните от грип**

Смята се, че смъртоносният вирус е дошъл от Китай или от военна база на САЩ в Канзас. Благодарение на търговията и придвижването на войници, участващи в Първата световна война, се разпространява до всички кътчета на земята. За пръв път се съобщава за болестта в Испания, която е неутрална по време на военните действия и болестта се кръщава „Испански грип“. Вирусът обхваща 39% от населението, включително и кралят на Испания Алфонсо XIII.



Основната причина за бързото разпространение на вируса е липсата на адекватна реакция на медицинските власти, поради военните действия и краткотрайния инкубационен период в комбинация с лесното му предаване по въздушно-капков път. Тогава една трета от населението на света е било заразено с вируса, от тях 2.5% са починали от усложнения или пневмония. При сезонен грип смъртността е под 0.1% (Mitrevа, R. 2010). Смъртоносни в случая от 1918 година били мутациите на вируса за хората на възраст между 20 и 40 години. Повъзрастните имали повече шанс, защото техният организъм разпознава вируса и имунната им система се опитва да се справи с него. Друга особеност на страшната пандемия била бързата смърт (Mamelund SE., 2018). Голяма част от заболелите умирали в първите часове на болестта. Лекарите считали, че реакцията на младите хора срещу вируса била толкова силна, че на практика се самоунищожавал самият организъм от цитокинна буря (известна също като цитокинна каскада или *hypercytokinemia*, представляваща потенциално фатална имунна реакция, състояща се в неадекватно положителна обратна връзка между цитокините и белите кръвни клетки). Симптомите на испанския грип през 1918 г. са толкова необичайни, че първоначално респираторното заболяване е грешно диагностицирано като денга, холера или тиф. Наблюдатели пишат: "Едно от най-забележителните от усложненията е кръвоизлива от лигавиците, особено от носа, стомаха и червата. Наблюдава се кървене от ушите и червени петна от кръвоизливи по кожата. По-голямата част от смъртните случаи са вследствие на вторична инфекция – бактериална пневмония, но болестта може да убива хората и директно, причинявайки масивни кръвоизливи и оток на белите дробове (Billings M., 1997). Благодарение на техническия прогрес на превозните средства (влакове, дирижабли, високоскоростни кораби) болестта се разпространява много бързо по цялата планета. В някои държави публичните места, съдилищата, училищата, църквите, театрите и кината са затворени за цяла година. Продавачите забранявали на купувачите си да влизат в магазините, а поръчките се извършвали на улицата. В някои страни е бил въведен военен режим. В един от градовете на Съединените щати са били забранени ръкостисканията. В Кейптаун шофьор на влака заявява смъртта на шестима пътници в разстояние само на 5 километра. В Барселона били загинали 1200 души дневно. В Австралия лекар изброява за един час на една улицата 26 погребални процесии. Цели села от Аляска до Южна Африка били изчезнали (Gottfredsson M., 2008). Имало е градове, в които е нямало нито един здрав лекар. Хората били погребвани без ковчези и паметници. Единственото място, което не било засегнато от пандемията е остров Мараджо в устието на Амазонка в Бразилия. (Dahal S, et all, 2017).

Пандемията преминава след една година. И то само, защото успели да оживеят, са си създали имунитет и това помогнало на лекарите да се преборят успешно със заболяването (Kircheva M., et all, 2013).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

След приключването на пандемията се правят изводи, че за 24 седмици грипът убива повече хора, отколкото СПИН за 24 години. Болестта върлува във всяко кътче на земното кълбо, като унищожава цели населени места в Аляска и Сомалия, а в Африка се смаява населението драстично. В Европа, Азия и САЩ умират значителна част от работоспособното население (Erkoreka A, 2010) (Pyle G.F., 1991).

Експертите са категорични, че е напълно възможно пандемичен грип да се случи в рамките на нашия живот (Gupta S., 2017). Грипът има здравно и медико-социално значение. Днес последствията от една смъртоносна грипна пандемия – грип, за който не съществуват географски граници и би засегнала всеки човек директно или косвено, може да са фатални за човечеството.

С подобряване на системите за засилване на наблюдението болничните екипи по света трябва да са достатъчно подготвени, за да разпознаят пациент, който не се вписва в стандартните медицински модели. Следва бърза и точна идентификация на вируса, взимане на генетичен материал и незабавно споделяне на информацията, така че експерти от цял свят да могат да започнат работа по нова ваксина. След като тя е готова бързото ѝ разпространение до всеки град на планетата е от решаващо значение.

## ЛИТЕРАТУРА

Billings M. 1997. The 1918 Influenza Pandemic. Virology at Stanford University.

Dahal S., Jenner M., Dinh L., et al. 2017. Excess mortality patterns during 1918-1921 influenza pandemic in the state of Arizona, USA. *Ann Epidemiol*.

Erkoreka A. The Spanish influenza pandemic in occidental Europe (1918-1920) and victim age. *Influenza Other Respir Viruses*. 2010 Mar; 4(2):81-9. PMID: 20167048 doi: 10.1111/j.1750-2659.2009.00125.x.

Gottfredsson M. 2008. The Spanish flu in Iceland 1918. Lessons in medicine and history. *Laeknabladid*. 2008 Nov; 94(11):737-45. Icelandic. PMID: 18974435

Gupta, S. 2017. The big one is coming, and it's going to be a flu pandemic. CNN. URL: <https://edition.cnn.com/2017/04/07/health/flu-pandemic-sanjay-gupta/index.html> (Accessed on 11.04.2018).

Kircheva, M., Atanasova, M., Ilieva, P. 2013. Infectious diseases and epidemiology, *Medicine and gymnastics*.

Mamelund SE. 1918 pandemic morbidity: The first wave hits the poor, the second wave hits the rich. *Influenza Other Respir Viruses*. 2018 Jan 21. PMID: 29356350. DOI:10.1111/irv.12541

Mitreva, R. 2010. Grip. *MEDINFO*. 12.2010 (**Оригинално заглавие: Митрева, Р. 2010. Грпн. МЕДИНФО. 12.2010**) URL: <http://www.medinfo.bg/spisanie/2010/12/statii/grip-1023> (Accessed on 11.04.2018).

Pyle, G.F., Patterson, K. D. 1991. The geography and mortality of the 1918 influenza pandemic. Spring. *Bull Hist Med*.

THU-2G.205-1-SSS-HC-13

---

## NUCLEAR MAGNETIC RESONANCE WITH GADOLINIUM CONTRAST - GENERAL AWARENESS OF THE POPULATION <sup>32</sup>

---

### **Gamze Yashova – Student**

Department of Health Care,  
University of Ruse "Angel Kanchev"  
Phone: 0884467347  
E-mail: g\_19@abv.bg

### **Assist. Prof. Irina Hristova**

Department of Health Care,  
University of Ruse "Angel Kanchev"  
Phone: 0884-582 733  
E-mail: ihristova@uni-ruse.bg

***Abstract:** The MRI provides highly detailed images of the body that can not be obtained by other imaging tests. The MRI can provide early detection of a very wide variety of conditions, so that the treatment can be more effective. The excellent quality of the magnetic resonance images can provide the best possible information if surgery is required. In case there are abnormalities, the MRI can show their location, size and span.*

***Keywords:** Nuclear magnetic resonance, Gadolinium contrast, Nurse, Health care.*

### **ВЪВЕДЕНИЕ**

Ядрено магнитния резонанс (ЯМР) е нерентгенов метод за послойно изобразяване на регионите в организма в чиято основа седят сложни физични принципи относно поведението на водородните протони в тялото, поставени в хомогенно магнитно поле. Методиката позволява детайлно представяне на различни части и региони на тялото без за това да се използват рентгенови лъчи. При ЯМР се използва принципа на радиовълни възникващи в хомогенно магнитно поле, които в последствие се насочват към определен регион от тялото. При срещата им с него се получава сигнал (Ехосигнал) който се улавя от специални приемници, след което се обработва по компютърен път и чрез математически изчисления се получава образ. Методът е безвреден както за възрастни така и за деца (Georgiev, R., 2016).

ЯМР с контраст се прави само след основното изследване – ЯМР без контраст. Контрастният препарат се използва за уточняване на вида заболяване или изключване на скрити патологични процеси. С други думи, ако със стандартното изследване е невъзможно да се определи заболяването и степента на неговата активност, тогава се предприема ЯМР с контраст. *ЯМР с контрастно усилване* е необходимо при подозрения за първичен или вторичен тумор с всякаква локализация (метастази), при множествена склероза за определяне на активността на процеса, за диференцираща диагностика на тумори, хематоми, абсцеси или псевдотумори. (Georgiev, R., 2016).

### **ИЗЛОЖЕНИЕ**

Използването на контрастен препарат зависи от показанията и се назначава от лекар. Количеството зависи от телесното тегло, както следва: до 69 кг – 10 мл; от 70 до 99 кг – 15 мл; над 100 кг – 20 мл. (Georgiev, R., 2016).

В качеството на специално вещество при провеждането на ЯМР с контраст се прилагат препарати на основата на солите на метала гадолиний. Той притежава способността да се

---

<sup>32</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 17.05.2018 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ЯДРЕНО МАГНИТЕН РЕЗОНАНС С ГАДОЛИНИЕВ КОНТРАСТ - ОБЩА ИНФОРМИРАНост НА НАСЕЛЕНИЕТО.

отлага преимуществено в тъканите с активен обмен на веществата, особено в тъканите със злокачествени тумори и в зоните с патологично кръвообращение (Magnitno-rezonansna tomografia, 2012) .

**Солите на гадолиния.** Благодарение на парамагнитните свойства на контрастното вещество, предварително въведено в лакътна вена, се усилва магнитният сигнал. На снимките злокачествените тумори буквално „светят“. Това позволява лекарят да определи точно техните граници и степента на взаимодействието им с околните структури. Границите на раковите образувания прекалено трудно се определят при стандартно обследване. Причината е, че злокачествените клетни могат да проникнат в тъканите, без да ги променят визуално. А контрастният препарат, който попада във въпросните тъкани, помага ясно да се видят границите и също възможния обseg на разпространение. Това позволява точно да се определи стадият на възпалителния процес. За разлика от рентгеновите контрасти и йодсъдържащите препарати, които се влагат при провеждането на *компютърна томография*, контрастите за ЯМР са с много по-ниско ниво на токсичност и алергенност (Vreda i risk pri YaMR, 2017).

Процедурата по въвеждане на контраста се извършва **много бавно** и ако се влоши състоянието на пациента, по-нататъшното прилагане на гадолиний веднага се прекратява. Според статистиката, всички алергични реакции, които настъпват по време на ЯМР с контраст, се проявяват слабо и леко се поддават на терапия. По време на въвеждането на контрастното вещество се наблюдава състоянието на пациента, неговите жизненоважни функции и пациентът може да съобщава, ако се чувства зле.

В началото на 2017 година обаче това виждане за препаратите на основата на гадолиний се промени и се откриха сериозни рискове. През март 2017 година Европейският лекарствен регулатор предложи да се приберат от пазара няколко контрастни агенти на основата на гадолиний (GBCA) заради опасения, че това вещество остава в организма на човека след провеждането на ядрено-магнитна томография (Informatsia za patsienti i grazhdani, 2017).

В проведеното през месец март 2017г. заседание за безопасността на гадолиния от Комитета за оценка на риска в проследяването на лекарствената безопасност (PRAC) изследване на агентите на основата на гадолиний се съдържат убедителни доказателства затова, че даденото вещество се отлага в мозъка. Това са показали преки измервания на гадолиний в тъканите на мозъка, направени много месеци след последното въвеждане на контрастното вещество на базата на гадолиний, се казва в съобщение на Комитета (Vreda i risk pri YaMR, 2017).

В България се изисква регистрация на използвания контраст на базата на данните към 2011 година е приета класификация на контрастните агенти за ЯМР, като те се делят според степента на риска за пациенти от използването им. Веществата са общо 9. Във всяка група попадат по три от тях, както следва (Vreda i risk pri YaMR, 2017).

Таблица 1. Класификация на контрастните агенти за ЯМР

Средства с висок риск	Средства със среден риск	Средства с нисък риск
Omniscan, OptiMARK, Magnevist	MultiHence, Primovist, Vasovist	Gadovist, ProHence, Dotarem

Медицинските специалисти регистрират точното името на препарата, който е употребен в конкретно изследване. Това става чрез стикери, които са сложени върху опаковките на контрастите. Тези етикети се ползват за проследяване и регистриране на използвания контраст при ЯМР (Georgiev, R., (2016).

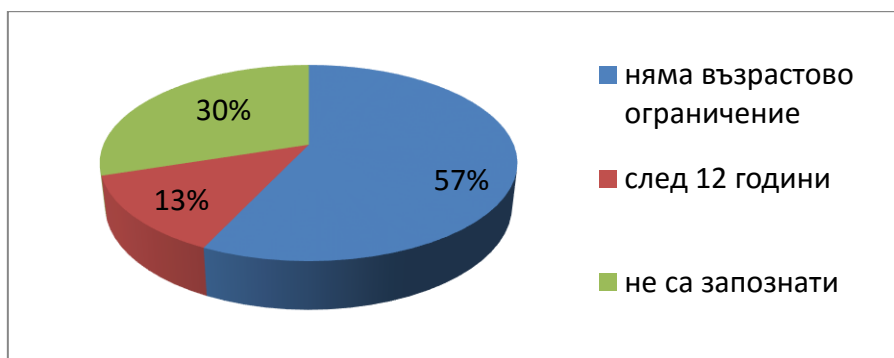
## РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Изследвахме общата информираност на населението относно ЯМР и приложението на гадолиниевы контрасти. Обхванати са общо 100 души на случаен принцип за набиране на първична емпирична информация.

Анкетираните са на възраст от 19 до 60 г. От анкетираните в сферата на образованието работят 38%, 42% в сферата на производството, 10% в здравеопазването и 10% други области.

На въпроса колко често е безопасно да се провежда ЯМР? 23% от анкетираните са отговорили 4 пъти в годината; 33% един път месеца; 44% няма ограничение в броя на изследванията.

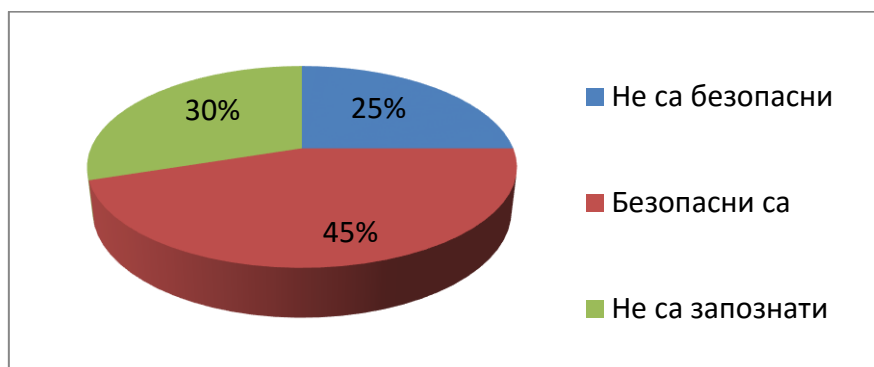
Отчетена е слаба информираност относно ограниченията и противопоказанията за провеждане на ЯМР.



Фигура 1. Отговори на въпроса „Има ли възрастови ограничения за провеждане на ЯМР изследване?“

Много голям дял от респондентите (57%) смятат, че няма възрастово ограничение а 30% са отговорили, че не са запознати. За основни противопоказания се считат бременност до втора гестационна седмица и индивидуална чувствителност към контраста.

Голям процент от респондентите изказват мнение, че контрастните вещества, използвани при ЯМР, са безопасни (45%).



Фигура 2. Отговори на въпроса „Според Вас безопасни ли са контрастните вещества, използвани при ЯМР?“

Липсва информираност в почти една трета от анкетираните лица, относно безопасността на гадолиниевите контрасти (30%).

По отношение необходимостта от специални грижи преди изследването 75% от респондентите отбелязват, че ЯМР не изисква специални грижи, докато само 10% посочват такава необходимост, останалите 15% подчертават, че не са запознати.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ЯМР е една високоспециализирана медицинска дейност, широко използвана в съвременната медицината.



PRAC излага доказателства за отлагане на гадолиний в мозъка след провеждане на контрастно усилен ЯМР, но без да има признаци на увреждане от това (Информация за пациенти и граждани, 2017). Въпреки, че няма данни за симптоми или заболявания, свързани с отлагането на гадолиний в мозъка, PRAC предприе подход на предпазливост, като подчерта, че данните за дългосрочните ефекти на гадолиний върху мозъка са ограничени.

Резултатите от анкетата налагат необходимостта от нови и ефективни модели за широка обществена информираност. Поемането на лична отговорност за здравето и съпътстваща висока информираност предполага вземането на т.нар. информиран избор от пациента.

## ЛИТЕРАТУРА

Georgiev, R., (2016). Savremenni nevroizobrazitelni magnitno-rezonansni tehniki. Sofia, Izdatelstvo: MU „Prof. d-r P. Stoyanov” (**Оригинално заглавие:** Георгиев, Р., 2016. Съвременни невроизобразителни магнитно-резонансни техники. София, Издателство: МУ „Проф. д-р П. Стоянов”)

Informatsia za patsienti i grazhdani (2017). (**Оригинално заглавие:** Информация за пациенти и граждани. 2017) URL: [http://www.bda.bg/images/stories/documents/pharmacovigilance/gadol.patients\\_j\\_clean.pdf](http://www.bda.bg/images/stories/documents/pharmacovigilance/gadol.patients_j_clean.pdf) (Accessed on 10.04.2018).

Magnitno-rezonansna tomografia. 2012. (**Оригинално заглавие:** МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНА ТОМОГРАФИЯ) URL: <http://www.acibademcityclinic.bg/bg/sofia/dcc/obrazna-diagnostika/205-magnitno-rezonansna-tomografiq> (Accessed on 11.04.2018).

Vreda i risk pri YaMR. (2017). Protivopokazania. Kontrast i opasnosti pri gadoliniy. 2017 (**Оригинално заглавие:** Вреда и риск при ЯМР. Противопоказания. Контраст и опасности при гадолиний. 2017). URL: <http://rezonans.lekar.bg/370/> (Accessed on 10.04.2018).

OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA <sup>33</sup>

**Viktoria Aikova – Student**

Department of Health Care,  
University of Ruse “Angel Kanchev”  
Phone: +898306673  
E-mail: viki\_aikova@abv.bg

**Assist. Tatyana Atanasova**

Faculty of Public Health and Health Care,  
Department of Health Care,  
Ruse University "Angel Kanchev"  
E-mail: nursing\_russe@abv.bg

***Abstract:** Obstructive sleep apnea finds a wider social response in our time. The increasing incidence among people of working age and the significant negative consequences for their health make it a topical issue, provoking both medical and public interest. Sleep-related disorders associated with sleep are underestimated as a risk factor. The purpose of the study is to determine the level of awareness among the population of the city of Rousse about obstructive sleep apnea and the complications that may occur. **Material and Methods:** In the period 1.03.2018 - 31.03.2018 the opinion of 70 patients of ambulatory and stationary treatment in DCC 1 - Rousse EOOD, Kanev UMHAT and Dr. DR Gramatikov Rousse - EOOD. Survey and statistical methods were used to analyze data and draw conclusions. Only 10% of patients with a problem would consult their GP for these symptoms. There is a low awareness of the population regarding this syndrome and it is not considered as a potential social risk.*

***Key words:** sleep apnea, syndrome, health problem, social risk*

**ВЪВЕДЕНИЕ**

Обструктивната сънна апнея намира все по-широк социален отзвук в нашето съвремие. Като синдром тя е дефинирана преди повече от 30 години, но нарастващата ѝ честота сред хората в трудоспособна възраст и значимите негативни последици върху тяхното здраве я превръщат в актуален проблем, предизвикващ както медицински, така и обществен интерес. Свързаните със съня дихателни нарушения са подценявани като рисков фактор за системни усложнения и често остават недиагностицирани, и недооценени. Това е предизвикателство за специалистите в областите медицина на съня, неврология и пулмология, които търсят начини за разрешаване на проблема и терапевтичен подход.

**ИЗЛОЖЕНИЕ**

Синдромът на обструктивната сънна апнея се определя като повтарящи се епизоди на механична обструкция на горни дихателни пътища по време на сън придружено от неефективно дихателно усилие. Сънната апнея се характеризира с повтарящи се и продължаващи повече от 10 секунди прекъсвания (апнеи) или намалявания (хипопнеи) на дихателния поток по време на сън. При клинично значимите форми на сънна апнея, обикновено се установяват повече от 20 апнеи или хипопнеи за един час. В литературата съществуват данни, че при някои пациенти спирането на дишането е между 60 – 80 пъти за един час. Тези дихателни паузи са съпроводени със снижаване на кислорода в кръвта – така наречената кислородна десатурация. Това състояние се определя като опасно, поради невъзможността по време на апнеичните паузи кислорода да достига до жизнено важни органи, включително и до мозъка. Прекъсванията на дихателния поток могат да имат различна продължителност – от 10 секунди до минута – минута и половина. Това е съпроводено също

<sup>33</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 17.05.2018 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ОБСТРУКТИВНА СЪННА АПНЕЯ.

така и с хъркане. Хъркането, епизодите на диспнея, асфиксия и движението на тялото водят до фрагментация на съня. (Milanov, I.,2018) Усещането за неефективен сън, изтощението и сънливостта през деня (най-честия клиничен симптом) могат сериозно да влошат качеството на живот. При хора само с първично хъркане, по правило липсват епизоди на апнея (хиповентиляция) и прекомерна дневна сънливост (хиперсомния) (<https://www.medinfo.bg/spisanie>). Хъркането с периоди на спиране на дишането обаче, е типична проява на обструктивна сънна апнея и в тази връзка е важен симптом, защото е един от първите сигнали за идентификация на едно сериозно заболяване, водещо до тежки увреждания на жизнено важни органи, чийто изход, при непредприети навреме мерки може да бъде и смърт. При всички изследвани пациенти с обструктивна сънна апнея е установено, че са имали проблема “тежко хъркане“ в продължение на години. Важно е да се отбележи, че не всички хора който хъркат имат обструктивна сънна апнея (<http://www.sleepapnea-bg.info/osas.html>).

#### **Основни клинични симптоми**

- Силно хъркане
- Епизоди на спиране на дишането през нощта
- Събуждания, придружени със задъхване
- Безсъние

#### **Допълнителни клинични симптоми**

- Изразена дневна сънливост
- Сухота в устата при събуждане
- Прекомерно изпотяване по време на сън
- Поява на гастроезофагиален рефлукс
- Раздразнителност
- Сутрешно главоболие
- Нарушения в концентрацията
- Понижено настроение
- Умора
- Тревожност

#### **Усложнения**

- Инциденти на работното място
- Заспиване на волана при шофиране
- Сексуална дисфункция

#### **Последствия от нелекувана обструктивна сънна апнея**

- Високо кръвно заболяване
- Ишемична болест на сърцето
- Инфаркт
- Ишемичен мозъчен инсулт
- Пулмонална хипертензия
- Нарушен глюкозен толеранс
- Когнитивен дефицит

#### **В зависимост от причините за спиране на дишането по време на сън, апнеята бива:**

- Централна сънна апнея - резултат от смущения в централната нервна система, контролираща периферната респираторна мускулатура. Наблюдават се нарушения всигналите, които изпраща мозъка до дихателните мускули. Среща се най-рядко.
- Обструктивна (поради запушване) сънна апнея – по-често срещана форма на заболяването. Дължи се на нарушения (отпускане) в тонуса на мускулите в гърлото. Обструкцията често е на няколко нива и е съпроводена с повишени респираторни усилия от страна на торакалната и абдоминалната мускулатура.
- Смесена сънна апнея - резултат от съчетанието на причини от централен и периферен тип.

### Рискови фактори за развитието на обструктивната сънна апнея

- Фамилна обремененост
- Хормонални промени
- Анатомични аномалии в лицево-челюстната област
- Прием на сънотворни медикаменти
- Възраст 45 – 50 години в съчетание с:
  - Наднормено тегло
  - Повишено артериално налягане – среща се при 40 % от случаите на ОСА ([http://www.puls.bg/illnes/issue\\_524/](http://www.puls.bg/illnes/issue_524/))
  - Фактори засягащи стила и начина на живот като:
    - ✓ Употреба на алкохол
    - ✓ Тютюнопушене
    - ✓ Неправилен хранителен режим
    - ✓ Понижена двигателна активност

### Честота на разпространение

Засяга около 5 % от населението в света. Съотношението мъже : жени е 2 : 1,5 на 100 000 души, като тази разлика намалява с настъпването на климактериума при жените и промяната в хормоналното съотношение (<http://www.sleepapnea-bg.info/osas.html>). От всички възрастови групи най - засегнати са хората във възрастовата група между 45-55 години, когато се наблюдават първите симптоми и когато стреса, повишеното артериално налягане, наднорменото тегло и поведенческите фактори са най-изявени, особено употребата на алкохол и сънотворни лекарства (<https://www.medinfo.bg/spisanie/>).

### Полисомнография - „Златен стандарт“

Изследване посредством което се проследяват функциите на дихателната, сърдечната, нервната система и движенията на тялото и крайниците на спящия човек, след което следва титриране (настройване) на налягането на въздуха, подаван чрез апарат СРАР (continuous positive airway pressure) и назална или ороназална маска. Подаваният въздух е с позитивно налягане и поддържа горните дихателни пътища отворени, като не се допуска мускулатурата да колабира и да причини частично или пълно запушване.

Експираторно положително налягане на дихателните пътища (ЕРАР) може да се постигне и чрез малки устройства за еднократна употреба, които се поставят над всяка ноздра преди сън и позволяват свободно движение на въздуха.

Усложненията на Обструктивната сънна апнея са сериозни и имат социален характер. ОСА е една от причините за настъпване на друго заболяване, предполагащо социална инвалидизация и това е повод да проучим информираността на населението от град Русе.

### Проведено изследване

ЦЕЛ. Да се установи степента на информираност на респонденти от град Русе относно заболяването Обструктивна сънна апнея и усложненията, които могат да настъпят.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ. В периода 1.03.2018 г. – 31.03.2018 г. е проучено мнението на 70 пациента на амбулаторно и стационарно лечение в ДКЦ 1 – Русе ЕООД, УМБАЛ „Канев“ АД и СБАЛПФЗ „Др Д. Граматиков“ Русе - 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. В структурата по пол относителните дялове на анкетираните мъже и жени е сравнително еднакъв – мъже - 45,7 % (абсолютния брой е 45 ), жени - 54,3 % (абсолютния брой е 49). В структурата по образование – относителните дялове на пациентите с основно, средно и висше образование са както следва: с най-голям относителен дял са хората със средно образование – 47,1 %, следвани от тези с основно образование - 31,4 % и с най-малък относителен дял са пациентите с висше образование – 21,5 %, което позволява да отбележим, че над половината от пациентите са образовани и могат да се възползват от съвременните технологии за да получат информация по даден проблем. Всички анкетиранни са разпределени във възрастови групи: от 30 - 40 години – 4,3 %, от 41 – 50 години – 20 %, от 51 – 60 години – 32,8 %, от 61 – 70 години – 38,6 % и над

70 години – 4,3 %, което показва, че над половината от анкетираните са хора в активна трудоспособна възраст.

На въпроса хъркате ли по време на сън са отговорили с положителен отговор - 52,9 % от респондентите, като 28,4 % от тях са събуджани по време на сън защото „не дишат“ и това притеснява партньорите им, 18,9 % от „хъркащите“ са се доверили на личния си лекар, споделяйки за проблема, и 54,8 % от тях свързват сутрешното си неразположение – главоболие, умора, раздразнение, с хъркането и лошия нощен сън. Този извод е важен, защото дава основание да считаме, че все пак една малка част от населението определя състоянието на ОСА като тревожен факт и търси начин за справяне с проблема.

Като цяло 48 % от анкетираните знаят какви са основните симптоми на Обструктивната сънна апнея, но само 10 % от тях биха се консултирали със своя личен лекар и 22,5 % от тях са запознати с всички симптоми на заболяването. 38 % от респондентите са чували, че хъркането и честото спиране на дишането по време на сън могат да бъдат причина за настъпване на инфаркт, инсулт и диабет.

По отношение на рисковите и поведенческите фактори сме разгледали и обобщили данните в двете възрастови групи от 51-60 години и 61-70 години, в които относителният дял на респондентите е най-висок – съответно 32,8 % (абсолютен брой 31) и 38,6 % (абсолютен брой 36) от една страна и от друга това е възрастта в която се извяват симптомите на ОСА. С високо артериално налягане са 60 % от всички респонденти в двете групи, 42 % са с наднормено тегло, 66 % са пушачи, 76 % от анкетираните вечер с храната приемат по 1 до 2 чаши алкохол и 26 % взимат лекарства за сън. Тези данни ни насочват към тезата, че при хората в трудоспособна възраст съществува риск от появата и развитието на обструктивна сънна апнея.

#### ИЗВОДИ

1. Над 50 % от анкетираните хъркат, но само 28,4 % от тях хъркат и правят дихателни паузи, което потвърждава тезата, че не всяко хъркане е ОСА.
2. Твърде нисък процент – 10 % на пациентите с проблем, които биха се консултирали с личния си лекар за тези симптоми. Тези данни сочат, че информираността сред населението по отношение на този синдром е ниска и обществото не го приема като потенциален социален риск.
3. В подкрепа на неразпознатия социален риск са и данните посочени при анализа във връзка с рисковите и поведенческите фактори:
  - С високо артериално налягане – 60 %
  - С наднормено тегло – 42 %
  - Пушачи - 66 %
  - Приемачи алкохол с вечерята – 76 %

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Промяна в стила и начина на живот:
  - Отслабване, дори и лека загуба на наднорменото тегло би могло да доведе до облекчаване на симптомите на ОСА.
  - Хранителният режим да бъде балансиран, а при хората с наднормено тегло – нисък прием на храни богати на мазнини.
  - Умерена физическа активност – упражнения, фитнес, 30 минутна бърза разходка на ден.
  - Избягване на прием на алкохол и таблетки за сън – те отпускат мускулатурата в задната част на гърлото и пречат на нормалното дишане по време на сън.
  - Отказ от тютюнопушене.
2. Подходящо положение в леглото при сън – странично положение.
3. Консултация със специалист (ОПЛ, пулмолог, невролог, кардиолог), изследване и терапия.

**ЛИТЕРАТУРА**

Milanov, I., (2018). Nevrologichni uslognenia na somatichnite zabolavania. Varna. Izdatelstvo „Steno“ (**Оригинално заглавие:** *Миланов, И., 2018. Неврологични усложнения на соматичните заболявания, Варна: Издателство „Стено“*).

<https://www.medinfo.bg/spisanie/2004/3/statii/za-problema-obstruktivna-synna-apneja-i-negovoto-multidisciplinarno-reshenie-1648> (**Оригинално заглавие:** *https://www.medinfo.bg/spisanie/2004/3/statia за проблема обструктивна сънна апнея и неговото мултидисциплинарно решение*).

<http://www.sleepapnea-bg.info/osas.html> (**Оригинално заглавие:** *http://www.sleepapnea-bg.info/osas.html, Сънна апнея*).

[http://www.puls.bg/illnes/issue\\_524/](http://www.puls.bg/illnes/issue_524/) (**Оригинално заглавие:** *http://www.puls.bg/illnes/issue\_524/, Какво представлява сънната апнея*).

<http://inspiro-bg.com/tsentar-za-belodrobni-bolesti-i-meditsina-na-sanya/kakvo-tochno-e-sanna-apneya/> (**Оригинално заглавие:** *http://inspiro-bg.com/ Какво точно е сънна апнея*).

THU-2G.205-1-SSS-HC-15

---

## INTERNET DEPENDENCE AND NOMOPHOBIA - MODERN MENTAL DIVERSITY <sup>34</sup>

---

### **Songyul Mustafa – Student**

Department of Health Care,  
University of Ruse “Angel Kanchev”  
Phone: +893777236  
E-mail: songyul212@abv.bg

### **Assoc. Prof. Nikolina Angelova, dm**

Department of Health Care,  
Ruse University "Angel Kanchev"

### **Assist. Tatyana Atanasova**

Department of Health Care,  
Ruse University "Angel Kanchev"  
E-mail: nursing\_russe@abv.bg

***Abstract:** Addiction is a behavior, which is not situationally conditioned, but happens quite often and has a chronic nature. Addiction means the unconscious desire to escape from reality by changing the state of consciousness. Any behavior that brings "harm" to the body can be considered addictive. Modern mental disorders are the addiction to the Internet and the increasing distribution of smartphones and related mobile devices.*

***Keywords:** addiction , consiosnes , mental disorder, behavior*

### **ВЪВЕДЕНИЕ**

Създаването на Интернет, огромната популярност и все по-голямото разпространение на смартфоните и свързаните мобилни устройства без съмнение са истинска благодат за човечеството. Новите начини за комуникация позволяват на хората да работят по-ефективно, да учат по-успешно и да получават бърз достъп до информация и развлечения, което само преди двадесет години би било невъзможно. Смартфоните отдавна са престанали да бъдат просто "телефон" за нас. С развитието на технологиите и социалните мрежи, нашите приспособления са станали основното средство за комуникация, работещ инструмент, развлекателен център и прозорец към света. В съвременното общество се появяват термини като номофобия, Facebook депресия, киберболест, киберхрондия, които биха могли да се разглеждат като психични отклонения на личността.

### **ИЗЛОЖЕНИЕ**

Синдромът на фантомното позвъняване е едно от тези психологически болестни състояния, срещани сравнително често у потребителите на мобилни телефони. Зависимостта от смартфона има същите прояви като зависимостта от пушенето (<https://portal12.bg>). Формирането на този тип психическо разстройство, разбира се, се свързва с прекалено честата употреба на мобилен телефон, а проявите му според специалистите зачестяват в периоди на стрес. Фантомното усещане за звънене се обяснява с електрическата активност на мобилните апарати. Според австралийски учени електрическите сигнали предизвикват усещане за вибрация, тъй като задействат периферните нерви. Усещането, че нещо вибрира в джоба ни,

---

<sup>34</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 17.05.2018 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ИНТЕРНЕТ ЗАВИСИМОСТ И НОМОФОБИЯ – МОДЕРНОТО ПСИХИЧНО РАЗТРОЙСТВО.

не е плод на въображението, а биологичен процес, който може да заблуди напълно здрав човек, че телефонът му звъни. Тревожно е, когато това започне да става ежедневно. Симптомите са:

- Чувствате се некомфортно, ако нямате постоянен достъп до телефона си
- Проверявате телефона си в леглото щом отворите очи
- Задължително вземате телефона си, когато сте в банята
- Изпитвате ужас, когато Ви падне батерията или забравите телефона си
- Постоянно гледате в телефона си дали може да хванете някъде безплатно интернет
- Изпитвате постоянна потребност да гледате в екрана за някакви известия или новини
- На всеки няколко минути ровите в социалните мрежи просто по навик

Докато спите, държите телефона си под възглавницата или близо до Вас

Пишете съобщения или се ровите в социалните мрежи, докато шофирате или правите нещо друго, изискващо внимание.

Нямате представа какво да правите, ако телефонът не е в ръцете ви.

**Номофобия** (от английски “no-mobile-phone phobia”) се появява като заболяване през 2010 година. Изразява се в несъзнателното безпокойство, което изпитват потребителите на мобилни телефони, когато по някаква причина остават без устройството си. Всъщност едва ли има потребител на мобилен телефон, който в един или друг момент да не е изпитвал подобен страх, който при пълно падане на батерията, у някои се проявява като леко безпокойство, а при други се превръща в истинска паника. Според експертите това е психическо заболяване като анорексията и посттравматичния стрес, което може да бъде диагностицирано по ред симптоми ([www.tialoto.bg](http://www.tialoto.bg)). Изследване показва, че представителките на нежния пол са със 17% по-заstrasени да страдат от номофобия и са много по-склонни да изпитват тревожност, ако забравят мобилния си телефон вкъщи, отколкото мъжете. В резултат на проведени проучвания се предлага, номофобията да бъде включена в DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Както при много други психични заболявания, хората, страдащи от номофобия, не подозират или твърдо отричат съществуването на какъвто и да е проблем. Те не се разделят с любимия предмет дори, когато отиват в тоалетната. За зависимия човек страстта към телефона се изразява в ограничаване на контактите с околните: разговорите очи в очи и живото общуване се заменят с неличностни контакти.

**Facebook”Депресия”**. Проявите на болестта са свързани с изпадане в състояние на депресия при комуникация с контактите в социалната мрежа или обратното – при липсата на такава. Доказано е например, че колкото повече време хората прекарват във Facebook, толкова по-лоши са настроението им като цяло и отношението им към живота. Според специалистите това е свързано с факта, че като правило хората публикуват в социалните мрежи само снимките и новините за себе си, които ги представят в изгодна светлина. В резултат на това много други хора остават с потискащото впечатление, че техните познати и приятели живеят по-добре, по-забавно и по-пълноценно от тях самите. А това лесно може да доведе до трайно чувство за неуспех и неудовлетвореност.

**Пристрастяване към интернет** Ако поразширим фокуса и го преместим от социалните мрежи към Интернет като цяло, ще се сблъскаме с друго разстройство – т. нар. Интернет зависимост. Това е болезненото и постоянно желание да имаш непрекъсната връзка с Мрежата, което се отразява негативно на другите сфери от живота (личния живот или работата) – до пълното им изключване в особено тежките форми на пристрастяването. Въпросът с пристрастяването към Интернет е спорен – дали това е наркомания или може да се отнесе към психическите заболявания.

**IOS и Киберболест.** Човешката реакция на мобилния телефон или смартфон може да бъде и коренно противоположна. Това психично разстройство също си има официално наименование – нарича се киберболест, или cybersickness в англоезичната терминология. Това състояние се характеризира с появата на световъртеж, главоболие, гадене или дезориентация, при взаимодействие с определени електронни устройства ([www.teenproblem.net/](http://www.teenproblem.net/)). Терминът е измислен още през 90-те години на миналия век, когато са се появили първите устройства за виртуална реалност. Сравнително чести проявления на заболяването са наблюдавани и след



обновленията на iOS до по-нова версия, когато някои собственици на iPhone също се оплакват от гадене и дискомфорт – нещо, което специалисти обясняват с т.нар. паралакс ефект. Д-р Дейвид Грийнфийлд - професор по психиатрия в медицинския университет в Кънектикът счита, че привързаността към смартфона наподобява други пристрастявания и води със себе си промяна в нивата на допамин в мозъка. Допаминът е невротрансмитер, който регулира дял от мозъка, свързан с награждаването. Това означава, че той мотивира хората да правят неща, за които мислят, че ще бъдат възнаградени. Неговата цел е да помогне на хората да намерят баланс в живота си. Всеки път, когато получим известие от телефона си, нивото на допамин в мозъка се повишава леко, което ни кара да изпитваме непреодолимо желание да проверим дали става въпрос за кратко съобщение от някого, когото харесваме, електронно писмо, или каквото и да е друго. Ние нямаме представа какво ще е следващото известие, нито когато точно ще го получим, и това кара мозъка ни да иска постоянно да проверява.

**Киберхрондия.** Не така разрушително, но също много сериозно модерно заболяване. Човек, страдащ от това психично разстройство, прилича на хипохондрик – смята, че е болен, и то не от една болест, а поне от няколко – но с тази разлика, че е прочел за него в Интернет и си е поставил диагнозата сам на базата на прочетеното онлайн. Така, ако не внимава, човек, когото просто го е заболяла глава, може лесно да се самоубеди, че страда от сериозно раково заболяване например. А едно такова убеждение, както е известно, може действително да повлияе на здравето му и наистина да стане причина за вече реална, а не мнима болест.

**Google ефект.** Най-разпространената болест, която поражда поголовно практически всички, които имат достъп до Интернет, независимо от пол и възраст. Този “ефект” се изразява в тенденцията човек бързо да забравя информация, която лесно може да се намери в Мрежата с просто търсене по ключова дума в популярна търсачка (откъдето идва и наименованието). Човек, поразен от Google ефект, е убеден, че няма нужда от учене и знания, тъй като всяка информация се намира само на няколко клика разстояние. И е добре да се внимава, защото дори да смятате иначе, това не ви имунизира срещу Google ефект. Доказано е, че мозъкът, независимо от волята ни, просто отказва да помни информация, за която знае, че може да намери по по-лесен начин.

Неограниченият достъп до новите медии може да има сериозни последици и се свързва с редица проблеми при подрастващите като насилие, затлъстяване, недоспиване, тормоз в интернет, неприятности в училище и пр. Според изследване на EU Kids Online от 2010 г., за една година 15% от децата на възраст между 11 и 16 години са получавали онлайн съобщения или снимки с "откровено сексуално съдържание", т.е. "снимки, които показват голи хора, или снимки, на които хора правят секс" и само 3% от тях споделят, че са изпращали или пускали подобни съобщения в интернет. Американската академия по педиатрия (Проект „Изгубени в света на киберпространството" *Lost in Cyberworld*), препоръчва ненавършилите две години да не стоят пред екраните, защото мозъкът се развива по-добре при общуване с хора и неструктурирани игри (инициирана и управлявана от детето дейност без правила, организация и цели) и човешко общуване. Американската академия по педиатрия (ААП) настоява да се ограничи достъпът на децата до социалните мрежи и мобилните устройства, имайки в предвид статистическите данни, които потвърждават:

- В света децата започват да влизат в интернет още на 3-годишна възраст.
- Между 6 и 9 годишна възраст имат собствен таблет.
- На 10 – 12 годишна възраст получават първият си GSM.
- На 13 години получават смартфон, сред чиито потребители са 70% от тийнейджърите в САЩ.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Препоръките на специалистите са децата да не прекарват повече от два часа дневно във "Фейсбук", "Туитър" и други популярни места за забавления в интернет.

1. Родителски контрол над децата - програмата Family Link се инсталира на родителския смартфон, като чрез нея се създава акаунт за детето и се въвеждат данните за устройството, подлежащо на контрол - т.е. таблета или смартфона, който

ще ползва детето. След завършване на настройките родителите получават възможност да блокират определени приложения на устройствата на своите деца, както и да предотвратяват свалянето на едни или други програми. Родителите могат да избират време за сън на детето, през което смартфонът е напълно блокиран. Като алтернатива е достъпна функция, която позволява избор на брой часове за ползване на устройството от детето в рамките на един ден.

2. Инструктирайте ги какво да споделят - само неща, които биха искали да види и баба им, с кого е безопасно да общуват в интернет, да не се страхуват да сигнализират на възрастен при прояви на тормоз, както и кои места в Мрежата одобрявате да посещават.

## ЛИТЕРАТУРА

<https://portal12.bg/ako-chovek-nyama-kontrol-nad-internet-i-tehnologiite-te-go-og> (**Оригинално заглавие:** <https://portal12.bg/> Ако човек няма контрол над интернет технологиите, те го ограбват подобно на наркотична зависимост).

[www.tialoto.bg/a/65-jivotat/43588-10-znaka-che-stradate-ot-nomofobiiia/](http://www.tialoto.bg/a/65-jivotat/43588-10-znaka-che-stradate-ot-nomofobiiia/) (**Оригинално заглавие:** [www.tialoto.bg/a/65-jivotat/43588-10-znaka-che-stradate-ot-nomofobiiia/](http://www.tialoto.bg/a/65-jivotat/43588-10-znaka-che-stradate-ot-nomofobiiia/) знака, че страдате от номофобия).

[www.teenproblem.net/.//44804-kakvi-zdravoslovni-problemi-ni-nosi-stoeneto-pred-](http://www.teenproblem.net/.//44804-kakvi-zdravoslovni-problemi-ni-nosi-stoeneto-pred-) (**Оригинално заглавие:** [www.teenproblem.net/.//44804-kakvi-zdravoslovni-problemi-ni-nosi-stoeneto-pred-](http://www.teenproblem.net/.//44804-kakvi-zdravoslovni-problemi-ni-nosi-stoeneto-pred-) какви здравословни проблеми ни носи стоенето пред монитора).

THU-2G.205-1-SSS-HC-16

---

## CHEMICAL AND NON-CHEMICAL RELATIONS AND "GAMING BEHAVIOR" <sup>35</sup>

---

**Songyul Mustafa – Student**

Department of Health Care,  
University of Ruse "Angel Kanchev"  
Phone: +893777236  
E-mail: songyul212@abv.bg

**Assoc. Prof. Nikolina Angelova, dm**

Department of Health Care,  
Ruse University "Angel Kanchev"

**Assist. Tatyana Atanasova**

Department of Health Care,  
Ruse University "Angel Kanchev"  
E-mail: nursing\_russe@abv.bg

***Abstract:** Non-chemical additives create less damage to the body and brain than chemical dependence, but also lead to a change in biochemical regulation in brain work. For this reason, non-chemical addiction is also called mood changing behavior. The corresponding chemicals are introduced into the body from outside, leading to the human brain. Chemicals and their derivatives "damage" the brain by changing their biochemical regulation - neurotransmitters, receptors, sensitivity of receptors to the corresponding neurotransmitters, etc. These changes are irreversible, such as alcohol and some medications. Non-chemical dependencies lead to a change in human behavior. Non-chemical addictions create less damage to the body and brain than chemical dependence, but also lead to a change in biochemical regulation in brain work. For this reason, non-chemical addiction is also called mood changing behavior. Maintaining gray matter in the hippocampus is important for healthy knowledge. Playing 3D platform video games has already shown that it promotes gray matter in the hippocampus in younger adults, but it also has its negative effects, which classifies it into a group of addictions. Gaming behavior is considered a modern mental disorder. In order for the individual to be identified as affected by a gaming disorder, one must be addicted to the extent that the game threatens its natural needs and a normal life.*

***Keywords:** addiction, gaming behavior, the health of the individual*

### **ВЪВЕДЕНИЕ**

Зависимо е това поведение, което не е ситуативно обусловено, а се случва достатъчно често и има хроничен характер. От английското addiction – пристрастяване. То е част от несъзнаваното желание за бягство от действителността чрез промяна в състоянието на съзнанието. При това за зависимо може да се счита всяко натрапливо поведение, което носи „вреда“ на организма. Зависимостите могат да бъдат химически и физически.

#### **Химическите зависимости**

Химически вещества се внасят в организма от вън, като в резултат на това достигат до мозъка на човека. Химическите вещества и техните производни продукти «повреждат» мозъка като изменят неговата биохимична регулация – невротрансмитери, рецептори, «чувствителност» на рецепторите към съответните невротрансмитери и др., като тези промени са необратими вещества, като алкохол, някои медикаменти, наркотици.

#### **Нехимичните зависимости**

Променят поведението на човека и психофизическото му състояние. Нехимическите зависимости увреждат в по-малка степен тялото и мозъка на човека, отколкото химическите

---

<sup>35</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 17.05.2018 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ХИМИЧЕСКИ И НЕХИМИЧЕСКИ ЗАВИСИМОСТИ И „ГЕЙМИНГ ПОВЕДЕНИЕ“.

зависимости, но също водят до промяна в биохимичната регулация в работата на мозъка. По тази причина нехимическите зависимости се наричат още изменящи настроението поведения. Нехимическите зависимости често се съчетават с други психични и поведенчески разстройства като афективни разстройства, obsесивно-компулсивно разстройство, разстройства на личността и поведението в зряла възраст, неврози и химически зависимости.

## ИЗЛОЖЕНИЕ

Едно от съвремените психични разстройства се нарича „Гейминг поведение”. Играенето както на видео, така и на компютърни игри отдавна вече е станало повече от прищявка и екзотично забавление. Ако нашите родители са ходили при приятел, който е имал телевизионна игра и са си мечтаели за собствена, то вече всеки един от нас си има компютър и играе на игри – това е станало част от живота ни. Родителите се опитват да отделят децата си когато прекарват повече от час пред любимата си игра, защото са загрижени как това ще повлияе на здравето им в дългосрочен план. И са прави – много от изследванията посочват неблагоприятния ефект върху децата (<http://pcworld.bg>). Една от най-влиятелните лекарски организации в САЩ се обявява против присъствието на смартфони и лаптопи в детските стаи. Американската академия по педиатрия (ААП) се стреми да ограничи достъпа на децата до социалните мрежи и мобилните устройства. Според специалистите малчуганите трябва да прекарват не повече от два часа дневно във "Фейсбук", "Туитър" и други популярни места за забавления в интернет.

За да бъде определен като засегнат от *gaming disorder* (гейминг разстройство), човек трябва да е пристрастен до степен в която играта застрашава естествените му нужди и нормален живот. Въпросното състояние трябва да е продължило поне година. След години наблюдения върху компютърните игри и начина по който те влияят върху човека, СЗО информира, че засегнатите от това състояние са между 0,2 и 20% от населението на земята и те се определят като хора с психично разстройство. По предложение на СЗО „Гейминг разстройствата“ ще бъдат причислени към МКБ (<http://www.hera.bg>), тъй като те могат да имат сериозни последици върху здравето на хората.

**„Разстройството на геймъра”** (Gaming Disorder) се характеризира с модел на постоянно или периодично „гейминг“ поведение, наблюдавано онлайн (по интернет) или офлайн проявено според:

- нарушен контрол по време на игра
- повишен приоритет на дейността за сметка на други ежедневни или жизнено дейности;
- продължаване или задълбочаване на модела на поведение поради други отрицателни фактори и събития. Моделът на поведение може да доведе до нарушения във функционалността на индивида в области като семейни и социални взаимоотношения, обучение, практикуване на професия (<https://www.webcafe.bg>).

Гейминг поведението и белезите му могат да бъдат анализирани след период от една година от началото на появата му, като този период може да бъде скъсен, ако симптомите се задълбочават и поведението на индивида е сериозно засегнато в области като семейни и социални взаимоотношения, обучение, практикуване на професия.

**Според СЗО, гейминг поведение има тогава, когато:**

- човек приоритизира гейминга до такава степен, че това взема предимство над останалите му интереси в живота
- когато този навик продължава до такава степен, че застрашава здравето на засегнатия, например чрез липса на сън или препитание.
- всичко това трябва да се наблюдава и анализира в продължение на поне една година, преди да бъде поставена и потвърдена диагнозата

## Мерки

- Във Великобритания се създават клиники, които биха могли да помогнат в лечението на хора с гейминг поведение.

- Южна Корея – забраняват се игрите на лица под 16-годишна възраст. Забраната важи за часовете от полунощ до 6 сутринта, през останалото време е позволен достъпът и ограничението се налага само от родителите
- Япония - забранява надхвърлянето на определени часове за месец и след това акаунтите се деактивират.
- Китай - с времето за гейминг се занимава интернет доставчика Tencent, който ограничава часовете и достъпа на подрастващите в най-популярните игри

Британското здравеопазване започна кампания за „дигитална диета“ на децата, като причините за това са описани така „нито един от нас като родители не би искал детето му да яде джънк фуд през цялото време – двоен чийзбургер, чипс, всеки ден, на всяко хранене и поради тази причина не искаме това да се случва и с времето в интернет на децата ни“ (Ан Лонгфийлд, комисар по въпросите за децата във Великобритания). „Когато телефоните, социалните медии и игрите ни правят тревожни, стресирани или нямаме контрол, това означава, че не успяваме да балансираме. С диета това се постига. Същото е със социалните медии“ (<https://ladyzone.bg>.) Според друго проучване на британските специалисти, децата във всички възрастови групи прекарват все по-големи периоди онлайн, като тези между 5 и 15 години прекарват около 15 часа в интернет. Абсолютен лимит за времето онлайн няма, но кампанията „дигитално пет-на-ден“ (“digital five-a-day”), има за цел да убеди родителите не да изключват рутера вкъщи, а да се стимулират повече занимания онлайн, които водят до знания, отколкото такива, които са само постване на снимки и емоджита

#### **Гейминг Терапия**

През 2009 година е проведено друго изследване, което има своя хипотеза:

„Геймърите, които страдат от психични проблеми като стрес и депресия, са в състояние да излязат от своята фрустрация и агресия, като играят на игри“.

- Игрите помагат на децата да се отпуснат и разтоварят.
- Игрите облекчават емоционалната болка
- Игрите облекчават физическата болка.

В подкрепа на тази хипотеза е и друго проучване на психолози от университета на Вашингтон, които разработват игра с помощта на която се въздейства психологически върху физическата болка – целта е да се отвлече максимално детската мисъл от мисълта за непоносимата физическа болка. За целта е използвана играта "Snow World", която вкарва децата в арктическа страна на чудесата, в която те хвърлят един безкраен арсенал от снежни топки и преминават през серия от задачи, като по пътя си срещат пингвини и снежни човечи. Точно тази игра използват и в много военни болници, като тя помага на войниците, възстановяващи се от тежките рани. Доказано е, че войниците, които играят "Snow World" изпитват по-малко болка по време на възстановяването си.

#### **Благоприятно действие върху зрението**

Д-р Питър Дарен в свое проучване установява положителното повлияване на очното зрение при пациенти с катаракта, когато те използват компютърни игри и то особено тези с коли, поради тяхната динамичност

#### **Развиват творческото мислене**

Компютърните игри подобряват езиковите и математическите умения, особено когато, играчите трябва да мислят бързо заедно с героите на играта. Когнитивните невролози от Рочестърския университет открили, че игрите предоставят възможност за вземане на бързи решения и в реалния свят, и събиране и синтезиране на информация от заобикалящата ги среда.

#### **Терапия при аутизъм**

Компютърните игри влияят положително при хронични заболявания. В свое проучване специалисти от Университета в Юта, изследват ефектите при редовно използване на игри при деца с диагностицирани заболявания като аутизъм, депресия и болестта на Паркинсон и установяват подобрене в "устойчивостта, увереността и борбения дух". Изследователите смятат, че способността на игрите да действат по невронните механизми в човешкото тяло

активират положителни емоции и така помагат на децата да се сблъскват с ежедневните предизвикателства на техните заболявания.

### **Стрес**

Игрите намаляват стреса, елиминират натрупаните отрицателни емоции, като въздействат върху невроните в човешкото тяло и активират положителни емоции, повлияват ежедневните ситуации и справянето им с тях.

### **Гейминг поведение при възрастни**

Компютърните игри водят до щастлив живот и в напреднала възраст. Изследователи от университета в Северна Каролина са провели изследване сред група възрастни хора, за да видят дали има връзка между игрите и психическо им благосъстояние ([www.az-deteto.bg/](http://www.az-deteto.bg/)). Те установили, че възрастните хора, които играят на игри, дори и само от време на време са много по-щастливи. Няма научно обяснение на този факт, но той прави възрастните хора щастливи, когато дори тайно изиграват по някоя игра.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

1. Компютърните игри имат положителни и отрицателни ефекти както върху развитието на децата, така и при повлияване на отделни хронични заболявания като аутизъм, депресия, болест на Паркинсон.
2. Различните проучвания в тази област са в подкрепа на тезата, че всичко в умерени количества оказва благоприятен положителен ефект при лечение на определени ситуации и заболявания
3. СЗО предлага „Гейминг разстройствата“ да бъдат причислени към МКБ в следващата ревизия, тъй като те могат да имат сериозни последствия върху здравето на хората.
4. Гейминг поведението се счита за съвременно психично разстройство. За да бъде индивидаа определен като засегнат от *gaming disorder* (гейминг разстройство), човек трябва да е пристрастен до степен в която играта застрашава естествените му нужди и нормален живот.

### **ЛИТЕРАТУРА**

[http://pcworld.bg/16629\\_kompyutarnite\\_igri\\_vliayat\\_negativno\\_na\\_psihikata](http://pcworld.bg/16629_kompyutarnite_igri_vliayat_negativno_na_psihikata) (**Оригинално заглавие:** <http://pcworld.bg/1662> *Компютърните игри влияят негативно на психиката*).

[www.hera.bg/s.php?n=5314](http://www.hera.bg/s.php?n=5314) (**Оригинално заглавие:** [www.hera.bg](http://www.hera.bg), СЗО за здраве: *Геймърите също страдат от нервни разстройства*).

[https://www.webcafe.bg/2416\\_Kak\\_se\\_razbira\\_che\\_si\\_pristrasten\\_kam\\_so](https://www.webcafe.bg/2416_Kak_se_razbira_che_si_pristrasten_kam_so) (**Оригинално заглавие:** <https://www.webcafe.bg/2416> *Как се разбира, че си пристрастен към социалните мрежи*).

<https://ladyzone.bg/article/.../digitalna-dieta-vseki-mesec-po-vednazh-za-vseki-ot-nas>. (**Оригинално заглавие:** <https://ladyzone.bg/article/> *Дигитална диета всеки месец по веднъж за всеки от нас*).

[www.az-deteto.bg/polzite-ot-kompyutarnite-igri/12832/view.html](http://www.az-deteto.bg/polzite-ot-kompyutarnite-igri/12832/view.html) (**Оригинално заглавие:** [www.az-deteto.bg](http://www.az-deteto.bg), *Ползите от компютърните игри*).

THU-2G.205-1-SSS-HC-17

---

## THE IMPLEMENTATION OF SKIN TO SKIN METHOD IN LOCAL MATERNITY WARDS – WHAT DO STUDENTS THINK? <sup>36</sup>

---

**Daniela Lyutakova – Student / B.Sc. Student / Young Scientist**

Department of Healthcare,  
University of Ruse “Angel Kanchev”  
Phone: 0886-860 223  
E-mail: lachezarova@gmail.com

**Assoc. Prof. Ivanichka Serbezova, PhD**

Department of Healthcare,  
University of Ruse “Angel Kanchev”  
Phone: 082-888 421  
E-mail: iserbezova@uni-ruse.bg

**Abstract:** *The paper reviews student midwives` awareness about skin to skin contact of mother and child immediately after birth. Methods applied include short survey aiming to explore students` knowledge and viewpoints in regard to this practice. The survey has been conducted in two universities on a different scope – it includes student midwives from each year of education from the University of Ruse “Angel Kanchev” and first year medical students from the Medical University of Varna. Purposes of this research are: (1) to explore students` knowledge about skin to skin benefits and (2) to assess their personal motivation and readiness to engage in popularising the practice and educating parents about it. The research findings are introduced graphically and the authors discuss tendencies as evidenced by the students` opinions expressed through the survey. It covers all the aspects connected to raising more awareness about the practice, its inclusion in students` education course, the existing setbacks for introducing the practice in maternity wards locally and possible sustainable strategies.*

**Keywords:** *skin to skin, midwife-led care, student midwives, modern education, sustainability*

### INTRODUCTION

Present official recommendations in regard to the first few hours postpartum include practicing skin to skin contact (WHO, (1998), Flacking, R., Lehtonen, L., Thomson, G., et al. (2012), Moore E.R., Bergman N., Anderson G.C., Medley N., (2016)). It is advised that this contact between mother and her newborn should begin as soon as possible, right after birth, and all the necessary interventions are to be consistent with this – respectively, postponed or carried out while the mother and the infant are together (Serbezova, I. (2016), WHO, (1998), Moore E.R., Bergman N., Anderson G.C., Medley N., (2016)). The optimal care for a healthy woman and child is the one which allows them to stay together, skin to skin, until the first breastfeeding has finished (Moore E.R., Bergman N., Anderson G.C., Medley N., (2016)). Observations and research show the practice positively influences the process of breastfeeding (Moore E.R., Bergman N., Anderson G.C., Medley N., (2016), WHO, (1998), Serbezova, I. (2016), Popivanova, A., (2016)), has physiological benefits for the newborns` transition to the outside world (Moore E.R., Bergman N., Anderson G.C., Medley N., (2016)), affects positively the infants` thermoregulation, minimises pain and stress for the newborn (Serbezova, I. (2016), Popivanova, A., (2016)), has a significant effect on the neurological, psychological and emotional development of the baby (Flacking, R., Lehtonen, L., Thomson, G., et al. (2012), Popivanova, A., (2016)), lowers the risk for psycho-emotional problems for the mother after birth (Popivanova, A., (2016), Serbezova, I. (2016)). Evidence-based medicine undoubtedly supports the practice of immediate or early skin to skin contact (the newborn infant is placed naked on the mother's

---

<sup>36</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 17.05.2018 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ВЪВЕЖДАНЕТО НА МЕТОДА "КОЖА ДО КОЖА" В МЕСТНИТЕ РОДИЛНИ ОТДЕЛЕНИЯ – КАКВО МИСЛЯТ СТУДЕНТИТЕ?.

bare chest at birth or soon afterwards), experts are advised to encourage this method of care for healthy and full-term babies, disregarding whether they were born naturally or via Caesarean section (WHO, (1998), Popivanova, A., (2016)). Kangaroo care also includes skin to skin contact (SSC) within its principles and is performed for preterm newborns (Serbezova, I. (2016)). However, clinical experience, points to the fact that in standard hospital care within local maternity wards, immediate or early SSC is practically non-existent. This leads us to believe further research of the matter is necessary. Observations we share coincide with the results of a survey among over 5000 women, which was conducted in 2016 by a group of associations and non-governmental organisations. The survey found that barely one seventh of babies born in Bulgarian maternity wards are not separated from their mothers immediately after birth and more than one third of babies were breastfed for the first time later than 6 hours after birth (Sdruzhenie Rodilnitsa (2016)). In 86% of cases reported, SSC within the first hour after birth did not happen at all and, in half of those cases, the reason for this was the hospital's own rules and organisation (Sdruzhenie Rodilnitsa (2016)). This logically leads us to attempt solving the situation for mothers and babies' sake and establish a sustainable strategy for implementing evidence-based practices. Authors share the opinion adequate and timely education for future health experts, especially student midwives, who will be the closest experts to the woman and her child, could make a difference and help introduce SSC now and in near future. It is essential knowledge about the nature and benefits of immediate and early SSC to be incorporated within medical students' competences and skills. Thus, they would be able to develop their point of view and motivation in regard to the matter. This research aims to study aspiring midwives' current knowledge and attitude concerning SSC as a whole and immediate and early SSC. Thus, enabling us to lay the foundations for developing a sustainable strategy to popularise and introduce the practice.

## EXPOSITION

### Examining students' knowledge and attitude in regard to SSC via a survey

Methodology of research used is a short survey and the object of the research is to study the knowledge and attitude of students from regulated majors Midwife and Nurse in the selected universities in Ruse and Varna. The survey consists of four main questions: three of which are closed-ended questions and one is open-ended question. Those examine students' competences and views about the nature and benefits of the SSC practice. The research, conducted in University of Ruse "Angel Kanchev" includes student midwives from each year of education and the research conducted in the Medical University – Varna "Prof. Dr. Paraskev Stoyanov" include medical students in their first year of education. Altogether, a number of 122 students participated. Results from the survey are graphically presented and tendencies and attitudes are discussed.

#### Analysis of results:

**The first question** within this anonymous and voluntary survey aims to examine students' perception of clarity and knowledge in regard to the nature of SSC. They are presented with an option to grade their competence based on self-assessment. Results are graphically presented (Fig. 1, Fig. 2)

#### Survey in University of Ruse "Angel Kanchev"

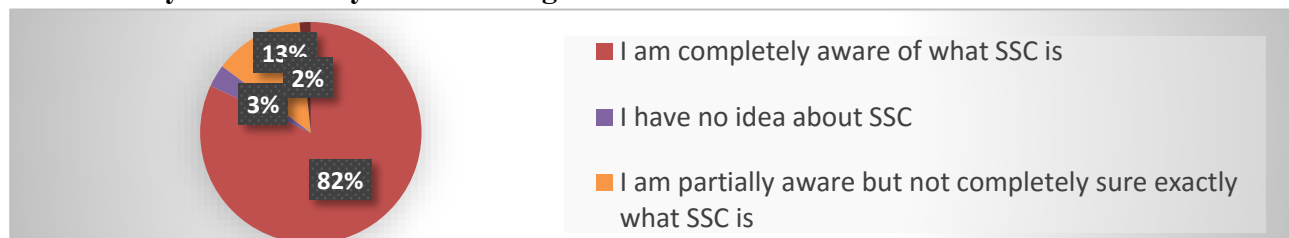


Fig. 1. Results for students' self-assessment of knowledge about SSC – Ruse University /student midwives/



**Survey in Medical University – Varna “Prof. Dr. Paraskev Stoyanov”**

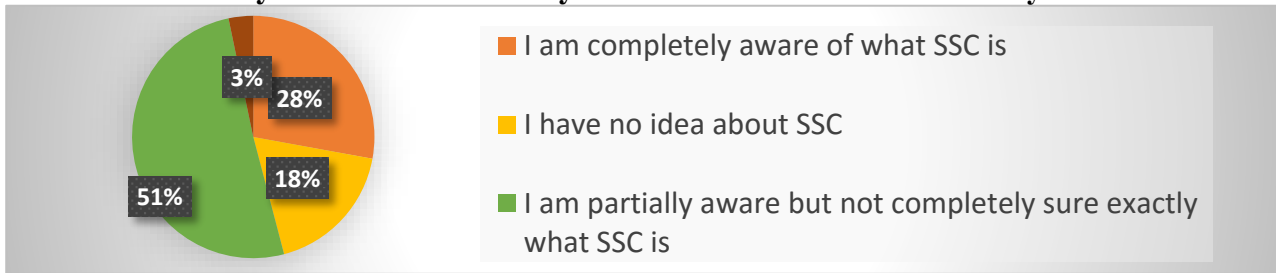


Fig. 2. Results for students` self-assessment of knowledge about SSC – Medical University – Varna /first-year medical students/

These results are a reflection of quite logical trends – it is visible that student midwives from all courses of education in University of Ruse (RU) are predominantly confident about their knowledge of SSC – 82% state they are completely aware what exactly SSC is. While fewer students – 28% of all interviewed students in their first year of education in Medical University Varna (MUV), state confidently they are competent in regard to SSC. We can reason this result with the fact their level of knowledge corresponds to their course of education. However, over half of the respondents from MUV think they have partial knowledge about SSC.

The following figure represents results of first-year students in RU that have already had a short discussion about SSC as a whole and about early and immediate SSC (Fig. 3)

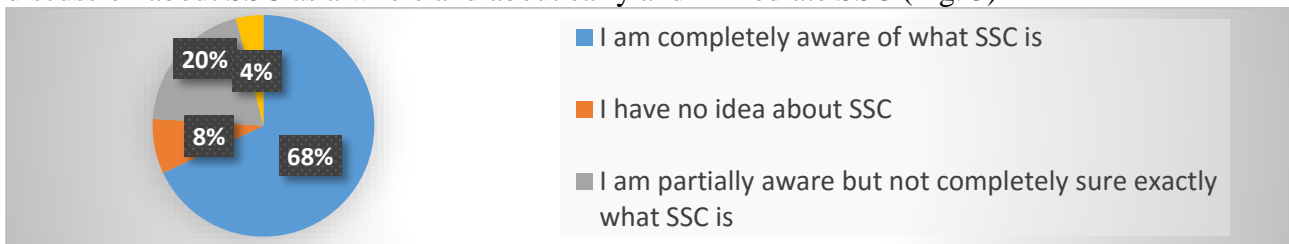


Fig. 3. Results for students` self-assessment of knowledge about SSC – Ruse University /first-year student midwives/

Results show a three-fold increase in the number of confident first-year students as compared to fellow first-year students in MUV. This can be attributed to providing RU students with information about SSC within the Specialised Midwife Care discipline. This result demonstrates the effectiveness of the measures offered by the authors and leads to a necessity of further development of the educational pattern for SSC and immediate and early SSC.

**The next question** within the survey examines students` views in regard to introducing SSC in local maternity wards where their practical education is carried out. (Fig. 4, Fig. 5).

**Survey in University of Ruse “Angel Kanchev”**

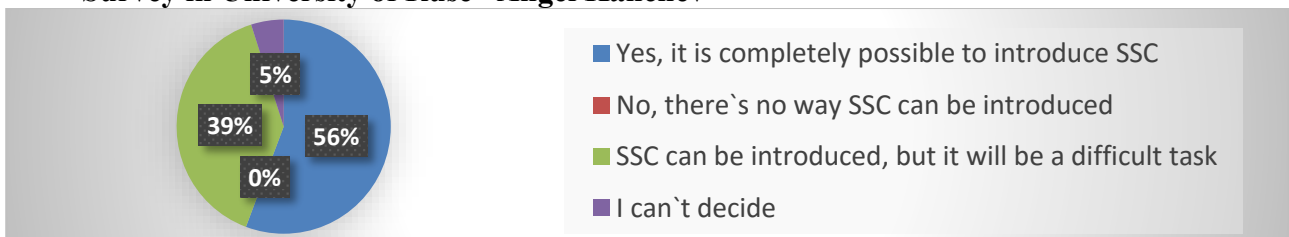


Fig. 4. Results for students` assessment of whether SSC should be introduced in the maternity wards their practical education is carried out– University of Ruse /student midwives/

**Survey in Medical University – Varna “Prof. Dr. Paraskev Stoyanov”**

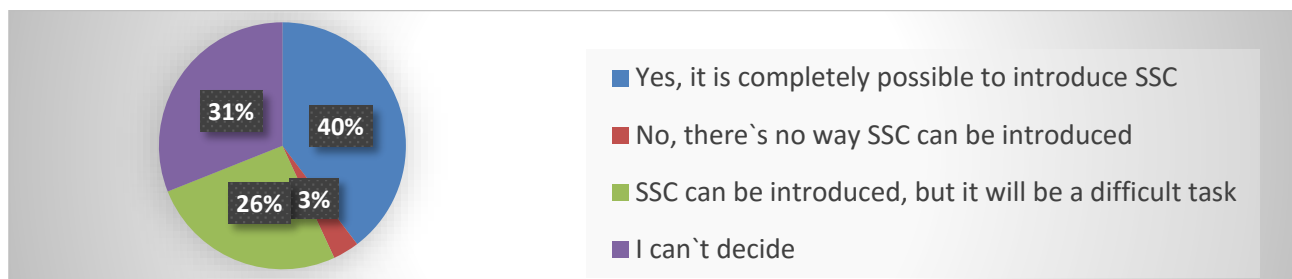


Fig. 5. Results for students' assessment of whether SSC should be introduced in the maternity wards their practical education is carried out – Medical University – Varna /first-year medical students/

On the whole, judging by survey results, we can conclude students reckon it would be positive for SSC to be introduced as a regular practice in the maternity wards they know. Aspiring health experts are hopeful about it, although quite many of them point out that there are obstacles to its introduction. 56% of RU students and 40% of MUV students confidently state a positive attitude towards SSC implementation and 39% and 26%, respectively, are concerned about the difficulties entailed in this process.

Results from the survey with RU students in their second and fourth year of education are indicative about the importance of SSC educational classes. Second-year students have had detailed discussions about SSC more than once as have fourth-year students. These groups' results show no students at all express a negative point view on introduction of SSC or inability to express opinion (Fig. 6, Fig. 7).

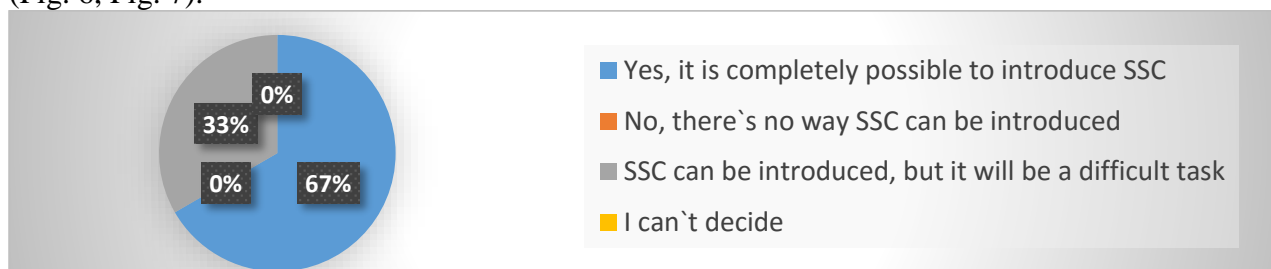


Fig. 6. Results for students' assessment of whether SSC should be introduced in the maternity wards their practical education is carried out – University of Ruse /student midwives in the last course of education/

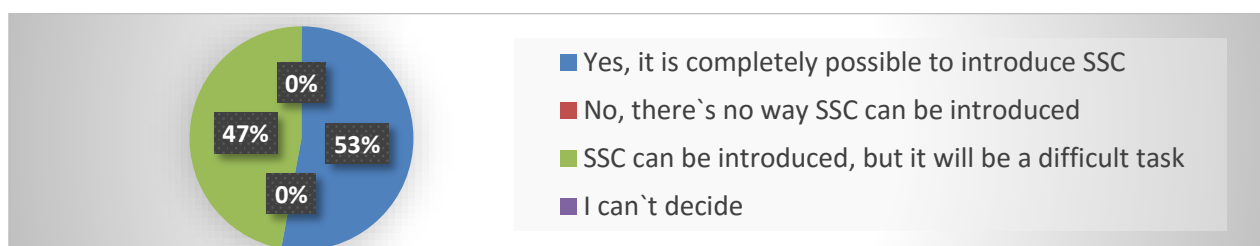


Fig. 7. Results for students' assessment of whether SSC should be introduced in the maternity wards their practical education is carried out – University of Ruse /student midwives in their second year of education/

**The third stage of this survey** studies the degree to which students' confidence, in regard to knowing what SSC is, corresponds to their actual knowledge and readiness to illustrate this knowledge with factual information. They are presented with an open-ended question which requires them to state at least three benefits that SSC has for the mother and her child (Fig. 8, Fig. 9).

#### Survey in University of Ruse "Angel Kanchev"

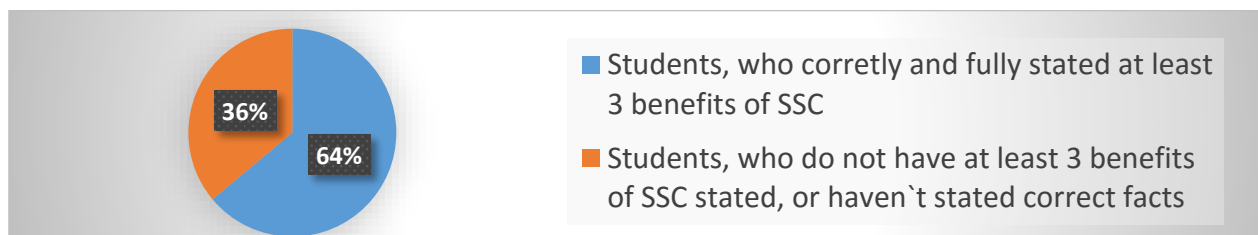


Fig. 8. Percentage of RU students who managed to correctly and fully state at least 3 benefits of SSC /student midwives/

**Survey in Medical University – Varna “Prof. Dr. Paraskev Stoyanov”**

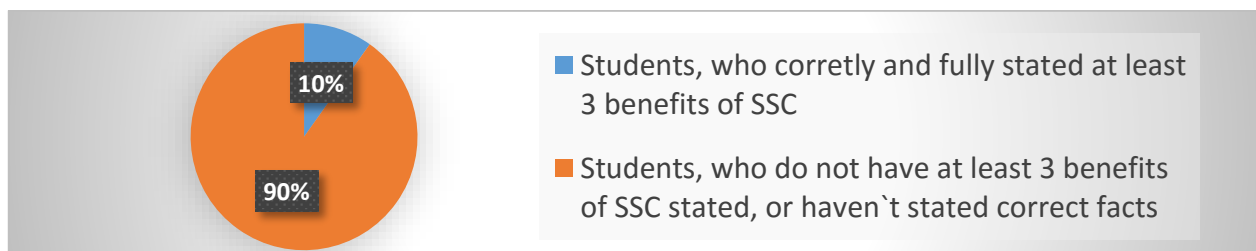


Fig. 9. Percentage of MUV students who managed to correctly and fully state at least 3 benefits of SSC /first-year medical students/

Data naturally corresponds to tendencies also visible in the first closed-ended question of the survey. Logically, combined results of all of the student midwives in different courses of education in RU, signify broader competence in regard to SSC. First-year medical students from MUV answer in correspondence with their level of expertise and previously stated partial knowledge about SSC.

It is notable, that the highest percentage of correctly and fully stated benefits of SSC is showcased by second-year students in RU – 76% (Fig. 10). This fact further supports the authors' belief – this exact group of students has had additional classes explaining SSC and its benefits which allowed them to establish their attitude towards the practice, based on already acquired competence and information.

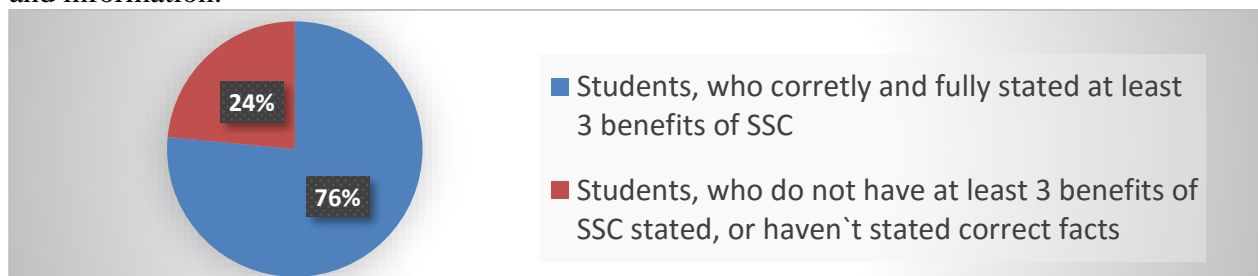


Fig. 10. Percentage of RU students who managed to correctly and fully state at least 3 benefits of SSC /second-year student midwives/

**The last stage of the survey** aims to examine students' attitude towards SSC introduction and whether they are willing to personally engage in popularising it and educating parents about its benefits (Fig. 11, Fig. 12).

**Survey in University of Ruse “Angel Kanchev”**



Fig. 11. Percentage of RU students who would personally engage in popularising SSC and educating parents about its benefits /student midwives/

#### Survey in Medical University – Varna “Prof. Dr. Paraskev Stoyanov”



Fig. 12. Percentage of MUV students who would personally engage in popularising SSC and educating parents about its benefits /first-year medical student/

A notable trend is that students are predominantly motivated to raise awareness and popularise SSC and ready to educate parents about its benefits. A significant number of future health experts are willing to partake in introducing SSC. This data demonstrates students recognize and deem important immediate and early SSC of mother and newborn and the practice of not separating them right after birth. These facts lead authors to believe that there is a positive environment for providing aspiring midwives and nurses with more information in the context of their educational process.

It is not coincidental that last-year student midwives from RU show the highest motivation to work actively for introducing SSC (Fig. 12)

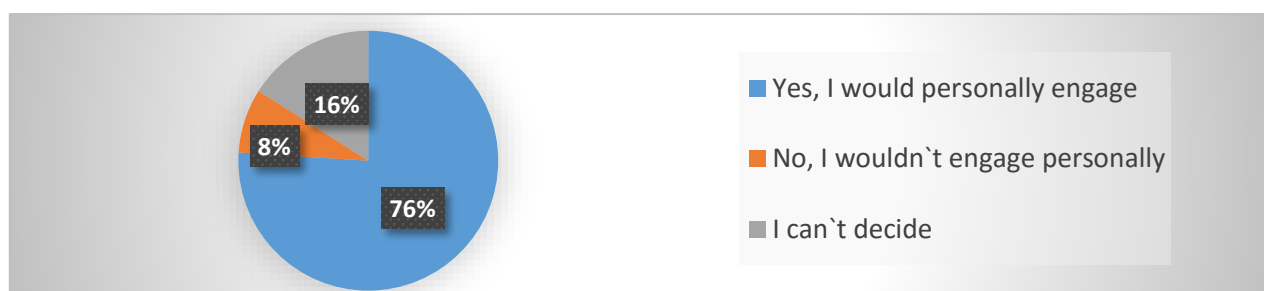


Fig. 13. Percentage of last-year RU students who would personally engage in popularising SSC and educating parents about its benefits /student midwives/

#### CONCLUSION

Developing adequate skills and competences in aspiring healthcare professionals is of exceptional, even national, key importance. In order to successfully realise themselves in nowadays` dynamic and challenging conditions in Healthcare, in compliance with the most recent recommendations and guidelines, students need to be educated according to modern requirements. This research showcases students` readiness and willingness to work for this and acquire the necessary level through obtaining up-to-date and reliable scientific information in compliance with Evidence-based Medicine. Without doubt, updating their educational process and introducing

information about SSC will increase students` level of professionalism and confidence and optimise health outcomes for women and newborn babies, as well as further positively affect families and the society as a whole. Thus, a sustainable pattern for introduction and popularisation of SSC care and immediate and early SSC can be achieved, which should also be aimed by Bulgarian medical experts, considering all its benefits as evidenced by both scientific research and clinical experience.

## REFERENCES

Flacking, R., Lehtonen, L., Thomson, G., et al. (2012). Closeness and separation in neonatal intensive care.

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](http://www.cochrane.org/CD003519/PREG_early-skin-skin-contact-mothers-and-their-healthy-newborn-infants)

Popivanova, A., (2016). Kontakt “kozha do kozha” ili za neprekasnatiya kontakt mezhdu maikata i bebeto sled razhdaneto. Natsionalna asotsiatsiya Podkrepa za karmene, statii. URL: <http://www.podkrepazakarmene.com/early-contact-878.html> (**Оригинално заглавие:** Контакт „кожа до кожа“ или за непрекъснатия контакт между майката и бебето след раждането. НАПК).

Serbezova, I. (2016). Metodat “kozha do kozha” – metod za kachestvena sestrinska i akusherska grizha, Izvestiya na sayuza na uchenite v Ruse, tom 6, 39 – 45 (**Оригинално заглавие:** Методът „кожа до кожа“ – метод за качествена сестринска и акушерска грижа, Известия на съюза на учените в Русе, том 6).

Sdruzhenie Rodilnitsa (2016). Anketa za ustanovyavane na praktikite za PURVI KONTAKT – kratuk analiz na rezultatite. URL: <http://www.rodilnitza.com/blog/news-events/anketa-praktiki-1-kontakt/> (**Оригинално заглавие:** Анкета за установяване на практиките за ПЪРВИ КОНТАКТ – кратък анализ на резултатите. Сдружение Родилница)

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](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43633/9241591544_eng.pdf?sequence=1)

**MODERN MIDWIFE CARE THROUGH SOCIAL MEDIA** <sup>37</sup>

---

**Daniela Lyutakova – Student**

Department of Health Care,  
University of Ruse“Angel Kanchev”  
Tel.: 0886-860 223  
E-mail: lachezarova@gmail.com

**Assist. Prof. Tsveta Hristova,**

Department of Health Care,  
University of Ruse“Angel Kanchev”  
E-mail: tshristova@uni-ruse.bg

***Abstract:** This paper aims to present local women`s views towards midwives and midwife-led care in regard to receiving health information. It reviews the results from an online survey and provides information in regard to what midwife-led care through social media would be like, as well as its values for women`s health and for the society. Results from the research are explored with the purposes: (1) to demonstrate women`s awareness about midwives and their role as medical experts and (2) to assess whether they think easier access to midwives would minimise their online activity associated with looking for health information in Facebook groups and internet forums. The research findings are introduced graphically and the authors discuss tendencies and details as evidenced by women`s opinions. The report provides an outlook to women in Ruse area, including a wide range of age, parity and educational background, which contributes to a somewhat broad view of locally experienced gaps in midwife care.*

***Keywords:** midwife-led care, women, midwives, women`s health, health information*

**ВЪВЕДЕНИЕ**

Появата на бебе, особено за семействата, които очакват първото си дете е изключително значим етап в човешкия живот. Тази трансформация, необходима, за да встъпят партньорите в родителството, провокира стремеж към интериоризиране на повече информация, която да ги подготви за новата им житейска роля. Съвременните технологии поставят на нова плоскост предоставянето на здравна информация и общуването с жените. Видимо, съществува дефицит на медицински лица, ангажирани конкретно в тази област. Необходимо е да се отбележи и фактът, че в повечето случаи е непосилно за жените и партньорите им да диференцират достоверната информация от невярна такава, като най-уязвимите групи са поставени в допълнителен риск. Немалко статии с некоректно съдържание и лица без нужната квалификация биха могли волно или неволно да въведат търсеция информация в заблуда. Нужно е съвременната акушерка да е способна да откликне на изискванията на тази динамична и взискателна среда и да познава механизма, по който сработват социалните медии. Това би могло да минимизира евентуални вреди и незадоволителни здравни резултати за жените, които се нуждаят от здравна информация, особено в периода на бременност и майчинство, и да увеличи усещането за професионална удовлетвореност у здравния експерт.

Изследване проведено в Швеция сред 193 жени свидетелства за обичайните причини, поради които те прибягват до интернет търсене на информация относно бременността и раждането, както и комуникация със съмишленици и жени със сходни до техните обстоятелства (Bjelke, M., Martinsson, A., Lendahls, L., Oscarsson, M., 2016). Тази практика им позволява да се чувстват по-уверени и да усещат, че ситуацията е под техен контрол и 95% от респондентите съобщават, че са ползвали интернет с тази цел. Прибягват до метода, въпреки че са били доволни от пренаталната грижа, полагана за тях и предоставената в рамките ѝ информация (Bjelke, M., Martinsson, A., Lendahls, L., Oscarsson, M., 2016). Наблюдава се,

---

<sup>37</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 17.05.2018 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: СЪВРЕМЕННИ АКУШЕРСКИ ГРИЖИ ЧРЕЗ СОЦИАЛНИТЕ МЕДИИ.

тенденция за възникване на тревожност, предизвикана от онлайн справката в социалните медии, което е пункт за обмисляне на адекватни мерки за превенция. Съобщава се, че повечето жени преодоляват това състояние, чрез последваща консултация със своята акушерка и подкрепа от партньора или близки (Bjelke, M., Martinsson, A., Lendahls, L., Oscarsson, M., 2016).

Проучване проведено в Австралия, сред 752 жени, от които 350 валидни респонденти (62% примипара), демонстрира моделите на поведение на местните жени във връзка с информационни източници относно въпросите, свързани с бременността, раждането, грижите за новороденото и пуерпериума. Анкетиранияте (70%) идентифицират беседата със своята акушерка като предпочитан канал за набавяне на необходимите им отговори на здравна тематика. Моделът за пренатална грижа, която са получили от акушерка е най-предпочитан и полезен източник (Grimes, H.A., Forster, D.A., Newton, M.S., 2014). Прави впечатление тенденцията, че жените консултирани пренатално от лекар предпочитат интернет за полезен източник, а не друг лекар или друг здравен експерт (Grimes, H.A., Forster, D.A., Newton, M.S., 2014).

Представяме резултати и от първото проучване във връзка с осигуряване на пълноценна и непрекъсната акушерска грижа, чрез социалните платформи. Резултатите от него свидетелстват за ползи от този метод на комуникация:

- непрекъснатостта на отношенията между акушерките и жените, постигната по този начин е позитивна и за двете страни;
- липсата на интеракция лице в лице не повлиява негативно на връзката между здравния специалист и бременната;
- регулярен онлайн контакт може да постигне висока удовлетвореност от взаимоотношенията;
- непрекъснатост припредоставяне на информация също успешно може да бъде осъществена, чрез социалните медии. (McCarthy, R., Choucri, L., Ormandy, P., Brettle, A., 2017).

Съставени са осем фокусни групи, като са били създадени две тайни Facebook групи с общо 31 жени, както и 4 акушерки, които да ги администрат. Авторите на горепосочено проучване заключават, че непрекъснатостта и пълноценността на акушерската грижа може да бъде постигната с помощта на професионално модерирани групи в социалните мрежи. Този алтернативен подход би могъл да запълни липсите, които съществуват в традиционния модел пренатални грижи (McCarthy, R., Choucri, L., Ormandy, P., Brettle, A., 2017).

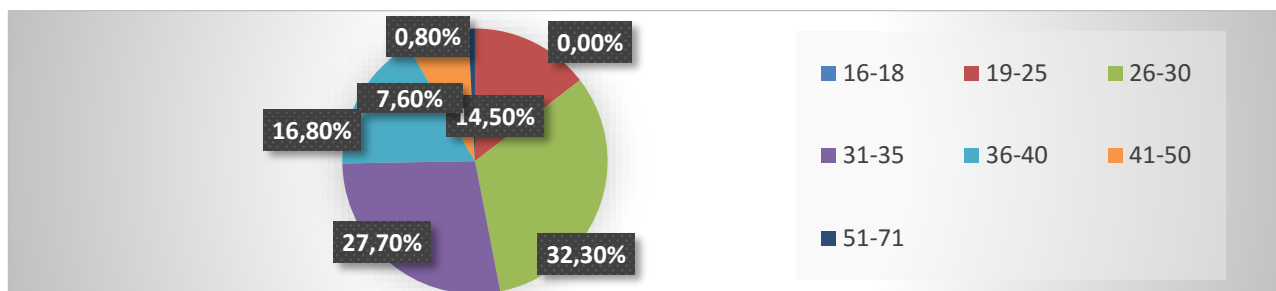
Прегледът на горепосочените научни доклади, логично ни насочва към обследване текущата ситуация на местно ниво. Авторите на настоящия доклад споделят опасенията си, че твърде често жените прибегват до интернет консултации по сериозни здравни казуси, което ги поставя под значим риск в голяма част от ситуациите.

## **ИЗЛОЖЕНИЕ**

### **Изследване сред жените в област Русе – методи и демографски показатели**

Проведе се авторско онлайн проучване на жените в област Русе, чрез доброволно и анонимно запитване относно демографски показатели и нагласите и навиците им спрямо предпочитани информационни източници. В анкетата взеха участие общо 523 респондента. Данните са представени графично и дискутирани от авторите.

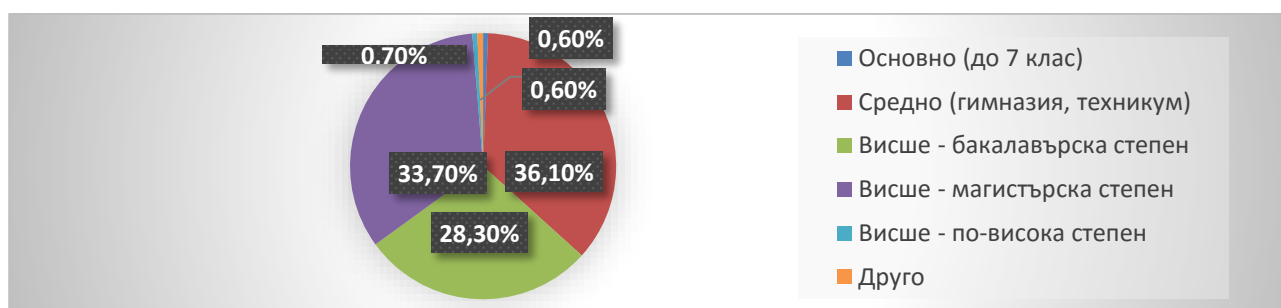
Жените, взели участие са със следните демографски показатели:



Фиг. 1. Възрастови параметри на анкетираните

На фигура 1.са отразени данните за възрастта на анкетираните – над 75% са в репродуктивна възраст, което съответства и на профила на участниците във Facebook групата, която е изследвана – майки, които се нуждаят от допълнителна информация.

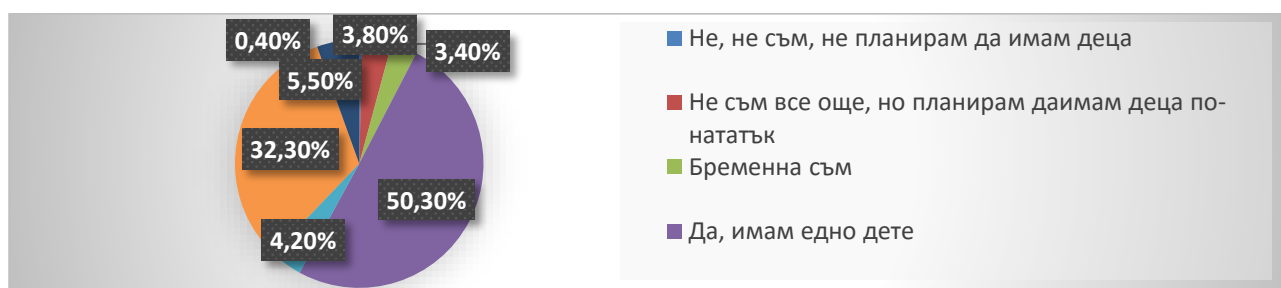
В проведеното проучване включихме и въпрос, установяващ степента на образование на респондентите – фигура 2).



Фиг. 2. Образователна степен на респондентите

Графиката демонстрира разнородния характер на респондентите по отношение на образованието им, което показва, че съществува потребност за повече информация и комуникиране по темите на бременността и майчинството.

На следващата фигура се отразява паритета на изследваната група жени.



Фиг. 3. Паритет на респондентите

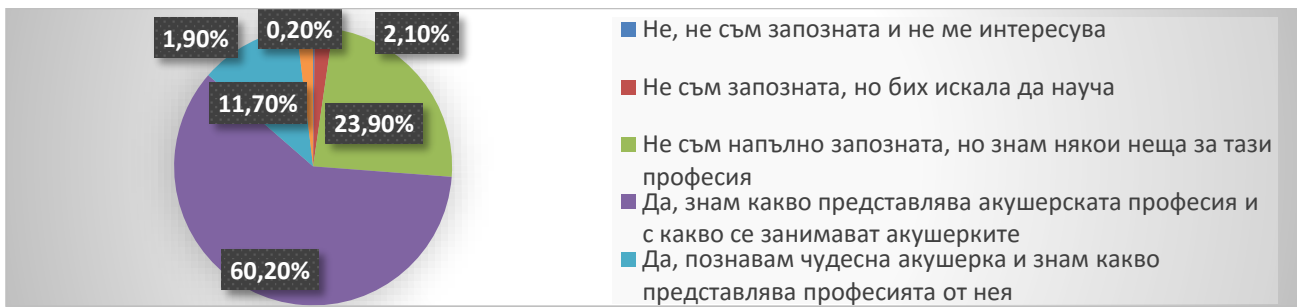
Половината от запитаните имат по едно дете, а едва общо 4.20% от респондентите все още нямат деца, което съответства на профила на жените в изследваната група.

#### Изследване сред жените в област Русе – нагласи

Вторият етап от авторското изследване цели да установи нагласите на жените относно акушерките, акушерската грижа и до колко разпознават нуждата от присъствието ѝ в рамките на социалните медии.

Първият въпрос провокира жените да определят до колко са запознати със същността на акушерската професия и функциите ѝ (фигура. 4).

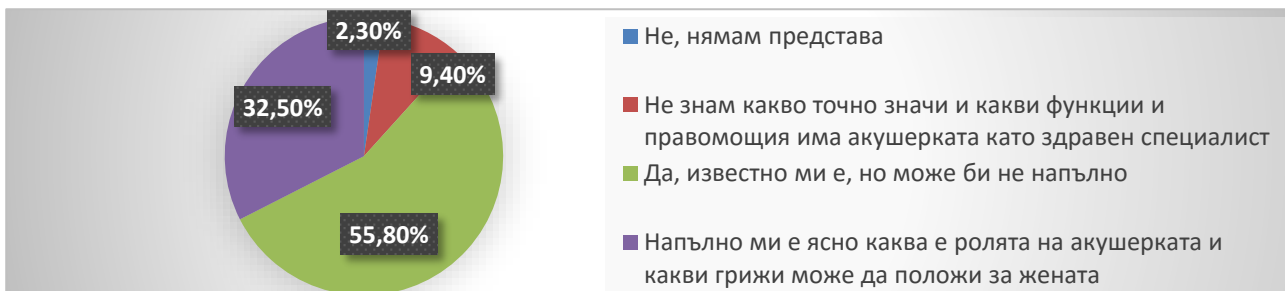




Фиг. 4. Графика, представяща как самоопределят жените осведомеността си по отношение на акушерската професия

Прави впечатление, че значителен процент от жените се самоопределят като достатъчно запознати с естеството на акушерската професия (71.90%). Немалък брой от респондентите изявяват, че не са напълно запознати или имат желание да научат повече за акушерката и нейната дейност – 26% или 136 жени, с които би могло да се работи, за да придобият представа относно ролята на специалист по здравни грижи и как би могла тя да им помогне.

Следващият пункт от изследването цели да сондира, до колко са запознати жените с акушерския тип грижа и до колко реално са им ясни функциите на акушерката (фигура 5).

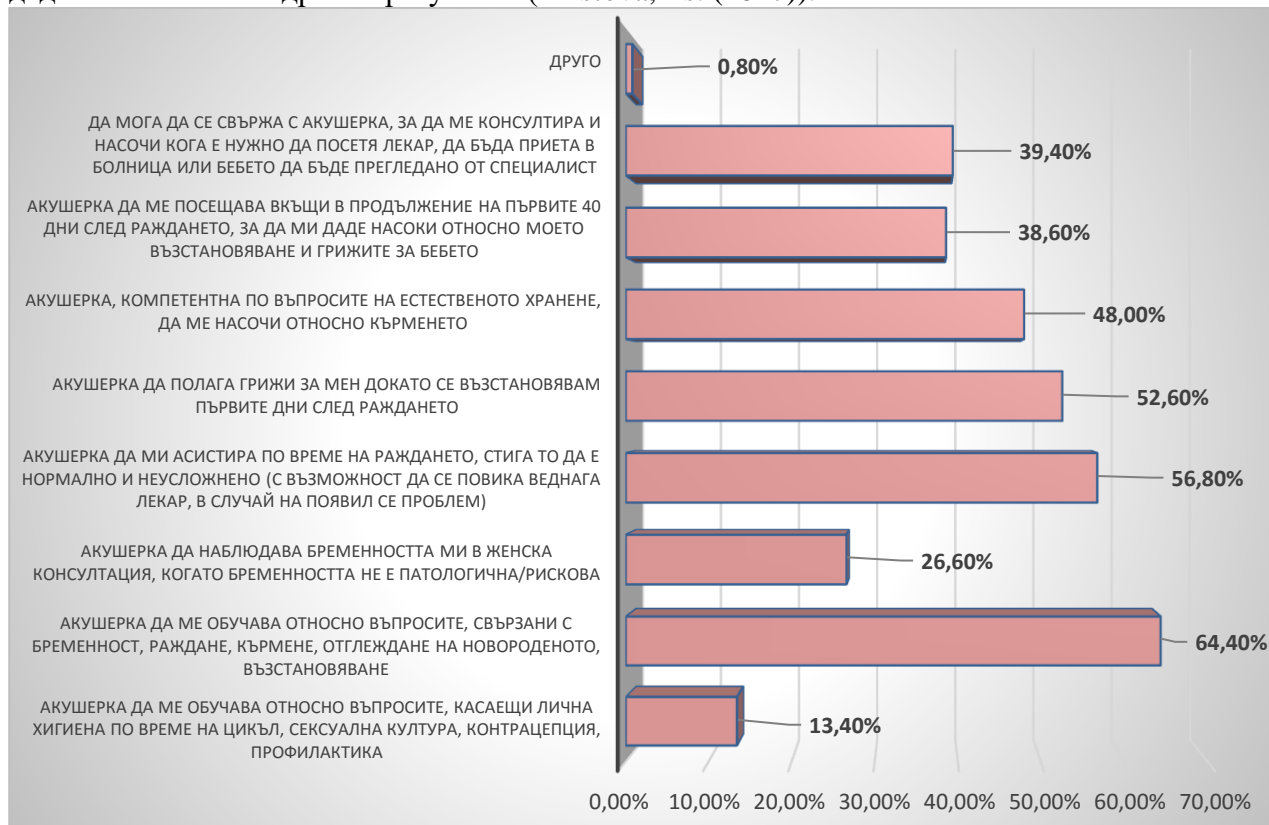


Фиг. 5. Осведоменост на респондентите относно естеството на акушерската грижа

От графиката е видимо известно несъответствие в отговорите на респондентите. Докато при предходното запитване повече от половината убедено заявяват познания относно ролята на акушерката, запитани какво представлява самата акушерска грижа, жените не показват същата осведоменост. Едва 32.50% считат, че са наясно с този тип здравна помощ, а 67.50% са неуверени или пък нямат представа какво точно представлява. Това несъответствие кореспондира с недостатъчната информираност на българските жени относно опциите за здравни грижи, с които разполагат. Данните съвпадат и с наблюденията на авторите върху националните тенденции – акушерката е отстъпила от позицията до жената, което нарушава връзката помежду им. Изграждането на стабилна комуникация, осигуряването на необходимата акушерска грижа, спрямо съвременните изисквания както на социума, така и на актуалните международни стандарти, е от особена важност за здравните резултати.

С оглед на тези съждения, сметохме за необходимо да изследваме нагласите на жените относно предпочитаните от тях акушерски грижи. На респондентите бяха предоставени различни опции акушерска грижа, от които биха се възползвали (фигура 6.). Графично представените резултати очертават някои основни тенденции сред жените – на първо място по предпочитание те разпознават нуждата от акушерска грижа, която да ги подготви по въпросите на бременността, раждането, възстановяването и отглеждането на новороденото. 64.40% (337 жени) от запитаните изтъкват, че биха се възползвали от такава грижа. Добре се разпознава, класическата роля на акушерката – в Родилна зала, асистираща на жената, неотменно до нея, предпочитана опция от 56.80% (297 жени) анкетрани. Над половината от респондентите очертават като необходима и постпарталната грижа, 52.60% (275 жени) биха се възползвали от нея. Едва 26.60% (или 139 жени) разпознават традиционната роля на акушерката в женска консултация, което можем да обясним с текущата политика в България. Невъзможността акушерка да проследява нормална бременност със регламентиран договор към НЗОК е един

от сериозните проблеми пред акушерките и жените, тъй като, несъмнено, тази практика ще даде положителни здравни резултати (Hristova, Ts. (2017)).



Фиг. 6. Предпочитанията на респондентите относно акушерска грижа, до която биха искали да имат достъп.

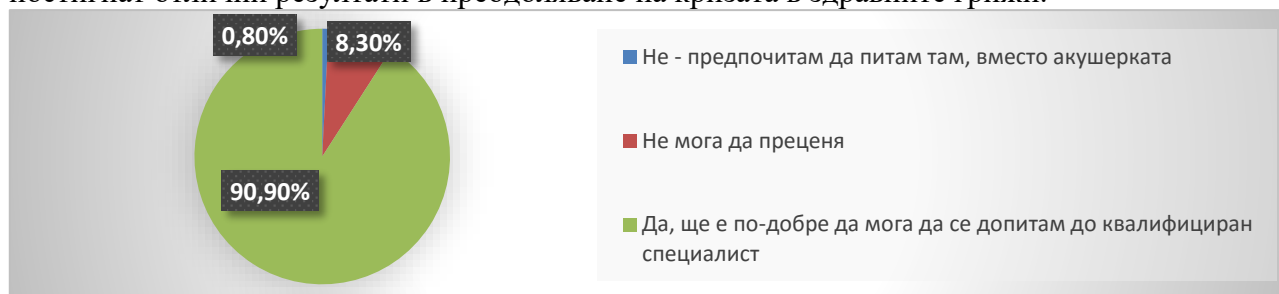
В контекста на изследването зададохме и въпрос на жените във връзка с тяхната онлайн активност по здравни теми. Това ще ни позволи да очертаем основните тенденции и да преценим, до колко разчитат респондентите на този източник на информация (фигура 7). Само 19.20% от запитаните 523 жени съобщават, че не изпитват необходимост да се информират, чрез социалните медии, тъй като имат подкрепата на специалисти. Останалите 80.80% признават, че използват интернет с такава цел. Общо 41.60% от респондентите прибягват до тази медия често (21.20% много често и 20.40% сравнително често), което отговаря и на наблюденията на авторите. 32.70% също съобщават, че макар и рядко, се допитват по здравни теми онлайн. Несъмнено, социалните медии са извоювали ролята си на информационен източник по медицински въпроси, което провокира и тезата на авторите – необходима е адекватна и модерна акушерска грижа, която да ютилизира тенденцията в полза на майките и бебетата им.



Фиг. 7. Честотата на здравна информираност чрез социалните медии при анкетираните

В унисон с това съждение са и нагласите на жените, участвали в анкетата (фигура 8.). Голям процент от респондентите (90.9%) заявява съгласието си, че достъпна и адекватна

акушерска грижа ще намали необходимостта за онлайн консултации по здравна тематика. Само 4 жени (0.8%) предпочитат консултиране по здравни въпроси в социалните мрежи. Тези резултати очертават положителния климат за развитие на модерни акушерски грижи, чрез социалните медии. Данните ни дават основание да мислим, че при добре изготвена устойчива стратегия, българските акушерки могат да осигурят непрекъснатост в грижата за жената и да постигнат отлични резултати в преодоляване на кризата в здравните грижи.



Фиг. 8. Акушерска здравна грижа и онлайн здравна грижа

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изграждането на съвременен модел акушерски грижи е от съществено значение за модернизирването на акушерската професия в България и добрите здравни резултати за жените. Настоящата ситуация демонстрира за нарастваща дистанция между жената и нейната акушерка. Тази криза може да бъде преодоляна, чрез популяризиране на акушерката като необходим и квалифициран специалист по здравни грижи, въвеждане на достъпни и ефективни начини за комуникация между жени и акушерки и индивидуален подход в рамките на една съвременна, пълноценна, непрекъсната грижа. Инкорпорирането на социалните медии, и в частност Facebook, в развитието на такъв модел здравни грижи реално се разпознава от жените като необходимост. Дефицитът на специалисти по здравни грижи, които имат времеви ресурс да поемат всички запитвания на новите родители е довел до рискованата практика на онлайн консултирането, което често провокира проблеми. Тук е и мястото на модерната акушерка, която трябва да обърне тенденцията в позитив и полза за семействата и техните бебета, изготвяйки ефективна стратегия, за да е до жената дори и във Facebook.

## ЛИТЕРАТУРА

Hristova, Ts. (2017). Spetsialni akusherski grizhi pri normalna bremennost, Narachnik za akusherki i meditsinski sestri. Mediatech– Pleven, (**Оригинално заглавие: Специални акушерски грижи при нормална бременност, Наръчник за акушерки и медицински сестри. Медиатех – Плевен**).

Bjelke, M., Martinsson, A., Lendahls, L., Oscarsson, M., (2016). Using the Internet as a source of information during pregnancy — A descriptive cross-sectional study in Sweden. Elsevier, Volume 40, 187–19, URL: [http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(16\)30109-7/fulltext](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(16)30109-7/fulltext)

Grimes, H.A., Forster, D.A., Newton, M.S., (2014). Sources of information used by women during pregnancy to meet their information needs. Elsevier, Midwifery 30 URL: [http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(13\)00299-4/pdf](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(13)00299-4/pdf)

McCarthy, R., Choucri, L., Ormandy, P., Brettle, A. (2017). Midwifery continuity: The use of social media. Elsevier, Volume 52, 34–41, URL: [http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(17\)30161-4/fulltext](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(17)30161-4/fulltext)

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women, Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, URL: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/full>

**NORMAL BIRTH IN WATER** <sup>38</sup>

---

**Desislava Georgieva- Student**

Department of Health Care,  
University of Ruse "Angel Kanchev"  
Phone: +359 894 379 444  
E-mail: des4eto89@abv.bg

**Chief Assist. Prof. Yoana Lukanova PhD**

Department of Health Care,  
University of Ruse "Angel Kanchev"  
Phone: 0885-047-644  
E-mail: ylukanova@uni-ryse.bg

***Abstract:** The birth underwater has been practiced since ancient Greek priestesses, thus ensuring the connection of the child with the elements. For some time modern women have a chance to give birth underwater but this is not recommended at home. The birth underwater has been practiced for more than 20 years, but discussions on this topic do not sto.*

***Keywords:** water, women, child, birth, underwater*

**ВЪВЕДЕНИЕ**

В научната литература липсват описани доказателства за безопасността и предимствата на този начин за раждане. Привържениците му твърдят, че раждането във вода подпомага релаксацията на тазовата мускулатура, намалява нуждата от медикаментозно обезболяване и увеличава удовлетвореността на родилката. От друга страна, критикуващите водното раждане посочват риска от аспирация на вода от новороденото и възникването на неонатална инфекция. Раждането във вода е описано за пръв път в медицинската литература през 1805 г. В България се въвежда през 2006 г., като се практикува само в някои по-големи болници. ([www.puls.bg](http://www.puls.bg))

Според специалисти, които подкрепят идеята за раждане във вода, по този начин на поява на бял свят, защитава детето от рязката промяна на атмосферното налягане в момента на раждането му. Някои смятат, че детето, което се ражда във въздушна среда, страда от прекалено силните звуци и непознатите миризми, които усеща в секундата в която се появи на бял свят. ([www.ezine.bg](http://www.ezine.bg))

**ИЗЛОЖЕНИЕ**

Този тип раждане е подходящ в случаите, когато бременността протича нормално и се очаква нормално раждане на доносен плод. Желателно е бъдещата майка да е запозната с процедурата и последователността ѝ. За това акушерката предварително обсъжда с нея метода и възможните усложнения. За раждане във вода е необходим медицински персонал, обучен да води подобен тип раждания. Нужен е и воден басейн (вана), който да е конструиран удобно за родилката. Изискванията са ваната да се дезинфекцира редовно и водата в нея да е винаги прясна. След всяко раждане басейнът се измива щателно и се обработва с хлор-съдържащи препарати. Температурата на водата се поддържа между 35-38 градуса.

Множество за противопоказанията за водно раждане: вагинално кървене, седалищно раждане, родилка с висока температура и съмнение за инфекции, тесен таз, едър плод, предлежача плацента, многоплодна бременност, HIV-позитивна майка. В тези случаи се

---

<sup>38</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 17.05.2018 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: НОРМАЛНО РАЖДАНЕ във ВОДА.

предпочита традиционно раждане на легло или гинекологичен стол. Важно е също, бременната да е мотивирана и здрава.(www.puls.bg)

Само жените с ниско рискова бременност, която протича без усложнения, могат да раждат във вода, както и:

- да нямат сърдечни проблеми и високо кръвно, защото топлата вода може да предизвика усложнения;
- да няма бъбрено заболяване, което е свързано с отделяне на бактерии в урината;
- **липса на** херпес - инфекцията може да зарази бебето чрез водата;
- да не е с бактериална вагиноза;
- да не е бременна с близнаци;
- **липса на** херпес - инфекцията може да зарази бебето чрез водата;
- няма инфекция или прекомерно кървене;
- липса на усложнения, свързани с бременността, като преекламписия или наличие на бактерии в кръвта, наречена токсокоза;
- **липса на** херпес - инфекцията може да зарази бебето чрез водата.  
(www.mamatatkoiaz.bg)

Рискове на раждане във вода:

- ✓ бебето да вдиша вода вместо въздух, ако пъпната връв бъде притисната по време на раждането или при затруднение от преминаването му през родилния канал;
- ✓ Развитие на инфекция в следствие наличието на някакъв патоген във водата.  
(www.mamatatkoiaz.bg)

Ваната е голяма и удобна. Има специално повдигнато място за сядане на родилката и за опиране на краката ѝ. По този начин, потопени във водата, жените релаксират, отпускат се меките им родови пътища и перинеумът. При нормално раждане тъканта обикновено се разкъсва, когато бебето не може да излезе лесно, но под релаксиращото действие на топлата вода жената се отпуска и рядко получава разкъсвания. В същото време и болката намалява.  
(www.mila.bg)

Обикновено жената влиза във водата при разкритие от 5 см, но всяко раждане е строго индивидуално преживяване и всяка жена има различни потребности. Важното в случая е да се има предвид факта, че водата може да забави или дори да спре родилния процес, ако се използва твърде рано. От друга страна, при силни и регулярни маточни контракции, но бавно изглаждане и разширяване на маточната шийка, ваната често улеснява цервикалната дилатация.(www.puls.bg)

За да се оцени ефектът на водата върху родилния процес се провежда т.нар. басейн тест. Нужен е поне един час престой във ваната. Тестът е позитивен - т.е. водата подпомага родилния процес, когато в първите няколко часа разкритието на маточната шийка забележимо се ускорява. Предполага се, че това се дължи на рязкото покачване на окситоциновите нива в първите 1-2 часа, след което те спадат.

Ключов фактор за ефекта от водното раждане е дълбокото потапяне на родилката. Водата трябва да покрива корема на жената и гръдните зърна. Медицинският персонал може да извършва вагинални прегледи във водата, задължително след поставянето на дълги ръкавици. Детските сърдечни тонове се проследяват с водоустойчив доплеров уред. На всеки два часа се измерва кръвното налягане на родилката. Необходимо е жената да приема достатъчно количество течности и периодично да напуска ваната, за да уринира.

Появата на мекониум е показателна за страдание на плода. В такива случаи раждането продължава извън басейна.

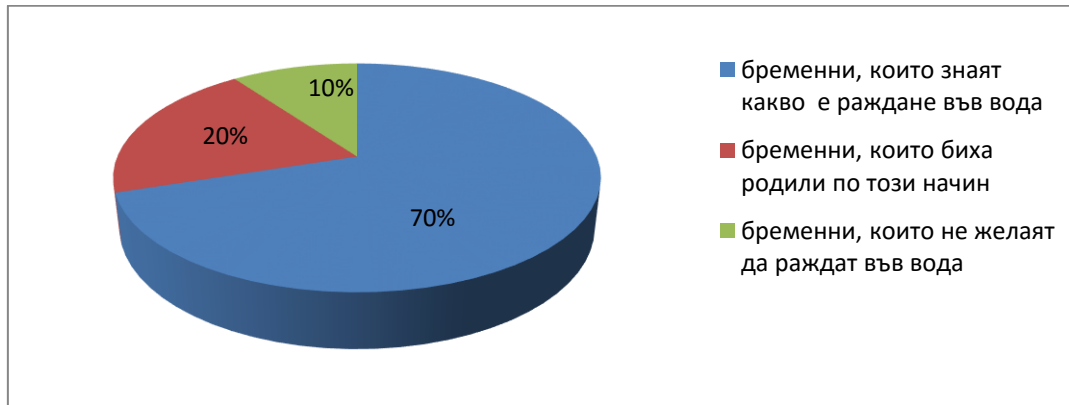
Раждане - През първи период на раждането – скъсяване на маточната шийка, престоят не трябва да надвишава два часа, като на всеки час е препоръчителен престой извън ваната: около 10-15 минути.

Когато разкритието е пълно и маточните контракции са ефективни, родилката се позиционира удобно в басейна и започва да напъва. През този етап на раждането температурата на водата не трябва да е по-ниска от 37 градуса. След раждането бебето се поставя на гърдите на майката като не се бърза с извеждането му от ваната. Клампирането и

прерязването на пъпната връв се извършват над водата. Раждането на плацентата става извън ваната. (www.puls.bg)

Проведена е анкета на бременни жени, свързана с темата, дали са запознати с водното раждане, дали биха родили във вода, дали са чували за такова раждане, както и дали са запознати с предимствата, недостатъците и рисковете при водно раждане.

Установи се, че 70% от анкетираните бременни са чували за водното раждане, 20% биха родили във вода, а останалите 10%- не.



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Водното раждане има своите позитивни и отрицателни страни, с които е необходимо бъдещата майка да се запознае предварително. Важно е да избере медицински екип, които има необходимите познания и опит за ръководене на процеса.

## ЛИТЕРАТУРА

Hristova, C., (2017). Specialni akusherski griji pri normalna bremennost. Narychnik za akusherki I medicinski sestri. Mediateh – Pleven (**Оригинално заглавие:** Христова, Ц., (2017). Специални акушерски грижи при нормална бременност. Наръчник за акушерки и медицински сестри. Медиатех – Плевен. )

Lukanova, Y., (2015). Oporni tochki za klinichna praktika na akusherki “Reagirai byrzo”. Ruse. Pечат: Izdatelski centyr pri Rusenski universitet “Angel Kunchev” (**Оригинално заглавие:** Луканова, Й., (2015). Опорни точки за клинична практика на акушерки „Реагирай бързо“. Русе. Печат: Издателски център при Русенски университет „Ангел Кънчев“. )

Serbezoza, I., (2013). Specialni akusherski griji za bremenni, rajdashti I novorodeni. Ruse. Pечат: Izdatelski centyr pri Rusenski universitet “Angel Kunchev” (**Оригинално заглавие:** Сербезова, И., (2013). Специални акушерски грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени. Русе. Печат: Издателски център при Русенски университет „Ангел Кънчев“. )

[http://www.puls.bg/health/childbirth/news\\_23018.html](http://www.puls.bg/health/childbirth/news_23018.html)

<http://www.mamatatkoiaz.bg/article/189/Раждане-във-вода-предимства-и-рискове>

<http://www.mila.bg//article/5452016>

[http://ezine.bg/n13-39060-Раждане\\_под\\_вода\\_-\\_предимства\\_и\\_рискове](http://ezine.bg/n13-39060-Раждане_под_вода_-_предимства_и_рискове)

**ISOIMMUNIZATION - HEMOLYTIC DISEASE OF FETUS** <sup>39</sup>

**Fatme Feimova – Student**

Department of Health Care,  
University of Ruse“Angel Kanchev”  
E-mail: fmn14@abv.bg

**Chief Assist. Prof. Yoana Lukanova PhD**

Department of Health Care,  
University of Ruse“Angel Kanchev”  
Phone: 0885 047 644  
E-mail: ylukanova@uni-ruse.bg

*Abstract: The purpose of the report is to present what complications may arise when there is a discrepancy between the rhesus factors of the fetus and the mother and what measures are being taken*

*Keywords: Isoimmunization, Rhesus factor, Fetus, Mother, Complications, Treatments*

**ВЪВЕДЕНИЕ**

Бременността е един от най-щастливите и очаквани моменти в живота на всяка жена. В най-добрите случаи тя протича безпроблемно и единственият стресиращ, но и в същото време дългоочакван момент остава раждането. Но често срещана е и проблемната бременност. Тя може да бъде представена от различни патологични промени, които да съпътстват бременността. Несъвпадането на кръвните групи или на резус фактора между майката и плода много често довежда до определени промени, които настъпват както при развитието на плода, така и в организма на бременната. Тези усложнения могат да доведат до сериозни последици, ако състоянието не се открие навреме и не се предприемат съответните действия.

**ИЗЛОЖЕНИЕ**

Изоимунизационната болест се наблюдава при Rh(-) бременни с Rh(+) плод и се характеризира с анемия, хипербилирубинемия и генерализиран оток на плода и плацентата.

Фетални еритроцити преминават в майчиното кръвообръщение както през време на бременността, така и особено по време на раждането. Ако майката е Rh(-), а плодът Rh(+), еритроцитите на плода предизвикват образуване на антитела, които аглутинаират и хемолизират феталните еритроцити, попаднали в майчината кръв. Тези антитела от своя страна, преминавайки през плацентата, попадат във феталното кръвообръщение и водят до хемолиза на феталните еритроцити (хемолитична анемия на плода).

Ако титърът на майчините анти Rh антитела е висок, това води до тежък хемолитичен процес във феталната кръв с последица хемолитична анемия и опасност за здравето и живота на плода. Дори и при нормално протичане на бременността и раждането, малки количества фетална кръв преминават от плода в майчиното кръвообръщение. При липса на несъвместимост по отношение на Rh фактора това не води до никакви реакции от страна на бременната.

По-големи количества фетална кръв преминават в майчиното кръвообръщение при:

- грубо извършен натиск върху матката с цел изтласкване на плацентата (метод на Креде);
- случаи с предлежание на плацента или при преждевременно отлепване на нормално място;

<sup>39</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 17.05.2018 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ИЗОИМУНИЗАЦИЯ – ХЕМОЛИТИЧНА БОЛЕСТ НА ПЛОДА.

- мануална екстракция;
- цезарово сечение, в случаите когато разрезът премине през плацентарна тъкан;
- спонтанни и изкуствени аборти;
- извънматочна бременност;
- трансабдоминална амниоцентеза, ако пункционната игла премине през плацентата. (*Хаджиев, А., (1998)*)

### Клинична картина

Изоимунизацията на бременната, както и хемолитичният процес, развиващ се в плода, не дават отражение върху протичането на бременността и раждането. Последица на хемолитичната анемия на плода е сърдечно-съдовата недостатъчност на плода, съпътствана с типичен оток на плода и плацентата (*hydrops foeti ep placentae universalis*). (*Сербезова, И., (2013)*)

Плодът е с оточна подкожна тъкан, асцит, хидроторакс, хидроперикард и уголемен черен дроб. В някои случаи увреждането на плода може да е силно изразено и да доведе до интраутеринна смърт.

Хемолитичният процес, протичащ в плода, увеличава нивото на кръвен билирубин. Новороденото е с различна по степен на изразеност жълтеница. Жълтеникаво оцветени са и окололодните води, което сочи, че процесът е напреднал. (*Хаджиев, А., (1998)*)

### Диагноза

Всяка Rh(-) бременна независимо от това дали е бременна за първи път или не трябва да бъде подложена на щателни изследвания за потвърждаване или отхвърляне на диагнозата Rh изоимунизация.

Диагнозата се изгражда въз основа на:

- данни от анамнезата - мъртво раждания или раждане на деца с отоци (хидропс) и жълтеница, както и кръвопреливания, прекарана извънматочна бременност, спонтанни или изкуствени аборти, цезарови сечения, мануална екстракция на плацентата при предишни раждания или амниоцентеза; (*Хаджиев, А., (1998)*)

- серологични изследвания (определяне титъра на анти Rh антигенов) титър на анти „D” антигена се изследват на всички Rh/-отр. бременни жени през 12-16г.с. и се повтарят през 28 и 34-36г.с. При липса на сензибилизация и нарастване на титъра в края на бременността, рискът от ХБН е минимален. При данни за сензибилизация стойностите на анти D антигенов се проследява на 2-4 седмици. Титър над 1:16 говори за риск от ХМБ и се изискват използването и на други методи за оценка състоянието на плода; (<http://premature-bg.com/specialisti/statii/item/67-zhultenici-u-novorodenoto>)

Недостоверността на този показател произтича оттам, че изоимунизацията и образуването на анти Rh антигена може да е станало при предишна бременност или при кръвопреливане, а при настоящата бременност плодът да е Rh(-) и да не е застрашен изобщо от хемолитична болест. (*Христова, Ц., (2017)*).

- УЗИ - може да се окажат водещи при диагнозата на по-напреднали стадии от увреждането на плода и не е метод за ранна диагноза на ХБП - оток на подкожната тъкан на черепа („ореол“ около черепа), уголемен черен дроб, асцит, хидроторакс и хидроперикард, оток на вартониевата пихтия на пъпната връв, оток на плацентата, увеличен обем на околоплодната течност.

- спектрофотометричен анализ на околоплодната течност - чрез амниоцентеза се изследва билирубинът в околоплодната течност и се използва апарат (спектрофотометър).

Възможни са следните резултати:

1. Нормална крива - постепенно спадаща крива, характерна за околоплодна течност, която не съдържа билирубин.

2. Не нормална крива - налице е изкривяване (гърбица) на спектралната крива, дължаща се на примеса на билирубин. (*Хаджиев, А., (1998)*)



### Акушерски грижи и лечение

Хемолитична болест на плода и новороденото се проявява предимно в лека форма и не е опасна. В редки случаи заболяването може да бъде опасно и дори да заплаши живота на новороденото. (<https://www.bgmedic.com/rezus-factor-nesavmestimost>)

Възможностите за приложение на редица лечебни мероприятия са тясно свързани със зрялостта на плода и срока на бременността:

зрели плодове (над 33-34г.с.) - прекъсване на бременността; на новороденото се извършват обменни кръвопреливания, при което се заменя кръвта, съдържаща анти Rh антитела, които предизвикват хемолитичния процес, в същото време коригират и анемичния синдром;

по-незрели плодове (30-33г.с.) - прекъсването на бременността трябва да се обсъди с неонатолог, за да се преценят възможностите за отглеждане на недоносени новородени;

изразена незрелост на плода - прекъсването на бременността би означавало на практика загуба на новороденото; единствено средство в тези случаи е интраутеринното кръвопреливане и да се изчака определен период до постигане на по-добра зрялост на плода. (*Хаджиев, А., (1998)*)

Препоръчва се раждането да се осъществява per vias naturales с бързо прищипване на пъпната връв на плода след раждането. В интерес на плода е незабавното определяне на кръвнотиповата му принадлежност по АВ0- и Rh-системата, директният Coombs-тест с кръв от пъпната връв, нивото на кръвния билирубин и ретикулоцитозата. Поведението в следващите часове и дни се дирижира от билирубинемията и анемичния синдром. Лечебната програма е свързана преди всичко с обменно кръвопреливане и фототерапия със синя светлина. (*Ялъмова, Е., (1987)*)

Принципът на действие при лечението със синя светлина е фотоокисление – превръщане на мастноразтворимия индиректен билирубин във водноразтворим /фотобилирубин/, който не е невротоксичен, екскретира се чрез жлъчката без да се налага конюгирането му. ФТ е показана само при индиректна хипербилирубинемия. Профилактично приложение на ФТ се започва при стойности на билирубина на половина от тези, които са индикация за ОК. Лечението се провежда до трайно намаляване на билирубиновите нива. Паузи в облъчването до 2 часа не намаляват ефективността му, тъй като толкова е времето необходимо за реакумулация на билирубина в кожата. ФТ периодично се преустановява при хранене и обслужване на детето. (*Луканова, Й., (2015)*)

Условията за ефективна ФТ са: облъчване на максимална кожна повърхност чрез обръщане на детето през 6 часа или изпозване на двустранна фототерапия. Необходимо е поставяне на защитни тъмни очила и покриване на половите органи/памперс/. Детето се следи за поява на странични ефекти: прегряване, дехидратация, транзиторен обрив по кожата, диария. (<http://premature-bg.com/specialisti/statii/item/67-zhultenici-u-novorodenoto>)

### Профилактика

Профилактиката на Rh-несъвместимостта между майката и плода е възможна при Rh(-) родилки без наличие на антитела. На такива майки в първите 48-72ч. след раждането мускулно се инжектира anti-D-глобулин с цел да се блокират антигените, преди да се задвижат процесите на имуногенезата у майката. Така профилактираните майки износват и евентуална следваща бременност. Посочената профилактика е задължителна не само за родилките, но и за жените със спонтанен или изкуствен аборт, извънматочна бременност и след амниоцентеза. (*Ялъмова, Е., (1987)*)

### Несъвместимост на кръвни групи

Възникването на хемолитична болест на новороденото е възможно при несъвместимост на класическите кръвни групи, когато майката има кръвна група 0, плодът А, В или АВ. В 90% от случаите се касае до констелация „майка-група 0, плод-А-група“. Тази изоимунна патология се характеризира с редица особености:

- не се уврежда плодът преди раждането;
- рядко се среща при недоносени новородени;

- по-често се среща при първородени деца;
  - при следващи бременности заболяването не е задължително, тежестта му също не нараства;
  - от клиничните изяви най-важна е билирубинемията, която се развива най-често между 2-4 ден след раждането;
  - важно е системното следене за клинични изяви при новородени от майки с кръвна група 0;
- Лечебната програма се дирижира изцяло от степенната изява на билирубинемията.  
(Ялъмова, Е., (1987))

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Всяка Rh(-) майка трябва да бъде информирана за усложненията, които могат да възникнат в протичането на бременността и състоянията, които могат да засегнат плода след раждането. От особено значение е поредността на бременността, тъй като едно неразпознато несъответствие между резус фактора на майката и плода при следваща бременност може да усложни протичането на бременността и да доведе до неприятни състояния за плода след раждането. В резултат на навременните действия и мероприятия, които се предприемат при ранното откриване на несъответствието между резус факторите, рядко се стига до наистина сериозни последици от Хемолитичната болест на новороденото, но винаги трябва да се подхожда със сериозно внимание към проблема и да не се умаловажава състоянието на плода и майката.

### ЛИТЕРАТУРА

Hadzhiev, A., (1998). Akusherstvo. Sofia: Izdatelstvo „Meditsina i fizkultura“ (**Оригинално заглавие:** Хаджиев, А., (1998). Акушерство. София: Издателство „Медицина и физкултура“.)

Hristova, C., (2017). Specialni akusherski griji pri normalna bremennost. Narychnik za akusherki I medicinski sestri. Mediateh – Pleven (**Оригинално заглавие:** Христова, Ц., (2017). Специални акушерски грижи при нормална бременност. Наръчник за акушерки и медицински сестри. Медиатех – Плевен. )

Lukanova, Y., (2015). Oporni tochki za klinichna praktika na akusherki “Reagirai byrzo”. Ruse. Pечат: Izdatelski centyr pri Rusenski universitet “Angel Kunchev” (**Оригинално заглавие:** Луканова, Й., (2015). Опорни точки за клинична практика на акушерки „Реагирай бързо“. Русе. Печат: Издателски център при Русенски университет „Ангел Кънчев“.)

Serbezoza, I., (2013). Specialni akusherski griji za bremenni, rajdashti I novorodeni. Ruse. Pечат: Izdatelski centyr pri Rusenski universitet “Angel Kunchev” (**Оригинално заглавие:** Сербезова, И., (2013). Специални акушерски грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени. Русе. Печат: Издателски център при Русенски университет „Ангел Кънчев“.)

Yalamova, E., (1987). Akusherstvo. Sofia: Izdatelstvo „Meditsina i fizkultura“ (**Оригинално заглавие:** Ялъмова, Е., (1987). Акушерство. София: Издателство „Медицина и физкултур“.)

<https://www.bgmedic.com/rezus-factor-nesavmestimost>

<http://premature-bg.com/specialisti/statii/item/67-zhultenici-u-novorodenoto>

THU-2G.205-1-SSS-HC-21

---

## VITAMIN B12 DEFICIENCY AND IT IS RELATIONSHIP TO PREGNANCY<sup>40</sup>

---

### **Radostina Nikolova – Student**

Department of Health Care,  
University of Ruse “Angel Kanchev”  
Phone: 0898535328  
E-mail: r.nikolova@rubineks.eu

### **Assoc. Prof. Tanya Timeva, 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 addresses the issue of B12 deficiency, symptoms, the way it can be obtained, the problems that may be due to its deficiency. Also the complications of B12 deficiency during pregnancy was presented.*

***Keywords:** vitamins, vit B12, deficiency*

### **ВЪВЕДЕНИЕ**

Наименованието **витамин** се появява през 1912 г., след като американския биохимик от полски произход Казимир Функ изолира от оризови люспи съдържащо аминна група вещество, което лекува болестта бери-бери и го нарича „витамин“. Общо за всичките 13 витамини е, че не се синтезират в организма, а се доставят отвън.

Името им *Vit - amini* показва, че са много важни за живота. Всички те имат аминна група в химическата си формула. Едни са мастно разтворими и създават в организма депо – като Вит. А, Вит D, Вит Е. Други са водно разтворими, като витамините от група В. Но всички са изключително важни за цялостното изграждане и метаболизма в организма, за способността да извлечем енергия от храната, да се движим – за абсолютно всеки биологичен процес. За тези дейности са необходими също минерали и други важни ко-фактори, но без витамини, дори ако всички други фактори да са налице, резултатът не е същият. Мастно разтворимите витамини могат да се натрупват в резервни депа в тялото, но водно разтворимите се изхвърлят с телесните течности от тялото.

В12 се произвежда само в животинския свят. В растителния свят се синтезират други изомери, наподобяващи В12, които не само, че не помагат на този дефицит, но и могат да го задълбочат, тъй като се конкурират за едни и същи рецептори. (Parasova, M., 2016)

### **ИЗЛОЖЕНИЕ**

#### **1. Структура на Витамините**

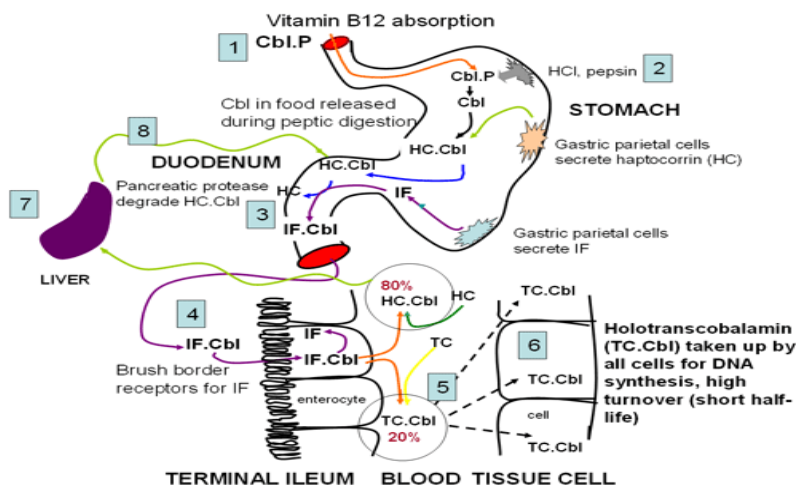
Цялата група на В витамините се нарича “кобаламини”, тъй като общото е съдържание в молекулата на микроелемента кобалт. Препарат с който може да се набави витамин В12, е Метилкобаламин. Има и цинкови форми, но не са достатъчно добри. Има и растителен продукт обогатен с В12, който е добър за ежедневна употреба, но когато стане въпрос за дефицит, той е недостатъчен.

#### **2. Метаболизъм**

---

<sup>40</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 17.05.2018 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ДЕФИЦИТ НА ВИТАМИН В12 ПО ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТ.

Има множество условия и изисквания, които трябва да са налични, за да се усвои вит. В12 от организма. Първо да се отдели от храната, да премине по чревния тракт и на края на тънките черва се намират рецепторите, които могат да го усвоят. Необходима е специфична киселинност на стомашния сок, която често не е налична, поради прием на различни храни и течности които променят Ph на стомашния сок. Човек в следствие на неправилно хранене и прием на вредни храни може да увреди стомашната лигавица. Това води до огромната вероятност, организмът да не може да произведе т. нар. “вътрешен фактор”, който да поеме В12 и да го пренесе до края на стомаха /фиг.1/. Има нужда от още няколко белтъка и интактни, не възпалени черва, за да премине по цялата дължина /7-8 метра/ до края на тънките черва, където се намират рецепторите, чрез които може да бъде усвоен и да премине в кръвния поток (Makkaly, K. 2001).



Фиг. 1 Абсорбция на вит. В12

### 3. Причини за дефицит на вит В12

Причините са разнообразни и обхващат различни режими на хранене, медикаментозен прием, както и някои заболявания.

Неправилно хранене, бедна на хранителни вещества храна, веганско хранене, гастрит (понижена секреция на солна к-на), антиацидни медикаменти, H2 блокери, антидиабетни препарати, антидепресанти, антиконвулсанти, анорексия, гастритен байпас (с цел отслабване), чревни операции, чревни възпаления, аутоимунни възпаления, райски газ, ваксини със съдържание на живак и алуминий, който затруднява преминаването на кобаламина през мозъчно-кръвна бариера; наркотици, алкохол, паразити.

### 4. Симптоми при дефицит на В12 /фиг.2/

Могат да бъдат групирани както следва:

Психологични:

- агресия и раздразнителност
- промени в характера
- апатия, депресивност (вкл. следродилна)
- сънливост
- загуба на памет
- подозрителност, параноя
- халюцинации
- дементни състояния
- аутизъм

Неврологични:

- процеси, свързани с демиелинизацията (загуба на миелиновата обвивка на невроните):
- тръпнене, мравучкане
- нарушена походка

- слабост, непохватност
- двойно виждане
- схващане, изтръпване, парене
- проблеми с равновесието, затруднени движения
- падане, тремор, парализа
- объркване, склонност към забравяне
- главоболие, загуба на зрението

Сърдечно-съдови:

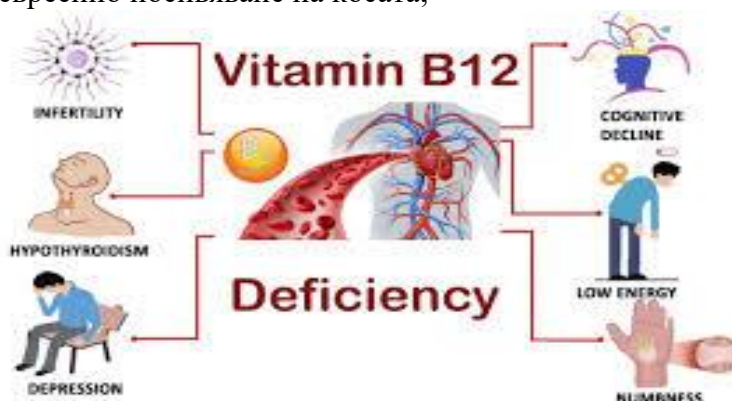
- повишено артериално налягане или исхемична болест на сърцето
- симптоми, характерни за хематологични заболявания
- умора, слабост, анемия, задух, левкози

Имунни:

- трудно заздравяване на рани
- повишена податливост към инфекции
- повишен риск от онкосъстояния
- затруднен изработване на антитела

Храносмилателни и други:

- ГЕРБ;
- Гастрит;
- нарушено храносмилане;
- подуване на корема;
- коремни болки;
- констипация;
- диария;
- загуба на тегло;
- недостиг на въздух;
- обща слабост;
- хронична умора (пролетна и т.н. умора);
- загуба на апетит;
- шум и бучене в ушите;
- витилиго;
- хиперпигментация на кожата;
- преждевременно посивяване на косата;



Фиг.2 Схематично представяне на последиците от дефицит на вит.В12 в организма  
<http://media.muskuli.com/category/>

##### 5. Вит В12 и бременност

Приемът на фолат (фолиева киселина) само маскира дефицита на В12. Трябва да се приемат витамини от цялата група В, и отделно В12. Той е нужен, за да може да се усвои фолиевата киселина. Дефицит на В12 в интраутеринният живот и неонаталния период се

подценява, и това води до нежеланите дегенеративни промени и неврологични увреждания. (Pacholok, S., Stuard, J.,2017)

Недостигът на В12 по време на бременността се свързва с неблагоприятни последици, в т.ч. дефекти на невралната тръба, преждевременно раждане, вътреутробно изоставане в развитието, повтарящи се спонтанни аборти. Най-често срещаната причина за дефицит на В12 при малките деца е хранителен недостиг на майката и обикновено се проявява между 4 и 8-месечна възраст. Витамин В12 е необходим за нормалния растеж и развитие на новородените и децата. Ясно са документирани случаи на лезии в главния и гръбначния мозък вследствие кобаламинов дефицит. Ако не бъде лекуван, недоимъкът на В12 може да причини неврологични увреждания, които при липса на навременна диагноза могат да останат трайни. Дефицитът на В12 може бързо да доведе до изоставане във физическото развитие, а ако не бъде своевременно лекуван – до кома и смърт. Недоимъкът на В12 е прогресивен, свързан с различни увреждания на главния и гръбначния мозък и периферните нерви в зависимост от продължителността на състоянието. Този дефицит е една от малкото потенциално обратими причини за неврологични увреждания при своевременно установяване и правилно лечение. Ранната диагноза и терапия могат да предотвратят сериозни последици в дългосрочен план. Дефицитът на витамин В12 при новородените и малките деца може да има следните неврологични и хематологични признаци и симптоми:

- Забавяне в развитието.
- Раздразнителност.
- Слабост.
- Хипотония.
- Атаксия.
- Апатия.
- Тремор.
- Миоклонус на главата, крайниците и езика.
- Неволени движения.
- Гърчове.
- Анорексия.
- Незадоволително наддаване на тегло.
- Незадоволителен растеж на главата (микроцефалия).
- Незадоволителна социализация.
- Незадоволителни моторни умения.
- Забавяне в езиковото развитие.
- Проблеми с говора.
- Нисък коефициент на интелигентност.
- Умствено изоставане.
- Хематологични отклонения (не са задължителни).
- Макроцитоза.
- Анемия.
- Тромбоцитопения.
- Панцитопения (Pacholok, S., Stuard, J.,2017).

#### 6. Източници на Вит В12:

Набавянето на този толкова важен витамин само от храната, понякога е недостатъчно. Необходима е действаща добавка, и то във форма на метилкобаламин. Таблетки за смучене, или капки усвоими през лигавицата се усвояват ефективно. Препоръчителната дозировка е по 5000 микрограма, взимат се през ден. Ако има остър дефицит, нужно е медикаментозно вливане i.v. или i.m., и паралелно с това – таблетки, или капки (Parasova., M., 2017).

#### 7. Диагностициране на дефицита и Референтни стойности на В12:

Изследванията се правят чрез определяне на концентрация на В12 и хомоцистеин в кръвен серум, плюс изследване на един метаболит метилмалонова киселина в урина. Нормалните нива на серумен В12 следва да бъдат над 550 pg/ml. С оглед на здравето на мозъка и нервната система и превенцията на заболявания при хора в по-напреднала възраст, серумните нива трябва да се поддържат около и над 1000 pg/ml. За превенция на заболявания и здрава нервна система е необходимо да бъдат около 1000 pg/ml.

Референтни граници:

- новородени до 8г – 1000 pg/ml
- средна възраст – над 400 pg/ml,

Дефицит – за дефицит се приемат стойности на витамина в кръвта в следните граници:

- В12 < 200 pg/ml – тежък дефицит
- В12 200 – 350 pg/ml – умерен дефицит
- В12 350 – 450pg/ml – начален дефицит

Трябва да се има предвид, че 1 pg/mL = 3.671 pmol/L. (Papasova, M.,2016)

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Поради сериозните усложнения както при възрастен човек, бременни жени така и у подрастващи, които са следствие на недостига на Вит. В12 е необходимо да се обърне внимание и да се правят периодични скрининг тестове и при установяване на анемия да се вземат своевременни мерки като се препоръча хранителен режим /яйца, риба, морски дарове/, допълнителни изследвания за диагноза на съпътстващи заболявания както и адекватна медикаментозна терапия.

Един обикновен прием на В12 МОЖЕ ДА СПАСИ ЖИВОТ и доведе до обрат в едно “нелечимо” заболяване.

### **ЛИТЕРАТУРА**

Pacholok S. doc. Stuard J.(2017) Could it be В12?

Papasova M. Lekciq vav festival “Svobodata da badesh” 16.04.2016

Makkaly K. (2001) New England Journal of Medicine

<https://ods.od.nih.gov/factsheets/VitaminB12-HealthProfessional/>

<http://media.muskuli.com/category/>

THU-2G.205-1-SSS-HC-22

---

## CLONING IN HUMANS <sup>41</sup>

---

### **Didem Redzhebova – Student**

Department of Health care,  
University of Ruse “Angel Kanchev”  
Phone: +359 893 463 009  
E-mail: didem96@abv.bg

### **Viktoria Todorova – Student**

Department of Health care,  
University of Ruse “Angel Kanchev”  
Phone: +359 889 416 655  
E-mail: viki\_357@abv.bg

### **Assoc. 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:** This scientific article aims to present cloning as a term and to demonstrate its place within reproductive medicine. Cloning is the process of asexual reproduction that results in the creation of a new organism (a clone) or cells. The presented information is entirely based on scientific literature, articles and researches. Cloning is a comparatively new and modern technology that combines different branches of Science such as Bioengineering, Cytology, Microbiology, as well as subspecialties of medicine – Obstetrics, Gynecology and reproductive medicine.*

***Key words:** cloning, fertilization, future, life, reproductive methods, modern technology*

## **ВЪВЕДЕНИЕ**

Човешкото клониране е създаването на генетично идентично копие (или клон) на човек. Терминът обикновено се използва за означаване на изкуствено човешко клониране, което е възпроизвеждането на човешки клетки и тъкани. То не се отнася до естествената концепция и получаването на идентични близнаци.

Възможността за клониране на хора е повдигнала противоречия. Тези етични опасения са накарали различни страни да приемат закони относно човешкото клониране.

## **ИЗЛОЖЕНИЕ**

Клонирането е термин, описващ една процедура, която създава генетично точно копие на биологичния обект (включително ДНК, клетка или организъм). Учените са клонирали елементарни субстанции, подобни на гени и клетки от години. Днес обикновени изследвания и много важни фармакологични производства зависят от този вид клониране. Процедурата, която създаде Dolly, е наречена „соматично-клетъчен ядрен трансфер“, защото тя включва трансфера на ядро на соматична клетка, различна от яйцеклетката или сперматозоида (които са зародишни клетки) в една неоплодена яйцеклетка, чието ядро е премахнато (Zhivkova, Hr., 2002).

### **Видове клониране**

---

<sup>41</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 17.05.2018 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: КЛОНИРАНЕТО ПРИ ЧОВЕКА.



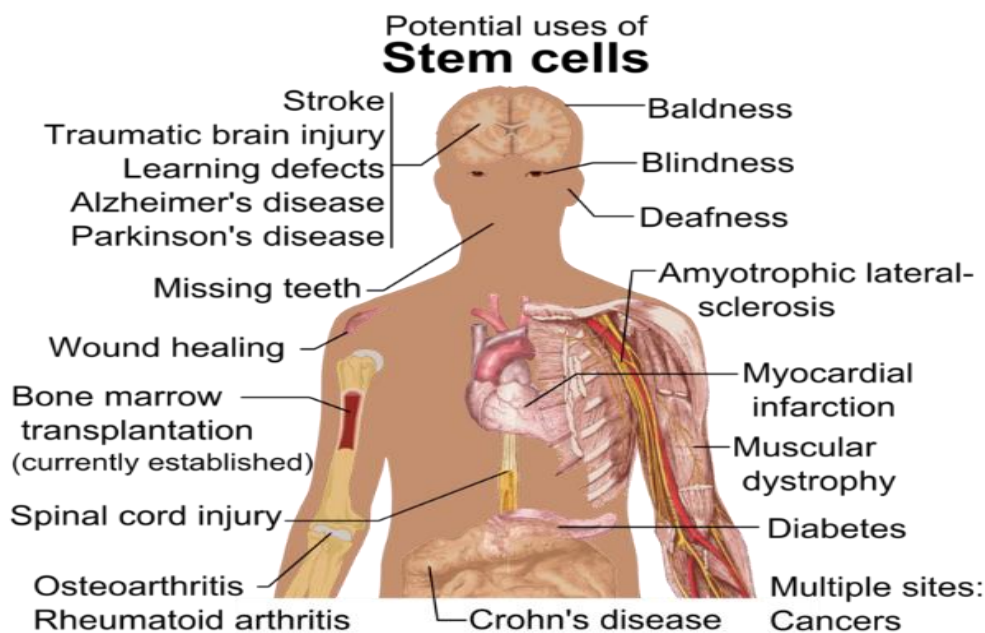
Разграничават се теоретично два вида човешко клониране: терапевтично клониране и репродуктивно клониране.

Терапевтичното клониране е клониране с цел създаване на стволови клетки. Стволовите клетки могат да бъдат специализирани за развитието на различни видове органи, които да се използват за целите на трансплантацията (Zhivkova, Hr., 2010).

Един от методите за получаване на стволови клетки е да се създаде ембрион от вече специализирани клетки чрез соматично-клетъчен ядрен трансфер. „Ембрионалните” стволови клетки, създадени по този начин, може да служат за терапевтично клониране. Идеята е да се регенерира една клетка от тялото на действителния пациент, предназначена да създаде материя за „поправка”, получена от ембрионална стволова клетка. Ако е възможно да се създаде човешка тъкан и органи на основата на една клетка, взета от болен пациент, може би ще бъде решен един от големите проблеми на трансплантацията – отхвърлянето на чуждата материя (Zhivkova, Hr., 2002).

Най-важното е, че терапевтичното клониране има перспектива при трансплантацията. Там то може да се развие напълно, могат да бъдат взети клетки от живи и мъртви донори и да се реши въпроса с липсата на органи, биологичната съвместимост, доброволността и съгласието за даряване на органи, търговията с органи, престъпността, свързана с донорството и т.н.

Възможностите за потенциално използване на стволови клетки са представени на фиг. 1.



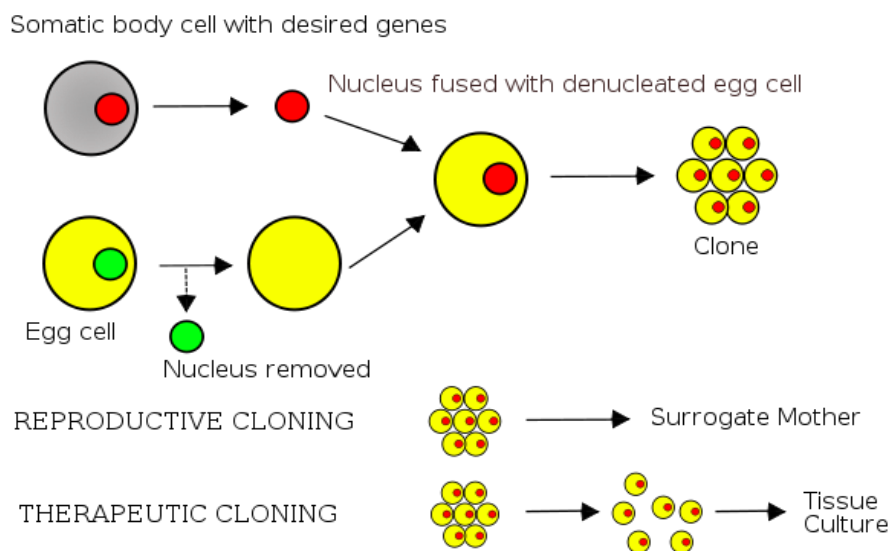
Фиг. 1 Заболявания, потенциално лечими със стволови клетки

Репродуктивното клониране е клонирането, което създава идентични индивиди чрез несексуално възпроизводство. То се извършва по различни начини:

1. Клониране чрез разделяне на ембриона: оплодената яйцеклетка е разделена на два или повече дяла в ранното ѝ развитие. При развитието на фетуса в матката може да се получи същото деление и да се създадат идентични, еднородни близнаци. Това може да стане и по изкуствен начин, например при оплождане *in vitro*, а след това ембриона се разделя. Това клониране е сексуална репродукция, тъй като ембриона е получен при оплождане на полови клетки. Чрез това клониране могат да се развият два или повече ембриона. Получените организми са идентични близнаци, съдържащи ДНК от майка и баща (Zhivkova, Hr., 2010).

2. Клонирание чрез „соматично-клетъчен ядрен трансфер” – всяка отделна клетка в тялото, различна от зародишните, съдържа в себе си колективен генетичен материал (геном) и от тук на тази основа може да бъде създаден идентичен индивид. Това откритие доказва, че природата се е презастраховала от изчезването на видовете (Zhivkova, Hr., 2002).

При репродуктивното клонирание могат да се възползват семейства, при които единият или и двамата родители са носители на генетично заболяване (фиг.2). Когато единият е носител на патологичен ген, соматичната клетка ще бъде взета от здравия родител. Когато обаче и двамата са носители на патологични гени, може да се прибегне до генна терапия, при която някои гени да бъдат заменени. Клонирането създава възможността, родителите да пожелаят да оптимизират някоя ценна черта (Zhivkova, Hr., 2002)



Фиг. 2. Схематично представяне на процесите, свързани с клонирането

### Етични проблеми

Погледнато от страната на етичните проблеми, свързани с клонирането, още няма никакъв опит какво ще се случи за дълъг период от време, ако се създаде чрез клониране генетично идентично копие на човешко същество в такъв смисъл, че сигурността на потомството се превръща в случайност. Опитите с крави показват, че се съкращава срока на бременността и има проблеми приотелването. Това усложнява раждането и повишава смъртността.

Клонирането чрез соматични клетки е труден процес в смисъл, че е ниско ефективен. Само 0,1 % от имплантираните клетки са се развили. Повечето от клетките са били негодни да се делят и да нарастват или пък са се развили абнормално.

Тази несигурност спира обществото да приеме репродуктивното клониране за разрешаване на проблема с възпроизводството при семейства с патологична наследственост при единия от партньорите. Това е и причината, то да бъде забранено. В момента е разрешено терапевтичното клониране.

Изследванията при терапевтичното клониране са базирани на надеждата да се „препрограмира” така наречената стволова клетка например в мозъчна клетка, с която да бъде лекуван пациент с болестта на Алцхаймер (Zhivkova, Hr., 2002).

### История

Агнето Dolly отбелязва кулминацията на повече от 10-годишна работа на института Рослин. Първите опити в клонирането били със студенокръвни животни- морски свинчета, саламандър, жаби, попови лъжички. Клонирането на Доли е предшествано и от много грешки (Zhivkova, Нг., 2010).

Смята се, че репродуктивното клониране започва през 1996 г. с появата на овцата Доли, която е създадена в Шотландия. Учените вземат клетки от кожната тъкан на вимето на овцата майка и отделят от тях ядрата, които съдържат наследствената информация. След това от неоплодени яйцеклетки на овца от друга порода премахват ядрата и им присаждат ядрата на клетките от вимето с наследствената информация. По този начин се получават яйцеклетки, които съдържат генетичен материал от клетките от вимето на друга порода. Така получената яйцеклетка въвеждат в матката на трета овца, която е преминала през хормонална подготовка. В определения срок създават пълноценно агне. Всяка клетка на човешкия организъм носи в себе си пълен генетичен материал, но засега никой не е успял да създаде близнаци от клетка на кожата на човека. Учените съумяват да създадат овцата Доли едва след 277 опита, от които само четири бременности завършват с раждане (Binder, Н., 2008).

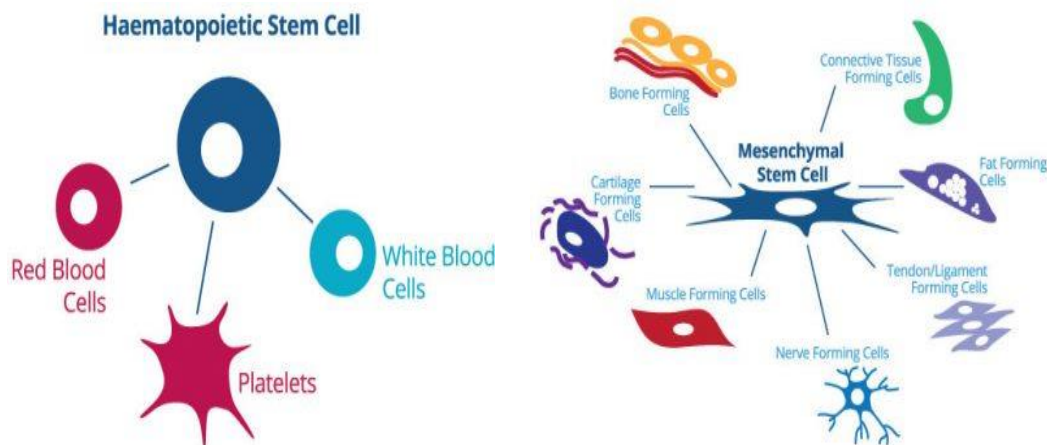
### **Клониране при човека**

Овцата Доли е първото в историята клонирано живо същество. Но как да се клонира човекът? Технологиите за клониране вече съществуват. Под микроскоп женската яйцеклетка се всмуква с тънък капкомер и се фиксира. С втори капкомер от нея се изсмуква ядрото. В тази яйцеклетка без генетична информация по същия път се въвежда наследствен материал от друга клетка. Като резултат се получава яйцеклетка, която съдържа нова генетична информация. Здравата, необработена яйцеклетка съдържа само половината набор от хромозоми, т.е. 23 хромозома с генетичния материал на майката. Като се отделя ядрото от яйцеклетката и в нея се въвежда ядрото от клетката на друг орган от организма, се достига пълният хромозомен набор – 46. В лабораторията тази новокопструирана яйцеклетка се подлага на механично дразнене или въздействие на електрически ток с високо напрежение, в резултат на което започва самопроизволно делене на клетки. Делящите се клетки се имплантират в стената на матката и като резултат се развива пълноценен организъм. Нормалното развитие на плода „в епруветка“ засега е невъзможно (Binder, Н., 2008).

Първото клонирано човешко същество. На 27 декември 2002 г. организация “Клонейд” оповести, че се е родила “Ева”, която е първото клонирано човешко същество. Раждането на момиченцето – клонинг бе обявено от френската биоложка Бриджит Боаселие, ръководител на “Клонейд”. Сензационното разкритие бе направено в Маями, Флорида, където е разположено и седалището на организацията. “Клонейд” е създадена през 1997 г. и сама се определя като “първата в света компания, предлагаща клониране на хора”. Фирмата разчита, че над един милион човека ще станат нейни клиенти и твърди, че до момента повече от 100 души са направили поръчки за свои клонинги в “Клонейд”. Компанията предлага тази услуга срещу 200 000 долара. За по-скромната сума от 50 000 долара “Клонейд” предоставя възможността за вечно съхранение на клетки от човешкия организъм (Bakardzhiev, Ts., 2003).

### **Стволови клетки**

Има три основни вида стволови клетки в кръвта от пъпна връв. Това са хематопоеични стволови клетки, мезенхимни стволови клетки и много малки стволови клетки с ембрионална форма. Всяка от тях има своя собствена функция:



Фиг. 3 Стволови клетки и диференциацията им

#### Хематопоетични стволови клетки (HSCs)

Тези клетки имат способността да се трансформират в различни кръвни клетки, включително бели кръвни клетки. HSC са стволовите клетки, които се използват в много текущи терапии като лечение при ракови заболявания, за възстановяване на имунната система/фиг. 3/.

#### Мезенхимни стволови клетки (MSCs)

Тези клетки имат способността да се трансформират в огромен диапазон от типове тъкани, включително: нервна тъкан, мускулна тъкан и хрущял. В резултат, тези клетки се считат за изключително важни за регенеративните терапии, при които се търси регенерация на тези типове тъкани с мезенхимни стволови клетки и дори да се „отгледат“ нови органи /фиг. 3/.

#### Много малки стволови клетки с ембрионална форма (VSELs)

За свойствата на VSEL все още се знае твърде малко, но е възможно те да са най-ценният тип стволова клетка в човешкия организъм. Както подсказва името им, VSEL споделят много от характеристиките на ембрионалните стволови клетки, което означава, че диапазонът от типове тъкани, към които могат да се трансформират, е много по-голям, отколкото при повечето други видове стволови клетки. Именно поради тази причина, броят на потенциалните заболявания, които могат да лекувани с такива клетки, е много по-висок (Blog Cells4life, 2017).

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Работата по клонирането е усъвършенствала основното ни разбиране за развитието на биологията при хората. Наблюдението на човешките плурипотентни стволови клетки, отглеждани в културата, осигурява голямо разбиране за развитието на човешкия ембрион, което иначе не може да се види. Учените вече могат да определят по-добре стъпките за ранно човешко развитие. Изучаването на сигналната трансдукция, заедно с генетичната манипулация в ранния човешки ембрион, има потенциала да осигури отговори за лечението на много болести и дефекти в развитието. Много човешки специфични сигнални пътеки са открити чрез изучаване на човешки ембрионални стволови клетки. Изучаването на пътищата за развитие при хората е дало на биолозите повече доказателства за хипотезата, че пътищата на развитие се запазват в целия вид.

За разлика от репродуктивното клониране, терапевтичното клониране е с изключителна важност към възможностите за трансплантация. развитието му може да даде тласък при лечението на сериозни заболявания със заместването им със клетки взети от живи и мъртви донори.

## ЛИТЕРАТУРА

Zhivkova, Hr. (2010). Biotehnologii i etika. Sofiya: Izdatelstvo "Iztok-Zapad" (**Оригинално заглавие:** Живкова, Хр., 2010. Биотехнологии и етика. София: Издателство „Изток-Запад“)

Zhivkova, Hr. (2002). Kloniraneto. Sofiya: Izdatelstvo "Daga-HZH" (**Оригинално заглавие:** Живкова, Хр., 2002. Клонирането. София: Издателство „Дъга-ХЖ“)

Bakardzhiev, Ts. (2003). Poyaviha se choveshkikloningi. URL: [http://www.factor-news.net/index\\_php?cm=4&id=42](http://www.factor-news.net/index_php?cm=4&id=42) (**Оригинално заглавие:** Бакърджиев, Ц. (2003). Появиха се човешки клонинги)

Binder, H. (2008). Kloniraneto – kletki, embrioni. URL: <http://www.prozoretz.bg/817.pdf> (**Оригинално заглавие:** Биндер, Х. (2008). Клонирането – клетки, ембриони)

Blog Cells4life (2017). Krivni stvolovi kletki ot pupna vruv. URL: <http://cells4life.bg/%D0%BA%D1%80%D1%8A%D0%B2%D0%BD%D0%B8-%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B8-%D0%BA%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%BA%D0%B8-%D0%BE%D1%82-%D0%BF%D1%8A%D0%BF%D0%BD%D0%B0%D1%82%D0%B0-%D0%B2%D1%80%D1%8A/> (Блог Cells4life (2017). Кръвни стволови клетки от пъпна връв)

Seidel, G. (2017). 20 years after Dolly: Everything you always wanted to know about the cloned sheep and what came next. URL: <http://theconversation.com/20-years-after-dolly-everything-you-always-wanted-to-know-about-the-cloned-sheep-and-what-came-next-72655> (Сийдъл, Г. (2017). 20 години след Доли: Всичко, което винаги си искал да знаеш за клонираната овца и какво следва след това)

Stem cell treatments.

URL: [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Stem\\_cell\\_treatments.svg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Stem_cell_treatments.svg) (Лечение със стволови клетки)

PLACENTA <sup>42</sup>

**Berna Yusmenova – Student**

Stud. University of Ruse  
Department of Health Care,  
Phone: +359889181484  
E-mail: berna9898@abv.bg

**Assoc. 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 placenta is the highly specialised organ of pregnancy. The role is to support the normal growth and development of the fetus. The main functional units of the placenta are the chorionic villi within which fetal blood is separated from maternal blood in the surrounding intervillous space.*

*The placenta acts to provide oxygen and nutrients to the fetus, whilst removing carbon dioxide and other waste products. It metabolises a number of substances and can release metabolic products into maternal and/or fetal circulations.*

*The placenta can help to protect the fetus against certain xenobiotic molecules, infections and maternal diseases. In addition, it releases hormones into both the maternal and fetal circulations to affect pregnancy, metabolism, fetal growth, parturition and other functions.*

**Key words:** *placenta, pregnancy, chorion, hcg, fetal circulation*

**ВЪВЕДЕНИЕ**

Целта на настоящия доклад е да подчертаят важни факти от структурата и функцията на плацентата. Плацентата е орган на плода (фетуса), който осигурява обмена между майка и плод, поддържа бременността и осигурява развитието на плода. При доносна бременност към термин плацентата има дисковидна форма с диаметър около 20 см и е с маса около 500 гр. (Hadzhiev, Al., I, Karagyozev, 2005, Dimitrov, A., 2014).

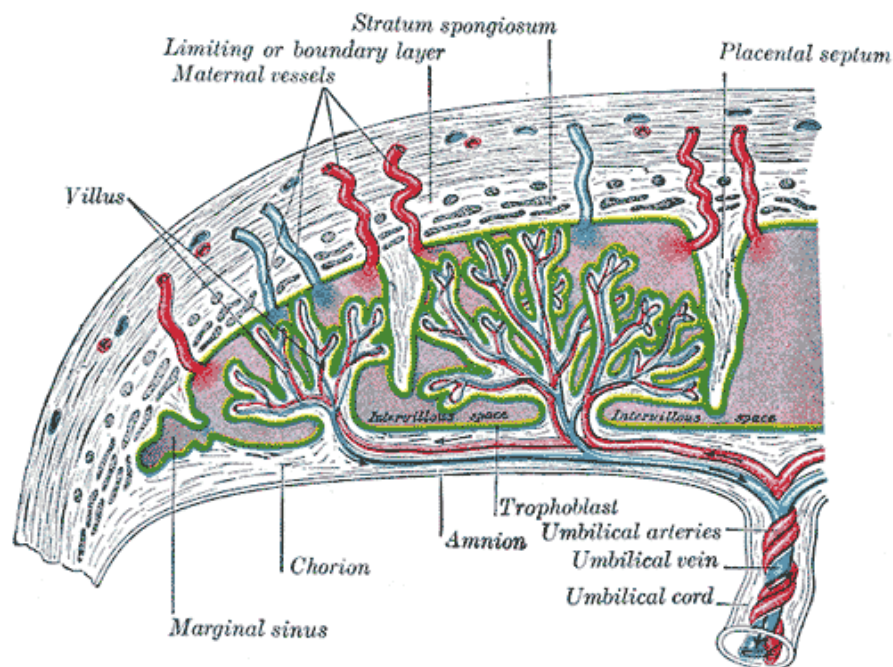
**ИЗЛОЖЕНИЕ**

**1. Строеж на плацентата**

Развитието на плацентата преминава през няколко стадия като структурите на концептуса, формиращи плацентата, влизат в директен контакт с маточния ендометриум. Те изграждат основните зони: хориалнапластинна (към ембриона) и базална пластина (към ендометриума). Към материнската повърхност се формира система от лакуни, пълни с кръв, образуващи интервилозното пространство и вилозното дърво сред тях. Тези фундаментални зони претърпяват съществени промени в хода на съзряване на плацентата и преминават през няколко стадия: преимплантационен, прелакунарен, лакунарен и вилозен стадий. Последния е характерен за 13-ти, 14-ти ден след концепцията когато се образуват **първичните** (изцяло трофобластни въси) съдържащицитотрофобластна сърцевина и синцитиалнаповърхност, които достигат интервилозното пространство. Всите съдържащи мезенхимна сърцевина се наричат **вторични** (15-ти 18-ти ден от концепцията). Тяхната основна роля е да осигуряват пролифериращекстравилозентрофобласт по време на бременността, като с напредването ѝ те намаляват. В мезодерма на вторичните въси се развиват предшественици на хемопоеичните

<sup>42</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 17.05.2018 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ПЛАЦЕНТА.

клетки и съдов ендотел и чрез тях към 20 – 21-ви ден след зачеването се появяват първите кръвоносни съдове. Върсите, които съдържат кръвоносни съдове се определят като **третични** върси. Описаната класификация се отнася към най-ранното формиране на вилозното стъбло. Впоследствие, по време на бременността основно е представителството на третичните върси, като новообразуването на първични и вторични е намалено (Dimitrov, A.,2014) – /Фиг.1/.



Фиг. 1 Схемa на плацентарни върси и циркулация

## 2. Функции на плацентата:

Функциите на плацентата са транспортно-обменна, ендокринна и имунна. Те осигуряват нормалното развитие на плода и бременността и подпомагат адаптацията на майчиния организъм към нея.

*Транспортна функция* на плацентата е основна като тя осигурява транспортът на хранителни вещества и газове. Хранителният "транспорт" се осъществява чрез обмен между кръвообращението на майката и на плода. През пъпната връв кислородът и хранителните вещества преминават в тялото на плода през пъпната вена. След като отдаде кислорода и поеме отпадните продукти от обмяната на веществата на плода, кръвта се връща към майчиното кръвообращение чрез умбиликалните артерии т.е. отделителна функция на плацентата.

*Ендокринна функция* състои се в производство на стероидни хормони, растежни фактори, хормони подобни на тези отделяни от хипоталамо-хипофизната система. По-важните хормони, произвеждани от плацентата са

- Стероидни хормони

Плацентата произвежда два типа стероидни хормони – естрогени и прогестерон. Прогестеронът се оприличава като „пазителят на бременността“. Той осигурява нормалното и протичане като поддържа лигавицата на матката, както и плацентарните структури. Освен това предпазва от маточни съкращения, които могат да доведат до усложнения свързани с плода и преждевременно прекъсване на бременността.

Синтезата на естрогени от плацентата се осъществява благодарение на комплексно взаимодействие между нея и плода. Естрогените започват да се секретират в края на бременността. Техният ефект е противоположен на този на прогестерона, като предизвикват маточни съкращения водещи до изгонване на плода. Освен това те стимулират развитието на дяловете и каналчетата на млечната жлеза, което е необходимо за последващата лактацията.

- Човешки хорионгонадотропин

Човешкият хорионгонадотрипин (ЧХГ) е хормон, който се произвежда от клетките на плацентата. Той може да бъде открит в майчината кръв или в урината. Този хормон стои в основата на много от тестове за бременност. Нивата му се покачват около 7 дни след зачеването като достигат своя връх около 11-та седмица на бременността. ЧХГ е гликопротеин, изграден от две субединици – алфа и бета като първата съдържа 92 аминокиселини и е идентична с тази на лутеинизиращия хормон (ЛХ), фоликулостимулиращия хормон (ФСХ) и тиреостимулиращия хормон (ТСХ). Бета-субединицата е изградена от 145 аминокиселини. Функцията на ЧХГ е да поддържа жълтото тяло и по този начин да осигури прогестерон през първият триместър на бременността, а след това нивата му значително падат. В мъжкия фетус ЧХГ стимулира секрецията на тестостерон от феталния тестис и води до промени в репродуктивната му система.

- Човешки плацентаренлактоген

Човешкият плацентаренлактоген (ЧПЛ) също се секретира от клетките на плацентата. Той е мощен гликопротеин, който се отделя по време на цялата бременност. Нарича се още човешки плацентаренсоматотропин. Структурата му е подобна на тази на растежния хормон, секретирани от хипофизата. Състои се от 191 аминокиселини, свързани с две дисулфидни връзки. Основните физиологични действия на ЧПЛ се изразяват в промяна на метаболизма на майчиния организъм с цел доставка на хранителни вещества към плода. Ефектите му свързани с метаболизма на майката се изразяват в понижаване на разграждането на глюкоза от майчиният организъм, което спомага за изхранването на плода. ЧПЛ стимулира липолизата в клетките на майката, което води до отделяне на свободни мастни киселини, представляващи гориво за майчините клетки и образуване на кетонни тела, които преминават през плацентарната бариера и се използват от плода. ЧПЛ има анаболен ефект относно протеините. Изследвания са доказали, че този хормон имитира действието на пролактин и се смята, че има значение за развитието на лактацията.

- Релаксин

Релаксинът е хормон, който се произвежда от плацентата и от лигавицата на матката. Нивата на хормона са най-високи през първият триместър на бременността. Смята се, че той насърчава имплантацията на ембриона и развитието на плацентата. В началото на бременността възпрепятства маточните контракции, с цел предпазване от спонтанен аборт и други усложнения. Релаксинът благоприятства адаптацията на сърдечно-съдовата и отделителната система на майката към нуждата от кислород и хранителни вещества на плода. Към края на бременността хормонът предизвиква отпускане на шийката на матката и влагалището, като по този начин улеснява раждането. Смята се, че релаксинът стимулира отделянето на ЧХГ от плацентата.

*Бариерна функция*, благодарение на която плацентата „филтрира“ вредни газове като въглероден оксид, лекарства или инфекциозни причинители с потенциално негативен ефект върху плода. През цялата бременност плацентата служи като филтър, задържащ токсични вещества, вируси, отпадъчни продукти и значително количество окислена кръв. По време на самото раждане плацентата е в контакт с различни телесни течности, които сами по себе си могат да бъдат риск за сериозни инфекции. Не трябва да се омаловажава и фактът, че родилният канал далеч не е стерилен. Често, неоткрита по време на бременност и смятана за асимптоматична инфекция, например група В стрептококова инфекция, може да доведе до неонатален бактериален сепсис или неонатален менингит.

*Имунологичната функция* на плацентата се състои в толерантност на майчиния организъм спрямо „дългото“ присъствие на генетично различния ембрион остава неизвестен. Някои от възможните отговори са свързани с ниската имуногенност на плацентарните тъкани, които са в пряк контакт с майчините-синцитиотрофобластът и екстравилозният цитотрофобласт не експерират двата основни класа на антигенна несъвместимост, за разлика от тези на стромалните клетки и на плода (Dimitrov, A., 2014).

### 3. Плацентата като свързващо звено



Плацентата свързва майката и детето, прикрепяйки се от една страна към стените на матката с помощта на тънки влакна, а от друга, чрез пъпната връв – към бебето. Така тя се грижи за тясното взаимодействие на организмите (<http://9m-bg.com/bremennost/bremennost-po-sedmitzi/rolqta-na-placentata/>).

**Фактори нарушаващи функцията на плацентата:**

- ✓ Анатомични
- ✓ Физиологични
- ✓ Генетични
- ✓ Патогенни



Фиг.2. Плацента и пъпна връв

**Фактори нарушаващи функцията на плацентата, свързани с околната среда:**

- ✓ Тютюнопушене
- ✓ Употреба на алкохол
- ✓ Употреба на наркотици
- ✓ Радиационни облъчвания
- ✓ Нездравословно хранене

**4. Митове и легенди за плацентата:**

В различни култури и народни предания поради факта, че плацентата е част от новороденото, се е смятало, че трябва да ѝ се отдаде специална почит. В някои религии обаче точно напротив – плацентата се смята за „нечист“ орган и се изгаря почти веднага след раждането. В други култури в Африка след раждането плацентата се погребва в земята в знак на благодарност, че е отгледала и дарила нов живот. В китайската медицина тя се използва като лечебно средство за засилване на жизнените сили и имунитета. Почитта към плацентата е свързана с представата за нея като “корена на дървото на живота” (<http://9m-bg.com/bremennost/bremennost-po-sedmitzi/rolqta-na-placentata/>).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Малко на страна от интереса на бременните жени остава този орган с много кратък живот, но с удивително важно значение за плода – плацентата. Тя изпълнява за него едновременно роля на бели дробове, бъбреци и черен дроб – съчетава техните функции до съзряването на органите и до възможността за самостоятелно съществуване на бебето.

В последното десетилетие се правят различни изследвания за това дали и как плацентата може да се използва след раждането. Различни фармацевтични компании работят върху процеси за прилагане на различни протеини и хормони, извлечени от плацентата, за лечение и профилактика на определени заболявания. Ефективността на тези лечения обаче все още остават под въпрос.

## ЛИТЕРАТУРА

Hadzhiev, Al., I, Karagyozov, (2005). Akusherstvo, Sofiya: Izdatelsvo „ARSO“ (**Оригинално заглавие:** *Хаджиев, Ал., И, Карагъзов, 2005. Акушерство, София: Издателство „АРСО“*)

Dimitrov, A., (2014), Akusherstvo, izdatelstvo „ARSO“ (**Оригинално заглавие:** *Димитров, А., Акушерство, издателство „АРСО“, 2014*).

Gude NM, Roberts CT, Kalionis B, King RG. Growth and function of the normal human placenta. *Thromb Res.* 2004; 114 (5-6):397-407.

Henry Vandyke Carter - Henry Gray (1918) *Anatomy of the Human Body* (See "Book" section below) Bartleby.com: Gray's Anatomy, Plate 39

<https://medpedia.framar.bg/> (**Оригинално заглавие:** *физиология/хормонална-функция-на-плацентата*)

<http://9m-bg.com/bremennost/bremennost-po-sedmitzi/rolqta-na-placentata/>

<https://bg.wikipedia.org/>

<http://9m-bg.com/razhdane/istini-i-mitove-za-placentata/>

<https://www.mybump2baby.com/low-lying-placenta/>

**THE ROLE OF MIDWIFE IN PREVENTION OF ELECTED ABORTION** <sup>43</sup>

**Gergana Kutincheva – Student**

Department of Health Care,  
University of Ruse“Angel Kanchev”  
E-mail: gerganakutincheva@abv.bg

**Assist. Prof. Tsveta Hristova**

Department of Health Care,  
University of Ruse“Angel Kanchev”  
E-mail tshristova@uni-ruse.bg

***Abstract:** The decision to have an abortion is all yours. But all women requesting an abortion should be offered the opportunity to discuss their options and choices with, and receive support from a trained pregnancy counsellor. You may also want to talk to your partner, friends or family, but you don't need to discuss it with anyone else and they don't have a say in the final decision. Abortions are generally safe and most women won't experience any problems. But like any medical treatment, there is a small risk that something could go wrong. The risk of complications increases when an abortion is carried out in later stage of pregnancy or when manipulation has been performed by an unqualified person or in non-medical conditions.*

***Keywords:** abortion, decision, health risk*

**ВЪВЕДЕНИЕ**

В последните години в страната ни е налице сериозен демографски срив. Проблемите на репродуктивното здраве и сексуалното поведение в България предизвикват научен интерес и са основа за провеждане на изследвания. Абортът все още се практикува като средство за регулиране на броя на децата в семейството, не се познават достатъчно контрацептивните методи (Боева, Т., 2017).

Абортът е главен негативен регулатор на раждаемостта. Честотата на абортите по желание е трудно да се определи, но се предполага че за страната са колкото ражданията – около 40% от жените във фертилна възраст имат поне по един аборт по желание, а 10% от тях са с повече от три (Димитров, А., 2014).

Абортът по желание е следствие от непланирана бременност. Факторите, които най-често водят до тази бременност са недостатъчни знания за сексуалното общуване, липса на съвети в областта на семейното планиране, неуспех на контрацептивния метод, лоша комуникация между партньорите, принуда или сексуално насилие. Повечето жени с нежелана бременност имат готово решение за изхода на бременността още преди да се консултират със здравен специалист. Малка част не знаят какво да правят, не са достатъчно информирани и се колебаят. Държави, в които жените имат право на аборт по желание и им е осигурен достъп до информация и до противозачатъчни средства имат най-ниски нива на прекъсване на бременност.

Абортът по желание като акт е отговорно решение. Интерес представляват медико-социалните последици от него и проблемите на неговата медицинска профилактика. Проблемът е морален, политически, социален, проблем за основни човешки права.

Акушерската професия не се припознава като фактор, повлияващ репродуктивното здраве.

**ИЗЛОЖЕНИЕ**

<sup>43</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 17.05.2018 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: РОЛЯ НА АКУШЕРКАТА ПРИ АБОРТИТЕ ПО ЖЕЛАНИЕ.

Абортът като морална дилема е дискусабилен и е обект на различни научни области. Забраната му е опит да се реши едностранно проблемът с правата на зародиша като пациент(Боева, Т., 2017).

България се отличава със своя либерален подход по въпроса за семейно планиране, на фона на нарушения на правата на жените в други държави. В Ирландия, Полша, Аржентина и Египет действа изрична забрана за прекъсване на бременност. В Ирландия лекарите носят наказателна отговорност за издаване на направление за прекъсване на бременност в друга държава. В Чили доскоро абортът е забранен, дори ако износването на бременността застрашава живота на жената. В Индия, Колумбия и ЮАР гражданите масово не познават правата си и достъп до репродуктивно здравеопазване на практика има само малка част от населението, което разполага с финансови възможности. В Испания момичета под 18 години не могат да взимат самостоятелно решения относно развитието на бременността си, а техните родители решават вместо тях. В Италия 70% от гинеколозите отказват да извършват аборт по религиозни и морални убеждения. В САЩ жените са принуждавани първо да чуят биенето на сърцето на плода, преди да вземат решение дали да прекъснат бременността.

В нашата страна законът позволява извършване на аборт по желание на жената в рамките на първите 12 седмици от бременността (Наредба № 2 за условията и реда за изкуствено прекъсване на бременност (обн.,дв,бр.12 от 9 февруари 1990 г.; изм. и доп.,бр.89 от 31 октомври 2000 г.). Според тази наредба абортът по желание се извършва по искане на всяка бременна жена, ако:

- срокът на бременността ѝ е до 12 гестационни седмици;
- няма заболяване, при което прекъсването на бременността може да доведе до усложнения, заплашващи здравето и живота на жената.

Въпреки тенденцията от последните години за намаляване на броя на абортите по желание, той остава висок на фона на намалената раждаемост и отрицателен прираст на населението у нас. Неблагоприятните демографски промени в семейната структура и емиграционната вълна са тревожен факт, отразяващ трайните промени в българското общество.

На пациентката трябва да бъдат обяснени и рисковете и последиците от възникване на инфекция. Късните последици от аборта могат да бъдат: безплодие, повишен риск от хабитуални аборти, резус-изоимунизация и психически дистрес.

Това наложи да направим проучване за здравната информированост сред жените в град Русе и областта за абортите по желание.

**Цел на проучването:**

Здравната информираност за абортите пожелание.

**Обхват на проучването:**

В изследването участват 475 жени в различна възраст.

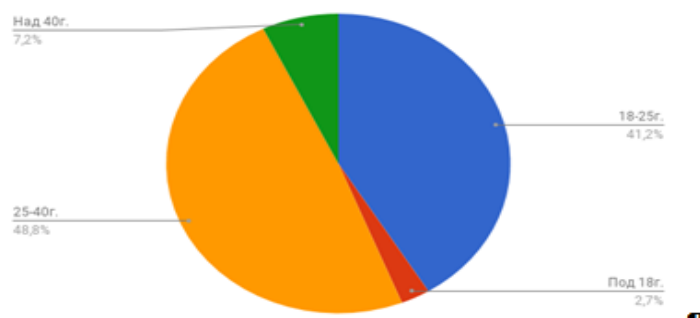
**Методи на проучване:**

Използван е социологичен метод, онлайн анкета с открити и закрити въпроси:

**Анализ на резултатите:**

Проведена е онлайн анкета за три дни, която обхваща 475 жени. Анкетата е доброволна и анонимна, което е коректност в направеното проучване.

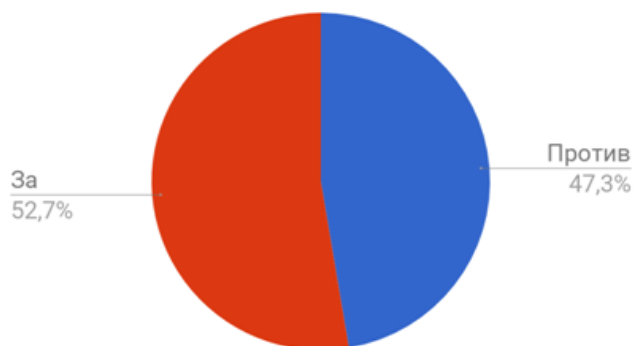
На фигура 1 е отразено графично разпределението на анкетираните жени по възрастов признак.



Фиг.1 Разпределение по възраст на анкетираните.

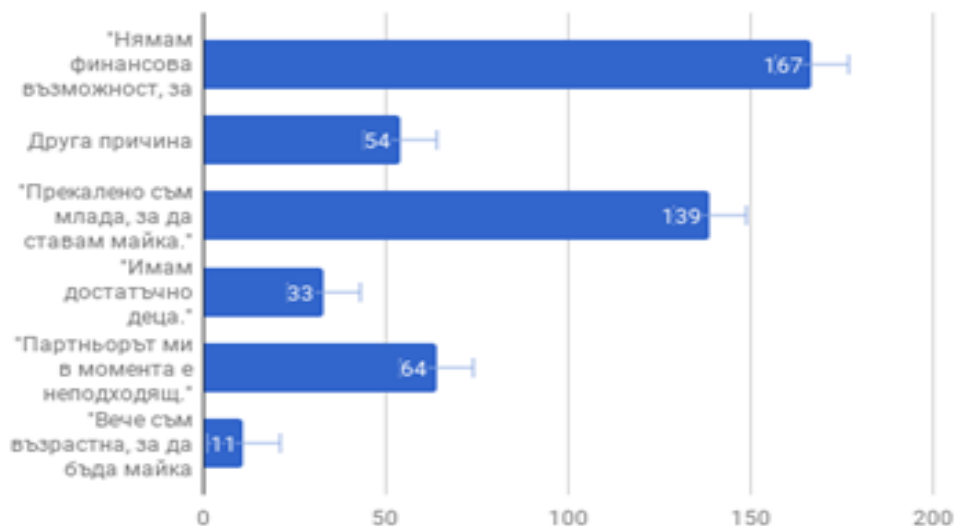
Най-активно се включиха в анкетата групата на жените във възрастовия период 25 – 40 години.

Отговорите на въпросите „За“ и „Против“ абортите по желание имат малка процентна разлика, фигура 2.



Фиг.2 Отношение към абортите по желание от анкетираните.

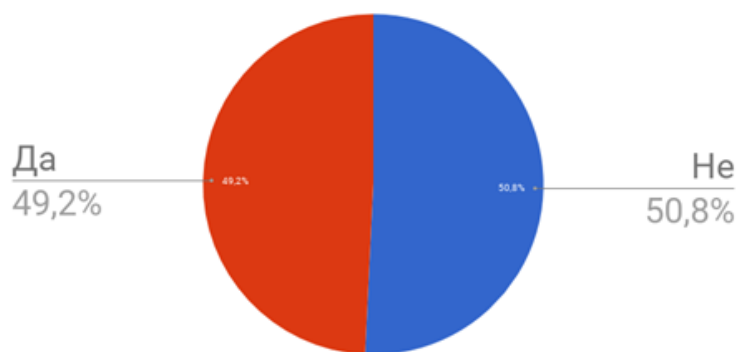
Различни отговори са регистрирани на въпроса за мотивите довели да извършване на аборт по желание. Те са отразени на следващата фигура.



Фиг.3. Ранжиране на причини за аборт по желание според анкетираните.

Според анкетираните, най-честата причина за прекъсването на бременността е липсата на финансова възможност - ниско заплащане, безработица.

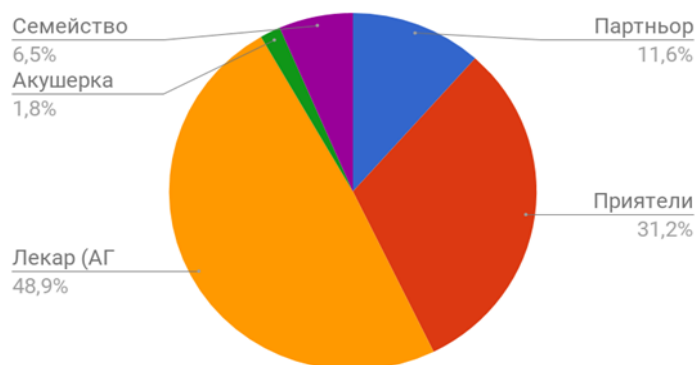
Отправихме въпрос „Извършват ли жените здравна консултация за същността на манипулацията и нужната профилактична дейност?“



Фиг. 4 Провеждане на здравна консултация за абортите пожелание.

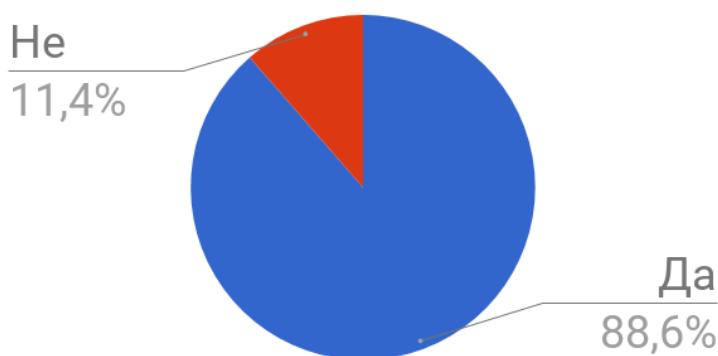
Разликата в отговорите е незначителна, но съществена за областта на женското и репродуктивно здраве. Тревожен е факта, че анкетираните жени не търсят и не желаят профилактична компетентна здравна информация. Те търсят медицински специалисти при възникване на здравен проблем, включително и за въпроса на проучването.

Предпочитанията на участниците в анкетата относно източник на здравна информация, се представя на фигура 5.



Фиг. 5. Предпочитан източник на здравна информация според анкетираните жени.

Участничките в онлайн анкетата заявяват с 88,6% необходимостта от акушерката, като източник за съвети и здравна профилактична дейност – фигура 6.



Фиг.6. Необходимостта от акушерката в здравната профилактика според анкетираните.

Анкетното проучване показва и липса на адекватна информация за контрацепцията, на работеща промоция на безопасните методи и наличие на предубеждения за използване на профилактични мерки за абортите по желание.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Решаването на проблема „аборт“ изисква цялостен подход и глобална стратегия с позициониране в бъдещето. Проучването и направеният анализ показват, че необходимостта

от профилактичната дейност на акушерката е реалистичен път за намаляване броя на абортите и подобряване на женското здраве.

Консултирането на жената преди извършване на аборт по желание и постабортната консултация са част от професионалните компетенции на акушерката. Акушерката трябва да бъде активната страна – да консултира, съветва и информира пациентките, но без това да нарушава личностното решение, което накрая е изцяло на жената. С цел намаляването на нежеланата бременност, завършваща с аборт, акушерката от своя страна би могла да даде следните препоръки на своите пациентки:

1. Консултация за контрацептивните мерки.
2. Консултация в семейното планиране.
3. Консултиране във връзка с репродуктивното здраве – последиците от абортите (безплодие, повишен риск от хабитуални аборти, психически дистрес и др.).

Дейността на съвременната акушерка, в рамките на нейните компетенции, трябва да бъде в насока репродуктивното здраве на жените. Тя трябва активно да общува с пациентките, ясно да обяснява и да съветва кое е най-правилно за жените във фертилна възраст. Вземите навременни и адекватни мерки, информирането, повишаването нивото на здравната култура, прогресивно биха намалили масовото прекъсване на бременността по желание, което ще бъде в полза на обществото и здравето на индивида.

## ЛИТЕРАТУРА

Dimitrov, A., Akusherstvo (2014), ARSO, Sofiya (**Оригинално заглавие:** *Димитров, А., Акушерство, 2014, АРСО, София*).

Dimitrova, V., R. Georgiev, T. Chernev (2004), Narachnik za predostavyashtite uslugi v oblastta na seksualnoto i reproductivno zdrave, IPPF (**Оригинално заглавие:** *Димитрова, В., Р. Георгиев, Т. Чернев, 2004, Наръчник за предоставящите услуги в областта на сексуалното и репродуктивно здраве, IPPF*).

Boeva, T., (2017)1 Faktori, okazvashti vliyanie varhu reshenieto za abort – rolya i zadachi na akusherkata, Disertatsionen trud za prisazhdane na obrazovatelna i nauchna stepen doktor, MU D-r P. Stoyanov, Varna (**Оригинално заглавие:** *Боева, Т., 2017, Фактори, оказващи влияние върху решението за аборт – роля и задачи на акушерката, Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен доктор, МУ Д-р П. Стоянов, Варна*).

Naredba № 2 za usloviyata i reda za izkustveno prekasvane na bremennost (obn.,dv,br.12 ot 9 fevruari 1990 g.; izm. i dop.,br.89 ot 31 oktombri 2000 g. (**Оригинално заглавие:** *Наредба № 2 за условията и реда за изкуствено прекъсване на бременност (обн., дв, бр. 12 от 9 февруари 1990 г.; изм. и доп., бр. 89 от 31 октомври 2000 г.)*

<http://midwivesbulgaria.org/предабортно-и-следабортно-консултир/>

ATTENDING WOMEN'S COUNSELING AND RISK OF PREGNANCY <sup>44</sup>

**Aygyul Syulyuman – Student**

Department of Health Care,  
University of Ruse“Angel Kanchev”  
E-mail: aygul4etoo@abv.bg

**Assist. Prof. Tsveta Hristova**

Department of Health Care,  
University of Ruse“Angel Kanchev”  
E-mail tshristova@uni-ruse.bg

***Abstract:** This article aims to show how many women and pregnant women are attending Women's Counseling. It was conducted through a survey in the Pathological Pregnancy section. The survey helped to analyze the risks of not going regularly to female consultation.*

***Keywords:** midwife, female counseling, pregnant, risks of pregnancy*

**ВЪВЕДЕНИЕ**

Целта на Женската консултация е да опазва и укрепва общото и гинекологичното здраве на жената във всички периоди на нейния живот – от перинаталния до дълбока старост.

В България регламентираното създаване на акушерски участъци, в които се регистрират и наблюдават бременни жени, се отбелязва с реформата през 1946 година. След реформата в здравеопазването през 1991 година и въвеждане на НЗОК, основните моменти за наблюдение на бъдещите майки са застъпени в Програма „Майчино здравеопазване“. Тя обхваща промотивно-профилактични дейности, насочени към опазването и укрепването здравето на жената преди забременяването, по време на бременността и в следродовия период, с цел предпазване от усложнения за бъдещата майка и плода.

Според чл. 127 от Закона за здравето, за осигуряване на безрисково майчинство всяка жена има право на достъп до здравни дейности, насочени към оптимално здравословно състояние на жената и плода от възникване на бременността до навършване на 42-дневна възраст на детето.

Здравното обслужване на бременните жени, майките до 45-я ден след раждането и децата до 18 години са регламентираны с нормативните актове на министъра на здравеопазването по чл. 45 от ЗЗО – Наредба №39 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията и Наредба № 40 от 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. Посочените наредби са съобразени с всички съвременни постижения на медицинската наука, като периодично се осъвременяват.

**ИЗЛОЖЕНИЕ**

Женската консултация има за цел пълно, навременно обхващане и системно наблюдение на бременните жени, осигуряващо нормално развитие на бременността и раждане на здраво и жизнеспособно дете.

Честотата на провежданите консултации на нормално протичаща бременност е представена в Програма „Майчино здравеопазване“. Нормално развиващата се бременност изисква проследяване, както следва:

- една консултация месечно – до VIII лунарен месец включително;
- две консултации месечно – в IX и X лунарен месец.

<sup>44</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 17.05.2018 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ПОСЕЩЕНИЕТО В ЖЕНСКА КОНСУЛТАЦИЯ И РИСКА ЗА БРЕМЕННОСТТА.



**Задачи на ЖК са следните:**

- Определяне срок на бременността и ВТР
- Анамнеза
- Общо и акушерско изследване
- Лабораторни изследвания
- Активно медицинско наблюдение на бременността
- Осигуряване на трудовоправна и социалноправна помощ на бременната жена
- Медико-генетична консултация
- При необходимост – насочване към други специалисти
- Обучение на бременната в профилактичните мерки за здравето по време на състоянието
  - Обучение на бременната за предстоящото раждане
  - Обучение на бъдещата майка в грижи за новороденото
  - Проследяване на следродилния период

Направено е проучване в УМБАЛ Канев АД град Русе, АГ отделение, структура Патологична бременност.

**Цел на изследването:**

Установяване на връзката между редовните посещения на бременните в ЖК и необходимостта от стационарно лечение в структура Патологична бременност.

**Обект на изследването**

Пациенти с високо рискова бременност на лечение в стационар.

**Обхват на изследването**

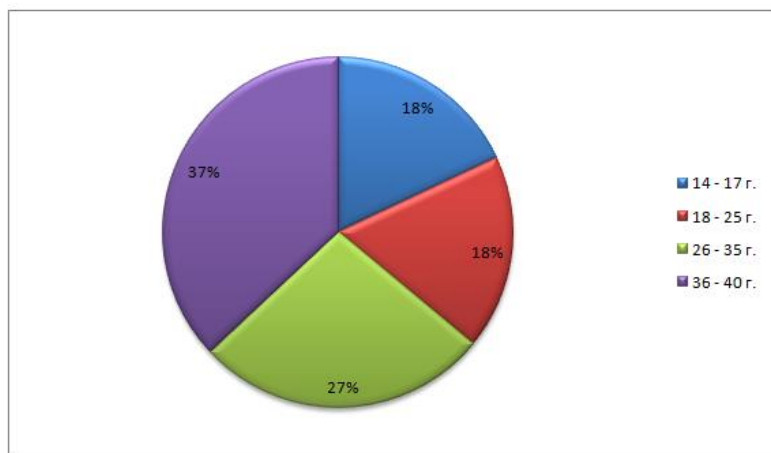
20 бременни с рискова бременност.

**Методи на изследване**

Използвана е анонимна анкета със затворени и отворени въпроси след получаване на устно съгласие за участие в изследването.

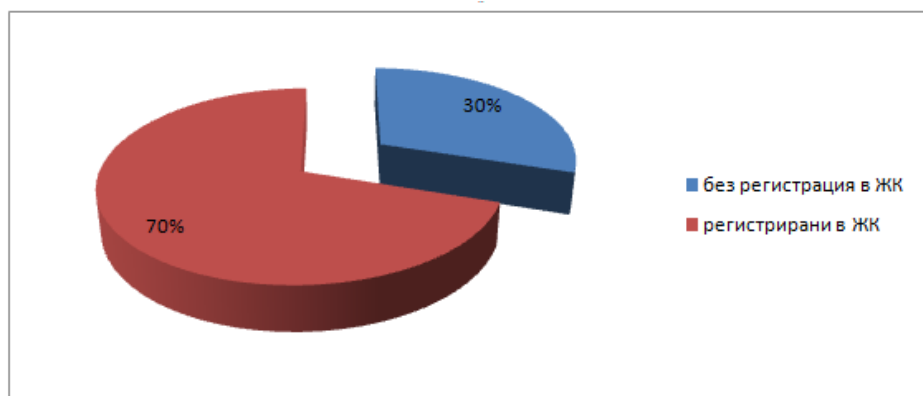
**Анализ на данните**

Участниците в анкетното проучване са от 14 – 40 годишна възраст, фигура 1.



Фиг.1. Разпределение на анкетираните бременни по възраст

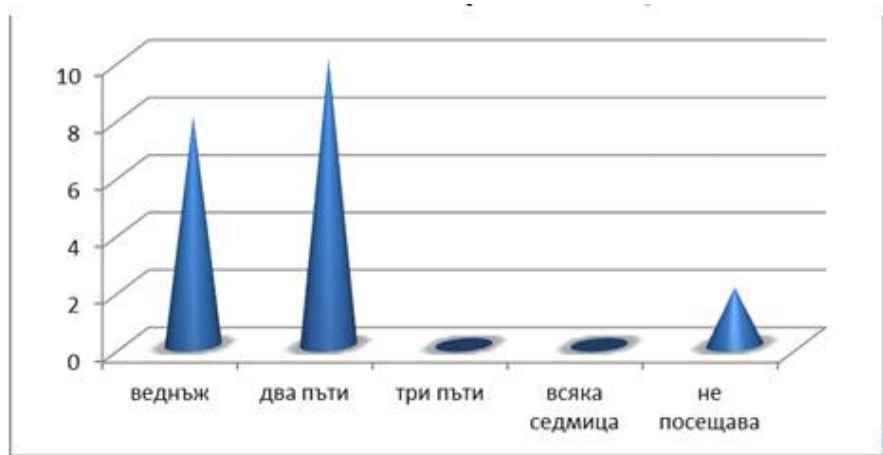
От анализа на данните прави впечатление, че не са малко бременните, които не са регистрирани в ЖК (30%), фигура 2.



Фиг.2. Регистрирани в ЖК

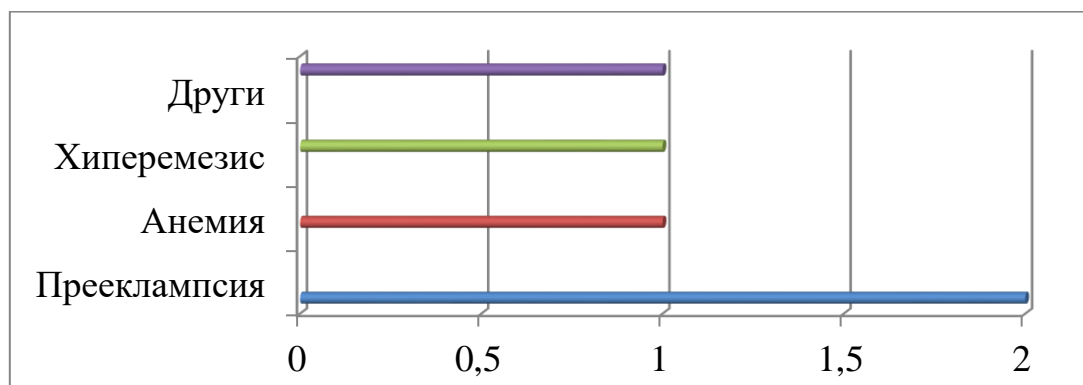
Рисковете, които могат да възникнат по време на бременността, могат да бъдат навременно регистрирани при редовните посещения на Женската консултация.

Броят на посещенията в ЖК при анкетираните участнички от проучването са нагледно представени на следващата фигура.



Фиг.3. Периодика на посещаемост в ЖК на регистрираните бременни

Нерегистрираните бременни в ЖК, които са на стационарно лечение в структура Патологична бременност, според болничната документация са със следните състояния, фигура 4. Това са диагнози, които са риск за майката и плода. Изискват се навременно провеждане на лечение и хоспитализация.



Фиг.4. Рискови състояния за бременността при нерегистрирани в ЖК.

Нерегистрираните в ЖК бременни са постъпили за лечение в стационара след консултация с акушер гинеколог. Една от анкетиранияте бременни съобщава, че е потърсила лечение в отделението поради влошено общо състояние.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Независимо, че бременността е физиологично състояние, в някои случаи има риск от повишена заболяемост, патологични прояви, които могат да доведат дори до смърт на плода и бременната. Една от най важната задача на ЖК, на акушерската здравна грижа, е да се идентифицират онези пациентки, при които има повишен риск от усложнения и неблагоприятен изход за майката и плода. Регистрацията и редовните посещения в ЖК са профилактиката при рисковете за бременността – рискът може да е обратим. Съществуват рискови фактори, които се установяват в хода на бременността, при редовно проследяване на бременната жена.

### **ЛИТЕРАТУРА**

Kostov, K., (2006). Prakticheski osnovi na sestrinsките i akusherski grizhi. Stara Zagora: Izdatelstvo „Kota” (**Оригинално заглавие:** Костов, К., 2006. *Практически основи на сестринските и акушерски грижи. Стара Загора: Издателство „Кота”*.)

Lukanova, Y., (2014). Oporni tochki za klinichna praktika na akusherki. Uchebno pomagalo, Izdatelstvo Rusenski universitet „Angel Kanchev” (**Оригинално заглавие:** Луканова, Й., 2014. *Опорни точки за клинична практика на акушерки, Учебно помагало, Издателство Русенски университет „Ангел Кънчев”*)

Serbezova, I., (2013). Spetsialni akusherski grizhi za bremenni, razhdashti, rodilki i novorodeni. uchebник, Ruse: Izdatelstvo Rusenski universitet „Angel Kanchev” (**Оригинално заглавие:** Сербезова, И., 2013. *Специални акушерски грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени. учебник, Русе: Издателство Русенски университет „Ангел Кънчев”*)

Hadzhiev, Al., 2005. Akusherstvo, Sofiya: Izdatelstvo „Meditsina i fizkultura” (**Оригинално заглавие:** Хаджиев, Ал., 2005. *Акушерство, София: Издателство „Медицина и физкултура”*)

Hristova, Ts., 2017. Spetsialni akusherski grizhi pri normalna bremennost, Narachnik za akusherki i meditsinski sestri, Pleven: Izdatelstvo „MEDIATEH” (**Оригинално заглавие:** Христова, Ц., 2017. *Специални акушерски грижи при нормална бременност, Наръчник за акушерки и медицински сестри, Плевен: Издателство „МЕДИАТЕХ”*)

---

**TREATMENT OF MYOMA UTERI BY THE EMBOLIZATION METHOD** <sup>45</sup>

---

**Fatme Feimova – Student**

Department of Health Care,  
University of Ruse“Angel Kanchev”  
E-mail: fmn14@abv.bg

**Assist. Prof. Tsveta Hristova**

Department of Health Care,  
University of Ruse“Angel Kanchev”  
E-mail tshristova@uni-ruse.bg

***Abstract:** The aim of the report is to present a non-invasive method for the treatment of fibroids nodules in modern medicine. Every woman of childbearing age should be aware of the available interventions that she can benefit from if she meets certain conditions.*

***Keywords:** Myoma, Treatment, Embolization, Syntoms, Complications*

**ВЪВЕДЕНИЕ**

Репродуктивният период на жената е съпроводен с възникването на редица патологични състояния, които в една или друга степен я лишават от водене на нормален начин на живот. Репродуктивният апарат на жената може да бъде засегнат от възпалителни заболявания, доброкачествени или злокачествени тумори. Едно от честите заболявания, които се срещат при жени в репродуктивна възраст е миомата на матката.

**ИЗЛОЖЕНИЕ**

Миомата е доброкачествена неоплазма на миометриума, която засяга жените във фертилна възраст и често налага оперативно лечение. Миомата не е клиничен проблем в пубертета и е рядка след менопаузата (Хаджиев, А., 1998).

**Етиопатогенеза**

Миомата е хормонозависим тумор, за чийто растеж са необходими естрогени. Миомата нараства при естрогенна терапия и бременност и намалява в менопауза. Развива се често при жени с *obesitas*, хипертония и мастопатия (Хаджиев, А., 1998).

**Анатомична класификация**

В зависимост от посоката на нарастване в тялото на матката миомните възли могат да бъдат:

- интрамурални;
- субсерозни - проминиращи към коремната кухина и покрити с перитонеум;
- субмукозни - с растеж към маточната празнина, покрити с ендометриум;
- интралигаментарни - нарастване в широките връзки;
- цервикални.

Субсерозните и субмукозните възли могат да бъдат педикулизирани. Миомите могат да имат и екстраперитонеален растеж, зад матката. Най-често миомите са в тялото на матката (96%). Субсерозните миоми могат вторично да се кръвоснабдяват от оментума и да се откъсват от матката - паразитни миоми (Хаджиев, А., 1998).

**Патологоанатомия**

Миомите са множествени сферични, плътни, неправилно лобулирани тумори. Отделени са с псевдокапсула от миометриума (Хаджиев, А., 1998).

---

<sup>45</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 17.05.2018 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ЛЕЧЕНИЕ НА МИОМА С МЕТОДА ЕМБОЛИЗАЦИЯ.

### Клинична картина

Миомата на матката много често протича безсимптомно. Това обстоятелство се обяснява с не винаги големи размери и бавния ѝ растеж. Често миомите се откриват случайно при профилактични прегледи. При около половината от жените с миоми не се налага лечение (не изключва обаче проследяване) (Марков, К., 1988).

- ❖ анормално ендометриално кръвотечение - хиперменорея, метрорагия, менометрорагия;
- ❖ болка - тазови болки, особено при торзия и некрозия; при израждащ се миомен възел (*myoma uteri nascens*) имат спастичен характер и се дължат на маточните контракции;
- ❖ смущения от притискане - хидронефроза, смущения в дефекацията;
- ❖ стерилитет - дължи се на кръвотечения, контракции на матката и маточните тръби, което води до спонтанни аборти (Хаджиев, А., 1998).

Диагнозата се поставя въз основа на:

- анамнезата;
- гинекологичен преглед - при оглед със спекулум се намира здрава, понякога ливидна шийка, често издигната или изместена в зависимост от разположението на миомите напред, назад, настрани; течението е кървенисто или гноевидно;
- бимануално туширане - може да се определи големината и подвижността на миомния възел;
- УЗД - най-точен метод;
- хистеросалпингография - могат да се видят деформации в контура на матката и субсерозни възли;
- изследване на кръвта - намален Hb и Hg, намален процент на желязо в серума;
- сондиране на матката и пробно абразиране (Хаджиев, А., 1998).

### Усложнения

- общи - кръвотеченията водят до анемия;
- локални - инфекциозни усложнения на миомата, ако стане некроза или възпаление; механични причини от притискане; дистрофични - атрофия и хиалинизация; злокачествени промени (саркоматозна дегенерация) (Хаджиев, А., 1998).

Поведението зависи от възрастта на болната, локализацията на миомите, симптоматиката, прогнозата за възможни усложнения.

Под наблюдение се оставят пациентки без симптоми, при големина на миомата не повече от 3 месечна бременност и когато възелът не е субмукозен. Наблюдава се на 6 месеца.

Оперативното лечение бива:

- планово - при субмукозни, неповлияващи се кръвотечения, бърз растеж на миомата или лечение на последващи аборти;
- по спешност - торзия, некрози, остър корем (Хаджиев, А., 1998).

Подбор на оперативния метод:

- чрез Laparoscopia - могат да се отстранят субсерозни миоми, както и интрамурално-субсерозни миоми;
- чрез хистероскопия - могат да се отстранят субмукозни миоматозни възли;
- чрез миомектомия и/или хистеректомия, извършващи се по вагинален път или коремен достъп(лапаротомия);
- чрез миомна емболизация (Бобчев, Т., 2008).

Миомната емболизация се осъществява чрез емболизация на големите, хранещи миомата кръвоносни съдове, което може да доведе до нейното отмиране. Извършва се от специално обучени радиолози. Осъществява се чрез запушване на а. uterina - със специални частици. Тяхното транспортиране става с помощта на катетър в а. femoralis, който бива доведен до а. uterina. Методът не се препоръчва при нераждали жени, понеже чрез съдови анастомози може да се запушат и овариалните съдове (Бобчев, Т., 2008).

Емболизцията на артериите кръвоснабдяващи матката е позната като метод повече от 30 години. Още през 70 - те години на миналото столетие методът е прилаган с цел спиране на кръвотечението предизвикано от травма, или друга патология и по - късно за намаляване кръвозагубата при оперативни интервенции на органи с богато кръвоснабдяване. За първи път методът е приложен предоперативно от френския гинеколог Жак – Анри Равина на пациентки при отстраняване на миомни възли, които планирали бъдеща бременност с цел намаляване кръвозагубата по време на операцията. В процеса на постоперативно проследяване на пациентките, д-р Жак – Анри Равина установява намаление размерите на матката и миоматоните възли и едновременно с това, клинично подобрене - прекратяване на обилните менструални кръвотечения, болката и чувството за притискане в областта на малкия таз. През 1994 г. д-р Равина публикува резултатите от прилагането на метода на емболизация на артерия утерина на 36 пациентки. Това е началото и официален старт на нов метод на лечение на маточните миоми (<http://www.embolizationmedica.com/bg-mioma>).

### Метод

Матката се кръвоснабдява основно от маточните артерии (артерия утерина) и в по-малка степен от други артериални съдове. Образуваната мрежа от кръвоносни съдове позволява поддържането на пълноценно кръвоснабдяване на органа дори при пълно прекъсване кръвотока в маточната артерия. Миоматозните възли се кръвоснабдяват само от маточната артерия и по-рядко от артериите на яйчниците, като липсва комуникации с други артериални съдове (<http://www.embolizationmedica.com/bg-mioma>).

Обикновено за провеждането на тази процедура се изисква едноминутен престой в болница. Той е свързан и с факта, че около 6 часа след процедурата болните трябва да лежат и да не сгъват краката си в тазобедрените стави за да се затвори пункционното отворствие. Във връзка с болезнеността която се явява след емболизирането на артерията, необходимо е провеждането на обзболяващо лечение след процедурата. Рядко в следствие на емболизацията се явява повишаване на температурата за което се дават съответните лекарства (<http://www.jenskozdrave.com>).

След поставяне на местна упойка в областта на бедрената артерия или артерията на ръката (артерия брахиалис) в съда се въвежда тънък катетър (до 1,5 мм), с който под рентгенов контрол се достига до маточната артерия. Процедурата е абсолютно безболезнена. През катетъра се инжектира контрастна материя за изобразяване на цялостната съдова мрежа, хранеща миомния възел. Следва въвеждане през катетъра на малки частици (ембологенен материал), които напълно запушват съда хранещ миомата. Последователно се емболизират лявата и дясна маточни артерии.

Поради особеностите на кръвоснабдяване на миомните възли, при въвеждане на ембологенния материал навътре в ствола на маточната артерия, той попада избирателно в артериите на миомните възли независимо от техния брой. Този процес е улеснен от ниското съдово съпротивление в артериалната мрежа на миомата и по - големия им диаметър.

Целият процес на емболизация се извършва под рентгенов контрол, като се проследява изпълването на съдовете с ембологенния материал и се следи достигането на т. нар. крайна точка - забавяне на кръвотока до пълна стаза.

С прекъсването на кръвоснабдяването към миоматозните възли, започва процес на некроза на гладкомускулните клетки и постепенното им заместване със съединителна тъкан – фиброзиране. Това води до превръщане на миоматозния възел в конгломерат от съединителна тъкан, която се явява оздравителен процес. Когато миоматозния възел е върху маточната стена, в резултат на фиброзата размерите му намаляват 3-4 пъти и се превръща в ръбец. Част от миоматозните възли, които са нарастнали към маточната кухина вследствие на фиброзата се откъсват от маточната стен, попадат в маточната кухина и се изхвърлят – експулсация (<http://www.embolizationmedica.com/bg-mioma>).

Емболизацията е показана при пациенти със следните клинични оплаквания:

- продължително и болезнено менструално кървене;
- болка в областта на малкия таз и гърба, поради притискане на съседни органи;
- болки по време на полов контакт;

- често уриниране;
- анемия с чувство за отпадналост и умора (<http://www.embolizationmedica.com/bg-mioma>).

#### **Възможни усложнения**

Емболизацията на маточните артерии се счита за изключително безопасна интервенция, при която случаите на съществени усложнения са изключително малко (<1%).

Усложненията най-общо могат да се разделят на:

- локални на пункционното място, откъдето се въвежда катетъра;
- реални усложнения.

Най-често срещаното усложнение от незначителен характер е образуването на кръвонасядане с временна синина на мястото на пункцията. Умереното използване на торбичка с лед и на мехлем с хепарин в повечето случаи е напълно достатъчно. Пациентката трябва да бъде окуражавана да използва нормално ръката си. Симптомите се задържат в продължение на 7-14 дни.

Хематома или тромбозата (запушване) на брахиалната/феморалната артерия (които са много редки) са сериозни локални усложнения, при които пациентката трябва да се обърне към лекар незабавно (<http://www.embolizationmedica.com/bg-mioma>).

#### **Реални усложнения**

Други усложнения, които могат да настъпят са:

- остра маточна исхемия;
- дисфункция на яйчниците;
- белодробен тромбоемболизъм;
- остра супраинфекция на фиброматозния възел;
- силна алергия към контрастното вещество.

Всички тези усложнения се случват много рядко. Описани са единични случаи в световната практика. При някои се налага извършването на хистеректомия (остра вторична инфекция) (<http://www.embolizationmedica.com/bg-mioma>).

#### **Инфекция и перитонит**

Точното спазване на правилата за подготовка на пациентката за ЕМА изключва подобни усложнения. Абсолютно противопоказано е извършването на ЕМА при наличие на възпалителен процес до пълното му излекуване. Към подготовката на пациентката за емболизация се включва и профилактичен прием на антибиотик, който продължава 5 дни след манипулацията (<http://www.embolizationmedica.com/bg-mioma>).

Според достъпната литература успеваемостта на методиката е между 80 и 95% от процедурите. Тя е свързана с отзвучаването на симптоматиката. Не са наблюдавани рецидиви в проследяваните жени. Най-голямото предимство на емболизацията на артерия утерина, освен краткия болиничен престой и бързото възстановяване е запазването на детеродната функция на матката след процедурата (<http://www.jenskozdrave.com>).

#### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Репродуктивната възраст на жената може да е съпроводена от различни патологични процеси. Затова всяка жена на тази възраст трябва да знае какви симптоми биха се появили при възникването на състояние, различно от нормалното и своевременно да предприеме мерки като се насочи към специалист. Миомата на матката е едно от най-често срещаното патологично състояние, което може да създаде тревожни моменти в живота на жената. В зависимост от симптоматиката и тежестта на процеса се предприемат съответните мерки от лекуващия гинеколог - консервативно или оперативно лечение. Когато се прибегне към оперативно лечение тревожността на жената нараства, тъй като това е инвазивен метод и възможността за водене на нормален начин на живот се преустановява за определен период от време. Гинекологът, както и жената трябва да изберат най-подходящия подход на лечение. Разбира се, стремежът е да се избере възможно най-щадящият метод.

В съвременната медицина все повече се предпочитат неинвазивните методи когато случаят позволява това. Емболизацията на мимните възли е подход, който все повече навлиза като метод на лечение поради неинвазивния си характер, бързото възстановяване и минималните усложнения, които могат да възникнат след манипулацията. Информираността на всяка жена, сблъскала се с проблемни миоми възли е важна, за да се избере подходящия начин на лечение.

#### ЛИТЕРАТУРА

Hadzhiev, A., (1998). Ginekologia. Sofia: Izdatelstvo „Meditsina i fizkultura” (**Оригинално заглавие:** *Хаджиев, А., 1998, Гинекология. София: Издателство „Медицина и физкултура“*)

Mirkov, K., (1988). Ginekologia. Sofia: Izdatelstvo „Meditsina i fizkultura” (**Оригинално заглавие:** *Марков, К., (1988). Гинекология. София: Издателство „Медицина и физкултура“*)

Bobchev, T., (2008). Ginekologia: Zabolyavania na zhenskite polovi organi. Klinika, diagnostika, lechenie, Sofia, Meditsinsko izdanie „ARSO“ (**Оригинално заглавие:** *Бобчев, Т., 2008, Гинекология: Заболявания на женските полови органи. Клиника, диагностика, лечение, София, Медицинско издание „АРСО“*)

<http://www.embolizationmedica.com/bg-mioma,2018>

<http://www.jenskozdrave.com, 2018>



THU-2G.205-1-SSS-HC-27

---

## TYPES OF OVARIAN TUMORS AND MODEL FOR OBSTETRICS CARE <sup>46</sup>

---

**Evgenya Evgenieva – Student**

Department of Health Care,  
University of Ruse“AngelKanchev”  
E-mail: evgeniq5656@abv.bg

**Radoslava Yordanova – Student**

Department of Health Care,  
University of Ruse“AngelKanchev”  
E-mail: radoslavayordanova@abv.bg

**Assist. Prof. Tsveta Hristova**

Department of Health Care,  
University of Ruse“AngelKanchev”  
E-mail tshristova@uni-ruse.bg

***Abstract:** The ovarian cancer is heterogeneously and fast progressive disease, which is characterized with growth of cancer cells, formed in one or both ovaries.*

*It affects adjacent and distant organs and runs with decreased quality of life and poor prognosis. Because of its "quiet" move and lack of specific early symptoms, it is often found at an advanced stage.*

***Keywords:** ovary, tumor, carcinoma, FIGO guidelines*

### **ВЪВЕДЕНИЕ**

Овариалният рак е хетерогенно и бързо прогресиращо заболяване, което се характеризира с разрастване на ракови клетки, образувани в единия или в двата яйчника. Засяга съседни и отдалечени органи и протича с понижено качество на живот и лоша прогноза. Поради „тихия“ си ход и липсата на специфични ранни симптоми, то често се открива в напреднал стадий (Назъров, Е., 2017).

### **ИЗЛОЖЕНИЕ**

Рискът за развитие на рак на яйчниците за жени без фамилна обремененост е 1-2%, а средната възраст за възникване на болестта при тях е 60 години. Рискът за жени с фамилна предиспозиция е между 10% и 40%, докато средната възраст на диагностициране на заболяването при тях е 40-50 години. Средна заболеваемост на година 1000 жени. Средно 2/3 жени дневно заболяват от рак на яйчника. Преживяемост: 1/2 стадий: 82% 3ст. 36% 4стадий 18%. (<http://forummedicus.com>).

**Клиника:** Симптомите на яйчниковите тумори могат да се разделят на 3 групи: механични (от увеличаване на обем на яйчника), симптоми от усложнения при развитието на тумора и общи симптоми.

В началото на своето развитие, туморите на яйчника протичат без субективни смущения дори и когато туморът достигне значителна големина. Нерядко като първо смущение жените посочват увеличаването на корема, затруднено навеждане напред. Най-ранни признаци на притискане се появяват, когато новообразуванието се развива интралигаментарно или е възпрепятствувано да се издигне над малкия таз поради срастване. Появяват се болки, понякога съвсем слаби, които болните описват като „теглене“ или чувство на тежест ниско в корема. В някои случаи болката няма определена локализация или се усеща високо в

---

<sup>46</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 17.05.2018 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ОВАРИАЛНИ ТУМОРИ И МОДЕЛ НА АКУШЕРСКА ГРИЖА.

епигастриума. Тя може да престане за дълъг период и пак да се появи. Поради притискане на тазовите нерви могат да се явят болки и в таза и в долните крайници, сходни с болките при ишиас. Наблюдават се също трудности при уриниране (чести позиви за уриниране) и при дефекация. Клиничната картина е по-разнообразна, когато в тумора и около него се появат вторични промени асцит, торзия около педикула на тумора, спукване, некроза, инфекция, механичен илеус поради срастване с черва и др. Най-често жените търсят лекарска помощ, когато коремът се увеличи значително, общото състояние се влоши и се появат симптоми на метастази т.е. когато тумора е значително напреднал в развитието си. При хормонопродуциращите тумори могат да се открият сравнително рано настъпващи дисхормонални симптоми (Бобчев, Т., М. Янков, 2014).

### **ДИАГНОЗА**

При яйчниковите тумори диагнозата се поставя главно въз основа на данните от вагино-абдоминалната и ректо-абдоминалната палпация.

Перкусията намира приложение при диференциална диагноза с асцит, а аускултацията – при диференциална диагноза с напреднала бременност. Чрез катетеризация се определя дали опипваната формация не е пълен пикочен мехур.

Сондирането на матката, хистерографията и пневмопельвиографията улесняват диференциалната диагноза между маточните и овариалните тумори. С рентгенографията на корема могат да се открият калциеви отлагания в някои тумори или костни елементи и зъби в тератомите. Чрез гастроентерография и мамография може да се открие първичен тумор в друг орган (млечна жлеза, стомах, черва).

Чрез урографията се проследява разположението на уретерите, мястото и формата на бъбреците. При лимфографско изследване може да се изключи или да се докаже наличие на метастази в лимфната система. Флебографията и артериографията на съдовете в малкия таз чрез дефекти в изпълването и образуване на колатерали насочват индиректно за наличие на тумореи: процес в органите на таза. В последно време ултразвуковата диагностика лрц абдоминалните тумори се използва като бърз и безвреден метод. Чрез този метод могат да се различат солидни от кистозни тумори, да се установят асцит и метастази в черния дроб. Допълнително скинтиграфско изследване увеличава сигурността за наличие на метастази в черния дроб. Диагнозата се подкрепя от цитологично изследване на асцитната течност, изследване на кръвта и др. Ранната диагноза на яйчниковите тумори се улеснява чрез лапароскопия и колпоскопия.

При доказан яйчников тумор трябва да се определи злокачествен ли е туморът, какъв е видът му според класификацията и какъв е стадият на неговото разпространение (Назъров, Е., 2017).

**Стадиране:** Стадият на рака на яйчниците определя степента на разпространение на онкологичното заболяване в организма, което има отношение към терапията и прогнозата. Стадиите са номерирани от I до IV със съответни подразделения. Според някои източници при правилно терапевтично поведение ракът на яйчниците в ранен стадий се лекува дефинитивно в повече от 90% от случаите. Колкото по-напреднал е стадият, толкова по-трудно се постига дългогодишен контрол над заболяването. От друга страна, напредналият стадий не е показател за липса на чувствителност към химиотерапия и в повечето случаи се постига значителен терапевтичен ефект с платинбазирана химиотерапия (<http://zdrave-bg.eu>).

Табл.1.

Стадийно разпространение на овариалния карцином по FIGO и TNM

FIGO	TNM	Описание на находката
стадий	стадий	

	T1	Карциномът е ограничен върху яйчника
I a	T I a	Засегнат е само единия яйчник , няма асцит, няма тумор върху
I b	T I b	повърхността, капсулата е интактна; двата яйчника са засегнати, няма
I c	T I c	асцит, няма тумор върху повърхността на яйчника, капсулата е интактна; при стадий I a или I b с тумор върху единия или двата яйчника, с руптура на капсулата или с асцит или положителен цитологичен тест от перитонеалния смив.
	T I 2	Карцином на единия или двата яйчника с разпространение в малкия таз.
II a	T I a	Разпространение или метастази върху матката и маточните тръби.
II b	T I b	Разпространение върху др. Органи в малкия таз.
II c	T I c	Като при стадии II a и II b, но с тумор върху повърхността на единия или двата яйчника или с руптура на капсулата или с асцит или с положителен цитологичен тест от перитонеален смив.
III.	T3 и / или N 1	Карцином с интраперитонеални метастази извън малкия таз и/ или засегнати ретроперитонеални или ингвинални лимфни възли, метастази в капсулата на черния дроб.
III a	T3a	Микроскопски ограничен в малкия таз тумор без ретроперитонеални лимфни възли, но с хистологично доказано метастазиране.
III b	T3b	Карцином на единия или двата яйчника с хистологично доказани интраабдоминални метастази, големината на които не надхвърля 2 см, без ретроперитонеални лимфни възли.
III c	T3c и/ или N1	Абдоминални метастази по – големи от 2 см. и/ или без ретроперитонеални лимфни възли.
IV	M I	Карцином на единия или двата яйчника с далечни метастази, перитонеален излив с доказан в него туморни клетки, метастази в чернодробния паренхим.

**ДД:** Първата задача при поставяне на диагнозата е да се определи дали опипваното уплътнение е тумор или има друг произход: нутритивна киста, хидросалпинкс, бременност, хематом, асцит и др. Разграничаването на нутритивните кисти от малките кистаденоми е важно, защото екстирпацията на кистаденомите е винаги наложителна, а екстирпацията на нутритивните кисти не винаги е необходима. В съмнителните случаи се провежда наблюдение на болните. Бързото нарастване на формацията, установено-при контролните прегледи, говори за злокачествен тумор (<http://cancer.bg>).

Когато се установи: асцит с неясна етиология, най-добре е да се направи пункция и да се извърши гинекологичен преглед. Хеморагичната асцитна течност е характерна за злокачествените новообразувания. Следващата задача е да се уточни дали туморът произхожда от яйчниците или от съседни органи. При големина на тумора до 10 см в диаметър се прави диференциална диагноза с хронична тубоовариални формации, субсерозен миом, извънматочна бременност, тумор на ректума или на colon sigmoideum, ехинокок, бъбрек, разположен в таза.

При яйчникови тумори, чийто горен полюс достига до височината на пъпа, трябва да се има пред вид възможността за маточна бременност, напреднала извънматочна бременност, препълнен пикочен мехур, миом на матката, инкапсулиран перитонеален ексудат, конгломерат на възпалителночревна формация, тумор на *omentum majus*, тумор на тънките черва, тумор на мезентериума, ретроперитонеален тумор, хидронефроза, тумор на панкреаса, тумор на слезката, параовариална киста, ехинокок, хематом на коремната стена, дезмоиден тумор на предната коремна стена.

При много големи тумори на яйчниците, които изпълват цялата коремна-, кухина, се прави диференциална диагноза с напреднала бременност, миом на матката, свободен асцит, силен метеоризъм, псевдотумор, образуван от прекомерна тлъстина на коремната стена. Толкова големи кистозни тумори рядко произлизат от другите коремни органи. При перкусия върху целия корем се установява тъп звук, но почти винаги в страничните части на корема и в областта на стомаха има тимпанизъм. При вагинално изследване се опипва долният полюс на тумора, вдаващ се в малкия таз. При асцита в страничните части на корема се установява притъпление, а по предата тимпаничен тон (<http://zdrave-bg.eu> Биволарски, И., 2016, <http://oncoconsult-bg.com>).

**Признаците за злокачественост на яйчниковите тумори са следните:**

1. Двустранно развитие.
2. Плътна и неравна повърхност.
3. Асцитът е чест спътник на злокачествените тумори, но се среща и при някои доброкачествени като например фибром на яйчника:
4. Има бърз растеж.
5. Поява на оток на долните крайници при сравнително малък тумор- асиметричният оток се обяснява с ме-тастази в областта на илиачните вени.
6. Възловати уплътнения в определени области на корема. При установен тумор на яйчника тези уплътнения са характерни на първо място за метастази, но подобна находка може да има и при туберкулоза на гениталиите и при ендометриоза.
7. Неподвижността на тумора може да се дължи на инфилтрация в околните органи. Неподвижност се установява обаче и при доброкачествени новообразувания и интралигаментарен или псевдоинтралигаментарен растеж.
8. Ускорена реакция на утаяване на еритроцитите се наблюдава не само при злокачествени тумори, но и при доброкачествени, в които са настъпили вторични изменения (торзия, некроза и др.).
9. Намаляването на теглото, чувството на отпадналост и кахексията настъпват късно, в напредналите стадии.
10. Развитието на яйчников тумор през време на пубертета винаги е подозрително за злокачественост (Назъров, Е., 2017).

**Видове овариални тумори:**

Поликистозна дегенерация на яйчниците- Това са т.н. още дребно или поликистозни яйчници. Яйчниците увеличават обема си два или три пъти, понякога достигат големината на кокоше яйце.

Фоликуларни кисти – фоликулът не се е спукал и фоликуларната течност продължава да се произвежда.

Параовариални кисти – развиват се от епоофорона, параовариума.

Шоколадови кисти – кистозни образувания, засягащи единия или по-често и двата яйчника, достигащи големината на малка ябълка или юмрук.

Епителните тумори биват:

- Серозни – обикновено са еднокамерни, с папиларни разраствания към кухината и изпълнени с бистра сламеножълтеникава течност. Между тях доброкачествени са само тези, които са с еднослойна цилиоепителна тапицировка.
- Муцинозни – обикновено са многокамерни, изпълнени със светла слузоподобна материя. Те са тапицирани от високи слузообразуващи клетки, наподобяващи на ендощервикалния епител или на епитела на дебелочревна лигавица.
- Ендометриоидни – 10 – 30% от всички карциноми на яйчника. Те се отличават с по-бавно развитие. Хистологичната картина е сходна с тази на ендометриален карцином.
- Светлоклетъчни – 10% от всички яйчникови карциноми. В групата на светлоклетъчните тумори няма доброкачествени представители. Могат да бъдат солидни, солидно-кистични, с бледожълтеникав цвят. Открояват се клетките със светла богата на гликоген цитоплазма.

□ Тумори на Бренер – солиден с малки размери, но може да стигне до 10 – 15 см в диаметър. Има плътна консистенция, сивобелезникав цвят и е добре отграничен от околната тъкан.

□ Смесени епителни

В биологично отношение се делят на: –доброкачествени – злокачествени – гранични с благоприятно развитие от агресивните карциноми, без инфилтрация в стромата.

□ Тумори от полови върви – стромални (тумори от полово диференцирания мезенхим)

Те произлизат от клетките на мембрана гранулоза, theca interna и theca externa и диференцираните в мъжко направление Сертолиеви и Лайдигови клетки. Много от туморите са функционално активни – продуцират полови стероиди (естрогени или андрогени) и имат феминизиращ или вирилизиращ ефект.

□ Андробластом (Сертолиево-Лайдигов клетъчен тумор) - Най-често е едностранен, добре капсулиран, като солидно или кистозно образувание, плътен, сивожълтеникав. Микроскопски туморът се състои от клетки на Сертоли-Лайдиг самостоятелно или в комбинация. Наподобява различните стадии от развитието на мъжката гонада.

□ Гинандробластом. Тумори от полово недиференцирания мезенхим:

– фибром;

– лейомиом;

– ангиом и др. със съответни злокачествени представители (<http://forummedicus.com>, <http://zdrave-bg.eu>).

### **ЛЕЧЕНИЕ**

Съвременното лекарствено лечение на злокачествените тумори включва както класически цитотоксични и цитостатични лекарства (химиотерапия), така и лекарства от таргетната (прицелна) терапия, които поразяват избирателно определени мишени в туморните клетки, представляващи генетични мутации, които се установяват с генетични изследвания. Схемата на лечение, се определят от Онкологична комисия. Съществуват много различни видове съвременни химиотерапевтични лекарства. Съществуват химиотерапевтици, които могат да се вземат като таблетки през устата, да бъдат инжектирани мускулно или подкожно в мастната тъкан, но голямата част от тях се прилагат венозно през система. Прицелна (таргетна) терапия все още има ограничено приложение в лечението на рака на яйчниците при малък контингент болни в подходящ стадий или с конкретен генетичен статус. Освен чрез образни изследвания ефектът от химиотерапията се оценява обективно и чрез мониториране на стойностите на туморния маркер СА 125, когато той е показателен за конкретната пациентка (Бобчев, Т., М. Янков, 2014, <http://www.acibademcityclinic.bg>).

**Хирургично лечение** – матката, както яйчниците, така и коремната обвивка на оментума се отстраняват.

**Лапаротомия** – оперативното отваряне на коремната кухина на втори етап след провеждане на първа линия химиотерапия (т.нар second look лапаротомия) с цел отстраняване на туморни маси при локално напреднало заболяване, но този подход не е доказал предимство по отношение на общата преживяемост на пациентките, поради което не се практикува рутинно.

**Постоперативна химиотерапия.** След операциите, извършени на I и II етап, се въвеждат платинови лекарства (Cisplatinum, Carboplatinum). Продължителността на лечението трае 3-6 седмици.

**Химиотерапия.** В последните етапи на туморния процес се провеждат 6 курса на приложение на платинови лекарства (Paclitaxel + Carboplatin). Между курсовете трябва да издържат почивките след 3 седмици.

**Неадювантна химиотерапия** – лекарствено лечение, предхождащо операция или лъчелечение. Най-често целта е да се постигне намаляване на туморния обем и по този начин последващото оперативное или лъчево лечение да бъде технически изпълнимо и успешно.

**Адювантна химиотерапия** (профилактична) – лечение, което се извършва в определени стадии при някои видове тумори, за да се унищожат останалите след операцията единични клетки в организма, които могат да се поселят в определена локализация и след време да

започнат активно да се делят, като формират метастази или повторно развитие на тумора в мястото на неговото първично развитие. Адювантно може да се приложи и хормонална (ендокринна) терапия.

**Лечебна химиотерапия** – има забавяне и/или спиране на туморния растеж за различен интервал от време и е насочена към болни, чието заболяване вече не подлежи на излекуване, но може да се контролира за дълъг интервал – понякога за много години (Бобчев, Т., М. Янков, 2014).

Според СЗО (2014) грижите за онкологично болни включват следните елементи:

1. Психологическа подкрепа.
2. Социална подкрепа.
3. Духовна грижа.
4. Самопомощ.
5. Участие на пациента.
6. Даване на информация.
7. Допълващи терапии.
8. Рехабилитация.
9. Контрол на симптомите.
10. Грижи при край на живота и тежка загуба.

Тази концепция за цялостни грижи е представена схематично на фигура 1:



Фиг 1. Модел на акушерски здравни грижи

Важна роля на акушерката е да предоставя информация и убеждава жените за извършване на ежегодни профилактични гинекологични прегледи.

**Задачите на акушерката:**

- Информиране на пациентката за хода на прегледа и последващите манипулации.
- Подкрепа и помощ при гинекологичния преглед.
- Асистиране на лекар при нужните манипулации.
- Вземане и изпращане на материали за изследване и следене за тяхното навременно получаване и предоставяне на лекаря.
- Диспансерно наблюдение.
- Предоперативни грижи.

- Следоперативни грижи.
- Психологическа подкрепа на жената.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Едно от предизвикателствата на XXI век пред здравните системи в Европа и по света е непрекъснатото нарастване на онкологичните заболявания. Това налага прилагането на комплексна здравна грижа, осигуряваща на пациентите с онкологични заболявания адаптация към болестта и качество на живот въпреки нея.

Ракът на яйчника е най - смъртоносното от всички злокачествени заболявания на гениталиите при жените трябва да бъде изучаван по-вече от студентите акушерки като разновидности, агресивност, рекурентност и повлияване от различни видове терапии. Оптимизиране на лечението на рака на яйчника трябва да се търси в три основни направления: → проучване на различни схеми и режими на приложение на вече популярни медикаменти и методи → разработка и интегриране на нови експериментални методи, подобряване на диагностиката.

След направения анализ на медицинската научна литература може да направим извода, че ролята на акушерката в профилактиката и в процеса на лечение е значима и отговорна. Тя трябва да извършва реално задачите, които са в нейните компетенции, а не само да бъде технически изпълнител в лекарски кабинет.

### ЛИТЕРАТУРА

Bobchev, T., M. Yankov (2014). Ginekologiya.(година) Zabolyavaniya na ZhPO. Klinika, diagnostika, lechenie (*Оригинално заглавие:* Бобчев, Т., М. Янков, Гинекология. Заболявания на ЖПО. Клиника, диагностика, лечение, 2014)

Nazarov, E., Lektsionen material, 2017 (*Оригинално заглавие:* Назъров, Е., Лекционен материал, 2017)

<http://forummedicus.com> – prof. Grigor Gorchev, 2015. (*Оригинално заглавие:* проф. Григор Горчев, 2015)

<http://zdrave-bg.eu> – D-r Piya Bivolarski, 2016 (*Оригинално заглавие:* Д-р Илия Биволарски, 2016)

<http://cancer.bg>

<http://oncoconsult-bg.com>

<http://www.acibademcityclinic.bg>

**PREECLAMPSIA AND INFLUENCE ON PREGNANCY** <sup>47</sup>

---

**Fatme Feimova – Student**

Department of Health Care,  
University of Ruse“Angel Kanchev”  
E-mail: fmn14@abv.bg

**Assist. Prof. Tsveta Hristova**

Department of Health Care,  
University of Ruse“Angel Kanchev”  
E-mail tshristova@uni-ruse.bg

***Abstract:** The report aims to present the symptoms that may occur during pregnancy in case of problems with high blood pressure. Pregnant women should be aware of the complications that may occur due to the presence of a pathological problem in order to take timely action.*

***Keywords:** Preeclampsia, Influence, Pregnancy, Symptoms, High blood pressure, Complications, Treatment*

**ВЪВЕДЕНИЕ**

Настъпването на бременност неуспоримо създава радостни преживявания у семейството, особено когато тя е чакана и желана. След този момент следват стриктно спазване на правила относно начина на живот и поведение, за да може периодът на бременност да протече колкото се може по-благоприятно. Доброто здравословно състояние е най-големият приоритет през бременността. Добре е всяка бременна да е запозната с усложненията, които могат да възникнат и да имат отрицателно въздействие върху развитието на плода.

За съжаление въпреки спазването на всички правила понякога бъдещата майка и обкръжението ѝ се сблъскват с различни фактори, които повлияват бременността и до някаква степен се превръщат в основна причина за появата на патология при протичането на бременността. Хипертензивните заболявания по време на бременност често съпътстват бременността и се оказват главна причина за възникването на проблеми при развитието на плода.

През бременността плацентата се нуждае от голямо количество кръв, за да може да поддържа нормалното развитие на плода. При наличие на преекламписия организмът на бременната не може да осигури необходимото количество кръв, което води до недостиг на хранителни вещества и кислород към плода, т.е. налице е хипотрофия на плода, както и до повишаване на кръвното налягане. Заболяването причинява нарушения във функциите на бъбреците. При влошаване може да се засегнат важни органи като бял дроб, черен дроб и сърце ([http://ezine.bg/ Preeklampsia](http://ezine.bg/Preeklampsia)).

**ИЗЛОЖЕНИЕ**

Хипертензивните заболявания представляват редица клинични синдроми и нозологични единици, които се проявяват с хипертония през бременността, в повечето случаи за първи път, в други случаи предхождат бременността и се активират от нея. Около 10% от всички бременности се усложняват с хипертония. Преекламписията съставлява около 70% от всички хипертензивни усложнения на бременността (Хаджиев, А., 1998).

---

<sup>47</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 17.05.2018 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ПРЕЕКЛАМПСИЯ И ВЛИЯНИЕ ВЪРХУ БРЕМЕННОСТТА.



Преeklampсията означава наличие на хипертония+протеинурия след 20 г.с. Не се изисква задължително наличието на отоци. Преeklampсията е най-честото хипертензивно усложнение на бременността. Хипертонията се проявява по-рано от протеинурията, която е късен признак от гледна точка на ранна диагноза. Според възприетата класификация преeklampсията се дели на две форми:

- лека степен;
- тежка степен (таблица 1).
- HELLP синдромът е форма на тежка преeklampсия. Проявява се с триадата:
- хемолиза, дължаща се на разпад на еритроцити;
- повишена активност на чернодробните ензими, ASAT, ALAT, LDH;
- тромбоцитопения.

От клиничните симптоми важни са болката в епигастриума и дясното подребрие, гаденето, повръщането. Може да се появи субиктер.

Табл.1.  
Степени на Преeklampсия.

Отклонения	Не тежка	Тежка
Диастолно налягане	≤110	110
Протеинурия	Следи, до 1+	≥5г/24часа урина или 2+ или повече при качествено изследване
Субективна триада: главоболие; болки в епигастриума; зрителни смущения.	не	да
Олигурия (<400мл/24часа)	(-)	(+)
Серумен креатинин	норма	повишен
Присадена преeklampсия	(-)	(+)
Белодробен оток	(-)	(+)
HELLP синдром	(-)	(+)
Хипотрофия на плода	(-)	(+)
Хипербилирубинемия	(-)	(+)

Хроничната хипертония се диагностицира, ако е налице постоянно кръвно налягане над 140/90mm/Hg преди 20 г.с. Като хронична се определя хипертонията при жените, която продължава до 42-ия ден след раждането. През първата половина, особено през второто тримесечие на бременността, диагнозата на хронична хипертония е трудна, защото под влияние на вазодилаторните хормони, които се отделят от плацентата, кръвното налягане на бременните спада.

Наслоена („присадена“) преeklampсия

С този термин се означава бременна с хронична хипертония, при които се развива преeklampсия. Наслоена преeklampсия се диагностицира, когато систолното налягане се покачва с 30mm/Hg, а диастолното с 15mm/Hg или средното артериално налягане се повишава с 20mm/Hg и се развива протеинурия или генерализирани отоци, които по-рано не са съществували.

Транзиторна (преходна) или латентна хипертония

Така се означават бременни, които развиват хипертония ante partum, през време на раждането без генерализирани отоци или протеинурия. Тази хипертония се нормализира в течение на 10 дни след раждането (Хаджиев, А., 1998).

Преeklampсията е специфично за човека заболяване. Сред другите животни не се среща. Боледуват предимно младите жени, главно първескини. Обикновено възниква след 20-ата г.с., рядко преди това. По-ранната поява често е свързана с неразпознато бъбречно заболяване (Хаджиев, А., (1998).

Рискови фактори за развитие на преeklampсия

- първескини;
- многоплодна бременност;
- затлъстяване;
- възраст - рискът е по-висок за майки под 20 и над 40 години;
- фамилна анамнеза за преeklampсия;
- преди съществувала хипертензивно-бъбречна болест;
- преди прекарана преeklampсия;
- диабет, mola hydatidosa (Хаджиев, А., 1998).

Прогнозата на къснотоксикозните симптоми е в пряка връзка с характеристиката на клиничната картина, тежестта на проявената симптоматика, продължителността на заболяването, срока на бременността, наличието на eklampтична симптоматика. Днес се доказва, че при системни грижи за бременната честотата на тежките къснотоксикозни синдроми се значително намалява (Ялъмова, Е., 1987).

Колкото по-тежка е преeklampсията, толкова по-неблагоприятно е отражението ѝ върху плода. При тежка преeklampсия обемът на кръвотока и скоростта му към плацентата е намален на 50%, респективно към плода, защото се намалява обемът на кръвта в интервилозното пространство. Следователно плодът получава по-малко кръв и бавно изпада в състояние на хронична хипоксия, клиничен израз на която е изоставането разстежа на плода – хипотрофия (интраутеринна ретардация на плода). Ако не се роди своевременно, плодът може да загине.

Характерно усложнение на тежката преeklampсия е намалението на количеството на околоплодната течност, което корелира с хипотрофията на плода и с плацентарната инсуфициенция.

Профилактика на преeklampсията

Промени в начина на живот – почивката и физическата активност повлияват повишеното АН. Не е ясно обаче до каква степен това се отнася до риска за преeklampсия. При високорискови нормотензивни пациентки почивка до четири часа дневно може да намали риска за заболяването. Физическото натоварване може да намали риска за преeklampсия в тази група, но данните са несигурни, поради което се препоръчва баланс между почивка и физическа активност.

Диета – не съществуват достатъчно категорични данни, че повишен енергиен прием, протеинови добавки, нискоенергийна диета или ограничаване на приема на сол при бременни с наднормено тегло имат протективен ефект срещу развитието на преeklampсия. Приемът на поне един грам калций дневно намалява относителния риск за развитие на преeklampсия. Ефектът е най-изразен при високорискови пациентки и при бременни с ограничен прием на калций. Данни на Световната здравна организация сочат, че при бременни с нисък прием на калций, хранителната добавка води до намаление на риска за преeklampсия, тежка гестационна хипертония, eklampсия и преждевременно раждане преди 32 г. с. Антиоксидантите (основно Vitamin С и Е) намаляват риска за преeklampсия, но в същото време увеличават честотата на преждевременно раждане, без да има налични данни за влиянието им върху перинаталната смъртност.

Медикаментозна терапия:

- ниски дози acetylsalicylic acid са единственото средство, което доказано намалява риска и усложненията на преeklampсията;
- антихипертензивното лечение намалява на половина риска за тежка хипертония (<https://spisaniemd.bg/heart-diseases-and-pregnancy>, 2017).

Най-ефикасното лечение на преекламписията е раждането на плода и плацентата. При бременност към термин при благоприятна шийка раждането трябва да се индуцира. По време на раждането трябва да се прилага магнезиев сулфат като профилактика на екламптичен гърч. По-трудно е поведението при бременни далеч от термин.

При лека преекламписия бременните могат да се оставят на домашно лечение, ако условията позволяват и при редовно проследяване.

При тежката преекламписия трябва да се предизвика родоразрешаване. До родоразрешението бременната се лекува консервативно.

### Проучване

Във връзка с въпроса за преекламписията и влиянието ѝ върху бременността се извърши проучване на пациентки в сектор Патологична бременност на Акушеро-гинекологичен комплекс към УМБАЛ – Канев и на майки, които са имали проблеми с високото кръвно налягане и преекламписията по време на бременността си.

#### Цел на изследването:

Влиянието на преекламписията върху протичане на бременността

#### Обект на изследването:

Бременни с висок риск за бременността.

#### Обхват на изследването:

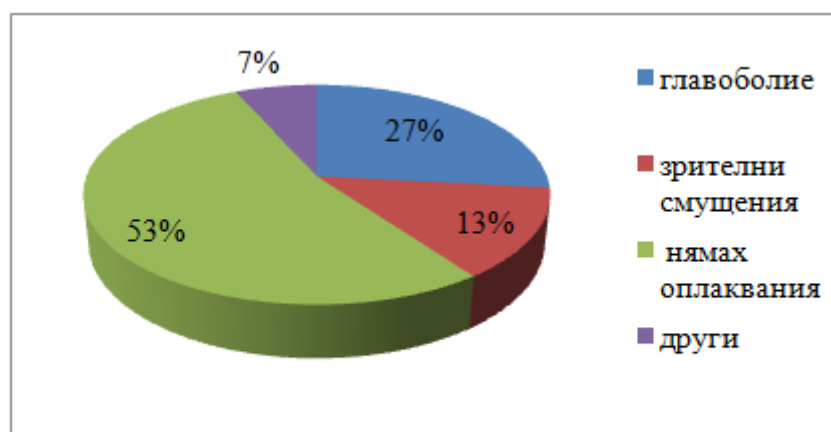
В представителната извадка участват 30 жени с прекарана преекламписия и са с тази диагноза при постъпване за лечение в стационара на АГ отделението, сектор Патологична бременност.

#### Методи на изследване

Анкетен метод с отворени въпроси и събеседване с отразяване на отговорите на хартиен носител. За коректност на изследването се взе устно информирано съгласие от участниците в проучването.

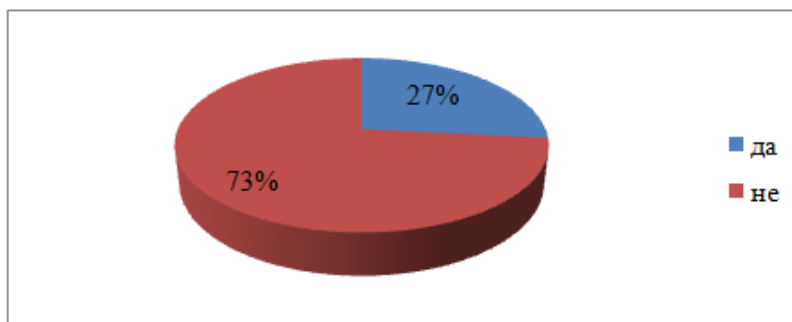
#### Анализ на данните

На въпрос „Какви бяха оплакванията Ви?“, като най-чест посочен отговор анкетираните са избрали „нямах оплаквания“ (53%), следван от отговор „главоболие“ (27%), „зрителни смущения“ (13%) и „други“ (7%).



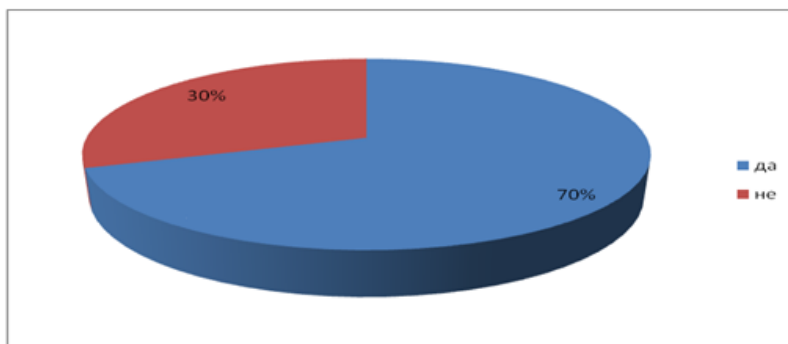
Фиг. 1. Субективни оплаквания у анкетираните. ¶

На въпрос дали са имали високо кръвно налягане преди бременността, мнозинството (73%) са отговорили, че не са имали високо кръвно налягане преди забременяване, а 27% са отговори, че са имали високо артериално налягане.



Фиг. 2. Наличие на високо артериално налягане преди бременността при анкетираните.

Фамилно обременени с високо артериално налягане са 70% от анкетираните, което подсилва данните за унаследяване на високото кръвно налягане. Това от своя страна поражда възможни очаквани усложнения по време на бременност, както за майката с прееклампсия, така и за развитието на плода.



Фиг. 3. Фамилна обремененост с хипертензивни състояния.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

От направеното проучване могат да бъдат направени следните изводи:

1. Процентът на унаследяване на високото артериално налягане е голям, което трябва да насочва вниманието на лекуващия лекар и акушерка към по-стриктно и внимателно следене стойностите на кръвното налягане при рискови бременни, за да не се стига до по-сериозни усложнения, застрашаващи състоянието на бременната и плода.
2. Големият процент от бременните, посочили, че не са имали оплаквания по време на бременността от наличието на високите стойности на кръвното налягане могат да ни насочат към извода, че състоянието им е било открито навреме при редовен преглед на Женска консултация, преди симптомите да са било ясно изразени.
3. Отсъствието на високо кръвно налягане преди бременността не гарантира, че бременната няма да има проблеми с него и последващите това състояние усложнения - прееклампсия. Редовното следене стойностите на кръвното налягане, както и наблюдаването на бременната за наличието на съответните симптоми са задължителни не само от самата бременна, но и от семейството и най-вече от екипа в Женската консултация.

Прееклампсията е най-честото тежко нехирургично усложнение на бременността, което е свързано с повишена заболеваемост и смъртност за бременната и плода. Единственото дефинитивно лечение е родоразрешението. Внимателното и постоянно проследяване стойностите на кръвното налягане и протеинурията в женската консултация могат да спомогнат за навременното откриване на усложнения в протичането на бременността и да се вземат съответните мерки. Особено внимание трябва да се обръща на жените с повишен риск, които да се насочват към специалист. Доброто взаимоотношението между акушерка и лекар специалист подпомага в значителна степен оздравителния процес на бременната.

Ролята на акушерката при следене на бременност в Женската консултация се свежда до редовното следене стойностите на кръвното налягане, наблюдаване за промени във външния вид на бременната. Приучаването на бременната да окрива патологичните промени при протичането на бременността си и навременното насочване към специалист може значително да намали или дори предотврати усложненията, които при неангажиране на проблема могат да доведат до редица патологични промени с развитието на бременността и плода.

#### ЛИТЕРАТУРА

Hadzhiev, A., (1998). Akusherstvo. Sofia: Izdatelstvo „Meditsina i fizkultura” (*Оригинално заглавие: Хаджиев, А., 1998, Акушерство. София: Издателство „Медицина и физкултура“.*)

Yalamova, E., (1987). Akusherstvo. Sofia: Izdatelstvo „Meditsina i fizkultura” (*Оригинално заглавие: Ялъмова, Е., 1987, Акушерство. София: Издателство „Медицина и физкултура“.*)

<https://spisaniemd.bg/heart-diseases-and-pregnancy>, (2017)

<http://ezine.bg/Preeklampsia>

THU-2G.205-1-SSS-HC-29

---

## PHYSICAL TREATMENT OF GYNECOLOGICAL INFLAMMATORY DISEASES <sup>48</sup>

---

### **Daniela Stoyanova – Student**

Department of Health Care,  
University of Ruse“AngelKanchev”  
E-mail: stoqnova\_daniela@abv.bg

### **Alise Ismailova – Student**

Department of Health Care,  
University of Ruse“AngelKanchev”  
E-mail: sulza83@abv.bg

### **Assist. Prof. Tsveta Hristova**

Department of Health Care,  
University of Ruse“AngelKanchev”  
E-mail tshristova@uni-ruse.bg

***Abstract:** Inflammatory genital diseases are very common found in 60-80% of patients in gynecological outpatients. Depending on their location, they are divided into two major groups:*

- *Diseases of the external genital organs and the vagina;*
- *Diseases of the cervix, the uterine body, the fallopian tubes, the ovaries, the pelvic connective tissue and the pelvic peritoneum.*

*These diseases occur with significantly more severe symptoms and give rise to a number of therapeutic and social problems related to the health, working capacity and reproductive function of the woman. The major causes of genital inflammatory diseases are microorganisms, bacteria, viruses, Candida albicans, mycoplasmas and parasites.*

*Infection most often penetrates ascendant, lymphogenic and haematogenic, and in pelvic infection and adjacent. Predominant agents are staphylococci resistant to antibiotics and sulfonamides.*

***Keywords:** physical treatment, inflammatory diseases, sterility, ultrasonic waves.*

### **ВЪВЕДЕНИЕ**

Възпалителните генитални заболявания са много чести и се откриват в 60 — 80 % от болните в гинекологичните амбулатории.

В зависимост от локализацията им се делят на 2 големи групи:

- Заболявания на външните полови органи и влагалището;
- Заболявания на маточната шийка, маточното тяло, фалопиевите тръби, яйчниците, тазовата съединителна тъкан и тазовия перитонеум.

Тези заболявания протичат със значително по-тежка симптоматика и пораждаат редица терапевтични и социални проблеми, имащи отношение към здравето, трудоспособността и възпроизводителната функция на жената. Главните причинители на гениталните възпалителни заболявания са микроорганизми, бактерии, вируси, Candida albicans, микоплазми и паразити. Инфекцията най-често прониква по асцендентен, полимфогенен и хематогенен път, а при тазовите инфекции и по съседство. Преобладаващите причинители са стафилококите, устойчиви на антибиотици и сулфонамиди.

### **ИЗЛОЖЕНИЕ**

---

<sup>48</sup> Докладът е представен на студентската научна сесия на 17.05.2018 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ФИЗИКАЛНО ЛЕЧЕНИЕ НА ГИНЕКОЛОГИЧНИ ВЪЗПАЛИТЕЛНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ.

Поради това, че нерационално се прилагат антибактериални препарати и антибиотици и се прекъсва лечението преди окончателната резорбция на възпалителния процес се създават условия за характерното по-често продължително хронично протичане на възпалителните генитални заболявания. Честите обостряния и усложнения са причина за увреждане не само на генеративните възможности, но и на редица звена, регулиращи функцията на половата система

### **ФИЗИОЛЕЧЕНИЕ ПРИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА МАТОЧНАТА ШИЙКА, МАТОЧНОТО ТЯЛО, ФАЛОПИЕВИТЕ ТРЪБИ И ТАЗОВАТА СЪЕДИНИТЕЛНА ТЪКАН**

*Най-чести заболявания при които се постига добър резултат:*

• Salpingoophoritis. Протича в остра, подостра и хронична фаза. Острият салпингоофорит протича по няколко начина и основно лечението е антибиотично. Възможно е да настъпи оздравяване без никакви остатъчни изменения или да се хронифицира. Хроничния стадий вповечето случаи е безсимптомен, рядко се съпровожда със силно изразени болки.

• Pelvioperitonitis. В резултат на активно антибиотично лечение завършва с оздравяване, хронифициране, рядко преминава в дифузен перитонит. След оздравяването остават значителни сраствания, които причиняват болки в корема и създават условия за възникване на стерилитет.

• Parametritis. Възпалението на тазовата съединителна тъкан, окръжаваща матката, което не се различава от останалите инфекции. Важен симптом са болките, особено силни при дефекация и сядане. Както и при останалите тазови инфекции, възпалителният процес може да се резорбира, да хронифицира и периодично да се изостря поради реактивиране на стари възпалителни огнища или реинфектиране.

**За пълната резорбция на възпалителния процес задължително се прилага продължителна физиотерапия.**

### **ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧНИ МЕТОДИКИ**

1. При сраствания в малкия таз, включително и при непроходимост на маточните тръби се прилагат следните апаратни физиотерапевтични методики:

- Лечение с ултразвук (абдоминално и вагинално);
- Електрофореза с йод;
- Синусоидално модулирани токове;
- Интерферентни токове;
- Микровълнова терапия;
- Електрично поле с ултрависока честота;
- Ниско честотни импулсни магнитни полета;
- Термогин;

### **ЛЕЧЕНИЕ С УЛТРАЗВУК**



Фиг.1 Физиотерапевтична процедура с ултразвук

- Ултразвук с непрекъснат режим по лабилния метод в областта на долната трета на корема (контактна среда — хидрокортизоновунгвент или вазелин), продължителност 5 — 10 min ежедневно, 15 процедури на лечебен курс.
- Ултразвук с непрекъснат и импулсен режим по стабиления метод вагинално в областта на един от сводовете или последователно в двата свода с контактна среда вазелин, продължителност 5 min; от втората до петнадесетата процедура при импулсен режим (10 ms) с продължителност 5—10 min.

### ЕЛЕКТРОФОРЕЗА



Фиг.2 Процедура с електрофореза

Електродите с размери 10/15 cm се разполагат над симфизата и в областта на сакрума или симфизо- сакрум-вагинално. Силата на тока се увеличава постепенно при всяка последваща процедура от 8 до 18 тА, продължителност от 10—20 min, 15 процедури за 1 лечебен курс.

Полярността на електродите се мени в зависимост от медикамента.



### МИКРОВЪЛНОВА ТЕРАПИЯ



Фиг.3 Микровълнова терапия

Микровълновата терапия действа от разстояние 3-5 см. Висококачествен апарат, който генерира ендогенна топлина, която действа противовъзпалително.

### УЛТРА КЪСИ ВЪЛНИ (УКВ)



Фиг.4 Процедура с УКВ

Висококачествен апарат, генериращ мека ендогенна топлина. Има контакт, който се получава от 2 меки електрода разположени, така че да се получи поле.

### СИНУСОИДАЛНО МОДУЛИРАН ТОК



Фиг.5 Лечение със синусоидално модулиран ток

Повлиява благоприятно фригидитета и потентността, подпомага лечението на нощното напикаване, както и калкулозата на жлъчните и пикочните пътища.

## ИНТЕРФЕРЕНТНИ ТОКОВЕ



Фиг.6 Лечение с интерферентни токове

Токът със средна честота, когато интензитета му е постоянен дори при голяма сила не предизвиква кожно дразнене под електродите и приложението му е абсолютно безболезнено. Това позволява да се използва с лечебна цел ток с по- голяма сила и по този начин да се повишава активността на получения ендогенно интерферентен ток.

Този ток действа на дълбочина без да причинява каквато и да е вреда на повърхностните тъкани, като на преден план стои дълбокото му въздействие.

## ТЕРМОГИН



Фиг.7 Апарат- Термогин

Апаратът действа на принципа на вагинална хипертермия. Изключително полезен при сраствания и стерилитет. Главата на апарата достига температура до 42 градуса

### 2. Балнеолечение:

- Калолечение (най-ефективен метод).

Прилага се чрез високи гашета, обхващащи областта на надбъбрека, или панталон при температура 40 — 44 °С, продължителност 20 — 30 min, шест поредни дни с еднократно прекъсване;



Фиг. 8 Видове лечерна кал

### 3. Лечерна физкултура:

- При жени с хронични възпалителни гинекологични заболявания лечерната физкултура започва с елементарни дихателни упражнения и упражнения, засилващи периферното кръвообращение;
- Впоследствие се прибавят упражненията за увеличаване на кръвоснабдяването в органите на малкия таз;



Фиг.9 Лечерна физкултура

### Противопоказания за прилагане на физиотерапия при жени с възпалителни генитални заболявания.

- Остри възпалителни процеси ;
- Инкапсулирани гнойно-възпалителни процеси;
- Обилни генитални кръвотечения;
- Злокачествени новообразувания;

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Физиотерапията е един от най-важните компоненти на профилактика и лечение на гинекологични заболявания. Процедурите с физиотерапевтичен характер са не само най-ефективните, но са и минимално вредни за женското тяло. Ето защо физическата терапия често се използва най-често не само като помощ, но и като основно средство за лечение на гинекологични заболявания.

Тук е мястото и на акушерката в борбата и превенцията, тя е човека с чиято помощ заболяването ще бъде диагностицирано и лекувано адекватно.

**ЛИТЕРАТУРА**

Burgudzhieva, T., T.- Kineznterapia v akusherstvoto i ginekologiyata. V kn.: Rakovodstvopokineziterapia. (**Оригинално заглавие:** Бургуджиева, Т.,Т.- Кинезнтерация в акушерството и гинекологията. В кн.: Ръководство по кинезитерация.)

Burgudzhieva, T., T.- Med. i fizk., 1987-1988. (**Оригинално заглавие:** Бургуджиева, Т., Т.- Мед. и физк., 1987-1988.)

Burgudzhieva, T., T.- Lazeritezaakushero-ginekologichnatapraktika. (**Оригинално заглавие:** Бургуджиева, Т.,Т.- Лазерите за акушеро-гинекологичната практика.)

Karagyozov, I., Burgudzhieva, T.- Kurortolechenienaakushero-ginekologichnitezabolyavannya. Trubnoebesplodie, 1977. (**Оригинално заглавие:** Карагъзов, И.,Бургуджиева, Т.- Курортолечение на акушеро-гинекологичнитезаболявания. Трубноебесплодие, 1977.)

Kulakov, V. I., Kulakova, N.- Lecheniesvetomgeliy-neonovogolazerakraurozavulyvm. (**Оригинално заглавие:** Кулаков, В. И., Кулакова, Н.- Лечение светомгелий-неонового лазера краурозавульвм)

Latekkoval, Yu. N.,Langofer, M, R .- Poslerodovieinfektsionniezabolevania. M., Meditsina, 1984. (**Оригинално заглавие:** Латеккова, Ю. Н.,Лангофер, М, Р .- Послеродовиеинфекционниезаболевания. М., Медицина, 1984.)

Latekkoval, Yu. N.,Langofer, M, R. Lechebnayafizicheskayakulytura, Meditsina, 1987. (**Оригинално заглавие:** Латеккова, Ю. Н.,Лангофер, М, Р.Лечебнаяфизическаякультура, Медицина, 1987.)

Kovacs, Z., S.- Endometriosis. In: CurrenttherapyinObstetr. andGynecol. PhyladelpWa, 1980.

Kovacs, Z., S.-Biologicalandmedicalapplications of laser.Budapest, 1984.

Reid , L., S., Yen. Amer. J.- Theeffect of lowenergylaserbeamonthephysiologicalhealingprocess of portio. Doct. diss. Summary of thesis, Budapest, 1982.

Trelies, A. M.- Obstetr. Gynecol,1981.

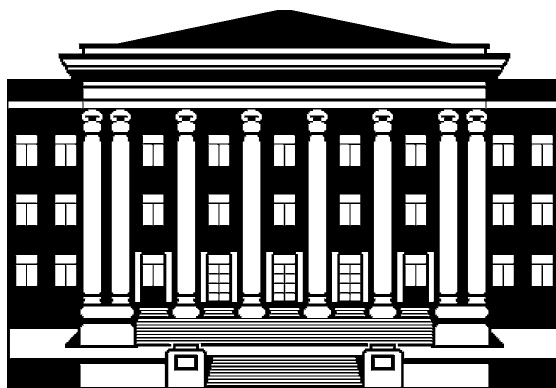
Muguzuz P.- Softlasr-Therapia, Edicion, 1982.

<http://www.gynecology-bo.helpster.in.ua>

<http://www.medicabg.com>

**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**

**INVITATION**

**Ruse, 8 Studentska str.  
University of Ruse  
Bulgaria**

**PROCEEDINGS**  
**Volume 57, Series 8.4.**

**Health Promotion and Social Work,  
Health care**

**Under the general editing of:  
Assoc. Prof. Irina Karaganova, PhD  
Chief Assist. Prof. Daniela Konstantinova, PhD**

**Editor of Volume 57:  
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"**