

ISSN 1311-3321

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

Факултет „Обществено здраве и здравни грижи“

Faculty of Public Health and Healthcare

Секция „Здравна промоция и превенция“

Section „Health promotion and prevention“

СБОРНИК ДОКЛАДИ

на

СТУДЕНТСКА НАУЧНА СЕСИЯ – СНС’13

СБОРНИК ДОКЛАДОВ

СТУДЕНЧЕСКОЙ НАУЧНОЙ СЕСИИ – СНС’13

PROCEEDINGS

of

the SCIENTIFIC STUDENT SESSION – SSS’13

**Русе
Ruse
2013**

Сборникът включва докладите, изнесени на студентската научна сесия **СНС'13**, организирана и проведена във факултет „Обществено здраве и здравни грижи“ секция „Здравна промоция и превенция“ на Русенския университет “Ангел Кънчев”.

Докладите са отпечатани във вида, предоставен от авторите им.

Доклады опубликованы в виде, предоставленном их авторами.

The papers have been printed as presented by the authors.

ISSN 1311-3321

Copyright ©

- ♦ **СТУДЕНТСКАТА НАУЧНА СЕСИЯ** се организира от **АКАДЕМИЧНОТО РЪКОВОДСТВО** и **СТУДЕНТСКИЯ СЪВЕТ** на **РУСЕНСКИЯ УНИВЕРСИТЕТ (РУ)** с цел да се предостави възможност на студенти и докторанти да популяризират основните резултати от своята учебно-изследователска работа и да обменят опит.
- ♦ **ОРГАНИЗАЦИОНЕН КОМИТЕТ:**
 - **Съпредседатели:**
проф. д.т.н. Христо Белоев – РЕКТОР на РУ
Теодор Георгиев – ПРЕДСЕДАТЕЛ на Студентския съвет
 - **Научни секретари:**
проф. д-р Ангел Сфрикаров –
Заместник-ректор на Русенския университет
ASmrikarov@ecs.uni-ruse.bg; 082-888 249
Диляна Пеева –
Член на Студентския съвет
semeremida@dir.bg; 082-888 390
 - **Членове:**
 - Факултет „Аграрно индустриален”**
доц. д-р Калоян Стоянов
kes@uni-ruse.bg; 082-888 542
Владимир Вилсонов; vvilsonov@gmail.com
 - Факултет „Машинно-технологичен”**
доц. д-р Стоян Стоянов
sgstoyanov@uni-ruse.bg; 082-888 572
Виктория Карачорова; Vickie_best@abv.bg
 - Факултет „Електротехника, електроника и автоматика”**
доц. д-р Теодор Илиев
tiliev@ecs.uni-ruse.bg; 082-888 839
Божидар Петров; bpetrov@uni-ruse.bg
 - Факултет „Транспортен”**
доц. д-р Валентин Иванов
vdivanov@uni-ruse.bg; 082-888 373
Бобан Николовски; blew_del@yahoo.com

Факултет “Бизнес и мениджмънт”

проф. д-р Диана Антонова

dantonova@uni-ruse.bg; 082 888 726

докт. Свилена Маринова; tzonevasv@mail.bg

Факултет „Юридически”

ас. Веселин Гръцманов

jewelvesso@yahoo.com; 0890 235 946

Боян Войков; bvoykov@abv.bg

Факултет „Природни науки и образование”

доц. д-р Емилия Великова

evelikova@uni-ruse.bg; 082/ 888 848

Ина Георгиева; georgievi_92@abv.bg

Факултет „Обществено здраве и здравни грижи”

доц. д-р Стефан Янев

snyanev@uni-ruse.bg ; тел. 082-821 883

Емануил Панайотов; emo7700@abv.bg

Филиал Разград

доц. д-р Цветан Димитров

tz_dimitrow@abv.bg; 0887-631 645

Живка Иванова; ivanova_jivka@abv.bg

Филиал Силистра

доц. д-р Тодорка Георгиева

knidor@abv.bg; 086 821 521

Илияна Михайлова; mihaylova_3009@abv.bg

СЕКЦИЯ
„Здравна промоция и превенция“

С Ъ Д Ъ Р Ж А Н И Е

1. Трансферът от леглото до масата – крайъгълен камък за възстановяване на дейностите в ерготерапията	9
Автори: Александра Рибарова, Денис Панджаров, Радостина Миланова научен ръководител: гл. ас. Лилия Тодорова	
2. Ерготерапевтични подходи при неврологични увреждания след тумор в главен мозък - клиничен случай	17
Автор: Милица Иванова научен ръководител: гл. ас. Петя Минчева	
3. Сензорна интеграция за подобряване на ежедневните дейности – клиничен случай	22
Автор: Руждие Салиева Научен ръководител: гл. ас. Лилия Тодорова	
4. Проучване на мрежа от социални услуги за социално включване на деца и лица с увреждания в Русенска област за периода 2010-2011г.	27
Автори: Милица Иванова, Руждие Салиева Научен ръководител: гл.ас. д-р Н. Ангелова	
5. Състоянието на новосъздадените резидентни социални услуги за деца/лица, които не могат да бъдат реинтегрирани в семействата им в област Русе в периода 2010-2011 година	31
Автори: Зорница Казасова, Габриела Петкова Научен ръководител: доц. д-р С. Нунев	
6. Оценяване на качеството на услугите от резидентен тип в контекста на стратегическото планиране за развитие на социалните услуги в област Русе за периода 2010 – 2011 г.	36
Автори: Цветелина Радева, Татяна Тошкова Научен ръководител доц. д-р Сашо Нунев	
7. Оценяване на качеството на услугите в специализираните институции за стари хора и хора с увреждания в контекста на стратегическото планиране за развитие на социалните услуги в област Русе за периода 2010 - 2011г.	41
Автори: Диана Златева и Нели Борисова Научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев	
8. Изследване на развитието на социалната услуга „Приемна грижа“ в област Русе, при междинна оценка на областна стратегия за развитие на социалните услуги в област Русе 2012	46
Автор: Георги Стефанов Научен ръководител: доц. д-р С. Нунев	
9. Гръбначни проблеми, възникващи в следствие на „седащите“ професии	51
Автори: Христо Христов, Адриан Василев Научен ръководител: гл. ас. Боряна Тодорова	
10. Профилактика на гръбначните проблеми, възникващи в следствие на „седащите“ професии	56
Христо Христов, Адриан Василев научен ръководител: гл. ас. Боряна Тодорова	
11. Ергономичност и препоръки за правилна стойка при хора работещи с компютър	62

Автор: Таня Милева

Научен ръководител: гл. ас. Златина Стоянова-Борисова

12. **Проучване на физическата активност при прицелна социална група
възрастни хора в домашна среда**

66

Автори: Дилиана Димова, Георги Колев

Научни ръководители: гл. ас. д-р Д. Ставрев, ас. С. Филкова

СЕКЦИЯ „Здравни грижи”

С Ъ Д Ъ Р Ж А Н И Е

1. Раждање при момичета под 18 г. (Адолесцентна бременност)	72
Автор: Айлин Актан Басри	
Научен ръководител: гл. ас. д-р Иваницка Сербезова	
2. Анаболни стероиди: Негативно въздействие	75
Автор: Мария Миланова	
3. Специални сестрински и акушерски грижи при бременни със захарен диабет	79
Автор: Атидже Дурхан	
Научен ръководител: гл. ас. д-р Иваницка Сербезова	
4. Промоция и профилактика на здравето – същност и значение	83
Автори: Филиз Фаари, Камелия Андреева, Харика Бюнямин, Айлин Адил, Джанан Ерджан, Денизел Бейти.	
Научен ръководител: гл. ас. Кристина Захаријева	
5. Информираност на студенти, преподаватели и служители в русенския университет по проблемите на разпространението на рака на маточната шийка	88
Автор: Евгения Йорданова	
Научен ръководител: гл. ас. д-р Иваницка Сербезова	
6. Генетични заболявания - СИНДРОМ НА АПЕРТ	93
Автори: Мелтем Махмудова, Николета Йорданова	
Научен ръководител: гл. ас. Кристина Захарива	
7. Сексуалното възпитание по време на пубертетното психическо и физическо развитие	97
Автор: Боряна Георгиева	
Научен ръководител: гл. ас. д-р Иваницка Сербезова	
8. Зависимости - видове, поведение, лечение	100
Автор: Сибел Якуб	
Научен ръководител: гл. ас. Кристина Захаријева	
9. Болести на сърдечно-съдовата система	108
Автор: Хюлия Мухсин	
Научен ръководител: гл. ас. д-р Иваницка Сербезова	
10. Необходимост от комплексно лечение и здравни грижи за деца с Детска церебрална парализа	110
Автори: Десислава Атанасова, Нурие Хаджиосманова	
Научен ръководител: гл. ас. Деспина Георгиева	
11. Сексуално възпитание и здраве	116
автори: Равие Шабан и Жюлвер Низами	
Научен ръководител: гл. ас. Кристина Захаријева	
12. Гръбначни изкривявания в пубертетния период	122
Автор: Невшен Тюрк	
Научен ръководител: гл. ас. д-р Иваницка Сербезова	
13. Здравословно хранене. Формиране на правилни хранителни навици от ранна детска възраст. Здравословно хранене на студентите	125
Автори: Филиз Фаари, Камелия Андреева и Айлин Адил	
Научен ръководител: гл. ас. Деспина Георгиева	

14.	История на теста за бременност	129
	Автори: Христинка Христова Научен ръководител: гл. ас. д-р Иваничка Сербезова	
15.	Необходимост от лекарски контрол и комплексно лечение при болни с Радикулит (Радикулопатия)	132
	Автори: Станимира Ангелова и Александра Иванова Научен ръководител: гл. ас. Деспина Георгиева	
16.	Профилактика на майчинството и детството. Роля на медицинската сестра	135
	Автор: Гергана Стоянова Научен ръководител: гл. ас. Кристина Захаријева	
17.	Раждање във вода	139
	Автор: Мелин Актан Басри Научен ръководител: гл.ас. д-р Иваничка Сербезова	
18.	Превенция и профилактика на бронхиалната астма	142
	Автори: Джанан Ерджан Хюсмен, Денизел Бейти Бекир Научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева	
19.	Необходимост от информация за хроничните и инвалидизиращи заболявания. Особенности на Булозната Епидермолиза	146
	Автор: Станимира Ангелова Научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева	
20.	Остеогенен сарком – ПОБЕДАТА!	150
	Автор: Станимира Цветанова Ангелова Научен ръководител: гл. ас. Деспина Георгиева	

Трансферът от леглото до масата – крайъгълен камък за възстановяване на дейностите в ерготерапията

Автори: Александра Рибарова, Денис Панджаров, Радостина Миланова
Научен ръководител: гл. ас. Лилия Тодорова

Transfer from the bed to the table – a cornerstone for restoring occupations in occupational therapy: The paper describes the process of recovery of daily occupations of a client with a severe neurological disease after one year in bed. Three students in Occupational Therapy worked with the client for a year in the period 2012 – 2013. The biggest steps were the transfers from lying to sitting (1st stage) and from bed to wheelchair (2nd stage). Sitting by the table enables functional use of the hands and enhances participation in daily activities. Adaptive equipment was used. Fear was one of the biggest barriers to overcome.

Key words: Occupational Therapy, neurological diseases, transfers.

ВЪВЕДЕНИЕ

Възпалителните заболявания на Централната нервна система (ЦНС) имат инвалидизиращо влияние и водят до трайна промяна не само в живота на болния, но и на неговите близки. Сред най-често срещаните са менингит и енцефаломиелит.

Менингеалният синдром се дължи на заболявания, които засягат меките мозъчни обвивки. Най-често той е етиологично свързан с възпалителни заболявания на мозъчните обвивки (менинги) вследствие на бактериални, вирусни или микотични инфекции и субарахноидна хеморагия. Меките мозъчни обвивки могат да се дразнят и вследствие на интракраниални кръвоизливи с пробив към ликворните пространства, туморни процеси, които обхващат менингите или т.н. карциноматоза на менингите. Менингеален синдром може да се развие още при мозъчен оток с различна генеза, травми, хидроцефалия и различни други процеси, които могат да дразнят менингите. Причина за развитието на този синдром е възпаление и оток на меките мозъчни обвивки с дразнене на нервните коренчета, които са обвити от менингите в интраспиналния канал. Ето защо синдромът се нарича още синдром на менинго-радикулерно дразнене.

Най-важните клинични симптоми на синдрома са следните:

- Главоболие с различен интензитет. То най-често е локализирано тилно с ирадиация към гърба и по хода на гръбначния стълб. Понякога е локализирано челно и зад очите, но при тежки случаи е дифузно, много тежко и не се повлиява от аналгетични средства.
- Повръщането е също много чест симптом, резултат от дразнене на п. vagus, не е свързано с приема на храна и не води до облекчение. Могат да се наблюдават още брадикардия и други вегетативни симптоми.
- Ригидно повишен мускулен тонус.
- Хиперестезия. Повишената иритация на ЦНС предизвиква снижен праг на възбудимост за всички видове сетивност с развитие на обща хиперестезия. Налице е повишена чувствителност към светлина (фотофобия) и шум (аудиофобия).

Енцефалитът представлява възпалително заболяване на коя да е част от мозъка – главен, малък или гръбначен мозък. Често пъти енцефалитът се усложнява и протича комплексно като менингоенцефалит, тоест възпалението обхваща както самото мозъчно вещество, така и неговите обвивки (менинги).

Енцефалитът може да има инфекциозна или неинфекциозна етиология. Най-честите инфекциозни причинители на енцефалит са бактерии (менингококи, пневмококи, хемофилус, туберкулозен бактерия и др.), вируси (херпесен, вирус на бяс, арбовируси, цитомегаловирус и др.), гъби или паразити (пренасят се чрез насекоми, такива са лептоспироза, токсоплазмоза, трихинелоза, амебиаза и др.).

Неинфекциозна етиология енцефалитът може да има при усложнени мозъчни тумори, след мозъчно-съдови инциденти, при мултипленна склероза, синусити, отити, отравяния с олово, при реакция след апликация на различни вещества в ликвора, след някои ваксини (коклюш, вариола, бяс), при саркоидоза, левкемия и др.

Болестната картина при всички енцефалити се развива бурно, с повишена телесна температура и ранни признаци на увреждане на мозъчната тъкан, което се изразява с два вида явления:

- *Явления на възбуда* – проявяват се генерализирани (общи) или огнищни (местни) гърчове, с пристъпи на потрепвания в едната или другата половина на тялото.

- *Явления на отпадане* – изразяват се в пареза или парализа на едната половина на тялото, нерядко само на едната ръка или единия крак. В острия период съзнанието може да бъде променено с блънвания, халюцинации, илюзии или обратно – болният да изпадне в сънливост и кома.

Възможно е пълно оздравяване, но често остават трайни последици — епилепсия, изоставане в умственото развитие. Инвалидизиращото въздействие на заболяванията на Централната нервна система, в частност на възпалителните заболявания – менингити и енцефалити, е трайно и клиентът трудно се възстановява към предишното си състояние.

Заболявания от този тип могат да доведат до нарушения в изпълнението на много дейности, които са определящи за пълноценното функциониране на клиента. Ерготерапевтичната интервенция тук е от съществено значение. Фокусът на този тип рехабилитационен процес пада върху ежедневните дейности и вземането на участие в такива. Чрез тях се постига ефективно възстановяване на болния и ефикасно поддържане на вече придобитите умения. Постигането на самостоятелност е приоритет в работата. Адаптирането на средата и на дейностите, както и използването на адаптирани средства, е другата част от интервенцията.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Представеният случай се отнася за клиент от женски пол на възраст 51 г. със заболяване, датиращо от юни 2011 г. Живее в апартамент на първият етаж заедно със своята майка, която се грижи за нея. Преподавател по математика. Неомъжена.

Лекувана е в МБАЛ – Русе през 2012 г., била е в ЗК „Медика“ с цел възстановяване. Посещава я кинезитерапевт за периоди от по две седмици с една – две седмици почивка. Ерготерапевти работят за дейностното възстановяване веднъж седмично в рамките на три етапа от по 4 месеца.

При първата среща през юни 2012 г. е установена десностранна хемипареза, по-силно изразена в горния крайник, флексионен спастичитет, възстановени когнитивни способности. Последната година е прекарала изцяло в легнало положение. Участието в дейности е силно ограничено до четене, решаване на кръстословици и гледане на телевизия в леглото. Има нужда от постоянно обгрижване.

В началото на 2013 г. не се наблюдава съществена промяна във физическия и когнитивния статус с изключение на слабо подобрене в подвижността на долния десен крайник. Клиентката демонстрира силна мотивация за работа и активно съдействие. Испитва изключителен страх от всяка промяна в положението на тялото и особено от напускане на леглото. Все още се нуждае от постоянна грижа.

Първи етап от ерготерапевтичната интервенция: юни – юли 2012 г.**Ерготерапевтично изследване**

В изследването са използвани следните основни методи и средства за оценка в ерготерапията.

- *Mini Mental State Examination* – изследване на психическото състояние на клиента. В продължение на половин година е била неадекватно състояние. Резултатите от проведената показват сравнително добро състояние. Няма когнитивни нарушения и е в ясно съзнание. Наблюдават се минимални затруднения във функционирането на краткосрочната памет.
- *Канадска оценка на дейностното изпълнение* – дава възможност на клиента сам да оцени своето изпълнение и допринася за определяне на приоритетите за интервенция. Дейностните проблеми с приоритетно значение за клиента са работа, функционална мобилност, къпане, социални контакти, хранене.
- *Индекс на Бартел* – провеждането на тази оценка дава яснота за нуждата от помощ при изпълнението на дейности от сферата на самообслужването. Резултатите от оценката показват затруднение във всички дейности. Клиентката е зависима от чужда помощ.
- *Наблюдение* – на дейностното изпълнение, на физическото и психическото състояние на клиента. Десностранна хемипареза, по-силно изразена в горния крайник. Емоционалното състояние е силно повлияно от физическото състояние на клиента. Има мотивацията за работа, но е съпътствана от силно чувство на страх.

Ерготерапевтична програма

Използвайки клиент-центрирания подход са формулирани общите цели на интервенцията.

Дългосрочна цел: Повишаване на участието и контрола в изпълнението на някои елементарни дейности от ежедневието.

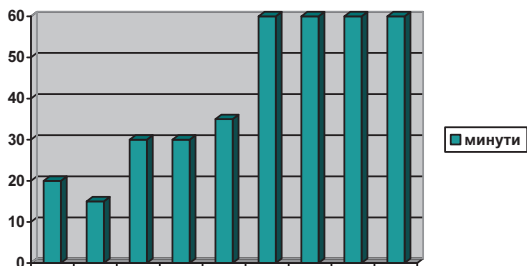
Краткосрочни цели:

- Заемане и поддържане на устойчив седеж.
- Функционално използване на горните крайници.

Ерготерапевтична интервенция

Целта в първия етап от ерготерапевтичната интервенция е възстановяване на седежа, самостоятелно заемане и поддържане на тази поза. Нейното постигане е от съществено значение за по-нататъшната интервенция. Трансферът в седеж на леглото бе извършван първоначално с помощ от двама човека, след това – от един човек с постепенно намаляване на помощта. Поради дългия период на залежаване изправянето създава физиологичен и психически дискомфорт. Възстановяването на устойчивия седеж допринася за разширяване обхвата на дейностите и подобрява качеството на тяхното изпълнение. Тази поза е от съществено значение при дейности от сферата на самообслужването – хранене, сресване, както и при дейности от сферата на свободните занимания – решаване на sudoku, гледане на телевизия. Това са основните дейности от ежедневието на клиента и тяхното качествено изпълнение има голямо значение за нея.

Крайният резултат се изразява в значително подобряване на стабилността и продължителността на седежа (фиг. 1).



Фигура 1. Графика на продължителността на позициониране в седеж.

Втори етап на ерготерапевтичната интервенция:

декември – януари 2013 г.

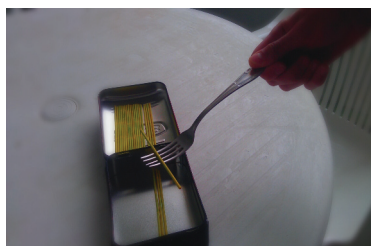
Ерготерапевтична интервенция

Фокусът на втория етап от възстановителния процес пада върху използването на подготвителни техники за подобряване на координацията (фиг. 1, 2, 3, 4). Повторното изследване показва постигната самостоятелност в поддържането на седеж и минимална нужда от помощ в позиционирането. Поддържането на стабилен седеж е от голямо значение за ефективното изпълнение на дейностите. Те се въвеждат на няколко етапа със степенуване на трудността. Поставянето на топчета в шишета (фиг.1, 3) се степенува според лъжицата, която се използва. Използвани са три лъжици, всяка от които е специфична и изисква различно усилие от страна на клиента. Тези нива се редуват при всяка проведена сесия. Увеличава се и броят на използваните топчета. Друга подготвителна техника за подобряване на координацията е пренасяне на клечки с вилица (фиг. 2, 4). При нея се прилага увеличение на повторенията с цел затвърждаване на резултата. Броят пренесени клечки нараства при всяка следваща сесия. От значение за изпълнението на тези дейности е и обективното състояние на клиента. Мотивацията за работа подпомогна активното участие във всяка сесия.

Крайните резултати показват видимо подобрене в качеството на изпълнение на възложените задачи. Отчита се подобряване на координацията на засегнатата ръка и засилено функционално използване.



Фигура 2.



Фигура 3.



Фигура 4.



Фигура 5.

Фигури 2, 3, 4, 5. Подготвителни техники за упражняване на координация.

Трети етап на ерготерапевтичната интервенция: февруари – май 2013 г.

Ерготерапевтично изследване

Проведено е повторно изследване с методите и средствата, използвани в първия етап.

- *Mini Mental State Examination* – резултат 29 от 30 точки, няма промяна в сравнение с предишното изследване, наблюдава се затруднение единствено в припомнянето.
- *Канадска оценка на дейностното изпълнение* – установява се повишено ниво на изпълнение и удовлетворение в четири от петте дейности проблеми, идентифицирани при първоначалното изследване. Сравнителните резултати са представени в табл. 1.
- *Индекс на Бартел* – затруднение във всички дейности. Клиентката е зависима от чужда помощ.
- *Наблюдение* – на дейностното изпълнение, физическото и психическото състояние на клиента. Десностранна хемипареза, по-силно изразена в горния крайник. Наблюдава се подобрене във функционалното използване на дясната ръка при писане и хранене с твърди храни (без прибори). Емоционалното състояние е силно повлияно от страх от трансферите.

Ерготерапевтична програма:

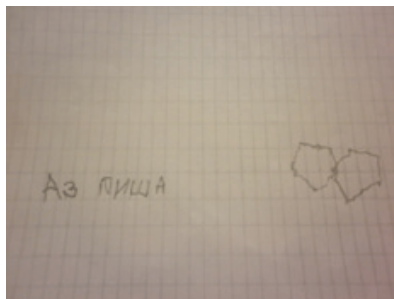
Краткосрочни цели:

- Трансфер легло – инвалиден стол – маса
- Използване на дясната ръка във функционални задачи
- Разширяване на социалните контакти

Организация – проведена в 10 сесии с продължителност 1,5 – 2 часа.

Методи и средства:

- Подготвителни техники – задачи за упражняване на загребване и пренасяне с дясната ръка (билюри, различни лъжички, купичка и дълбока кофичка от десертен крем).
- Същински дейности – игра на скрабъл, която стимулира едновременно когнитивните способности и функционалното използване на дясната ръка за преместване на буквите и поставянето им на игралното поле; работа с компютър.
- Помощно средство – за трансфер от леглото до инвалидния стол (фиг. 7).



Фигура 6. Изследване: Mini Mental State Examination

Таблица 1. Сравнителни резултати в Канадската оценка на двата етапа

2012 г.		2013 г.	
Дейност	Оценка	Дейност	Оценка
Работа		Работа	
Значение:	8	Значение:	10
Изпълнение:	1	Изпълнение:	1
Удовлетворение:	1	Удовлетворение:	1
Функционална мобилност		Функционална мобилност	
Значение:	8	Значение:	9
Изпълнение:	2	Изпълнение:	7
Удовлетворение:	3	Удовлетворение:	8
Социални контакти		Социални контакти	
Значение:	10	Значение:	10
Изпълнение:	4	Изпълнение:	6
Удовлетворение:	5	Удовлетворение:	8
Къпане		Къпане	
Значение:	9	Значение:	9
Изпълнение:	2	Изпълнение:	4
Удовлетворение:	4	Удовлетворение:	6
Хранене		Хранене	
Значение:	9	Значение:	10
Изпълнение:	2	Изпълнение:	6
Удовлетворение:	5	Удовлетворение:	8

Ерготерапевтична интервенция

Основната задача на този етап беше трансферът от леглото до масата с помощта на адаптирано средство за улесняване на трансфери и инвалиден стол

(фиг. 7). Помощното средство служи за придърпване, изправяне, завъртане и преместване от легло на стол и обратно. На този етап трансферът се осъществяваше с помощ от двама ерготерапевти, които подпомагаха клиентката и оперираха със средството. Преодоляването на психологическата бариера, която се оказва най-същественото препятствие за преместването, се осъществи в рамките на няколко сесии с помощта на обяснения, демонстрация и авторитета на преподавателя.

За подобряване на социалните контакти са проведени сесии с наскоро закупения от клиентката лаптоп за включване в различни социални мрежи. Все още тези дейности не са сред основните приоритети на клиентката, затова работата в тази насока беше ограничена.



Фигура 7. Помощно средство за трансфери



Фигура 8. Позициониране



Фигура 9. Развиване на координация и фина моторика



Фигура 10. Писане

Резултати

Най-голямото постижение на този етап е трансферът легло – инвалиден стол – маса. Седежът в инвалиден стол дава възможност за по-голяма мобилност и функционалност, подобрява качеството и разширява обхвата на дейностното изпълнение. Подобрено е използването на дясната ръка при участието в терапевтични и функционални задачи. Осигурена е възможност за разширяване на социалните контакти с помощта на Интернет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Позиционирането в удобен седеж до масата е решителна крачка за подобряване на участието в ежедневните дейности. Докладът представя двете най-трудни стъпки от възстановителния процес – самостоятелно изправяне в седнало

положение в леглото и трансферът до масата. Втората стъпка се явява крайъгълният камък за възстановяване на участието в ежедневните дейности.

Съществена бариера представлява страхът от промяната, който може да бъде преодолян с търпение, доверие и професионално поведение. Ранната интервенция е от решаващо значение, тъй като води до по-бързо постигане на крайните резултати.

Ерготерапията има за цел да предостави на човека възможност за пълноценно, самостоятелно и достойно съществуване. Постигнатите малки стъпки към тази цел са източник на чувство на удовлетворение както за клиента, така и за терапевта.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Тодорова Л., Теоретични основи на ерготерапевтичния процес, ИЦ при РУ "Ангел Кънчев", Русе, 2012.

[2] Шотеков П., Учебник по неврология, Арсо, 2002.

[3] Turner A., Foster M., Johnson S. (2002) Occupational Therapy and Physical Dysfunction, Churchill Livingstone.

За контакти:

Александра Рибарова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, специалност Ерготерапия, II-ри курс, e-mail: zazi_1611@abv.bg

Радостина Миланова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, специалност Ерготерапия, e-mail: radito_@abv.bg

Денис Панджаров, Русенски университет „Ангел Кънчев“, специалност Ерготерапия, e-mail: dencho_91@abv.bg

гл. ас. Лилия Тодорова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, Катедра „Обществено здраве и социални дейности“, тел. 821-993 e-mail: litod@uni-ruse.bg

Ерготерапевтични подходи при неврологични увреждания след тумор в главен мозък - клиничен случай

Автор: Милица Иванова
научен ръководител: гл. ас. Петя Минчева

An Occupational Therapist that works in neuro-rehabilitation will help people with a brain injury to be able to do the things they want to do. These could be daily activities that many of us take for granted, from grocery shopping or brushing your teeth, to more complex activities such as caring for children, succeeding in studies or work, or maintaining a healthy social life. In this report we describe how we have conducted an occupational therapy intervention in a patient with neurological disease.

Key words: occupational therapy, neurology, intervention

ВЪВЕДЕНИЕ

Неврологията е един от най-динамично развиващите се клонове на медицината. Тук влизат всички заболявания на централната, периферната и вегетативната нервна система и травмите на нервната система. Централната нервна система се състои от главен, гръбначен и малък мозък. Главния и гръбначния мозък са затворени в черепна кутия. Главния мозък се подразделя на няколко основни дяла. На основание на функциите им те са: мозъчни хемисфери и мозъчен ствол. [1]

Ерготерапията има отношение към повечето от неврологичните проблеми. Тези социално-значими неврологични заболявания са обикновено с изразен функционален дефицит и нарушение в самостоятелността и в качеството на живот на клиентите. Основната цел на ерготерапевтичната интервенция е постигане на удовлетворяващо изпълнение и баланс на дейностите в сферата на самообслужването, продуктивността и развлеченията, както и възстановяване на здравето, благополучието и пълноценното социално участие [3]. Ерготерапията работи върху дейностите за подобряване на мобилността, координацията и равновесието. Ерготерапевтът обучава клиентите в дейностите от самообслужването като къпане, бръснене, хранене, личен тоалет. Занимава се и с дейностите свързани с подобряване на когнитивните функции по специално при проблеми с възприятието, паметта, вниманието и концентрацията. Главната цел на ерготерапията е осигуряване на възможност за извършване на дейности, които са важни, належащи или очаквани от личността [2].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Докладът представя резултатите от ерготерапевтична интервенция при клиент с неврологично заболяване.

Клиентът е мъж на 39 години с поставена водеща диагноза мозъчен тумор. Проведено е операционно отстраняване на тумора в четвърти вентрикул при наличие на обструктивна вътрешна хидроцефалия през май 2011 година. Освидетелстван от ТЕЛК със 100% намалена трудоспособност поради злокачествено новообразувание на главния мозък. Като последствия от тумора на мозъка се наблюдават десностранна хемипареза, атаксия, дизметрия, интермитентна диплопия и дисидиадохикинезия.

Според епикриза от ЦПЗ ОДС - Русе клиентът страда от разстройство на личността и поведението, увреждане и дисфункция на главен мозък, органично разстройство на личността и поведението, с добавени след операцията белези на деменция от органичен тип.

Клиентът проявява вербална агресия към семейството и хората, които го обгрижват. Наблюдава се разкъсан мисловен процес, дезориентация за време и място, невъзможност за самостоятелни решения, силна апатия и слаба мотивация.

Дейностен профил

Сфери на дейност

Самообслужване

Клиентът е зависим във всяка една дейност от самообслужването. Обгрижват го родителите му. Тъй като не е мобилен не може сам да се справя с използването на тоалетна и баня. Не се нуждае от напомняне за извършване на тази дейност. Миенето на лице и зъби се извършва от майка му всяка сутрин. Може да яде и пие от чаша с минимална чужда помощ, но отказва да извършва тази дейност сам. Трудност среща при захвата на приборите и придържането на чинията с храна.

Продуктивност

Извършва ограничен брой дейности от тази сфера. Не участва в домакинската работа.

Свободни занимания

Единственото занимание на клиента е гледането на телевизия. Занимавал се е с музика преди операцията, но сега няма желание да продължи с това хоби. Много рядко излиза от дома си.

Подбор на рамки

В този случай *е избрана* основна рамка: обучителна, а референтна е биомеханичната ППР – за обучение в ежедневни дейности и използване на помощни средства.

Изследване

Източници на информация:

- Запознаване с медицинска документацията;
- Провеждане на интервю с клиента, обгрижващите го и кинезитерапевта му;
- Наблюдение на дейностите;
- Mini mental state examination
- Trail Making Test
- Short Blessed Test (SBT)
- Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

Индивидуални способности

Сензомоторни умения

Двигателните умения на клиента са на задоволително ниво – добра подвижност на трупа в равнина, прекръстосване на горни крайници, неправилна позиция в седнало положение, походката е нестабилна с невъзможност запазване на равновесие. Нарушена е фината моторика и пинцетния захват. Клиентът използва ляв горен крайник като ограничава всякакви движения на засегнатия десен. Слухът не е засегнат, но зрението е ограничено, на лице е двойно виждане (диплопия).

Познавателни умения

Клиентът не е ориентиран във време. Разпознава лица и има ориентация в пространства, които са и познати. Наблюдава се нарушена концентрация, нарушения в паметта и вниманието. Липсват организационни умения и такива за вземане на самостоятелни решения. Има когнитивни нарушения.

Психосоциални

Психични: Клиентът има ментални нарушения, дълбока апатия и гневни изблици. Често е неспокоен и реагира чрез викове и крясъци.

Социални: Нивото на социално функциониране е много ниско. Не търси социални контакти. Необходимо е при работа да му се говори бавно и отчетливо. Разбира и изпълнява прости команди, но явно изразява несъгласието си да извърши дадената дейност. Изразява несъгласието си с крещене и предизвикателно поведение. Обикновено отговаря само с прости отговори „да“ или „не“.

Околна среда

Прекарва целия ден в леглото в дома си като гледа телевизия.

Физическата среда осигурява необходимите ресурси. Стаята му е адаптирана с медицинско легло, което дава възможност да се регулира нивото на главата и тялото – от лег - в полулег. Родителите му са поставили шведска стена, за да може да работи заедно с кинезитерапевта си. Пречка в дома му са праговете, които са доста високи и прекалено много предмети по пода, което затруднява придвижването му с инвалидна количка, както и килимите, които се събират под количката му. Средата не е обезопасена.

Социалната му среда се състои от родителите му, кинезитерапевта, ерготерапевта и семейна приятелка. Често се наблюдават конфликти в семейството, което води до влошаване на състоянието на клиента.

Формулиране на цели

Дългосрочните цели на интервенцията бяха свързани с подобряване на фина моторика, самостоятелно хранене, миене на ръце и зъби и повишаване на устойчивостта на вниманието и концентрацията на клиента. Краткосрочните цели – използване на две ръце едновременно, координацията ръка – око, използване на адаптиран прибор и осигуряване на възможности за активно участие в дейности от ежедневието.

Интервенция

Осъществяването на контакт и изграждането на доверие с клиентът беше една от най-лесните ни задачи заедно. Той не обича да му се говори много, което наложи използването на практически примери в работа ни, в които не се налага да се дават допълнително обяснения. В сесиите го наблюдавах внимателно и следях какво провокира агресивността му и в постепенно ограничавах наличието на тези фактори. Контактът ми с него беше около 3 часа седмично.

Проведени бяха сесии свързани с всяка една дългосрочна цел в дома на клиента. Основната задача преди работа беше изолирането на стимулите на средата – изключване на телевизор, радио и излизането на родителите от работната стая. Позициониране и трансфер от леглото в инвалидната количка или проходилка. Използваните дейности са такива, които отговарят на неговите познавателни способности, които ще му донесат сигурен успех. Интерес за него представляват дейностите свързани с познавателни способности.

Част от интервенцията беше и адаптиране на средата – премахване на излишните предмети, подови настилки, поставяне на предметите в обхват на клиента, поставяне на ластични колани за изправяне от лег в седеж.

Резултати

В началото беше трудно да мотивирам клиента да става от леглото и да провеждаме сесиите в други стаи на дома му. Бързо настъпваше умора и ставаше настоятелен в желанието си да си легне отново. В крайна сметка успях да подобра времето за работа на около 45 минути като използвах кратки почивки. Успях да задържа вниманието и концентрацията си, което му помогна да изпълни всички поставени цели. Успяхме заедно да повишим мотивацията му за дейности свързани с фината моторика и социалните контакти. Повишихме нивото на личната му хигиена чрез обучението в самостоятелното и извършване. Намалихме родителската подкрепа. Успяхме да насърчим и стимулираме клиента да използва едновременно и двете си ръце в дейност и да ги прекръстосва.

Хранене – Тази цел бе най-желана за постигане от семейството на клиента ни, за да може да намали обгрижването с една степен. За постигане на самостоятелно хранене първо адаптирахме прибора за хранене като удебелихме неговата дръжка. Подбрахме подходяща купа/чиния за хранене и гумирана подложка. В началото се наблюдаваше силен страх от страна на клиента да не изтърве прибора и да се изцапа. Поради тази причина използвахме кърпа, която да поеме евентуално изтърване на храната. Тази цел бе най-бавната за постигане поради нежеланието на клиента да полага физически усилия за изправянето си в поза подходяща за хранене. В края на периода клиента се хранеше самостоятелно с помощта на адаптирания прибор с минимална вербална подкрепа.

Личен тоалет – По отношение на тази цел напредък е значителен. В началото клиента не извършваше абсолютно нищо от личната си хигиена сам. Започнахме да работим по тази цел като започнахме с позициониране в стол и приготвяне на всички необходими за извършване на личния тоалет принадлежности, които поставихме в обсега на клиента. Приготвихме четки за зъби, паста, леген, чаша, сапун, кърпи и огледало. Тази цел бе най-трудната за клиента тъй като изискваше подпомагане с цяло тяло и добра концентрация. След тренировки и редовно самостоятелно изпълнение на целта клиента стана по-уверен и самостоятелен в самостоятелното извършване на личен тоалет. Прекомерното желание на майката да бъде обгрижен става пречка за неговата мотивация да бъде самостоятелен.

Когнитивни дейности – Отличен резултат в тези дейности бе времетраенето на заниманието, което в началото започна от 5-10 минути и достигна до 40-45 минути. (период на работа - 4 месеца) Клиента подобри концентрацията, паметта и устойчивостта на внимание си. Интервенцията към тази цел включваше различни ерготерапевтични оценки, тестове, игри (тип мемо, кръстословици, лото, скрабъл и др.) Краен резултат при когнитивните дейности е подобряване на нивото на когнитивна стимулация, подобряване на памет и концентрация.

Трудността в работата ни дойде, когато се появи рецидив. Състоянието на клиента се влоши драстично и симптомите не позволяваха успешното изпълнение на дейностите. Работата със семейството беше втората пречка в провеждането на интервенцията ни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ерготерапията е сравнително нов подход, който успешно се прилага при лица с неврологични заболявания. Ерготерапията има решаваща роля при обучението в умения, които са загубени като така повишава качеството на живот и осигурява възможност за максимална степен на самостоятелност и независимост на клиентите. Терапевтични процес изисква постоянен мониторинг – внимателно проследяване на реакциите на клиента чрез постоянна оценка и преоценка на степента на постигане на целите [2].

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Райчев, Р., „Неврология“, София, 2003, ISBN 957-712-159-6.
[2] Тодорова, Л. „Теоретични основи на ерготерапевтичния процес“, Русе, 2012, ISBN 978-954-712-561-2.
[3] Топузов, И., „Ерготерапия“, трета част, София, 2009, ISBN 978-954-9487-41-1.

За контакти:

Милица Иванова – специалност Ерготерапия, IV курс, Русенски университет „Ангел Кънчев“, e-mail : m_pl_ivanova@abv.bg
гл. ас. Петя Минчева, Русенски университет „Ангел Кънчев“, Катедра „Обществено здраве и социални дейности“, тел. 821-993, e-mail: petyamin@abv.bg

Сензорна интеграция за подобряване на ежедневните дейности – клиничен случай

Автор: Руждие Салиева

Научен ръководител: гл. ас. Лилия Тодорова

Sensory integration for improving daily occupations: a case study: *The paper presents Sensory Integration as an approach to improve the daily occupations of a child with sensory dysfunction. Intervention was conducted in two stages. Intervention is based on the Four step programme. Goal Attainment Scale (GAS) was used in goal planning and as an outcome measure.*

Key words: *Sensory Integration, Occupational Therapy, Goal Attainment Scale*

ВЪВЕДЕНИЕ

Затрудненията в обработката на сензорната информация представляват сериозен проблем, който оказва влияние върху поведението на детето и участието му в ежедневните, училищни и социални дейности. Висока честота на сензорните проблеми е установена при деца с умствено изоставане, аутизъм, хиперактивност с дефицит на вниманието и первазивно разстройство на развитието.

Голям брой деца привидно нямат никакво нарушение, но са бавни, тромави, несръчни и изостават от другите деца в училище. Много често тези проблеми се дължат на сензорна дисфункция, но причината остава неразпозната и лечението не води до очакваните резултати. У нас тези нарушения обикновено са обект на въздействие от страна на логопеди и психолози.

Ерготерапевтичната интервенция при такива нарушения прилага сензорноинтегративен подход, който включва планиране и проектиране на игрови дейности, стимулиращи контролиран избор на различни сетивни усещания (тактилни, вестибуларни и проприоцептивни).

ИЗЛОЖЕНИЕ

Сензорна интеграция и сензорна дисфункция

Концепцията за сензорна интеграция и сензорна дисфункция, създадена от Jean Ayres, е базирана на начина, по който нарушенията на сетивната обработка и двигателното планиране възпрепятстват ежедневното функциониране и учебната дейност на детето.

Ayres определя сензорната интеграция като „процес на подреждане и преработка на сетивните дразнения, при който мозъкът предизвиква адекватен и целенасочен отговор от страна на организма, както и осмислени възприятия, емоционални реакции и мисли.“ От друга страна сензорна дисфункция представлява „процес на подреждане и преработка на сетивните дразнения, при който мозъкът не предизвиква адекватен и целенасочен отговор от страна на организма“ [2].

Четири нива на обработка на информация

Преработката на сетивната информация се разглежда на следните нива [2]:

Първо ниво – обхваща тактилната система. Докосването (дразненето на тактилната система) е важна предпоставка за изграждането на връзката между майката и детето.

Второ ниво – то е свързано с правилната преработка на вестибуларните и проприоцептивни дразнения. Когато вестибуларната и проприоцептивната системи не са достатъчно добре интегрирани, детето има проблеми с позиционните реакции – обръщане от корем по гръб и обратно, лазене и пълзене, които от своя страна са важни предпоставки за процесите на стоене и ходене.

Трето ниво – на това ниво се включват зрителните и слуховите възприятия при процесите на преработка на сетивната информация. Зрителната и слуховата

система се развиват пълноценно едва, когато правилно се развиват и функционират трите основни системи – вестибуларна, тактилна и проприоцептивна.

Четвърто ниво – в това ниво е всичко онова, което изгражда цялостното функциониране на мозъка. Всичко, което протича на това ниво, е крайният сборен продукт на сетивната преработка от трите предходни нива. То е и предпоставка за успешното академично учене. Тук се отнасят и развитието на езика и речта. Вербалната комуникация е краен продукт на сензорната интеграция. За развитието на разбирането и на езика от съществено значение е доброто функциониране на вестибуларната система, тъй като тя обединява дразненията, протичащи по каналите, използвани от другите сетивни органи [1].

Клиничен случай

И.У., на осемгодишна възраст, от женски пол, по документация с диагноза детска церебрална парализа, със симптоматична епилепсия. И. живее в семейната среда, заедно с двамата си родители, поддържа редовни контакти с дядовците и бабите си. С отглеждането на детето е ангажирана детегледачка, която е бивша учителка. Тя има много голям принос в развитието на детето, защото притежава богат опит и знания за работа с деца, също така познава много добре И. и нейните реакции в определена ситуация. Детето посещава предучилищна група към ОУ „Отец Паисий“ за втора година. Освен това посещава логопед и психолог.

Ерготерапевтичната интервенция е проведена през периода *октомври 2012 – юли 2013 г.* Тя включва два етапа.

Първи етап от ерготерапевтичната програма: октомври 2012 – март 2013 г.

Първоначално изследване

Преглед на документация

И.У., родена на 31.01.2005 г. от първа нормална бременност и раждане, в първите три дни след раждането на интензивно лечение в кувюоз. На едногодишна възраст поради леко забавяне в моторното развитие и говора е поставена диагноза Детска церебрална парализа. На 1 г. 8 м. е оперирана по повод конвергиращ страбизъм. В момента ползва очила. През 2009 г. получила епилептичен припадък.

Интервю с майката – тя отбелязва затруднение на детето при къпане, обличане и събличане и изпълнение на училищни задължения.

Клинични наблюдения (Clinical observations, Blanche, 2010)

Това средство позволява анализ на поведението на детето и развиване на по-ефективни планове за интервенция. Конкретните задачи са свързани с изследване на постуралния отговор и реакциите на нервната система, свързани с целостта на сензорноинтегративното функциониране.

Резултати от Клинично наблюдение, проведено на 20.11.2012 г.: детето демонстрира затруднение в последователност от действия, нарушения в постуралния и очедвигателния контрол, затруднения да следи движещ се предмет, избягва непознати дейности, има нужда от вербални и физически напътствия. Детето има добри защитни реакции.

Ерготерапевтична програма

Структурата на ерготерапевтичната програма включва 4 стъпки:

- Работа за глобална моторика (пасивни движения)
- Работа за глобална моторика (активни движения)
- Сензомоторни умения (координация око-ръка)
- Задача за фина моторика

Ерготерапевтична интервенция

Общият брой проведени сесии е 15. За отчитане на терапевтичната сесия е използван формуляр, представен на фиг. 1. Той се попълва след всяка сесия и съдържа оценка на силните и на слабите страни, без да се прави сравнение с останалите сесии.

Дата:		Подготовка на програмата:		Използвано е цветното табло с картинки с велкро. Дейности:	
Обща продължителност:				люлки (квадратна и цилиндрична), тунел (открит и закрит),	
				кутии (макарони, семена), мозайки	
Първа стъпка		Времетраене:		Втора стъпка	
				Времетраене:	
Трета стъпка		Времетраене:		Четвърта стъпка	
				Времетраене:	
Оценка на цялата сесия:					

Фигура 1. Формуляр за отчет на отделна сесия

Всяка терапевтична сесия започва с изготвяне на план. Той се изготвя с активното участие на детето, като за всяка стъпка му се предлагат картинки с две дейности, от които то избира едната. След всяка стъпка детето и ерготерапевтът отчитат изпълнената стъпка и преминават към следващата. В края на сесията се отчитат всички стъпки.



Фигура 1. Четиристъпкова програма.



Фигура 2. Работа за глобална моторика (пасивна)



Фигура 3. Работа за глобална моторика (активна)



Фигура 5. Работа за фина моторика



Фигура 4. Сензорни умения

Резултати от първия етап на интервенцията

Повишен интерес и мотивация за участие в четиристъпковата програма и да изпълнява стъпките с минимална помощ. Към някои дейности проявява по-голям интерес, напр. тунел, макарони, пяна и пластилин. Търси сензорни стимули, които оказват положително влияние върху глобалната и фината моторика.

Втори етап от ерготерапевтичната програма: март – юни 2013 г.

През месец март е проведена повторна оценка и консултация с опитен специалист в сферата на сензорната интеграция – д-р Elaine Struthers от САЩ, на базата на което е изготвена нова терапевтична програма.

Резултати от повторното изследване

Сензорен профил (Sensory Profile Test short version, Dunn, 1999) [4].

- Бързо уморяване при физическо натоварване.
- За опознаване на някои предмети използва аромата им.
- Слаб или скрит отговор към стимули от околната среда [5].

Клинично наблюдение (Clinical observations, Blanche, 2010) [3].

- Умерено хипотоничен мускулен тонус.
- Нестабилна походка и липса на координация.
- Слабо използване на ротационни модели.
- Може да планира дейности с подсказване.
- Периодичен страбизъм [5].

Ерготерапевтична програма – включва 10 сесии, изготвена след консултация с д-р Elaine Struthers.

Цели:

1. И. ще си играе с Brock String и ще го използва по предназначение с постепенно увеличаване на времетраенето до 10 мин. (фиг. 6).
2. И. ще участва в игрови дейности, изискващи координация око-ръка в динамичен седеж (на терапевтична топка или люлка) с постепенно увеличаване на времето до 10 мин. (фиг. 7).
3. И. ще участва в игрови занимания, изискващи пресичане на срединната линия и трансфер от едната ръка на другата в динамичен седеж (на терапевтична топка или люлка) с продължителност до 10 мин. (фиг. 8).
4. И. ще се ангажира в игра с макарони, като изважда успешно до 20 предмета от кутията при една игра (фиг. 9).
5. Ивайла ще участва в игра с различни тактилни повърхности (3 и повече) с продължителност до 15 мин. (фиг.10).

Отчитане на резултатите

За по-ефективно и обективно отчитане на резултатите е използвана Скала за постигане на цели (Goal Attainment Scale), която представлява метод за точкуване на степента на постигнатите в хода на интервенцията индивидуални цели. Тя осигурява стандартизиран начин за отбелязване на индивидуалните резултати на клиента, което от своя страна улеснява статистическия анализ на резултатите. Всяка цел се отчита по петстепенна скала:

- ако пациентът достигне очакваното ниво, това се отбелязва с 0;
- ако се постигне по-добър от очаквания резултат, това се отбелязва с +1 (малко по-добре) или +2 (много по-добре);
- ако постигнатият резултат е по-лош от очаквания, се отбелязва с -1 (малко по-зле) или -2 (много по-лошо).

Ако има промяна в очакванията на клиента, както и ако целите са лесно постижими или трудно постижими за него, те трябва да бъдат коригирани [6].

Резултати от втория етап от интервенцията

Отчитането по Скалата за постигане на цели показва следните резултати:

1. Минимална степен на усъвършенстване на координацията око-ръка и обхвата на внимание.
2. Подобряване на постуралния контрол.
3. Подобряване на функционалното използване на ръката.



Фигура 6. Brock String



Фигура 7. Игра на терапевтична топка за координация око-ръка



Фигура 8. Игра на люлка с тунел



Фигура 9. Изваждане на предмети от кутията с макарони.



Фигура 10. Игра с макарони, пяна и пластилин.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ерготерапевтичната програма въз основа на сензорноинтегративния подход има има положителен ефект за подобряване на ежедневиите при деца със сензорна дисфункция. Скалата за постигане на цели може да се използва при всеки клиент независимо от неговата възраст и заболяване. Това е един по-ефективен начин за отчитане на резултатите от проведената интервенция.

ЛИТЕРАТУРА

- [1]. Кунева Р., Л. Богацевска, Ив. Чавдаров, Сензорната интеграция или „целева игра“ като метод за работа при деца с проблеми в развитието. В Мавлов, Райчев и съавт., „Логопедия и Фониатрия“, ЛЦР „Р“, София, 2005, 41-50 с.
- [2] Ayres J.A, (2007) Sensory integration and the child, Los Angeles, Western Psychological Services
- [3] Blanche E.I. (2010) Observations Based on Sensory Integration Theory.
- [4] Dunn W. (1999) Sensory Profile, San Antonio, TX: The Psychological Corporation
- [5] Struthers E.J., (2013) Occupational Therapy Evaluation Document
- [6] Turner-Stokes L., Goal Attainment Scaling (GAS) in Rehabilitation: A practical guide, Herbert Dunhill Chair of Rehabilitation, King's College London.

За контакти:

Руждие Салиева, Русенски университет „Ангел Кънчев“, специалност Ерготерапия, II курс, e-mail: salievvarujdie@abv.bg

гл. ас. Лилия Тодорова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, Катедра „Обществено здраве и социални дейности“, тел. 821-993, e-mail: litod@uni-ruse.bg

Проучване на мрежа от социални услуги за социално включване на деца и лица с увреждания в Русенска област за периода 2010-2011г.

Автори: Милица Иванова, Руждие Салиева

Научен ръководител: гл.ас. д-р Н. Ангелова

The relevance of the problem is connected with the new tendencies (trends) in developing social service in Bulgaria. In accordance with the national and european priorities in social service Bulgaria is aiming to reformation of social services as starting new projects in the child service range and after that in other age groups. The relevance of the problem is connected with the new tendencies (trends) in developing social service in Bulgaria. In accordance with the national and european priorities in social service Bulgaria is aiming to reformation of social services as starting new projects in the child service range and after that in other age groups.

Key words: social inclusion, children and persons with disabilities, social activities

ВЪВЕДЕНИЕ

Актуалността на проблема е свързана с новите тенденции в развитието на социалните услуги в България. В съответствие с националните и европейските приоритети в социалното развитие България се насочва към реформа на социалните услуги, като стартира в сферата на услугите за деца и след това за други възрастови групи. Последователната практика на деинституционализация намира израз и във въвеждането на регламентите и практиката на договаряне на социални услуги с частни доставчици. В страната са разработени различни услуги, целящи превантивни мерки, а също така алтернативи на институционализация, базирани на семейството и общността. По този начин развитието на тези услуги и практики се планираше „на парче“, без цялостен поглед върху оказваните социални услуги като част от секторната социална политика. Това води до неравномерно разпределение на социалните услуги в страната и неравнопоставеност в обхващането на общините и различните рискови общности.

Друг аспект на актуалността на проблематиката са направените промени в Закона за социалното подпомагане [2] след 2010. За да се преодолее дисбалансът в обхвата на услугите и да се осигури равен достъп до качествени социални услуги на всички рискови групи и общности през 2010г се осъществи процес на дългосрочно стратегическо планиране на областно ниво с участието на всички общини и заинтересовани страни. Планирането се основава на приетите промени в Закона за социалното подпомагане, с които се въвежда задължението на всички областни администрации за разработване и приемане на областни стратегии за развитието на социални услуги за период от 5 години /2011-2015/. Така през 2010 г. се създава и Областна стратегия за развитие на социалните услуги (2010 – 2015) в Област Русе [5]. Създаването на тази стратегия е иницирано в рамките на проект „Планиране и усъвършенстване на социалните услуги на областно ниво“, изпълняван от УНИЦЕФ, Министерство на труда и социалната политика и Агенция за социално подпомагане с финансовата подкрепа на Правителството на Кралство Холандия [4]. Проектът цели да пилотира цялостен модел на планиране, развиване и предоставяне на социални услуги на областно ниво, като по този начин подпомогне повишаване на ефективността на системата за социални услуги и използване на структурните фондове на Европейския съюз [3].

Въвеждането на областния принцип на планиране и развитие на социалните услуги цели да се стимулира инициативността и да се създадат условия за максимална гъвкавост при получаването на икономически по-изгодни, финансово по-обосновани и по-достъпни за по широк кръг потребители социални услуги.

Развитието на социалните услуги за деца и лица с увреждания в област Русе се осъществява на различни нива и се подпомага от стратегически документи като:

- Конвенция на ООН за правата на детето;
- Конвенция на ООН за правата на хората с увреждания;
- Национална стратегия за детето 2008 – 2018 година;
- Стратегия за осигуряване на равни възможности на хората с увреждания 2008 – 2015 година;
- Областна стратегия и план за регионално развитие на област Русе (2005 – 2015);
- Общински програми за закрила на детето.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Настоящия доклад е част от междинната оценка за изпълнение на Областната стратегия за развитие на социалните услуги в Русенска област за периода 2010-2011г. и представя резултатите от проучване по приоритетно направление „Развитие на услуги в общността за превенция на социалното изключване” – глава Разширяване на брой, спектър и капацитет от дейности на социалните услуги за социално включване на деца и лица с увреждания. През 2012г. е сключено споразумение за тристранно сътрудничество между областна администрация гр. Русе, представлявана от областния управител г-н Стефко Бурджиев, от Русенския Университет, представляван от Ректора проф. Христо Белоев и от Регионална дирекция социално подпомагане, представлявана от директора г-жа Татяна Дончева. Споразумението е сключено с оглед изпълнение на проект „Междинна оценка за изпълнение на Областната стратегия за развитие на социалните услуги в Русе и Русе област 2010-2011г”. Тази оценка е необходима за изготвяне на Актуализиран документ за изпълнение на Областната стратегия за разширяване на социалните услуги 2012-2015г.

Проектът е свързан с част от задачите, които изпълнява РУ по това тристранно споразумение.

Целта на проекта е да се направи проучване на социални услуги, предоставени, както в общността, така и в специализирани институции за деца и лица с увреждания в Русенска област.

От целта произтичат следните задачи на проекта:

1. Да се направи обзор на Областното планиране и Областна Стратегия за развитие на социални услуги в Област Русе
2. Да се направи проучване за разширяване на брой, спектър и капацитет от социални услуги за социално включване на деца и лица с увреждания в общността за гр. Русе и Русенска област.
3. Да се направи проучване за разширяване на брой, спектър и капацитет от социални услуги за социално включване на деца и лица с увреждания в специализирана институция.
4. Да се направи сравнителен анализ и обобщение за двете групи проучени услуги в общността и в специализирани институции.

Основен метод в проекта е проучване на нормативни документи и документи предоставени от доставчиците на социалните услуги, анкетно проучване на потребители и родители, посещение на място и проведено интервю с ръководители и представители на съответните социални услуги. Източници на информация са и: анализи, доклади, стратегически документи на национално, областно и местно ниво (стратегии, дългосрочни програми и планове за развитие), общински планове за развитие, карти за отчитане на мониторинга по изпълнение на областната стратегия за развитие на социалните услуги 2010 – 2011 г. в Област Русе, анкети за оценка на качеството на ползваните и предоставяните социални услуги [1].

При обработването на данните и анализа на ситуацията са прилагани количествени и качествени методи, сравнителен анализ на състоянието и

тенденциите в свързаните сектори, анализ на силните и слабите страни.

За целите на проучването са събрани и обобщени данни различни социални услуги на територията на Област Русе.

При анализа на събраната информация са използвани следните методи:

- Количествен анализ на целевата група,
- Сравнителен анализ на рисковите групи;
- Сравнителен анализ на потребността от социални услуги;
- Емпирични методи;
- Емпирико-теоретични методи.

Етапи на проучването

Настоящото проучване включва два етапа:

- Събиране на данни за целевата група и предоставяните социални услуги /карти за отчитане на мониторинга по изпълнение на областната стратегия за развитие на социалните услуги 2010 – 2011 г. в Област Русе, анкети за оценка на качеството на ползваните и предоставяните социални услуги/;
- Проучване на документи (съществуващи анализи, доклади, стратегически документи на областната и местната администрация);

Обхват на проучването

Настоящото проучване обхваща 21 социални услуги, като от тях 7 са от резидентен тип и 2 услуги са специализирани институции за деца. Социални институции за лица – 4 от резидентен тип и 8 – специализирани институции. Бенефициентите на проучването са представени в таблица 1.

Табл. 1 Бенефициенти на проучването

Деца	Лица
1. Дневен Център за деца с увреждания-РАЛИЗ, гр.Русе	1. Дневен център за възрастни хора с увреждания / Мъже и жени с психични разстройства/, гр.Русе
2. Дневен Център за деца с увреждания „Милосърдие“, гр.Русе	2. Център за социална рехабилитация и интеграция за възрастни, гр.Русе
3. Дневен център за деца с увреждания „Ранна интервенция“, гр.Русе	3. Център за социална рехабилитация и интеграция за възрастни, гр.Борово
4. Дневен център за деца с увреждания- гр. Борово	4. Център за социална рехабилитация и интеграция за възрастни, с. Ряхово
5. Дневен център за деца с увреждания- с. Брестовица	5. Дом за възрастни хора с физически увреждания „Милосърдие“, гр.Русе
6. Център за социална рехабилитация и интеграция „Детски кът за развитие“, гр.Русе	6. Дом за възрастни хора с деменция „Приста“, гр.Русе
7. Център за социална рехабилитация и интеграция „Хуманитас“, гр.Русе	7. Център за настаняване от семеен тип / Мъже и жени с психични разстройства/, гр. Русе
8. Център за настаняване от семеен тип I	8. Защитено жилище / Мъже и жени с умствени и интелектуални затруднения/, гр.Русе
9. Център за настаняване от семеен тип II	9. Защитено жилище / Мъже и жени с психични разстройства/, гр.Русе
	10.Защитено жилище / Мъже и жени с психични разстройства вследствие зависимост/, гр.Русе
	11.Защитено жилище „Бъдеще“, гр. Борово
	12.Защитено жилище, с. Моголино

Силни и слаби страни на проучените социални услуги

Силни страни

- ✓ Услугите разполагат с достатъчен и квалифициран човешки ресурс, необходим за качественото им функциониране;
- ✓ Услугите си взаимодействат отлично със социални, здравни и образователни институции;
- ✓ Услугите са позиционирани в областния и общинския център;

- ✓ По отношение на транспортната инфраструктура, до услугите има редовен автобусен и тролейбусен транспорт;
- ✓ По данни от потребителите, те са получили достатъчно предварителна информация за реда и ползването на услугите.

Слаби страни

- ✓ Зависимост на голяма част от услугите от централното бюджетно финансиране;
- ✓ Недостиг на финансови средства за предоставяне на качествени социални услуги;
- ✓ Липса на механизъм за повишаване на административния капацитет на кадрите в социалната сфера;
- ✓ Повечето хора, нуждаещи се от социални услуги са с ниски доходи и за тях липсват мобилни социални услуги;
- ✓ Липса на адекватна ангажираност в живота на потребителите от страна на близките и роднините им.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

От направеното проучване на предоставяните социални услуги в общността и услугите от резидентен тип в Русенска област за периода 2010-2011 година можем да направим извода, че се разширява броя, спектъра и капацитетът от дейности на услугите за социално включване за деца и лица с увреждания във всички общини на областта.

В анализирания период има напредък в дейностите предвидени в областната стратегия за развитие на социалните услуги. Наблюдава се повишаване на квалификацията, професионалния опит и уменията на управляващите социалните услуги от резидентен тип и на услугите предоставяни в общността по отношение на подбора на персонала, ориентирането и обучението му, планиране на работните задачи, мотивиране на персонала, стимулиране на работата в мултидисциплинарни екипи.

Направеното проучване на предоставяните социални услуги в общността и от резидентен тип, показва че се подобрява качеството на грижата, както в услугите от резидентен тип така и в центровете за деца и лица с увреждания.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Анкетно проучване
- [2] Закон за социално подпомагане /Обн. ДВ. бр.56 от 19 Май 1998г., последно изменение ДВ. бр.15 от 15 Февруари 2013г./
- [3] Карта за мониторинг по изпълнение на областната стратегия за развитие на социалните услуги 2010-2011 в Област Русе
- [4] Наръчник за областна стратегия за развитие на социалните услуги (2010 – 2015)
- [5] Областна стратегия за развитие на социалните услуги (2010 – 2015) в Област Русе

За контакти:

Милица Иванова – Русенски университет „Ангел Кънчев“, специалност Ерготерапия, IV курс, e-mail: m_pl_ivanova@abv.bg

Руждие Салиева – Русенски университет „Ангел Кънчев“, специалност Ерготерапия, IV курс, e-mail: ruidielove@abv.bg

гл. ас. д-р Н. Ангелова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, Катедра Здравни грижи, e-mail: nangelova@uni-ruse.bg

Състоянието на новосъздадените резидентни социални услуги за деца/лица, които не могат да бъдат реинтегрирани в семействата им в област Русе в периода 2010-2011 година

Автори: Зорница Казасова, Габриела Петкова

Научен ръководител: доц. д-р С. Нунев

Abstract: *The purpose of this article is to report on findings from an exploratory study of the establishment and present status of the new social residential services provided on the territory of Ruse district. The linkages among social work practices, professional competence potential of social workers and the results achieved as well as influences of socioeconomic circumstances. State of existing social facilities and infrastructures.*

Key words: *Residential social services, social facilities, professional competence, adequacy of social services, socioeconomic influences, trends, weaknesses and opportunities*

ВЪВЕДЕНИЕ

Настоящото проучване е част от проект „Междинна оценка за изпълнение на Областната стратегия за развитие на социалните услуги в област Русе 2010-2015 г., доклад-анализ на актуалната ситуация и резултати. Изследването е проведено в партньорство с областна администрация Русе и Регионална дирекция социално подпомагане. Целта е да се установи състоянието на новосъздадените резидентни социални услуги за деца/лица, които не могат да бъдат реинтегрирани в семействата им /за област Русе в периода 2010-2011 г/ - инфраструктура, качество и ефективност на социалните услуги, човешки ресурси.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Проблемът за създаването и състоянието на нови услуги от резидентен тип за деца/ лица е от особена важност и приоритет за България в последните години. По време на прехода, след промените от 1989 г., се разчиташе на специализирани институции, които обаче не притежаваха ресурса да обезпечат по хуманен и адекватен начин нуждите на хората със специфични потребности. Неблагоприятната финансова динамика, в следствие на световната икономическа криза, осуети до голяма степен осигуряването и създаването на нови проекти и услуги.

Към края на 2011 г. в България много деца с увреждания живеят в социални институции без своите семейства. Същата е и ситуацията с възрастни лица, настанени в такива заведения. Съществуващите институции не предоставят необходимото качество на грижите, от които се нуждаят децата/лицата за своето оптимално физическо, психическо, интелектуално и емоционално развитие, съгласно Конвенцията на ООН за правата на детето и Семейния кодекс. Наред с мерките за подкрепа на отглеждането на децата/лицата с умствени или други увреждания или деца/лица без семейства в семейна среда е необходимо и създаването на алтернативни услуги, предоставящи подкрепа в среда, близка до домашната. Необходим е гъвкав модел на резидентните услуги от модерен европейски тип, който да предлага алтернатива на съществуващите специализирани институции, да подпомага процеса на ефективна деинституционализация на деца/лица с потребност от различна професионална подкрепа – образователна, социална, здравна, както и да предлага на организациите – доставчици на социални услуги, ноу-хау за ефективно и качествено управление на социалната услуга.

Поради своята наложителна актуалност въпросите, свързани със социалните услуги и по-точно създаването на нови резидентни такива за област Русе са залегнали и в Областната стратегия за развитието на социалните услуги в област Русе (2010 – 2015) /част от Стратегията за развитие на област Русе (2005 – 2015)/.

ЦЕЛ НА ПРОУЧВАНЕТО:

Установяване на състоянието (качество и ефективност) и осигуреността с човешки ресурси на новосъздадените социални услуги от резидентен тип за деца/лица, които не могат да бъдат реинтегрирани в семействата им.

ОБЕКТ И ПРЕДМЕТ НА ПРОУЧВАНЕТО:

Предмет на настоящото проучване са качеството и ефективността на процеса на предоставяне на новосъздадените социални услуги от резидентен тип, насочени към подкрепата на индивиди и групи със специфичен социален и психофизиологичен статус, както и създаването на бъдещи такива. Установяване на тенденциите в развитието им за оценявания период.

Обектът на проучването са социалните услуги и свързаните с предоставянето им субекти - доставчици и потребители. Като личността или клиентите трябва да се разглеждат във взаимодействие със средата и останалите хора.

МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО:

Структурирано интервю; Анкета; Работа на терен; Наблюдения на бази; Контакт с потребители и персонал.

ОРГАНИЗАЦИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО:

1. Изготвяне на анкети – По предварително разработена и анализирана матрица се съставиха въпросници за субектите, участващи в процеса на предоставяне/получаване на даден тип социална услуга. Екипът се състои от преподаватели към РУ „Ангел Кънчев“, експерти от Община Русе и студенти от специалностите Социална педагогика, Кинезитерапия и Ерготерапия.

- Анкета за самооценка на качеството на предоставяните социални услуги (за доставчици на социални услуги в общността);

- Анкета за оценка на качеството на ползваните социални услуги (родител на дете - потребител на социална услуга в общността);

- Анкета за оценка на качеството на ползваните социални услуги (потребител на социална услуга в общността);

- Карта мониторинг;

2. Разпространение на анкетните форми;

3. Контакти с институции;

4. Дискусии;

5. Обратна връзка;

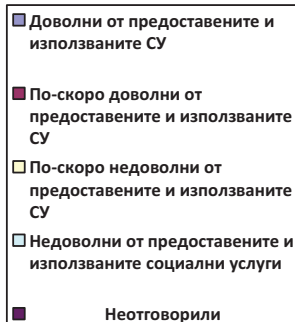
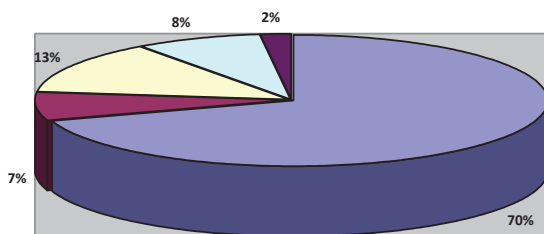
6. Изготвяне на курсови работи;

С настоящото изследване се установи - ниският процент резидентни услуги, открити през последните 2 години като цяло. Те са в отрицателен аспект, тъй като Област Русе е разположена на територия от 2803 кв. км. Населените места са общо 83, от които 9 града и 74 села. Населението на област Русе, към 31 декември 2008 г., по данни на Националния статистически институт е 251 236 души, от които в градове са 75,6%, а в селата живеят 24,4%. Процентът на новосъздадени услуги, съотнесен към числеността на населението и процента от хора, попадащи в рисковите групи, е несъразмерен, в ущърб на нуждаещите се от тях. Важен факт, за уточнение, е че 75% от социалните услуги са разположени на територията на гр. Русе, а само 25% в останалите градове в областта. Но отчитайки икономическото, политическо и социално положение на страната, дори и този темп на създаване на такива е все пак оптимистичен – предстои и 6% ръст на финансиране в новия бюджет на Община Русе. Социалното подпомагане на деца/лица е непропорционално на нуждите и потребностите на хората в специфично житейско положение. Има много случаи на нуждаещи се от социална подкрепа лица, но липсват адекватни мерки за тяхната закрила, както и подходяща среда и услуги, в които биха могли да се включат. На този етап наличните социални услуги се фокусират главно върху децата в риск, дневни центрове за обществена подкрепа за

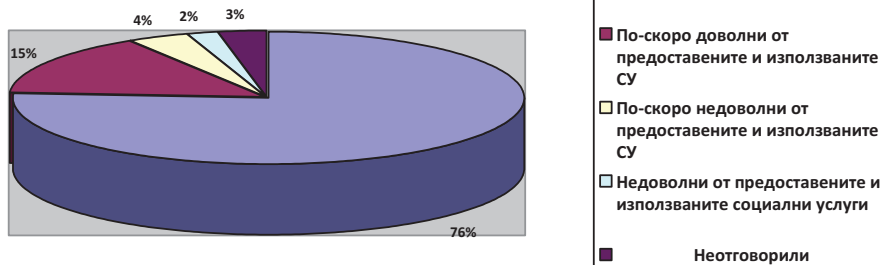
деца/лица в неравностойно положение и увреждания. Грижата за децата/лица и то от резидентен тип е следващата стъпка в голямата промяна на социално-обществените нагласи и приоритети. Вместо да се финансират остарели модели на институционално обгрижване, да се пристъпи активно към предоставяне на качествено нови резидентни услуги за деца/лица и реструктуриране на все още функциониращите домове за деца, лишени от родителска грижа. Те да са снабдени както с подходяща материална база и инфраструктура, така и с надежден компетентен персонал в областта на социалните дейности и услуги. Дефицит се оказват човешките ресурси и професионално подготвени кадри. Като трябва да се отбележи, че на територията на гр. Русе, кадровото обезпечаване не е бариера, тъй като в последните години специалности като – социални дейности, социална педагогика бяха по-активно промотирани и има много успешно завършили специалисти в цялата страна. Проблемът е много осезаем в областта и по-малките населени места, като – гр. Бяла, гр. Две могили, гр. Борово и др. Обикновено завършилите висше образование по тези специалности се насочват в големите градове с цел по-добра професионална реализация и живот. Спецификите и особеностите на социалната работа с деца/лица от различна социална прослойка, могат да се обхванат и изучат в дълбочина и на практика, след обучение поне в бакалавърска степен. Прекалено много са нюансите и тънкостите в тази област, за да бъдат „научени“ за кратко време, като например обучителен курс от няколко дни или седмици. Оттук се заражда една нестабилна основа върху, която не могат надеждно да се изградят съвременно издържани социални практики в духа на хуманизирани и иновации в световен план.

РЕЗУЛТАТИ ОТ ИЗСЛЕДВАНЕТО:

Резултатите от анкетите за оценка и самооценка на качеството на ползваните и предлаганите социални услуги от резидентен тип за деца/лица, които не могат да бъдат реинтегрирани в семейна среда в Община Борово са по-скоро положителни: доволни – 70%, по-скоро доволни – 7%, по-скоро недоволни – 13 %, недоволни – 8% и неотговорили – 2%.



Резултатите от анкетите за оценка и самооценка на качеството на ползваните и предлаганите социални услуги от резидентен тип за деца/лица, които не могат да бъдат реинтегрирани в семейна среда в Община Русе също са положителни: доволни – 76%, по-скоро доволни – 15%, по-скоро недоволни – 4 %, недоволни – 2% и неотговорили – 3%.



Резултати за град Две могили няма, тъй като от там анкети не бяха получени.

РЕЗУЛТАТИ ОТ SWOT АНАЛИЗА:

Силни страни

Повишаване на квалификацията, професионалния опит и уменията на управляващите социалните услуги от резидентен тип и на услугите, предоставяни в общността по отношение на подбор на персонал, ориентиране и обучение на персонала;

Повишаване на капацитета на общинските администрации да управляват процеса на контрактиране и управление на предоставянето на социални услуги в общините от областта; Подобрено равнище на създадени възможности за достъп до услуги на максимален брой нуждаещи се хора; Наличието на политическа воля общината да налага иновативни модели на социални услуги; Реформа към деинституционализация и децентрализация на социалните услуги;

Слаби страни

Неравномерното разпределение на новооткрити СУ на територията на област Русе; Необезпеченост с квалифицирани кадри в малките общини на област Русе; Необходимост от повишаване на капацитета на персонала, ангажиран с администрирането, управлението и директното предоставяне на социалните услуги; Недостатъчен набор от алтернативни социални услуги; Текучество на специалистите, работещи в социалната сфера; Недостиг на финансови средства за предоставяне на качествени социални услуги, както по отношение на издръжката на потребителите така и по отношение възнагражденията на персонала; Трайно институционализиране на хората с психични разстройства и деца лица, които не могат да се интегрират в семействата им;

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Ръстът на новооткрити резидентни услуги в периода 2010 – 2012 г. е чувствителен в сравнение с годините преди планираните промени. Самият факт, че обществените нагласи преминаха от „скриване“ и игнориране на хората в неравностойно положение към разбиране и хуманност са безспорен успех. Преходът от една политическа система в друга беше мъчителен и труден за тях. Една обезличена нация, агресивно-настъргвана, живееща в политически хаос и морален срив не намери сили да се погрижи за тази група от обществото. Смятаме, че през тези 20 години се акумулираха негативно отношение и стигми към тях, и това ще бъде преодоляно бавно. Корените на тези предрасъдъци се крият в културните

особености и народопсихологията на българите, което пък е исторически обусловено. Но разбира се, този фактор е относителен и повлиян до голяма степен от конкретния историко-политически момент. Националният характер е едно много сложно наслояване, което идва от вековете и е синтез на много повтарящи се обстоятелства, провокации и историческа съдба. Това е отношение, което е своеобразен морално-ценностен архив на натрупвания. В него откриваме моделите си на поведение, формите на обществено функциониране, политики на държавата и т.н. Когато говорим за хуманност и пренастройка на социума, тогава са необходими силни политически и обществени фигури, които с познание и личен пример да започнат реформи, да убеждават с правилните мотиви, да обединяват. Привилегия и атестат, за всяко претендиращо да бъде съвременно, развито общество е именно хуманността и алтруизма. Привилегия е за „силните“ и „здрави“ хора, да проявят съпричастност и толерантност към хората в неравностойно положение. Няма по-голямо благородство от това да протегнеш ръка към слабия, беззащитния, унижения. Да му дадеш шанс да живее достойно, да го приемеш като част от себе си. Защото човешкото начало е едно и всичко създадено от природата има своето право на съществуване. Не е страшно, ако не притежаваме такива качества, като даденост, те се култивират. Страшно е, да изчезнем от света без да сме разбрали каква е нашата мисия, като човеци. А тя не е нито във вещните притежания, нито в придобитите титли и звания, нито само в кръга на нашите семейства. Тя е озарението на душата, с което въздигаме духа на нуждаещите се, щедрата усмивка на споделеност и съчувствие, тайния шифър на разбирането на страданието.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Тодорова, Е. „Реалната помощ“
- [2] Петрова, Н. „Основи и методи на социалната работа“
- [3] Шулман, Л. „Изкуството да се помага на индивиди, семейства и групи“
- [4] <http://www.asp.government.bg>
- [5] http://www.unicef.bg/assets/PDFs/Approved_Regional_Strategy_Ruse.pdf
- [6] <http://lex.bg/laws/ldoc/-13038592>

За контакти:

Зорница Светославова Казасова, РУ „Ангел Кънчев“, III курс – Социална педагогика, е-mail: zornitza_kazasova@abv.bg

Габриела Радославова Петкова, РУ „Ангел Кънчев“, III курс – Социална педагогика, е-mail: gabriela_petkova_91@abv.bg

Доц. д-р С. Нунев, РУ „Ангел Кънчев“, Катедра „Обществено здраве и социални дейности“, тел. 821-993, е-mail: snunev@uni-ruse.bg

Оценяване на качеството на услугите от резидентен тип в контекста на стратегическото планиране за развитие на социалните услуги в област Русе за периода 2010 – 2011 г.

Автори: Цветелина Радева, Татяна Тошкова
Научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев

Abstract: The objective of this report is to assess the quality of care in social residential care services. Based on the regional development strategy of social services of Ruse 2010-2015 conducted a survey on the quality of social services is made SWOT-analysis and recommendations for improving the quality of social care in residential care services covered in the topic.

Key words: social services survey, residential care; regional strategy

ВЪВЕДЕНИЕ

Областната стратегия за развитието на социалните услуги в област Русе (2010 – 2015) е разработена като част от Стратегията за развитие на област Русе (2005 – 2015) и е представена за обсъждане и одобрение в Комисията за социално подпомагане в област Русе. [1]

Проектът цели да пилотира цялостен модел на планиране, развиване и предоставяне на социални услуги на областно ниво като по този начин подпомогне повишаване на ефективността и ефикасността на системата за социални услуги и използването на структурните фондове на Европейския съюз.

Областната стратегия ще подкрепя съхраняването, поддържането и установяването на жизнени общности и интеграцията на всяко дете и възрастен в тях. За постигането на тези цели областната стратегия предвижда развиването на модерна, ефективна система от социални услуги, които поставят в своя център ползвателя, отговаря на нуждите на общността, осигурява равен достъп и непрекъснато подобрява своето качество. [1]

ИЗЛОЖЕНИЕ

1. Цел на изследването: изследване качеството на грижа в социалните услуги от резидентен тип за периода 2010- 2011 г. в Русенска област.

2. Обект и предмет на изследването.

Обект на проучването са социални услуги от резидентен тип.

Съгласно Правилника по прилагане закона за Социално подпомагане: социална услуга - резидентен тип: а) център за настаняване от семеен тип; б) център за временно настаняване; в) кризисен център; г) преходно жилище; д) защитено жилище; е) наблюдавано жилище; ж) приют. [2]

Предмет на изследването е качеството и ефективността на предоставените социални услуги от резидентен тип.

3. Задачи на изследването:

- Проучване на осигуреността с подходящи човешки ресурси и квалифициран персонал;
- Проучване на мнението и позициите на специалистите за качеството на предоставената социална услуга;
- Проучване на мнението и оценка на потребителите за качеството на ползваната социална услуга.

4. Методология на изследването.

Посещения на социални услуги от резидентен тип. Беседи с потребителите и персонала на социалните услуги. Наблюдения на материалната база, взаимодействието между специалистите и потребителите. Анкетиране на

потребителите и родителите на потребителите на социални услуги от специалистите работещи в социалните услуги и самоанкетиране на специалистите.

5. Резултати от изследването.

Процентно съотношение на резултатите от проведеното анкетно изследване за община Русе:

- Отговори от анкети за самооценка на качеството на предоставените социални услуги- 7 служители: „отговор А” -64%; „отговор Б”-25%; „отговор В”-7%; „отговор Г”-1% и неотговорили -3%.
- Отговори от анкети за оценка на качеството на ползваните социални услуги- 12 потребители: „отговор А” -68%; „отговор Б”-16%; „отговор В”-5%; „отговор Г”-6% и неотговорили -5%.
- Отговори от анкети за оценка на качеството на ползваните социални услуги- 2 родители на потребители: „отговор А” -94%; „отговор Б”-6%; „отговор В”-0%; „отговор Г”-0% и неотговорили -0%.

Процентно съотношение на резултатите от проведеното анкетно изследване за община Две могили:

- Отговори от анкета за самооценка на качеството на предоставените социални услуги- 1 служител: „отговор А” -66%; „отговор Б”-13%; „отговор В”-5%; „отговор Г”-5% и неотговорили -11%.
- Отговори от анкета за оценка на качеството на ползваните социални услуги- 1 потребител: „отговор А” -61%; „отговор Б”-15%; „отговор В”-3%; „отговор Г”-3% и неотговорили - 18%.

Процентно съотношение на резултатите от проведеното анкетно изследване за община Борово:

- Отговори от анкета за самооценка на качеството на предоставените социални услуги- 1 служител: „отговор А” -63%; „отговор Б”-3%; „отговор В”-24%; „отговор Г”-10% и неотговорили - 0%.
- Отговори от анкети за оценка на качеството на ползваните социални услуги- 2 потребители: „отговор А” -82%; „отговор Б”-6%; „отговор В”-3%; „отговор Г”-4% и неотговорили - 5%.

Процентно съотношение на отговорите от анкетните карти за самооценка и оценка на качеството на предоставените и ползваните социални услуги по следните подобласти: I Взаимодействие помагачи- подпомагани; II Работа с близките на потребителите и с общността; III Въпроси за обхвата и същността на социалните услуги; IV Въпроси по организацията и администрирането на социалните услуги; V Оценка на човешките ресурси; VI Оценка на материалните ресурси; VII Оценка на резултатите от дейността.

Диаграма №1. Процентно съотношение на отговори по подобласти на анкетните карти за самооценка и оценка на качеството на предоставените и ползваните социални услуги в община Русе.



Диаграма №2. Процентно съотношение на отговори по подобласти на анкетните карти за самооценка и оценка на качеството на предоставените и ползваните социални услуги в община Борово.



Диаграма №3. Процентно съотношение на отговори по подобласт и на анкетните карти за самооценка и оценка на качеството на предоставените и ползваните социални услуги в община Две могили.



6. SWOT -анализ на качеството на грижи в социални услуги от резидентен тип в област Русе.

Силни страни:

- Материалната база на част от социалните услуги е новоизградена или е обновена и съобразена с нуждите и потребностите на потребителите;
- Малкия капацитет създава среда за живот близка до семейната, при която лицата получават необходимата им индивидуализирана грижа, подкрепа за личностно съзряване и изграждане на умения за самостоятелен живот;
- Осигурява включваща, преодоляваща и стимулираща инициативността среда, съобразена със специфичните потребности на лицата;

- Организирането на живота и услугите в тях са насочени към създаването на условия и нагласи на лицата за равнопоставено участие в живота на местната общност;
- Предоставяне на набор от услуги, грижа и занимания за формиране и развитие на хигиенни навици, умения за общуване, упражняване на различни социални роли и тяхното овладяване;
- Оказване на съдействие на лицата за поддържането на връзките им с родители и близки или при възможност за приемна грижа или осиновяване на децата;
- Подготовка за самостоятелен живот след напускане на социалната услуга и включване в живота на общността;
- Интегриране на личната история на лицето в обгрижването и работата с него, като по-важните събития от живота му се документират и отразяват;
- В Защитените жилища лицата водят самостоятелен начин на живот с подкрепата на професионалисти;
- Оказват съдействие за включване в обучителни програми “в” и “извън” социалната услуга, осигуряване на трудова заетост.

Слаби страни:

- Зависимост на услугите от централното бюджетно финансиране;
- Недостиг на финансови средства за предоставяне на качествени грижи в социалните услуги;
- Липса на механизъм за повишаване капацитет на кадрите в социалните услуги;
- Отсъствие на периодични проучвания за потребностите на потребителите на социалните услуги;
- Недостатъчно достъпна среда за хората с увреждания;
- Липса на квалифициран персонал в социалните услуги;
- Липса мотивация у персонала за повишаване на квалификацията.

Възможности:

- Достъп до средства по Оперативни програми за инвестиции в подобряване на инфраструктура, развитие на социалните услуги и обучение на човешките ресурси;
- Увеличаване на финансовите стандарти за социалните услуги;
- Развитие на между секторни , междуобщински партньорства при планирането и предоставянето на социалните услуги;
- Разкриване на повече социални услуги от резидентен тип;
- Наличие на добри практики и възможности за обмяна на опит в предоставянето на социалните услуги;
- Разкриване на повече социални услуги от резидентен тип;
- Наличие на добри практики и възможности за обмяна на опит.

Заплахи:

- Недостатъчен набор от социални услуги;
- Малък брой утвърдени приемни семейства;
- Липса на проучване за обектите общинска собственост, които могат да се използват за разкриване на социални услуги;
- Намаляване на бюджетното финансиране за социални услуги; Чести промени в законодателството за предоставяне на социални услуги и изискванията към доставчиците;
- Увеличаване на броя на хората, нуждаещи се от социални услуги.

7. Препоръки.

- В рамките на гр. Русе социалните услуги от резидентен тип са с новоизградена база или са извършени ремонтни дейности, но в малките населени места имат нужда от ремонт и приспособяване на материалната база за нуждите на хора с увреждания.
- Недостатъчното финансиране на социалните услуги в малките населени места, води до снижаване на качеството на грижа и ниска мотивация у персонала и недостиг на специалисти. Необходимо е привличане на алтернативни източници на финансиране, неправителствени организации, европейските фондове и др.
- За качеството на социалната грижа не е достатъчна само добрата материална база, а и ефективната работа на специалистите. Повишаване квалификацията и мотивацията на персонала може да се постигне чрез: участия в курсове за квалификация и преквалификация, участия в проведени семинари, участия в проведени обучения, изготвени мотивационни профили и планове за повишаване на мотивацията.
- Необходимо е проучване на потребностите на населението . Увеличаването на броя на хората, нуждаещи се от социални услуги води до необходимост от разкриване на нови социални услуги от резидентен тип и разширяване дейността на съществуващите.
- Малкият брой приемни семейства показва, че е необходима по- добра информираност на населението за приемната грижа, развитие на дейности по приемна грижа, стимулиране на приемните семейства.
- Необходимо да се работи по превенцията за настаняването на хора в социални услуги от резидентен тип, за да се намали броя на нуждаещите се от тях .

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В дългосрочен план развитието на социалните услуги цели да превърне област Русе в регион с достъпни, разнообразни и качествени социални услуги, които допринасят за подобреното качество на живота, максималната самостоятелност, пълноценната реализация и грижа за индивидите и общностите в риск.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Правилник за прилагане на Закона за социално подпомагане, Приет с ПМС № 243 от 5.11.1998 г., обн., ДВ, бр. 133 от 11.11.1998 г., в сила от 1.11.1998 г.

[2] Областна стратегия за развитие на социалните услуги в област Русе (2010-2015г.)

За контакти:

Цветелина Славова Радева , Татяна Емилова Тошкова, специалност *Социална педагогика*, III курс, катедра „Педагогика психология и история“, Факултет *Природни науки и образование*, Русенски университет „Ангел Кънчев“,
E-mail: naskisa_ceci07@mail.bg

Доц. д-р Сашо Нунев, катедра „Кинезитерапия“, Факултет *Обществено здраве и здравни грижи*, Русенски университет „Ангел Кънчев“, E-mail: sasho_nunev@abv.bg

Оценяване на качеството на услугите в специализираните институции за стари хора и хора с увреждания в контекста на стратегическото планиране за развитие на социалните услуги в област Русе за периода 2010 - 2011г.

Автори: Диана Златева и Нели Борисова
Научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев

Abstract: *The purpose of this report is to evaluate the quality of care in the institutions for specialized care for the elderly and for people with disabilities. SWOT analysis and recommendations for improving the quality of care in these specialized institutions have been prepared on the basis of the 2010-2015 Rouse District regional strategy for the development of social services as well as a survey on the quality of social services.*

Key words: *social services, regional strategy, survey, elderly, people with disabilities, planning and development.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Областната стратегия за развитието на социалните услуги в област Русе (2010 – 2015) като част от Стратегията за развитие на област Русе (2005 – 2015) изразява стремежа на всички участници да допринесат за развиването на модерна социална политика в областта. Тази стратегия има за цел създаване на условия за пълноценна реализация чрез грижа и подкрепа за местните общности, групи, индивиди в риск, защото реализацията е право на всеки един и допринася за развитието на общностите. [1]

Създаването и приемането на Областна стратегия за социални услуги в област Русе е насочено към деинституционализация и децентрализация на социалните услуги. От система от специализирани институции, които предлагат универсален отговор на различните потребности и проблеми на хората се премина към създаване на социални услуги в общността, които индивидуализират подхода към индивидите и групите в риск и целят интегрирането им в социалните общности. [1]

ИЗЛОЖЕНИЕ

1. Цел на изследването: изследване качеството на грижа в институции за хора с увреждания и стари хора за периода 2010-2011г. в Русенска област.

2. Обект и предмет на изследването.

Обект на изследването са специализирани институции за предоставяне на социални услуги. Съгласно Правилника по прилагане закона за Социално подпомагане специализирани институции за предоставяне на социални услуги са:

- домове за възрастни хора с увреждания:
 - а) дом за възрастни хора с умствена изостаналост;
 - б) дом за възрастни хора с психични разстройства;
 - в) дом за възрастни хора с физически увреждания;
 - г) дом за възрастни хора със сетивни нарушения;
 - д) дом за възрастни хора с деменция;

- домове за стари хора. [2]

Предмет на изследването е качеството и ефективността на предоставените социални услуги в специализирани институции за хора с увреждания и стари хора.

3. Задачи на изследването:

- Проучване на осигуреността с подходящи човешки ресурси и квалифициран персонал;

- Проучване на мнението и позициите на специалистите за качеството на предоставената социална услуга;
- Проучване на мнението и оценка на потребителите за качеството на ползваната социална услуга.

4. Методология на изследването

Посещения на специализираните институции. Беседи с потребителите и персонала на социалните услуги. Наблюдения на материалната база, взаимодействието между специалистите и потребителите. Анкетирание на потребителите на социални услуги от специалистите работещи в социалните услуги и самоанкетирание на специалистите.

5. Резултати от изследването

Процентно съотношение на резултатите от проведеното анкетно проучване за община Русе.

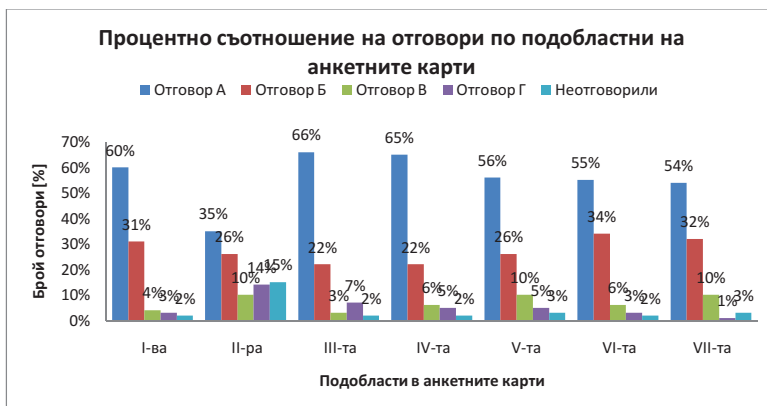
- Отговори от анкети за самооценка на качеството на предоставените социални услуги-14 служители: „отговор А” -49%; „отговор Б”-34%; „отговор В”-14%; „отговор Г”-2% и неотговорили-1%.
- Отговори от анкети за оценка на качеството на ползваните социални услуги-87 потребители: „отговор А” -58%; „отговор Б”-25%; „отговор В”-5%; „отговор Г”-7% и неотговорили-5%.

Процентно съотношение на резултатите от проведеното анкетно проучване за община Бяла

- Отговори от анкета за самооценка на качеството на предоставените социални услуги-1 служител: „отговор А” -68%; „отговор Б”-21%; „отговор В”-3%; „отговор Г”-8% и неотговорили-0%.
- Отговори от анкети за оценка на качеството на ползваните социални услуги-7 потребители: „отговор А” -43%; „отговор Б”-19%; „отговор В”-0%; „отговор Г”-1% и неотговорили-37%.

Процентно съотношение на отговорите от анкетните карти за самооценка и оценка на качеството на предоставените и ползваните социални услуги по следните подобласти: I Взаимодействие помагачи-подпомагани; II Работа с близките на потребителите и с общността; III Въпроси за обхвата и същността на социалните услуги; IV Въпроси по организацията и администрирането на социалните услуги; V Оценка на човешките ресурси; VI Оценка на материалните ресурси; VII Оценка на резултатите от дейността.

Диаграма №1. Процентно съотношение на отговори по подобласти на анкетните карти за самооценка и оценка на качеството на предоставените и ползваните социални услуги в община Русе.



Диаграма №2. Процентно съотношение на отговори по подобласти на анкетните карти за самооценка и оценка на качеството на предоставените и ползваните социални услуги в община Бяла.



6. SWOT - анализ на качеството на грижи в специализирани институции за хора с уреждания и стари хора в област Русе.

Силни страни:

- Предоставят социални услуги основаващи се на целенасочена социална работа в подкрепа на лицата за осъществяване на ежедневни дейности и социално включване;
- Размера на таксата за ползване на социалната услуга позволява включването на повечето от желаещите ;
- Осигурени са: профилактичен режим, диетично хранене, лечение и рехабилитация;
- Разполагат с 24 часово медицинско обслужване от специалисти по здравни грижи;
- Подсигурени са терапевтични дейности, създадени са групи по интереси.

Слаби страни:

- Недостиг на финансови средства за предоставяне на качествени грижи в специализираните институции;
- Остаряла и неподдържана материална база;

- Недостатъчно достъпна среда за хората с увреждания;
- Големия капацитет не позволява индивидуална грижа;
- Броя на настанените в спалните помещения е голям;
- Занижени хигиенни условия на материалната база и на самите потребители;
- Липсват изградени места за отдих и почивка;
- Ниска квалификацията на персонала;
- Занижена мотивация за работа и неподходящ подход на персонала към потребителите;
- Липса на организация на свободното време и допълнителни социални дейности;
- Риск от социална изолация.

Възможности:

- Разкриване на алтернативни социални услуги;
- Национална политика за децентрализация и деинституционализация на социалните услуги;
- Достъп до средства по оперативни програми за инвестиции в подобряване на социалната инфраструктура, развитие на социалните услуги и обучение на човешките ресурси;
- Увеличаване на финансовите стандарти за социалните услуги;
- Наличие на добри практики и възможности за обмяна на опит;
- Наличие на Стратегия за развитие на социалните услуги в Община Русе 2010 – 2015 година;
- Наличие на конкурентна среда за развитие на социалните услуги в общността;
- Наличието на политическа воля от страна на общината да налага иновативни модели на социални услуги и да упражнява стриктен контрол върху услугите.

Заплахи:

- Липса на проучване за обектите общинска собственост, които могат да се използват за разкриване на социални услуги;
- Недостатъчен набор от алтернативни социални услуги;
- Намаляване на бюджетното финансиране за социални дейности;
- Чести промени в законодателството за предоставяне на социални услуги и изискванията към доставчиците;
- Увеличаване на броя на хората, нуждаещи се от социални услуги;
- Старееене на населението.

7. Препоръки:

- Недостатъчният контрол и липсата на финансови средства води до намаляване на качеството на грижа в институцията, занижена мотивация у персонала и неподходящ подход към потребителите. Необходимо е привличане на алтернативни източници на финансиране, неправителствени организации, европейските фондове и др.
- Остаряла и неподдържана материална база, недостатъчно достъпна среда за хората с увреждания; занижени хигиенни условия на материалната база и на самите потребители; липсата на изградени места за отдих и почивка, налагат необходимостта от извършване на строително-ремонтни дейности, обновяване на обзавеждането и техниката.
- Увеличаването на броя на хората, нуждаещи се от социални услуги и стареенето на населението, провокират нуждата от създаването на допълнителни специализирани институции. Тези институции е препоръчително да са с по-малък капацитет за осигуряване на ефективна работа и индивидуална грижа.

- Отдалечеността на специализираните институции от централната част на града, липсата на организация на свободното време и допълнителни социални дейности водят до риск от социална изолация. Поради това е необходимо разширяване на мрежата от доброволци за работа с потребители на специализираните институции, установяване на връзки с организации, занимаващи се с доброволческа дейност. Включване на местната общност в съвместна дейност с потребителите на специализираните институции и промяна на нагласите чрез: представяне на настанените лица по подходящ начин на обществото, подобряване сътрудничеството с местните и национални медии, организиране и провеждане на информационни кампании за разясняване същността и необходимостта от институционална грижа.
- За качеството на грижата и ефективността на работата е важна квалификацията и мотивацията на персонала. В специализираните институции тези показатели са занижени. За тяхното подобряване е необходимо персонала да участва в провеждане на обучения, семинари, организиране и провеждане на работни срещи, обмяна на опит между професионалисти от сходни институции, участие в курсове за квалификация и преквалификация, да се изготвят мотивационни профили на работещите в специализираните институции, да се изготвят планове за повишаване мотивацията на заетите в социалната сфера и да се организира и провежда супер визия на работещите в специализираните институции. За подобряване качеството на грижа и живот е необходимо потребителите да работят с повече и разнообразни специалисти.
- За превенция на необходимостта от настаняване в специализирани институции е необходимо да се развиват социалните услуги в общността като– домашен социален патронаж, социален асистент, личен асистент, социални услуги за пенсионери и хора с увреждания- клубна форма.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Областната стратегия предвижда развиването на модерна, ефективна система от социални услуги, която поставя в своя център ползвателя, отговаря на нуждите на общността, осигурява равен достъп и непрекъснато подобрява своето качество. Основна ценност за стратегията е всяко човешко същество със своята уникалност на възможностите за реализация, без значение на етническа принадлежност, пол, увреждане, възраст, социално положение.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Правилник за прилагане на Закона за социално подпомагане, Приет с ПМС № 243 от 5.11.1998 г., обн., ДВ, бр. 133 от 11.11.1998 г., в сила от 1.11.1998 г.
- [2] Областна стратегия за развитие на социалните услуги в област Русе (2010-2015г.)

За контакти:

Диана Златкова Златева, Нели Венциславова Борисова, специалност *Социална педагогика*, III курс, катедра „Педагогика психология и история“, Факултет *Природни науки и образование*, Русенски университет „Ангел Кънчев“, E-mail: dianazz@abv.bg

Доц. д-р Сашо Нунев, катедра „Кинезитерапия“, Факултет *Обществено здраве и здравни грижи*, Русенски университет „Ангел Кънчев“, E-mail: sasho_nunev@abv.bg

Изследване на развитието на социалната услуга „Приемна грижа“ в област Русе, при междинна оценка на областна стратегия за развитие на социалните услуги в област Русе 2012

Автор: Георги Стефанов
Научен ръководител: доц. д-р С. Нунев

State responsibility is to ensure the children welfare with the help of active civil society. Social service "foster care" takes priority in terms of dynamic development of social services and intensive process of deinstitutionalization of children. Development of foster care is include in regional development strategies of social services. Mid-term evaluation of these strategic documents will ensure their better realization, the development of social services to children's future at risk. The study was conducted in the Municipality of Rousse in 2013.

Key words: foster care, regional strategies, mid-term evaluation, inquiry-interview

ВЪВЕДЕНИЕ

Процеса на промяна и развитие на социалните услуги в България навлезе в нов етап. Актуалната ситуация на социалните услуги е резултат на няколко ключови момента, като разкриването на първите отдели за Закрила на детето през 2000 г., въвеждането на понятието дете в риск и на мярката за закрила „Настаняване на дете при близки и роднини“, също появата на услугата „Приемна грижа“. В своя доклад Развитие на алтернативни услуги, включително приемна грижа в контекста на реформата на системата за закрила на детето, Нели Петрова-Димитрова посочва, че през 2004 г. у нас мярката за закрила „Настаняване при близки и роднини“ прави прелом, като изпреварва като брой настаняванията в институции [4]. По отношение на алтернативните социални услуги, можем да кажем, че *приемната грижа* също е в процес на сериозно развитие. До 2004 г., когато се приема регулаторна рамка на социалната услуга приемна грижа, в България основните действащи лица са били НПО, които са реализирали иновативни проекти за приемни семейства. Още през 1993 г. Фондация „Сирак по споразумение с тогавашното Министерство на образованието, науката и културата с министър проф. д-р М. Димитров, осъществява програма с цел - правото на всяко дете на развитие в семейна среда - биологично семейство или заместваща го приемна семейна грижа. В своята статия „Приемното родителство“ Сашо Нунев разкрива първите опити за приемна грижа у нас от 1940 г., като по модел на американска военна легация се извършват настанявания на деца сираци в семействата на хора, които са отговаряли на определени критерии [2].

ИЗЛОЖЕНИЕ

След историческия преглед на развитието на Приемната грижа у нас ще се върнем към актуалното състояние и тенденции. През 2012 г. в България се проведе конференция на Международната организация по приемна грижа IFCO, на която заместник министъра на труда и социалната политика Валентина Симеонова посочи напредъка постигнат по отношение на деинституционализацията в България. Налице е тенденция за развитие на професионалната приемна грижа, като един от двата вида приемна грижа, които се предлагат у нас, а именно *професионална и доброволна*. В подкрепа на това са данните, че към 30.06.2012 г. в национален мащаб са утвърдени 1227 приемни семейства, от тях 304 доброволни и 923 професионални приемни семейства [5].

2. Предмет: Развитие на социалните услуги в общността в частност услугата приемна грижа.

3. Обект: Приемни семейства и предоставящи услугата приемна грижа в Област Русе.

4. Цел: Проучване развитието на качеството на социалната услуга приемна грижа в Област Русе.

5. Задачи: Изготвяне на анкета за оценка на качеството на социалната услуга приемна грижа. Провеждане анкетиране с приемни семейства от в гр. Русе и гр. Бяла. Анализ на резултатите. Изготвяне на SWOT анализ. Изводи и препоръки.

6. Актуалност на проблема в област Русе. След като се запознахме с актуалността на проблема на национално ниво ще преминем към разглеждането му, като част от Стратегия за развитие на социалните услуги в област Русе и в частност развитието на услугата приемна грижа, една от ключовите цели в стратегията.

Количественото изменение на услугата приемна грижа в област Русе проследихме от информация предоставена от директорът на РД "Социално подпомагане" - Русе Татяна Дончева. Данните сочат, че през месец май 2012 г. броят на приемните семейства в област Русе нарастват до 19. 16 от тях са професионални, като в тях повечето настанени деца са на възраст от 0 до 7 години. Развитието на приемната грижа по тези критерии продължава и в периода, края на 2012 г. началото на 2013 г., като по данни на Отдел закрила на детето и Комплекс за социални услуги за деца и семейства (КСУДС) – Русе са реализирани настанявания на деца от 0 до 3 г. възраст, както и на деца с лека степен на увреждания. В началото на 2013 г. на годишното планиране на дейностите в КСУДС – Русе бе отчетен напредък в развитието на услугата Приемна грижа, което се изразява в апробиране на модела на приемна грижа PRIDE (Parent's Resource for Information, Development and Education), в резултат на което през 2012 г. пет семейства са обучени и сертифицирани. Също така КСУДС - Русе оказва техническа и методическа подкрепа на Екипа по приемна грижа сформирани по проект „И аз имам семейство“, като резултат са обучени и утвърдени нови приемни семейства [1]. По същия модел през 2011 г. и 2012 г. КСУДС – Русе оказва подкрепа на ОЗД – Бяла в процеса на оценка, утвърждаване и последваща подкрепа на приемни семейства. През 2012 г. в изпълнение на национален проект „И аз имам семейство“ в гр. Бяла се разкрива екип по приемна грижа, който реализира дейности по подбор, обучение, утвърждаване на приемни семейства и настаняване на деца в тях, както и последващи действия по напасване и подкрепа.

Подробна статистика и актуализирана информация за развитието на приемната грижа в Русе и страната дава Агенцията за социално подпомагане. Според агенцията през последните месеци се отчита увеличаване на интереса към приемната грижа в област Русе. Към момента в регистъра на приемни семейства са вписани 34 приемни семейства, от които 3 са доброволни и 31 професионални. В тях са настанени общо 35 деца.

В процеса на проучване се установиха и промени в нормативната уредба на услугата. Съгласно измененията в Наредбата за условията и реда за кандидатстване, подбор и утвърждаване на приемни семейства и настаняване на деца в тях от месец септември 2012 г., размерът на основното месечно трудово възнаграждение на приемните родители е:

- за настаняване на едно дете – 150% от минималната работна заплата(МРЗ);

- за настаняване на две деца – 160% от МРЗ;

- за настаняване на три или повече деца – 170% от МРЗ. *Тук наблюдаваме развитие на финансовия компонент на услугата.*

Приемните родители получават и ежемесечни средства за детето/децата, които са настанени, които се диференцират съобразно възрастта на детето в размер:

- до 7 години - 3-кратния размер на гарантирания минимален доход;

- от 7 до 14 години - 3,5-кратния размер на гарантирания минимален доход;
 - от 14 до навършване на пълнолетие на детето, а ако учи до завършване на средно образование, но не повече от 20-годишна възраст [6].

Приемните семейства, които полагат грижи за дете с увреждане, получават и всички добавки, които се предвиждат за отглеждането на такова дете - 75 на сто от гарантирания минимален доход независимо от дохода на семейството по чл. 51 от ППЗЗД, двойни детски и интеграционни добавки по чл. 7, ал.8 и чл. 8д от ЗСПД. Благодарение на активната работа с психолози и социални работници, се променят нагласите на повечето приемни семейства и те вече са готови да приемат деца с леки увреждания и дефицити, както и деца на по-висока възраст. През последния месец в приемни семейства са настанени 3 деца с леки увреждания, като и при трите деца се забелязва значителен напредък в развитието и подобряване на състоянието им, благодарение на индивидуалната грижа в семейна среда. *Тук наблюдаваме промени*, които може да определим, като положително развитие на нагласите на желаещите да станат приемни родители в посока поемането на отговорност за деца от т.н. групи със специални потребности.

7. Ход на изследването. Относно проучване на качествено изменение на услугата приемна грижа през 2012 г. по проект на тристранно сътрудничество между областна администрация Русе, Районна дирекция социално подпомагане - Русе и Русенски университет „Ангел Кънчев“ се проведе междинна оценка на стратегията за развитие на социалните услуги в област Русе. В изпълнение на под цел, проучване развитието на социалните услуги в общността се изготви анкета за оценка на качеството на социалната услуга приемна грижа.

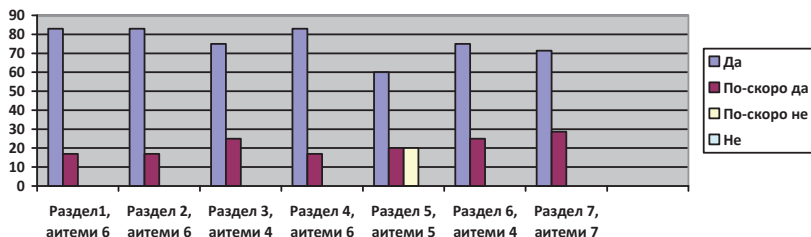
Настоящото изследване се реализира с подкрепа на екипите по приемна грижа и отделите за Закрила на детето Русе и Бяла, КСУДС – Русе и екип студенти специалност „Социална педагогика“ от РУ „Ангел Кънчев. За целта на изследването се разработи анкета за оценка на качеството на социалната услуга приемна грижа, обособена в пет раздела, както следва: *Взаимодействие помагачи – помагане (раздел 1); Работа с близките на потребители и с общността (раздел 2); Въпроси за обхвата и същността на социалната услуга (раздел 3); Оценка на човешките ресурси (раздел 4); Оценка на резултатите от дейността (раздел 5)*, с общ брой на въпросите 32. Анкетирани бяха 23 приемни семейства. Проведено бе анкетиране на служителите предоставящи услугата приемна грижа, чрез анкета за самооценка на качество на предоставяните услуги. Анкетирани бяха пет служители, предоставящи услугата приемна грижа, чрез допитване – самооценка за качеството на услугата в седем раздела.

8. Резултати от изследването

В таблицата са посочени резултати от проведени анкети с 23 приемни семейства.

Таблица 1. Анкета за оценка на качеството на социалната услуга приемна грижа

Отговори	Раздел 1 9 айтема	Раздел 2 7 айтема	Раздел 3 9 айтема	Раздел 4 4 айтема	Раздел 5 3 айтема
Да	89 %	71,4%	78%	75%	100%
Не					
По скоро да	11%	28,6%	22%	25%	0%
По скоро не					



Графика 1. Анкета за самооценка на качеството на социалната услуга приемна грижа

Резултатите от таблицата и графиката могат да се тълкуват, като идеализиране на услугата приемна грижа, през погледа на приемните родители и предоставящите услугата. От друга страна този висок процент на положителни отговори ясно показва наличието на високо ценена, като качество професионална дейност и услуга.

Имаме ясно изразени тенденции за развитие на социална услуга приемна грижа. Нарастват броя на желаещите да станат приемни родители, също и процента на преминали цялостната процедура по подбор, оценяване и одобрение. Също така отчитаме промяна в нагласите на кандидатите за приемни родители, които заявяват готовност да поемат грижи за деца във възрастовата група от 0 до 3 г., също така да се грижа за деца със специални потребности. Доказателство за това са настаняванията на такива деца извършени в края на 2012 г. и през 2013 г., в област Русе.

Предоставящите услугата определят, като важни въпросите за разрастването на екипите по приемна грижа, както и допълнителните обучения, квалификации и запознаване с по-тесни изследвания в областта на приемна грижа.

9. SWOT анализ

Таблица 2. SWOT анализ на социалната услуга „Приемна грижа“ в област Русе

	Положителни фактори	Отрицателни фактори
Вътрешни фактори	Силни страни (Strengths) Голям ръст на броя на приемните семейства в цялата страна; Приемната грижа, като национален приоритет;	Слаби страни (Weaknesses) Все още слаба популярност на услугата; Районизиране на успешните модели на приемна грижа у нас; Липса на съответното образование на предоставящите услугата.
Външни фактори	Възможности (Opportunities) Използване на модели на ефективно функциониране на системата на приемната грижа в други страни; Ефективно използване на бързото развитие на практиката за създаването на теоретико приложна връзка в системата на приемна грижа.	Заплахи (Threats) Затвърждаване липсата на ефективни подходи за популяризиране на услугата; Липса на модел за балансирано разпределение на приемните семейства в страната.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

10. Изводи и препоръки.

От направеното проучване и анализа на резултатите ясно се вижда, че социалната услуга „Приемна грижа“ се развива, на национално, и на областно ниво. Развитието на услуга е ясно изразено в периода от 2012 г. до момента. В подкрепа на този процес е създаването на областни екипи по приемна грижа (в 80 области),

чиито бюджет е 15 мил. лева предназначени за реализиране на дейността на екипите и цялостното развитие на приемната грижа у нас.

Могат да се направят няколко общи препоръки по отношение на развитието на услугата „Приемна грижа“ в област Русе. Първо, нужно е да се продължи с популяризирането на услугата в цялата област, тъй като резултатите до момента не са особено задоволителни. Второ, да се работи за създаването на тесни специалисти в областта на приемна грижа, чиито профил да съчетава личен, образователен и професионален опит. И трето, да се проведе мащабно и задълбочено изследване на факторите влияещи на мотивацията водеща до избор за приемно родителство.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Документация на КСУДС – Русе по предоставяне на социалната услуга „приемна грижа“, становища от доклади, оценки, резултати от обучения, 2012/2013
- [2] Нунев С., Приемното родителство, Обществено възпитание, 2/2000
- [3] Областна стратегия за развитие на социалните услуги, 2010-2015, Област Русе
- [4] Развитие на алтернативни услуги, включително приемна грижа в контекста на реформата на системата за закрила на децата – опитът на България, онлайн ресурс, http://nmd.bg/wpcontent/uploads/2009/10/Razvitiye_alternativni_uslugi_za_detsa.pdf
- [5] Симеонова В., Постигнатия напредък в процеса на деинституционализация в България, Министерство на труда и социалната политика, онлайн ресурс, http://ifco-sofia2012.com/index.php?option=com_content&view=article&id=51%3Aplenary-1foster-care-a-path-to-change-valentina-simeonova&catid=5%3Aден-1-22102012&Itemid=38&lang=bg
- [6] Онлайн ресурс, http://www.ruseinfo.net/news_109300.html

За контакти:

Георги Стефанов, Русенски университет “Ангел Кънчев”, Катедра “Обществено здраве и социални дейности”, тел.: 0887 415 053, e-mail: gstefanov@uni-ruse.bg

Доц. д-р С. Нунев, РУ „Ангел Кънчев”, Катедра „Обществено здраве и социални дейности”, тел. 821-993, e-mail: snunev@uni-ruse.bg

Гръбначни проблеми, възникващи в следствие на „седащите“ професии

Христо Христов, Адриан Василев
научен ръководител: гл. асистент Боряна Тодорова

Back problems arising from "sitting" jobs: The report examines different complications that occur as a result of taking vicious posture and sitting for a long time, and specifically the changes occurring in the lumbar spine. It is also described the normal posture of the human body while sitting emphasizing the need for regular physical activities in one form or another, which helps strengthening the musculoskeletal system.

Key words: back problems; vicious posture; physical activities; normal sitting posture

ВЪВЕДЕНИЕ

С развитието на научно-техническия прогрес професиите, при които човек прекарва в седяща поза пред компютъра целия ден, стават все повече. С това обаче се увеличават и рисковете от проблеми, които сериозно могат да увредят неговото здраве. Изучаването на професионалния риск и породените от него болести е сравнимо с непрекъснатото отчитане на пулса на времето, в което обществото живее, на непрестанното му развитие и на динамичните промени, извършващи се в него.

Според статистически изследвания, при хората на възраст между 40 и 60 години дегенерация на междупрешленните дискове се проявява при 40-60% от тях. Проучването с магнитен резонанс дава следните резултати: при хората съответно от 20 до 39 години, от 40 до 59 и от 60 до 80 години увреждания се откриват при 34%, 59% и 93% от изследваните.

ПРАВИЛНА ПОЗА ПРИ СЕДЕЖ

Правилната поза при заемане на седеж е от изключително важно значение за съвременния човек. От една страна, седежът предизвиква значителни натоварвания на лумбалните междупрешленни дискове поради флектирането на поясния дял. От друга страна, трудовите и битовите условия на модерния човек най-често изискват продължително заемане на седеж. Доказано е, че седежът предизвиква до 40% увеличаване на вътрешдисковото налягане спрямо позата стоене.

Ключовите фактори, даващи възможност за седеж с минимално натоварване на гръбначния стълб са:

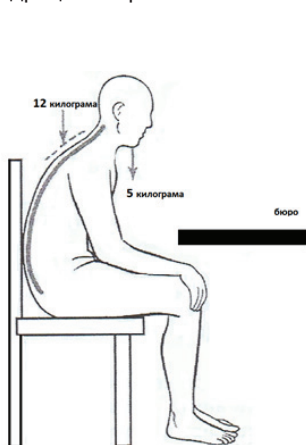
- Поддържане на физиологичните извивки на гръбначния стълб чрез подходящ наклон за увеличаване на инклинацията на таза.
- Ходилата са стъпили плътно на пода.
- Наличие на лумбална извивка на облегалката.
- Поддържане на торса в изправено положение.

При хора с лумбални патологии седежът изисква съобразяване с тях. Ако при даден човек вече са възникнали проблеми с фасетните стави, приведената поза е по-благоприятна, тъй като разтоварва задната колона и разтваря фасетните стави (фигура 1). Ако проблемът е свързан с междупрешленните дискове, по-подходящ е седежът със запазена лордотична извивка (фигура 2), който не увеличава притискането и натоварването на предната колона. Използването на стол с лумбална поддръжка предизвиква най-малко натоварване на междупрешленните дискове.

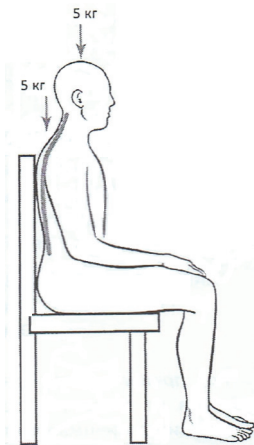
При работа с компютър

При работа с клавиатура раменете трябва да са релаксирани, лактите да са сгънати и приближени до тялото, предмишниците, китките и ръцете да са успоредни на земята. Височината на стола трябва да е такава, че коленете и тазобедрените

стави да са сгънати около 90 градуса, т.е. бедрата да са хоризонтални, а подбедриците вертикално поставени.

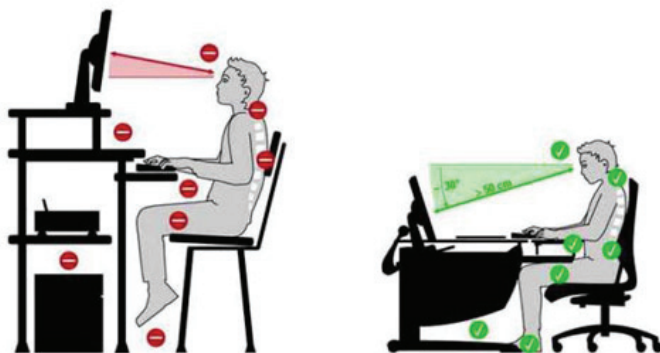


фигура 1. Заемането на приведена поза при седеж увеличава вътрэдисковото налягане, но разтоварва междупрешленните стави.



фигура 2. Седеж с поддържане на физиологичните извивки намалява натоварването в междупрешелните дискове, но увеличава това на междупрешленните стави.

Мониторът трябва да е на нивото на погледа, за да могат торсът и главата да остават изправени (фигура 3-Б). Неподходящо е ниското разположение на монитора, което предизвиква неправилна позиция на шийния дял, а оттам и рефлексно нарушаване на позата на целия гръбначен стълб. При по-високо разполагане на монитора (фигура 3-А) се предизвиква екстензия на шийния дял, което също води до рефлексно натоварване и напрежение на цялата гръбна мускулатура.



Фигура 3. Неправилна (А) и правилна (Б) поза при седеж за работа с компютър

РИСКОВИ ФАКТОРИ ПРИ ПОЗА СЕДЕЖ

Благодарение на технологичните иновации, обемът на статична работа се е увеличил значително (офис работа). Hales и Bernard (1996) твърдят, че продължителният седеж е потенциален рисков фактор за развитието на проблеми в гръбначния стълб. По време на седеж, продължителната компресионна сила може да увеличи риска от дискови проблеми (Videman и др., 1990), или непрекъснатата активност на преобладаващите червени мускулни влакна на гръбните мускули може да допринесе за развитието на умора (Hagg и др., 1991). Статичните работни пози включват позиции, при които се извършват много малко движения, а също и неактивни пози, които предизвикват статично натоварване на мускулите (Bernard и др. 1997). Това включва продължително стоене или седене и заседнал начин на работа. В много случаи потенциалните рискове се определят субективно и/или в комбинация с други, свързани с работата рискови фактори.

Много изследвания съобщават за повишен риск от спинални проблеми, когато работата трябва да се извършва от седеж, в сравнение с работа, при която има чести изменения в позата. В тази връзка се увеличава разработването на нови модели за насърчаване на така наречения „динамичен седеж“, при който чрез определени условно-двигателни рефлексии се осигуряват статичното и динамичното положение на тялото. Като се позволява движение на облегалата и/или на самия стол, се създава динамичен модел на седеж, който има положителен ефект във вид на превенция.

В изследването си от 1999г. Harrison достига до извода, че при седеж тазът се ротира назад и причинява намаляване на лумбалната лордоза. Ъгълът между трупа и бедрото се променя, както и коленният ъгъл, и всичко това води до увеличено усилие на мускулите и повишава вътредисковото налягане. Седежът причинява също и увеличено натоварване върху междупрешленните дискове. За да се ограничат тези изменения, столът за работа трябва да е с наклон на облегалката от 110 до 130 градуса и с осигурена стабилност на поясната област. За да се намали напрежението на мускулите при издаване главата напред, за предпочитане е наклон от 110 градуса, като за допълнителен комфорт са подходящи и подлакътници, които могат също да отнемат част от напрежението.

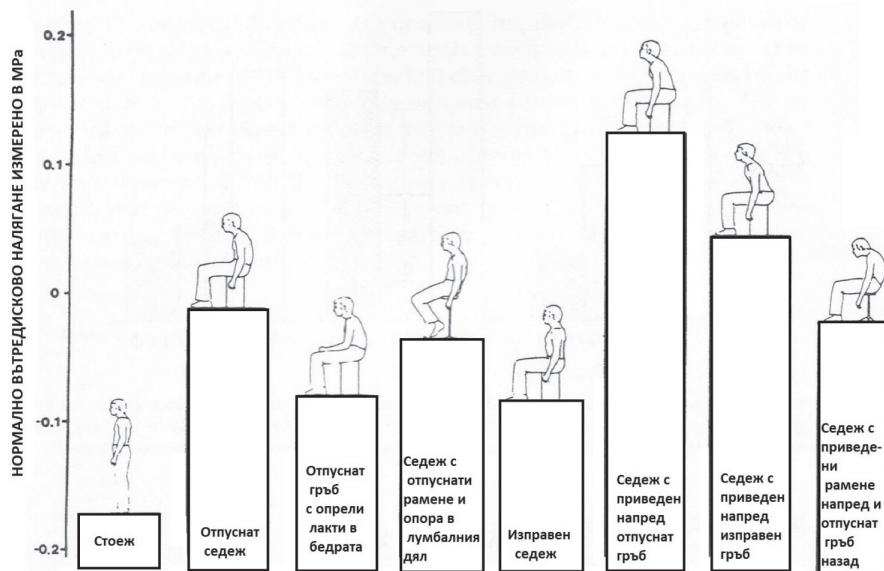
Лумбалната област е подложена на голямо натоварване по време на ежедневните дейности. Главната функция на междупрешленните дискове, разположени между два прешлена, е да устояват на това натоварване. В този смисъл трите анатомични структури, които съставят диска, са много важни. Nucleus pulposus е вискозен гел, който трансформира натоварването в хидростатично налягане (фигура 4). То от своя страна поражда опън в анлус фибросус, съставен от концентрични пластинки. Хрущялните пластинки, слой между анлуса и тялото на прешлена, са важни за дифузията на хранителни вещества за междупрешленния диск.

ВЪЗМОЖНИ УСЛОЖНЕНИЯ

Разрушаването на лумбалните дискове намалява стабилността на гръбначния стълб в тази област. Високото биомеханично натоварване води до нестабилност в поясната област, повишено износване на лигаментите на кулуните и мускулните структури и фасети. Процесът на дегенерация е бавен и представлява кумулативен ефект на много фактори в дълъг период от време.

Проучването на ролята на механичните фактори, които водят до дегенеративни промени, е много важно за изработването на превантивни мерки. Процесът на дегенерация може да бъде описан като събирателен от нормални (свързани с възрастта) промени и такива, причинени от средата на работа. Това могат да бъдат ситуации на вдигане, усукване, навеждане на трупа по време на тежка физическа работа, пози с продължително статично натоварване или вибрации от дейности като

управление на машини. Широко прието е, че значителни натоварвания на прешлените от 3400 нютона представляват нивото, след което започват да се появяват микрофрактури.



Фигура 4. Средни стойности на нормалното вътрешдисково налягане при заемане на определена поза.

Най-честите усложнения, които могат да настъпят, са свързани с промени в опорно-двигателния апарат (усложнения на междупрешленните дискове), болести на дихателната система, на сърдечно-съдовата система, като при седящите професии с 54% е повишен рискът от инфаркт на миокарда. Характерни са заболявания нервната система - главоболие, шийно-мишнично и поястно-кръстцово нервни заболявания, проблеми със зрението, синдром на хроничната умора, метаболитни заболявания (затлъстяване и диабет). Поради застой на кръвта в малкия таз при мъжете съществува риск от простатит, също така и от хемороиди. Повишен е рискът от тромбоза на долните крайници в напреднала възраст, също така има опасност от хипотрофия на скелетните мускули. Слабият мускулен корсет в лумбалния дял е едно от условията за поява на дискова херния в тази област и в следствие на това ограничаване във функционалните възможности на човек. [СЗО].

ИЗВОДИ

Като необходимост се налага превенцията на възможните усложнения, възникващи в следствие на работата в седеж. Възможност в тази насока представлява както правилното оборудване и организация на работното място, така също и разработването и прилагането на комплекси упражнения за поддържане на двигателната активност при хора, работещи основно в седеж.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Попов, Н. Кинезиология и патокинезиология на опорно-двигателния апарат, 2009.
- [2] Bernard, B. P., L. J. Fine. Musculoskeletal disorders and workplace factors. U.S. Department of Health and Human Services. Cincinnati, National Institute for Occupational Safety and Health, 1997.
<http://www.cdc.gov/niosh/ergosci1.html>
- [3] Hales, T. R., B. P. Bernard. Epidemiology of work-related musculoskeletal disorders. Orthopedic Clinics of North America, 1996; 27: pp 679-709.
- [4] Hägg, G. M., J. Suurkula. Zerocrossing rate of electromyograms during occupational work and endurance tests as predictions for work related myalgia in the shoulder/neck region. European Journal Applied Physiology, 1991.
- [5] Soderberg, G. L. Kinesiology - Application to pathological motion. FAPTA, 1996.
- [6] Videman, T., M. Nurminen. Lumbar spinal pathology in cadaveric material in relation to history of back pain: Occupation and physical loading. Spine, 1990.
- [7] <http://voices.yahoo.com/6-most-common-causes-back-pain-4997850.html>
- [8] http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.df

За контакти:

Адриан Василев - студент от III-ти курс, специалност Кинезитерапия, Факултет „Обществено здраве и здравни грижи“, Русенски университет „А. Кънчев“, e-mail: deadman1@abv.bg

Христо Христов - студент от III-ти курс, специалност Кинезитерапия, Факултет „Обществено здраве и здравни грижи“, Русенски университет „А. Кънчев“, e-mail: H.hristov29@abv.bg

Боряна Тодорова – гл. асистент, катедра „Обществено здраве и социални дейности“, Факултет „Обществено здраве и здравни грижи“, Русенски университет „А. Кънчев“, e-mail: btodorova@uni-ruse.bg

Профилактика на гръбначните проблеми, възникващи в следствие на „сediaщите“ професии

Христо Христов, Адриан Василев
научен ръководител: гл. асистент Боряна Тодорова

Prevention of back problems arising from "sitting" jobs: The report examines different methods for dealing with back problems. The paper puts strong attention on modern training mechanics and rehabilitation techniques. We've tried to warn the public for all the complications that can occur from the so called "sitting" jobs. It's also stated that modern physical therapy can win the "fight" with back problems.

Key words: prevention, "sitting" jobs, training, rehabilitation techniques, modern physical therapy, back problems

ВЪВЕДЕНИЕ

Част от проблемите, които възникват в гръбначния стълб, са свързани с променената му биомеханика в следствие на ежедневно статично натоварване в поза седеж (таблица 1). Тези рискове могат да бъдат избегнати, ако се промени начинът на живот и се осигури нужната на тялото доза двигателна активност под формата на системно физическо натоварване. Според Световната здравна организация /СЗО/ редовната (поне 3 пъти седмично) тренировка, съчетана с правилна и не натоварваща поза, може да намали чупливостта на костите и да спомогне поддържането на техния минерален баланс. Редовното практикуване на спорт укрепва скелетната мускулатура като подобрява силата, издръжливостта и нервно - мускулното активиране.

Таблица 1. Рискови фактори

Категории от рискови фактори	Рискови фактори
Физични фактори	Тежък физически труд
	Ръчна обработка на материали
	Неадекватни пози
	Статична работа
	Вибрации
Психо-социални фактори	Подхлъзвания и падания
	Състав на работата
	Работно напрежение
	Социална подкрепа
Индивидуални фактори	Удовлетворение от работата
	Възраст
	Социоекономически статус
	Пушене
	Медицинска история
	Пол
	Антропометрия
	Физическа активност

КИНЕЗИТЕРАПЕВТИЧНА ПРОЦЕДУРА КАТО ПРЕВЕНЦИЯ

Процедурата по Кинезитерапия протича под формата на спортна тренировка.

ЦЕЛ НА КИНЕЗИТЕРАПИЯТА: Изграждане на здрав мускулен корсет и подобряване на подвижността на гръбначния стълб.

ЗАДАЧИ:

1. Подобряване на мускулната сила на шийните мускули и мускулите на трупа.
2. Подобряване на мускулната издръжливост на шийните мускули и мускулите на трупа.
3. Подобряване на подвижността на гръбначния стълб.
4. Създаване на навик за правилно телодържане.
5. Подобряване на съдовия и мускулния тонус.
6. Изграждане на двигателен навик

СРЕДСТВА:

1. Стречинг упражнения, съчетани с дихателни упражнения.
2. Екстензионни упражнения.
3. Резистивни упражнения.
4. Изометрични упражнения.
5. Масаж.
6. Упражнения с уреди и на уреди.

Систематиката на тези средства с оглед целенасоченото им прилагане е важна задача на тренировъчната методика. При нейното решаване е необходимо да се припомни, че тренировъчният процес е непрекъснато редуване на режим на работа и отдих. От тук следва, че средствата на тренировката трябва да стимулират максимално ефективно и двата процеса - натоварване и възстановяване. В представената процедура акцентът е поставен върху ролята на физическите упражнения като основно средство за морфофункционална специализация на организма.

Основно методическо изискване е трениращите да са клинично здрави. Според СЗО ЗА ЗДРАВ СЕ ПРИЕМА ВСЕКИ, КОЙТО Е: "В състояние на пълно физическо, умствено и социално благосъстояние и липса на заболяване или неспособност, непригодност."

СХЕМА НА КИНЕЗИТЕРАПЕВТИЧНАТА ПРОЦЕДУРА

ЧАСТ НА ПРОЦЕДУРАТА	ИЗПОЛЗВАНИ СРЕДСТВА	ДОЗИРОВКА	МЕТОДИЧЕСКИ УКАЗАНИЯ
ПОДГОТОВИТЕЛНА	Стречинг	10 минути	Разтягането на всяка мускулна група е 60 секунди
ОСНОВНА	Екстензионни упражнения Резистивни упражнения Изометрични упражнения	25 минути	Упражненията се изпълняват с умерена интензивност и в пълнен обем на движение
ЗАКЛЮЧИТЕЛНА	Масаж	15 минути	Под формата на класически масаж с акцент на паравертебралната мускулатура

ПРИМЕРЕН КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ**Упражнения за цервикалния и горен торакален дял:**

1.1. И.П. тилен лег с ръце зад главата и лакти максимално приближени един към друг; 1-поемаме въздух и разваряме максимално като задържаме 5 сек. в страни лактите; 2-издишваме и събираме лактите пред лицето.

Методическо указание: между лопатките се поставя малко валяче.

1.2. И.П. седеж на стол, ръце поставени зад тила, лактите пред лицето; 1-поемаме въздух, разтваряйки лактите максимално назад, събирайки лопатките една към друга и екстензирайки гръдния отдел на гръбначния стълб задържаем 5 сек.; 2-издишваме и прибираме лактите към лицето.

Методическо указание: при разтваряне на лактите встрани главата се държи в неутрална позиция.

1.3 И.П. седеж на стол, трениращият хваща с едната ръка ръба на стола, а с другата разтяга мускулите на шията като обхваща главата си отзад и я тегли в противоположна посока.

Методическо указание: при наклон встрани вдишва и задържа в достигнатата позиция.

1.4. И.П. седеж на стол, ръцете зад тила с максимално абдуцирани лакти. Кинезитерапевтът застава зад трениращия, обхващайки неговите лакти разтяга назад максимално ръцете.

Методическо указание: след кратко издишване се задържа 10 сек. в максимално разтегнато състояние.

1.5 И.П. страничен лег; 1-абдуцираме мишницата максимално; 2-терапевтът осъществява стречинг върху мишницата, като с едната си ръка стабилизира гръдния кош.

Методическо указание: поставя се възглавница под главата.

Упражнения за торакален и лумбален дял:

2.1 И.П. тилен лег; 1-свиване на десния крак в коляното към гръдния кош; 2-свиване на левия крак към гръдния кош; 3-обхващаме бедрата с ръце, като отделяме сакрума от пода.

2.2 И.П. кръстосан седеж с ръце зад тила и лакти пред лицето; 1-максимално разтваряне лактите назад и екстензиране на торакалния дял; 2-накланяме трупа напред флектирайки само поясния дял.

Методическо указание: кинезитерапевтът стабилизира таза теглейки в областта на *spina iliaca anterior superior*.

2.3 И.П. колянна опора; 1-свиване на корема и флектиране на лумбалния дял на гръбначния стълб; 2-задържане 5 сек.; 3-реклаксиране на мускулите.

Методическо указание: да не се извършва флексия в торакалния дял на гръбначния стълб.

2.4 И.П. стоеж с поставен крак на гимнастическата стена - извършване на плавни пружиниращи движения разтягайки ишиокруралните мускули.

2.5 И.П. страничен лег на ръба на кушетка; 1-горната част на трупа увисва извън кушетката като ръцете са протегнати над главата; 2-задържане в това положение; 3-връщане в и.п.

2.6 И.П. коленен седеж; 1-наклон напред с изпънати ръце, дланите лягат плътно на пода; 2-извивка на трупа в дясно със задържане; 3-връщане; 4-извивка на трупа в ляво и задържане; 5-връщане в и.п.

Упражнения за подобряване на силата и издръжливостта на мускулите на трупа:

3.1 И.П. тилен лег; 1-изглаждане на шийната лордоза опирайки кушетката, едновременно с това събирайки лопатките.

Методическо указание: това се извършва чрез изометрична контракция по време на притискане на главата към кушетката.

примерен комплекс от упражнения



3.2. И.П. върху гимнастическа топка; от това положение ретрахираме главата с поглед насочен надолу и извършваме движения с горните крайници.

3.3 И.П. седеж на гимнастическа топка; извършване на резистивни движения с горните крайници чрез дърпане на еластична лента. Изпълняване на хоризонтална абдукция, външна ротация в раменната става с аддуциране на лопатките срещу съпротивление от еластичната лента.

3.4 И.П. стоеж с гръб към стена, между тилната част на главата и стената се поставя топка. При тази позиция се задържа, докато се извършват активни движения с ръцете.

примерен комплекс от упражнения



3.5 И.П. тилен лег с глава извън ръба на кушетката; главата се задържа в неутрална позиция за максимален възможен период от време.

3.6 И.П. стоеж с лице към стена; между челото и стена е поставена топка, докато се извършват резистивни упражнения с ръцете.

3.7 И.П. седеж; ръцете са поставени в челната област на главата; извършва се автосъпротивление срещу флексия на главата, не позволяващо движението.

3.8 И.П. кръстосан седеж с ръце поставени в тилната област; извършва се автосъпротивление не позволяващо аксиална екстензия на главата.

примерен комплекс от упражнения

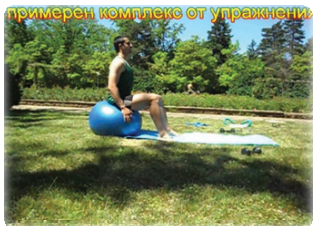


3.9 И.П. седеж; едната ръка е поставена от страни на главата и оказва автосъпротивление на страничния наклон, не позволяващо движението.

Упражнения за засилване на коремната мускулатура

4.1 И.П. седеж; оказва се съпротивление с едната длан в областта на слепоочието, като се прави опит за завъртане на главата, за да се погледне назад през рамото, но не се извършва движение.

4.2 И.П. седеж върху гимнастическа топка; ходилата се придвижват напред като трупът ляга назад, а след това се връща в и.п.



4.3 И.П. тилен лег; 1-седеж с ръце горе; 2-връщане до и.п.;



4.4 И.П. тилен лег; 1-повдигаме главата; 2-повдигаме краката; 3-опорен седеж; 4-връщане в и.п.;

4.5 И.П. тилен лег; извършване на движения, наподобяващи каране на колело.



4.6 И.П. тилен лег; 1-повдигаме десен крак; 2-повдигаме ляв крак; 3-снемане на десен крак; 4-снемане на ляв крак.

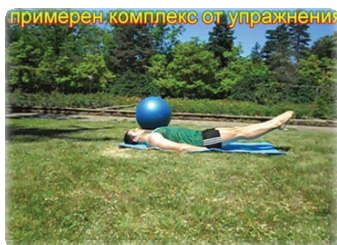
4.7 И.П. тилен лег; 1,2-повдигане на двата крака; 3,4-снемане на двата крака до и.п.

4.8 И.П. тилен лег; 2-7-равновесен седеж; 8-връщане до и.п.

4.9 И.П. тилен лег; 1-свиване на коленете пред гърди (свит седеж); 2-последователно изнасяне на левия и десния крак напред; 3-връщане в и.п.

4.10 И.П. тилен лег; извършване на ножични движения с краката.

4.11 И.П. тилен лег; 1-повдигане на краката на една педя от земята; 2-задържане в това положение; 3-връщане в и.п.



4.12 И.П. тилен лег; 1-ръце обтегнати назад; 2-свит седеж; 3-връщане в и.п.

4.13 И.П. тилен лег; едновременно повдигане на горните и долните крайници и задържане в това положение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Броят повторения и сериите на изпълнение на всяко едно от упражненията се определят спрямо индивидуалните възможности на човека.

Предложените упражнения са подредени по трудност от по-прости към по-сложни. Те представляват примерен комплекс. Всеки индивидуален случай изисква промяна, както на методиката, така и на цялостния кинезитерапевтичен подход.

Към доклада е изготвен диск с филмиран примерен комплекс от упражнения. Комплексът ще бъде приложен по време на летния стаж на студентите по Кинезитерапия от трети курс. Предвижда се на следваща Студентска научна сесия да бъдат представени получените резултати от изпълнението му.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Димитрова, Д. Комплексна рехабилитация при дискова херния, курсов проект.

[2] Костов, С. Комплексна рехабилитация при дискова херния.

[3] Попов, Н., Гръбначен стълб - функционална диагностика и кинезитерапия, София, НСА- ПРЕС, 2002.

[4] Цветанов, Ц., Д. Дашева, И. Върликов, Основи на спортната тренировка, ГЕРА АРТ, 2011.

[5] Work-related low back disorders, Research of European Agency for Safety and Health at Work, 2000.

За контакти:

Адриан Василев студент от III ти курс, специалност Кинезитерапия, ФОЗЗГ, Русенски университет „А. Кънчев“, e-mail: deadman1@abv.bg

Христо Христов студент от III ти курс, специалност Кинезитерапия, ФОЗЗГ, Русенски университет „А. Кънчев“, e-mail: H.hristov29@abv.bg

Боряна Тодорова – гл. асистент, катедра Кинезитерапия, ФОЗЗГ, Русенски университет „А. Кънчев“, e-mail: btodorova@uni-ruse.bg

Ергономичност и препоръки за правилна стойка при хора работещи с компютър

Автор: Таня Милева

Научен ръководител: гл. ас. Златина Стоянова-Борисова

Abstract: In this research work we are trying to clarify the issues related to the rules of correct posture during prolonged computer work, how important it is for our health, and what actions we must follow in order to train.

Keywords: Computer, posture, ergonomics, pain, results, analysis rules.

ВЪВЕДЕНИЕ

Днес ние не можем да си представим нашия живот без компютри. Факт е, че те са станали толкова важни и нищо не може да ги замени. От както първият компютър е изобретен, нашия живот се е променил толкова много, че можем да го наречем дигитална революция. Но знаем ли какви рискове крие тази така потребна за нас вещ? Знаем ли правилната стойка при продължителна работа с нея и от какво се получават тези така досадни болки в гърба и врата? Знаем ли какво представлява науката ергономия? На тези въпроси ще се опитаме да отворим в тази научна разработка.

Какво е ергономия?

Ергономичността в нашето ежедневие започва със събуждане и завършва пак в леглото. Причина да не забелязвате ергономичните детайли в живота си е точно в това, че идеята е им е да са естествени и незабележими, да не предизвикват алармата на вниманието. Ергономията е съвременна наука, изучаваща взаимодействието между човешкото тяло и други тела, системи и обекти. Днес в развитите икономики ергономията е оценявана като важна част от превенцията на здравето и ключов фактор за увеличаване производителността на труда чрез усещането за естественост и комфорт у хората.

Седенето, от друга страна, е колкото естествена и масова, толкова неразбрана и зле практикувана дейност. Когато се налага да прекарате повече от час в седнало положение, дори добре трениран атлет може да се измори да седи правилно... и се отпуска. За хората, трудещи се в седнала позиция това не е просто каприз на сетивата. Виножникът за промяната в стойката се нарича „статично мускулно напрежение“. Това е форма на мускулната работа с ниска интензивност, упражнявана за дълги периоди от време. Тялото използва такъв тип стягане, за да поддържа стойката. [4]

ЦЕЛ

Целта на научната разработка е да запознаем и разясним правилата за правилна стойка на работещите продължително време с компютър.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Гръбначния стълб е най-важният компонент от опорно-двигателния апарат (ОДА) на човешкото тяло, който ни осигурява необходимата гъвкавост и действа като амортизатор, поглъщащ всички ежедневни стресови натоварвания, на които сме подложени. Функционира като информационна „магистрала“, по която преминават безброй нервни импулси. Това е причината да следим постоянно неговото състояние, поради честата му податливост на деформации и травми.

Проблеми със стойката при неправилно седене

Седенето не е пасивен процес, тъй като гръбначният стълб сам по себе си не може да стои изправен. Гръбнакът се контролира от сложен мускулен корсет, а

чувството на неудобство всъщност е основният симптом за умора. Появи ли се, трябва или да смените позата на седене, или да пренебрегнете болката и да продължите, или да се отпуснете на стола. Рано или късно обаче, всички се отпускате – разчитате на стола. Нещата продължават незабележимо добре или забележимо зле. В случай че столът и работната обстановка (светлина, бюро, разположение на нещата наоколо и пр.) не са индивидуално съобразени и подредени, започват схващания, болки, раздразнение. Ден след ден, по-късно и пак на същия стол идват и първите знаци за изкривяване на стойката. Тялото ви е адаптивна машина, то се приспособява към изкривената работна среда, като на свой ред се изкривява в: гръбнак, таз, раменен пояс, китки и глезени. [4]

Последиците от неправилната стойката при продължителна работа пред компютър

Болки във врата

Болките във шийните прешлени са надлъжни и напречни. Често обхващат и раменете. Появява се силна, понякога пронизваща болка във врата, която се усилва при обръщане на главата; скованост, схващане и туптене са също час от признаците. В някои случаи предизвиква болки в двете ръце.; Болките в прешлените са един от главните симптоми при артроза на гръбначния стълб. [2]

• Гръбначни изкривявания

Гръбначните изкривявания са трайно отклонение от нормалната форма на гръбначния стълб, при което се нарушава нормалната симетричност на тялото. Те биват придобити или вродени. Причините за придобитите са различни заболявания (рахит, спондилолистеза, травми и парализи); статични и хабитулни (навични) състояния – вследствие на лошата стойка пред компютър.

Според посоката на изкривяване се разделят на изкривявания в предно задна посока **Кифози** (силно е увеличена гръдната извивка на гръбначния стълб. Лопатките изпъкват напред, а гръдният кош се сплесква и така се нарушава работата на сърцето и белите дробове), **Лордози** (увеличаване на физиологична поясна лордоза, защото тази се извърта напред) и в странична посока – **Сколиоза**. Тя е сериозна деформация, защото нарушава формата на гръдния кош, а от там и функциите на органите в него. В зависимост от фиксирането на изкривяването и корекцията му, при сколиозата различаваме I, II, III и IV-та степен на изкривяване. [1]

Въздействие върху очите

Най-често се наблюдава сухота, зачервяване и дразнене в очите. При работа с компютър мигането се намалява с около 70 % от нормалната честота. При монитори, разположени над нивото на погледа,изирането е по-голямо и очите са по-широко отворени. Всичко това води до по-бързо изсъхване на слъзния филм, който е изключително важен за ясното виждане и комфорта. Това налага по-често волево мигане или използването допълнително на изкуствени слъзи.

Няма научни доказателства, че компютърния екран е вреден за очите. Симптомите, които се появяват се дължат на продължителния престой пред компютъра, често над 5-6 часа без почивка. В много случаи след продължителната работа на компютър на работното място, следва „почивка“ пред компютъра в дома, гледане и на телевизия – все напрягащи допълнително очите дейности. И така се стига до неясно виждане, замъгляване, бърза умора, главоболие, зачервени и сухи очи, дискомфорт, като оплакванията се засилват в края на деня. [3]

За да разберем до колко са запознати хората работещи пред компютър с правилата за правилна стойка, за наличието на болките в гърба и къде биха потърсили информация ако имат оплаквания изготвихме анкета. На 03.04.2013 г. анкетирахме двайсет служители на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) гр. Бургас от които осемнадесет са жени, а двама са мъже. Техният работен ден е свързан с усилена работа пред компютър. Анкетата съдържа 7 въпроса.

РЕЗУЛТАТИ И АНАЛИЗИ

Резултатите от анкетата са представени в таблична форма и обработени в Excel по формулата: B4/\$E\$2 (Формула 1).

Таблица 1

	Общо	Процент
1.Колко часа дневно използвате компютъра?		
От 2 до 4 часа	0	0,00%
От 4 до 8 часа	14	70,00%
Повече от посочените часове	6	30,00%
2.Чувствате ли умора при продължително използване на компютъра?		
Да често чувствам умора	17	85,00%
Не чувствам често умора	1	5,00%
Рядко чувствам умора	2	10,00%
3.Запознати ли сте с правилата за правилна стойка пред компютъра?		
Да, дори се старая да ги спазвам	13	65,00%
Не, но искам да се запозная с тях	6	30,00%
Не съм заинтересован/а	7	35,00%
4.Имате ли оплаквания от болки в гърба ?		
Да, често	11	55,00%
Понякога	7	35,00%
Нямам	2	10,00%

5.Знаете ли какви упражнения и дейности трябва да прилагате при болки в гърба и превенция от гръбначни изкривявания ?		
Да, старая се да ги изпълнявам редовно	7	35,00%
Не, но искам да се информирам	12	60,00%
Не съм заинтересован/а	1	5,00%
6.Къде бихте потърсили информация при наличие на болки в гърба?		
интернет	7	35,00%
лекар	8	40,00%
специализиран кабинет	1	5,00%
фитнес	1	5,00%
Не отговорили	3	15,00%
7.Към кого бихте се обърнали относно правилата за правилна стойка?		
рехабилитатор и физиотерапевт	5	25,00%
лекар	4	20,00%
ортопед	2	10,00%
интернет	3	15,00%
Не отговорили	6	30,00%

При обработването и анализа на анкета за всеки един от посочените въпроси, анкетиращите представиха разнообразни отговори. На първи въпрос водещ е процента на хората които са пред компютъра от 4 до 8 часа (70%), но и процента на тези които са повече от 8 часа (30%) не е малък. Това показва, че въпреки усилената работа пред компютъра на работното място, този процент от анкетираните търсят някакъв вид разтоварване отново пред него. По този начин тялото, умът и очите се натоварват още повече. Това води до появата на така неприятните болки в гърба и чувството за умора. Затова и при тези два въпроса (2-ри и 4-ти) водещ е процента на тези които имат наличие на неприятни субективни усещания. На трети въпрос от анкетата, който е много важен за проследяване на познанията относно правилната стойка има много добри резултати, защото водещ е процентът (65%) на запознатите с нейните правила. На пети въпрос процентът (60%) на незапознатите с дейностите за превенция от усложненията следствие обездвижването пред компютъра е голям. Хубавото е, че проявяват интерес към тях. Тук идва ролята на лекаря и рехабилитатора, които са водещ отговор в следващия 6 ти въпрос. Те биха насочили най-правилно всеки с какви дейности или спорт може да се занимава. На последният седми въпрос процентът (30%) неотговорили е водещ. Дали от незнание или незаинтересованост, анкетираните са го оставили празен.

ПРЕПОРЪКИ

Добрата стойка е от съществено значение при активния и динамичен начин на живот. За да се постигне всичко това е необходимо да се тренира изправена стойка на тялото, да се правят основни укрепващи упражнения всеки ден; дълги разходки; за предпочитане на терени с по-мека повърхност; носене на удобни обувки;

поддържане на нормално телесно тегло, тъй като излишните килограми нарушават центъра на гравитация на човешкото тяло и вредят на гърба.

При продължителна работа с компютър се препоръчва индивидуален подход на грижи **за поддържане на здравословното състояние на гръбначния стълб и кръста** както следва:

- **Никога да не се слага крак върху крак** по време на работа. Това винаги ще предизвиква болка в долната част на кръста, ще нарушава кръвообращението и дори може да доведе до заболявания в областта на малкия таз.
- **Да не се сядя рязко** с цялата си сила върху стола. С това всеки път, макар и да не се усеща, се нанася значителен удар по гръбнака и се увреждат хрущялните повърхности и прешлените.
- **Отпускатки тялото си леко и плавно**, главата трябва да е изпъната нагоре и напред, шията- отпусната, гръбначният стълб –опънат.
- **Да не си помагаме с ръце**, когато сядаме и ставаме.
- **Височината от седалката на работното бюро до пода** трябва да бъде толкова висока, колкото е разстоянието от бедрата до пода.
- **Поставете в близост до компютъра** някакъв знак, който на всеки 10-15 минути да ви напомня да проверявате как седите, напрегнат ли е гърбът ви, усещате ли умора в ръцете. Движете се върху стола, променяйте позата си, свивайте и отпускате пръстите си, вдигайте раменете. По този начин ще активизирате кръвотока в гръбначните артерии, ще стимулирате работата на нервните възли, разположени зад тила, ще разтоварите гръбнака, ще премахнете напрежението от мускулите. Опитвайте се да седите максимално изправени, не навеждайте ниско глава, не протягайте шия към компютъра. [4]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Можем да обобщим, че всеки от нас има специфична походка, строго определени характерни за тялото си пози при седнало положение. Този комплекс от навици се нарича **двигателен стереотип**. В цялостната организация на този стереотип е абсолютно необходимо да се следва линията на протекция, лечение и постоянна грижа за поддържане здравословното състояние на гръбначния стълб като базисна структура в човешкия организъм. Повечето хора имат едно или друго отклонение в правилната стойка. Тя може да се коригира чрез дейности с подходяща техника на трениране, които подобряват положението на тялото. Всичко е въпрос на добър подход и лична мотивация.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Лангова, М. и колектив Правилната стойка е в наши ръце!, С. 1999

[2] Obadia, Човешкото тяло – енциклопедия, Р.ICON-2006

[3] [http://www.dr-](http://www.dr-uzunova.com/index.php?option=com_content&task=view&id=38&Itemid=52)

[uzunova.com/index.php?option=com_content&task=view&id=38&Itemid=52](http://www.dr-uzunova.com/index.php?option=com_content&task=view&id=38&Itemid=52)

[4] <http://www.spine-center.bg/spine-school/healthy-life/>

За контакти:

Таня Стамова Милева- специалност рехабилитатор, Медицински колеж при Университет „Проф. д-р Асен Златаров” Бургас
г.л. ас. Златина Стоянова-Борисова - Медицински колеж при Университет „Проф. д-р Асен Златаров” Бургас

Проучване на физическата активност при прицелна социална група възрастни хора в домашна среда

Автори: Диляна Димова, Георги Колев

Научни ръководители: гл. ас. д-р Д.Ставрев, ас. С. Филкова

One of the most effective and natural physiological means applied with success in adults and older people is kinesiotherapy. An important part of caring for the elderly is to restore and maintain their physical condition after an illness, and effective prevention of recurrences. Our study shows that the seniors from the targeted social group have reduced physical activity. Improving the quality of life with the methods of rehabilitation and kinesiotherapy in this segment of society requires application of rigorous and strict analysis of the needs and health of those in need.

Key words: elderly people; physical activity; kinesiotherapy

ВЪВЕДЕНИЕ

Социалните и демографските проучвания от последните десетилетия разкриват значителни промени във възрастовата структура на населението в развитите страни. Съществено се увеличава относителният дял на възрастните и старите хора. Научните прогнози сочат задълбочаване на този процес. Тази подчертана тенденция е валидна и за нашата страна – България.[2]

През 2011 г. в резултат на по-големия брой умиряния отколкото раждания, а също и на външната миграция населението на България продължава да намалява.

Населението на Варненска област е разположено в 12 общини, 10 града и 149 села с общ брой към 31.12.2011г. – 474344 жители. Общините във Варненска област са разположени на територия от 3 834 кв.км, която представлява 3.5% от територията на страната. Най-голяма е територията на общините Провадия (517.8 кв.км), Долни чифлик (487.1 кв.км), Вълчи дол (472.4 кв.км), Аксаково (472.2 кв.км), и Дългопол (441 кв.км), а най-малка — на общините Белослав (93.1 кв.км) и Бяла (161.6 кв.км).[4]

В сравнение с предходната година броят на населението на област Варна се е увеличил с 9 244 жители. Това се дължи основно на увеличението на населението на някои общини (Таблица 1):

Табл.1 Брой жители в три от общините на област Варна

Населено място	2010 г.	2011 г.
Варна	330 001 жители	343 643 жители
Долни чифлик	19 141 жители	19 292 жители
Дългопол	14 204 жители	14 248 жители

Табл.2 Разпределение на населението по вид селища в област Варна

област Варна	2010 г.	2011 г.
в селата	84 671 жители	77 649 жители
в градовете	380 429 жители	396 695 жители

Тенденцията за урбанизация на населението и през 2011 г. се запазва, както и по-високата ѝ стойност в сравнение с тази за страната (Таблица 2). [2]

Тенденциите в демографското развитие на област Варна продължават да са положителни. Като брой население област Варна е на трето място в страната. Запазва се и тенденцията раждаемостта да е над средната за страната, а смъртността да е под средната и да има положителен механичен прираст. Градското население на област Варна наброява 396 695 или 83.6 % от населението на областта, а в селата живеят 77 649 души. Регистрираното съотношение между

мъжете и жените в областта е 48,94 към 51,06. И през 2011 година област Варна е запазила третото си място в страната по брой на населението.[2,4]

Стратегическа цел на националната здравна политика е подобряване на здравето на населението. Измерители на здравето на нацията са демографските процеси, заболяемостта, факторите на риска за здравето. Промените във възрастовата структура на населението оказват съществено влияние върху показателите на обществено здраве, особено върху общите коефициенти на раждаемост, смъртност и болестност и в крайна сметка върху здравните потребности на населението. [3,4,5] Проблемите със застаряването на населението в България са изключително остри и социално значими. Основание за подобна оценка дава обстоятелството, че днешната възрастова структура ще определя възпроизводството на населението и на работната сила през следващите десетилетия. Нарастващият брой и дял на възрастните хора (на 65+г.), както и на тези с хронични заболявания и с различна степен на инвалидност, поставя сериозни предизвикателства пред социално-осигурителната ни система.[1,3]

Цел: Целта на настоящия доклад е да се проучи двигателната активност на целевата група, определена въз основа на контекста на възрастовата структура, и да се изработи алгоритъм за оценка на състоянието на бенефициентите и необходимостта от рехабилитационни и кинезитерапевтични мероприятия и относително стандартизиране на подходите при определянето им.

Материал и методи:

1. Документален метод.
2. Анкета и персонално изследване на прицелната група.
3. Статистическа обработка и анализ на резултатите.

Изследването е проведено в периода от 20 април 2013 г. до 14 май 2013 г. Приложените методи в проучването са: пряка анонимна анкета, анализ на литературни източници, документален метод, сравнителен анализ със съпоставими проучвания. Данните са обработени чрез статистически и графичен анализ. Анкетното проучване е проведено в дома на бенефициентите с помощта на служителите на ЦДГ при ОС на БЧК. За целта те преминаха първоначално беседа. В процеса на набиране на анкетната информация се прецизираха всички особености, възникнали при работа с бенефициентите.

Анкетирани са 12 бенефициенти, ползващи услугите на „Център Домашни грижи” към ОС на БЧК-Варна. Това са 17.6% от всички, ползващи услугата. В анкетното проучване сме включили бенефициенти, които са в разнообразно здравословно състояние. [4]

Резултати от проведената анкета:

Средната възраст на анкетираните бенефициенти е 76.9 години. Общият брой на всички бенефициенти е 68, от които 8 мъже, представляващи 11.8%.

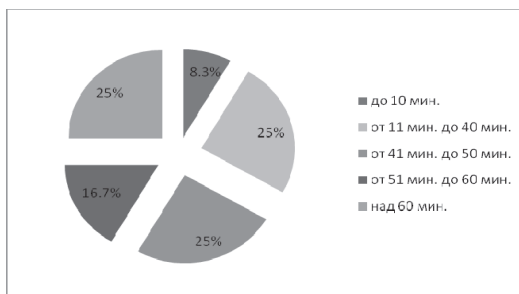
Заболяванията на бенефициентите могат да бъдат обхванати в следните 3 групи:

- **заболявания на опорно-двигателния апарат** - фрактури на кости; ставни дегенеративни заболявания (гонартроза, коксартроза); остеопороза и остеопения; проблеми, възникнали след направена алопластика.
- **заболявания на сърдечно-съдовата система** - хипертония, исхемична болест на сърцето, миокарден инфаркт.
- **други заболявания** - мозъчен инсулт, есенциален тремор, дискова херния, язва на стомаха, болест на Паркинсон, онкологични заболявания (рак на гърдата), пиелонефрит.[3,5]

Необходимо и важно е да се отбележи, че всички анкетираните са с повече от едно заболяване, което е в напреднал стадий, хронично е и има дълготрайно многогодишно протичане.

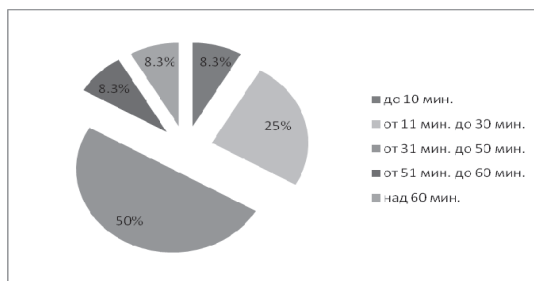
Отчитайки спецификата на възрастовата група и свързаните с това заболявания и емоционално състояние, ние решихме да приложим ограничен брой въпроси с цел да не натоварваме психически анкетираните. Отговорите на бенефициентите съответстваха на тяхната обща физическа кондиция и на спецификата на заболяванията им.

Отговорите на въпроса *"През последните 7 дни, колко минути дневно извършвахте физическа дейност?"* са следните: 8.3% са отговорили - до 10 мин., 25% - от 11 мин. до 40 мин., 25% - от 41 мин. до 50 мин., 16.7% - от 51 мин. до 60 мин., 25% - над 60 мин. дневно физическа дейност, като под "физическа дейност" ние разбираме дейности от ежедневието и домакински дейности. Разнообразието на отговорите се обуславя от различната степен на подвижност на анкетираните (Графика 1).



Графика 1

На въпроса *"Колко минути дневно извършвахте физическа активност в изправено положение?"* анкетираните бенефициенти отговориха по следния начин: 8.3% - до 10 мин., 25% - от 11 мин. до 30 мин., 50% - от 31 мин. до 50 мин., 8.3% - от 51 мин. до 60 мин., и 8.3% - над 60 мин (Графика 2).



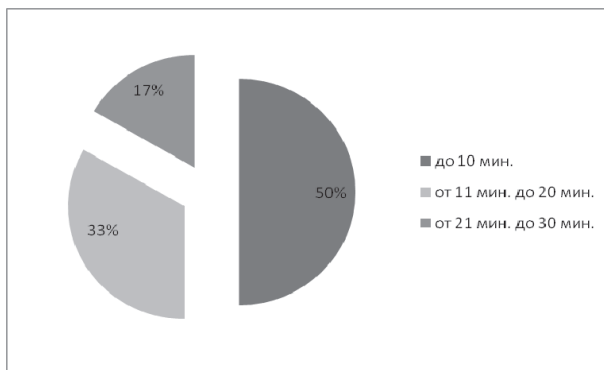
Графика 2

На следващия въпрос от нашата анкета *"Колко минути дневно ходихте пеша през последните 7 дни?"* цели 50% от анкетираните са дали отговор до 10 мин., други 33% са отговорили от 11 мин. до 20 мин., и само 17% - между 21 мин. и 30 мин (Графика 3). Всичко това показва значителна степен на занижена двигателна активност на нашите бенефициенти. Това се потвърждава и като сравним получените отговори с препоръките за физическа активност, направени от

Американският колеж по спортна медицина и центровете за контрол и превенция на заболяванията, които са 30 мин. или повече физическа дейност с умерена интензивност- всеки ден от седмицата. И 150 мин. умерена физическа активност седмично.[5]

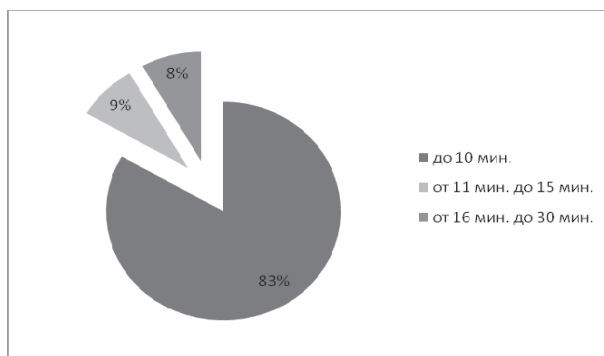
Физическа активност с умерена интензивност е тази която предизвиква:

- повишаване на пулса;
- създава усещане за загряване и предизвиква леко задъхване (напр. бързо ходене);
- засилва обмяната на веществата над 4 пъти в сравнение с обмяната в покой.[5]



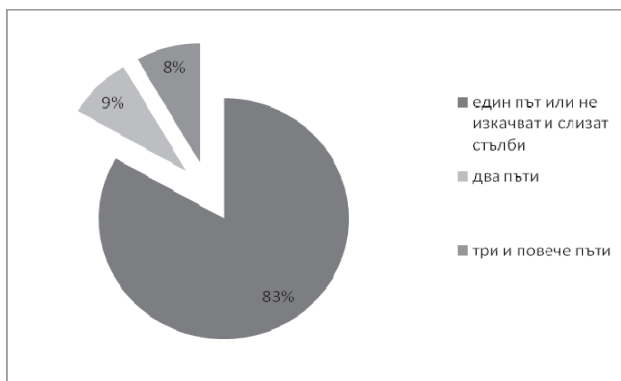
Графика 3

На въпроса "Колко минути дневно извършвахте физическа дейност в присъствието на социален работник?" отново цели 83% са отговорили до 10 мин. Тук отново виждаме една съществено понижена двигателна активност (Графика 4).



Графика 4

Последния въпрос от нашата анкета е "През последните 7 дни колко често се налага да слизате или изкачвате стълби?". Тук ние получихме следните отговори: както и по-горе една значителна част от анкетираните - 83% не изкачват или слизат стълби или го правят по един път на ден (Графика 5).



Графика 5

Прави впечатление, че анкетираните са доста разнородни по отношение на двигателната им активност. Докато едни са със значително запазена и поддържана физическа активност, то други са значително двигателно ограничени, което оказва влияние и върху отговорите на задаваните от нас въпроси - намалената двигателна активност засяга негативно всички аспекти на бенефициентите.

Тъй като все повече лица живеят по-дълго, е наложително да се определи степента и механизмите, по които подходящо дозирани упражнения и физическа активност могат да подобрят здравето, функционалния капацитет, качеството на живот и независимостта при тази популация. Стареенето е сложен процес, включващ много променливи (например, генетика, начина на живот фактори, хронични заболявания), които взаимодействат един с друг и значително влияят върху начина, по който хората остаряват. Редовната физическа активност предизвиква редица благоприятни промени в организма, които допринасят за остаряването в добро здраве. [5] Физическата активност може да повлияе процеса на стареене. Въпреки, че размера на физическата активност не може да спре процеса на биологично стареене, има доказателства, че редовните упражнения могат да сведат до минимум физиологични ефекти на заседналият начин на живот и увеличаване на активната продължителност на живота чрез ограничаване на развитието и прогресирането на хронични заболявания. Има и нови доказателства за значителни психологически и когнитивни ползи от редовните упражнения на възрастните хора. В идеалния случай, двигателната рецепта за възрастни хора трябва да включва аеробни упражнения, упражнения за укрепване на мускулите, както и упражнения за гъвкавост. По-възрастните хора трябва да се ангажират в редовна физическа активност и да се избегне неактивен начин на живот.[5] Ниската двигателна активност увеличава риска от възникване на сърдечно – съдови заболявания (артериална хипертония, исхемична болест на сърцето, мозъчно – съдова болест), диабет, затлъстяване и др.[5]

При възрастни хора със здравословни проблеми трудно може да се определи препоръчителна доза физическа активност, но те трябва да бъдат физически активни според техните възможности.

Практикувана редовно физическата активност е най-ефективния и най-комфортен метод за извличане на ползи за здравето.[5]

На базата на направеното изследване на физическата активност на бенефициентите, ние изготвихме и включихме утринна хигиенна гимнастика в дневния им режим. При избора на различните упражнения ние се ръководихме от индивидуалното физическо състояние на анкетираните, както и от спецификата на

техните заболявания. Всички бенефициенти бяха благотворно повлияни от утринната хигиенна гимнастика, като субективно изказваха чувство на повишаване на общия жизнен тонус и по-добро справяне с ежедневните битови дейности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Важна част от грижите за лицата в напреднала възраст е възстановяването и поддържането на тяхното физическо състояние след заболяване, а също и ефикасната профилактика на рецидивите. Едно от най-ефективните и естествени физиологични средства, които се прилагат с успех при възрастните и старите хора, е лечебната физкултура.[1,3]

Нашето изследване показва, че възрастните хора от прицелната група са със занижена двигателна активност. В допълнение групата се оказва изключително разнородна по изследваните показатели без това да има ясна корелация със заболяванията. За повишаване качеството на живота с методите на рехабилитацията и кинезитерапията в този сегмент на обществото е необходимо прилагане на стриктен анализ на потребностите и здравния статус на нуждаещите се. Необходим е индивидуален подход към всеки един случай.[3]

ЛИТЕРАТУРА

[1] Венова, Л. Лечебна физкултура при вътрешни болести и в гериатрията, София 1991 г.

[2] Иванова, Е., Т. Милкова, Д. Ставрев, Проучване нуждата и възможностите от кинезитерапия в дома на прицелна група възрастни със затруднено придвижване, Известия на съюза на учените – Варна, 1`2010, XV, 38-40.

[3] Петков, И. , Наръчник по лечебна физкултура за възрастни, София 1982 г.

[4] Стамова, Кр., Костадинова, Т., Петрова, Г., Ставрев, Д., „Център за домашни грижи” към ОС на БЧК-Варна – Шанс за по-добро качество на живот сред възрастните, хронично болни и хора с трайно увредено здраве, 2012 г.

[5] Woftek J. Chodzko-Zajko. Physical activity for older adults, Medicine & Science in Sports & Exercise, 2009.

За контакти:

Диляна Иванова Димова - Медицински университет – Медицински колеж Варна,
телефон: 0897588158, e-mail: diilll@abv.bg

Георги Ангелов Колев - Медицински университет – Медицински колеж Варна
Гл. ас. д-р Димитър Ставрев - Медицински университет - Варна

Ас. Силвия Филкова - Медицински университет – Варна, Медицински колеж.

Раждане при момичета под 18 г. (Адолесцентна бременност)

Автор: Айлин Актан Басри

Научен ръководител: гл. ас. д-р Иваницка Сербезова

Summary: *The woman starts to become pregnant after starting to ovulate. Ovulation occurs as the culmination of the exact line of DPPI between the brain, pituitary and ovaries. Young girls who become pregnant before the age of 16 receive an average menarche at 11.7 years compared with those girls who became pregnant between the ages of 19-25 years of age, at which menarche occurs at age 13.*

Keywords: *birth, teenager, pregnancy*

ВЪВЕДЕНИЕ

Рискното сексуално поведение при подрастващите се свързва с ранната изява на полов живот, случайни сексуални партньори, липса или инцидентна употреба на предпазни средства. Един от многото негативни ефекти е появата на ранна, често нежелана бременност. Тя крие рискове както за организма на бременната девойка, така и плода. Често това е недооценено от младите хора и води до аборти, проблеми с износването на следващи бременности, психологически травми, нарушено социално функциониране.

Целта на това изследване е да запознае младите хора с особеностите и рисковете на ранната бременност

ИЗЛОЖЕНИЕ

Адолесценството е период, в който се наблюдават хормонални, физиологични и психични промени в живота на момичето. Тези промени свързват два периода от нейния живот - детството и зрелостта.

Жената започва да забременява, когато започне да овулира в следствие на функциониране на хипоталамо – хипофизарно – яйчниковата ос.

За тази група момичета, които забременяват в незряла възраст няма определен термин и най-разпространи са: „бременност при teenagers” и адолесцентна бременност. Забременяването в тази възраст най-често се дължи на ускорен пубертет при полово незрели момичета. Много често бременността в тази възраст е нежелана. Различават се няколко относително отдеференцирани стадия:

➤ Стадий на ранното адолесцентство (11-14 години): Момичетата в тази възраст са склонни да укрят бременността си и не могат да вземат самостоятелно решение за прекъсването ѝ.

➤ Стадий на средното адолесцентство (15-17 години): Тези момичета са с рисково поведение, доказвайки своята независимост от родителите. Една част от момичетата приемат бременността, а друга смятат, че е пречка незавършеното им развитие.

➤ Стадий на късното адолесцентство (18-20 години): Някои девойки в тази възраст забременяват тенденциозно, за да предизвикат или ускорят годежа си и да задоволят сексуалните си нужди.

Физическо развитие :

Физическото развитие на момичетата се засилва след 10-та година и завършва на 18 годишна възраст. През този период на развитие една бременност би повлияла неблагоприятно на физическото развитие на момичето.

Растежът на таза е по-забавен, от колкото растежа на височината. Уголемяването на тазовия канал продължава до по-късно. Това може да е причина, която може да доведе до проблем по време на раждането. Критична в това отношение е възрастта между 14-15 годишна възраст – тазовите размери са на

границата между нормални и намалени. След 16 годишна възраст тазът на момичето е развит и проблемите от този характер по време на раждане изчезват.

Бременността в този период ускорява физическото и половото съзряване.

Диагноза на бременността:

Диагноза на бременност по време на пубертет се изгражда трудно поради това, че младите девойки са склонни да скрият бременността. При полово активните момичета **анамнезата** изисква насоченост към евентуална бременност.

Основни **клинични симптоми** в 4-8г.с. :

- Потъмняване на ареолите;
- Уголемяване на гърдите с повишена чувствителност;

Други методи за диагноза бременност са **тестовете за бременност** и

ултразвуковото изследване.

В диференциално-диагностично отношение трябва да се имат в предвид:

- Аномалии на матката;
- Тумор в бъбрека;
- Затлъстяване (честа причина за аменорея);
- Извънматочна бременност.

В хода на протичане на бременността са възможни следните усложнения:

• Извънматочна бременност - диагнозата се поставя по трудно при момичета под 18 години поради нередовен менструален цикъл.

• Недоизносване на бременността - доказано е , че младата възраст сама по себе си не предразполага, нито предизвиква недоизносване на бременността. Причини за недоизносване на плода са условията и средата, в която се намира непълнолетното момиче. При тези момичета честотата на вродените малформации на плода е по-голяма като най-често срещани аномалии са: дефекти на невралната тръба, spina bifida и др.

Майчини рискови фактори:

При адолесцентната бременност често срещани усложнения са:

➤ Хипертония: При младите момичета хипертонията съчетана с ЕРН гестоза е по честа от колкото при бременност при една зряла жена.

➤ Анемия: Наблюдава се два пъти по-често при момичетата забременели в ранна възраст.

➤ Кръвотечения през третия триместър: Те са по-чести при младите бременни.

➤ Инфекции на отделителната и др. системи

➤ Заплашващо преждевременно или преждевременно раждане: Приема се за основно усложнение при бременните в тази възраст.

Рискови фактори за новороденото:

Новородените на младите майки се разглеждат като контингент с повишен риск. Децата родени с по ниско тегло, на хипотрофичните и на тези с генитални аномалии са по-често срещани при майки в млада възраст. По време на развитието се наблюдават физически и умствени отклонения като епилепсия, детска церебрална парализа. Те са с повишен риск от синдрома на внезапната смърт.

Протичане и начин на раждането:

Протичането на раждането на момичета под 18 години не се различава от раждането на жени над тази възраст. Тези момичет получават същите акушерски грижи, освен ако няма друг рисков фактор.

Относно раждането, младите момичета на възраст под 18 години раждат два пъти по-рядко чрез цезарово сечение отколкото жени над 18 годишна възраст. Предпочитан начин на раждане при тях е нормалното раждане. Това доказва, че тазът на тези момичета не е толкова малък и недоразвит и отговаря на изискванията за нормално раждане.

При момичета под 18 години е възможно да има усложнения по време на раждането като :

- Руптура на матката
- Пелвио-фетална диспропорция
- Слабост на родилната дейност

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В резултат на подобрените условия на живот, на акселерацията, на медицината и на медицинските грижи рисковата възраст по отношение на бременност и раждане значително е спаднала. Въпреки подобрената прогноза не е преподъчително момичета под 16 годишна възраст да забременяват и раждат. Определена роля за намаляване на честотата на ражданията и абортите при млади момичета има проблемът свързан със сексуалното възпитание. Темата предизвиква неудобство и за много от децата е трудно да разговарят с възрастните /родители, учители/. Някои от бариерите, които подрастващите издигат, затрудняват изграждането на точна преценка за риска. Ние смятаме, че комуникацията с родителите, с медицинските работници в училищата, с учителите трябва да бъде насърчавана и възпитавана у подрастващото поколение. Комуникацията във връзка със сексуалното и здравно образование е релативно свързана с отлагането на сексуалната активност, увеличаване на контрола върху бременността и намаляване на раждания и аборти при момичета в адолесцентна възраст.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Кацулов, А. Клинично Акушерство, София, изд. „Венел“ ООД 1998г.
- [2] Хаджиев, Ал.; Яръков, Ал.; Василев, В. (ред) Акушерство, София, изд. МИ „Арсо“, 1998г
- [3] <http://www.blackpantera.ru/detskajaginekologija/14800/>

За контакти:

Айлин Актан Басри, Русенски университет, катедра Здравни грижи, e-mail: shonichka_92@abv.bg

Гл. ас. д-р Иваничка Сербезова, Русенски университет, катедра Здравни грижи, e-mail: iserbezova@uni-ruse.bg

Анаболни стероиди: Негативно въздействие

Автор: Мария Миланова

Anabolic steroids: Negative impact: *This paper introduces the students, especially boys, to the negative impact of the anabolic steroids used by many of their peers. Strongly affected by the "great heroes" from their favorite movies and the bodybuilders showing their great muscles off, they want to be like them. They say they'd pay anything for it. But maybe they don't know what the price is... Maybe there's a reason to be afraid...*

Key words: Health Issues, Anabolic Steroids, Negative impact.

ВЪВЕДЕНИЕ

През 1939^{-та} година Адолф Бутенант получава Нобелова награда по Химия <<за работата му върху половите хормони>>. Хитлер не му позволява да получи наградата си. Но проучванията продължават и на Олимпийските игри през 1976^{-та} година източногерманските атлети печелят 40 златни медала, включително 11 при плуване-жени. Двадесет години по-късно се установява, че са използвали анаболни стероиди.

През 1988^{-ма} година Бен Джонсън – канадски спринтьор, печели златото на 100 метра бягане като „чупи“ световния рекорд (пробягва ги за 9,79s). Тест на урината обяснява как.^[1]

Струва ни се, че не е нищо особено – просто хапчета за мускули. Но от време на време по телевизията казват, за момче, което умира в някоя болница. Просто така. Или гледаме видео материал, показващ изключително добре изглеждащ мъж, който някак изведнъж пада на земята и умира. Какво се е случило с тях и застрашени ли сме ние, нашите братя и синове? Живеем във време и място, където не е трудно да намериш каквото търсиш. Дори и то да те убива. Затова е важно да се говори. Истината. Да запознаем всички с вредното действие на веществата, накратко наричани „анаболи“. След това изборът е личен.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Какво представляват?

Анаболните стероиди са химически синтезирани мъжки полови хормони или техни производни. Интересен факт е, че са квалифицирани като наркотици наред с хероина, морфина, амфетамините, метаамфетамините, кокаина и други.

Най-често бърканите класове стероиди са кортикостероидите и анаболните стероиди. И двете групи се използват в медицината. Първите се съдържат в огромна част от лекарствата – от лекове за артрит до медикаментите за астма. Вторите се предписват при мускулна атрофия, анемия, закъснял пубертет и недостатъчен растеж. Ще разгледаме по-подробно влиянието на анаболните стероиди.

Начин на действие

При тежка тренировка се нарушава структурата на мускулните влакна – получават се микроразкъсвания. Организмът по естествен път възстановява влакната като „закърпва“ увредените участъци. Резултатът: по-голям и по-здрав мускул. Нормално този процес отнема около 48 часа. Стероидите го ускоряват двойно (~24 часа), което позволява по-чести и по-дълги следващи тренировки.

По неизвестни причини, при усилените тренировки нивата на тестостерон спадат рязко. Отделят се глюкокортикоиди, които имат катаболично действие и дори водят до разграждане на мускулна тъкан. Стероидите ги блокират.^[1]

Приложение

Принципно се изписва физиологична доза. Когато целта е повече издръжливост между тренировките се използва тя. Когато е необходима по-голяма сила (например при спринтьорите), се взема двойно повече. Но за постоянен мускулен растеж се изисква много повече. В проучванията има данни за хора, които вземат 100 пъти физиологичната доза. По този начин мускулите се развиват много по-бързо, но цената е висока.

Странични ефекти: Историята

Най-леките странични ефекти при мъжете са акне и гинекомастия, а при жените – мъжко оплешивяване, лицево окосмяване, необратимо удебеляване на гласа.^[5] Но това са най-леките.

През 1991^{-ба} година бившият американски футболист (NFL) Лайл Алзедо съобщава, че умира от рак на мозъка, като за състоянието си обвинява стероидите.^[2] „Започнах да ги вземам през 1969^{-та} и никога не спрях. Беше пристрастяващо. Сега съм болен и съм изплашен. 90% от атлетите, които познавам ги вземат. Не сме родени, за да станем 140 кг. или да скочим 9,10 м. Но през цялото време вземах стероиди. Знаех, че ми помагат да играя по-добре. Станах сприхав на полето и извън него. Направих неща, които само лудите правят. Веднъж един човек странично одра колата ми и го пребих. А погледнете ме сега – нямам коса, залитам, докато ходя и трябва някой да ме държи. Все по-трудно помня. Последното ми желание? Никои, никога да не умре по този начин.“^[3]

Странични ефекти: Видове

1) Roid Rage – стероиден бяс

По официални данни се наблюдава при поне 30% от изследваните. На 24^{-ти} юни 2007^{-ма} година Крис Беноа, професионален борец, извършва двойно убийство и самоубийство. Жертвите са собственото му семейство – син и съпруга. Дори водещи имена в света на борбата признават, че случаят е резултат от стероидния бяс.^[4]

2) Канцерогенни ефекти

Някои от стероидите, които се приемат перорално, са свързани с ракови образувания на черния дроб, други причиняват образуване на кисти по същия орган, които се пълнят с кръв и спуквайки се, могат да доведат да сериозен вътрешен кръвоизлив. Други водят до формиране на тумори в бъбреците, те губят способността си да филтрират кръвта и в организма се натрупват токсини, задържат се течности, повишава се кръвното налягане и може да се стигне дори до бъбречна недостатъчност.

3) Промени в нивата на холестерола

Често чуваме да се говори за „добър“ (HDL) и „лош“ (LDL) холестерол. Според учените високи нива на HDL-холестерола предпазват от инфаркт, а по-ниски нива повишават риска от заболявания на CCC. От друга страна, повече LDL-холестерол в кръвта малко по малко запушва големи артерии, които снабдяват важни органи като мозъка и сърцето.^[7]

При употреба на анаболически стероиди има рязко покачване на нивото на LDL-холестерола, което значително повишава риска от инфаркт.^[6] Освен това води до значително натрупване на плака по съдовите стени, което в последствие може да стане и причина за емболия.

През 2006^{-та} година д-р Лари Сентора (Lawrence Santora) публикува първото проучване по наблюдение върху действието на стероидите върху CCC – „Голяма част имаха значително количество плака в много ранна възраст, началото на 30-те. Човек би очаквал този тип натрупване при хора на 70-80 години. За да стигнат до това ниво на мускулна маса, те приемат стероиди в продължение на няколко години и тогава си проличават негативните ефекти. А професионалистите го правят от 10,

12, дори 15 години. И вместо да починат на 70-80 години, се почва от 40. Между 30 и 50.”

4) Историята на Мистър Вселена – Стив Михалик

Професионалният културист Стив Михалик започва да взема стероиди през 1975^{-та} година подготвяйки се за участието си в „Мистър Вселена”. Печели това и други състезания – Mr. USA, Mr. America.^[9]

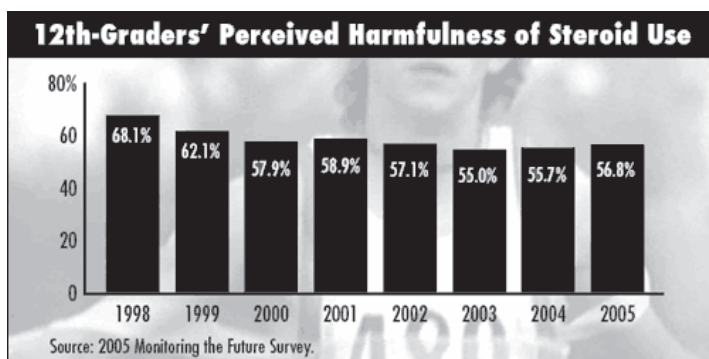
В продължение на 10 години. Сега казва: „Пиех ги със шепа, но... нали знаеш... Всичко, което се издига, в крайна сметка пада с гръм и трясък. Накрая колабирах на сцената. Когато отидох в болницата, се оказа че в черния ми дроб има два тумора с размер на грейпфрут. Един по един всичките ми органи отказваха, малко по малко всичките ми артерии за запушваха. Почти никаква кръв не стигаше до сърцето ми. Когато ме отвориха, лекарят каза, че е виждал повече кръв в мъртвец, отколкото в мен, както си бях жив. Моята група културисти от 80-те сега започват – операции на сърцето, смяна на клапи. Имат проблеми с черния дроб, с бъбреците... инфаркти... умират! Просто се случва. Никой от нас не е пушил, никой не е пил алкохол, бяхме на безупречна диета. Упражнявахме се, правихме и тренировки за сърцето. Следвахме всеки природен закон, всяко правило, за да сме живи и здрави. Но вземахме всеки природен закон, всяко правило, за да сме живи и здрави. Но вземахме стероиди. Това е разликата. Само една променлива... само една при всички нас.”

Стив Михалик почина миналата година.^[8]

5) Трудности при отказване

Според статистиката, когато приемът спре, 4% правят опит за самоубийство. За да се преодолее психичния шок, се започва с намаляване на дозата, като постепенно приемът се преустановява.

6) Процент на 17-годишни момчета, които вече са усетили вредните ефекти на анаболните стероиди (проучване в САЩ)^[10]



Фиг. 1: 17-годишни, усетили вредния ефект на стероидите

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Посочените професионални мнения, фактологични данни и известни примери, позволяват да се направят следните изводи:

- 1) Приемът на анаболни стероиди до голяма степен прилича на приема на наркотични вещества
- 2) Причиненият хормонален дисбаланс силно влияе на организма и нанася вреди
- 3) Голяма част от употребяващите анаболни стероиди вече усещат вредните им въздействия

- 4) Анаболните стероиди са реална заплаха за човешкото здраве

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Филм на National Geographic: Steroids
[2] http://en.wikipedia.org/wiki/Lyle_Alzado#Steroid_use_and_death
[3] http://www.usefultivia.com/celebrity_trivia/sports_celebrity_trivia_008a.html
[4] <http://wrestlingtruth.com/wrestling-columns/80-the-benoit-family-tragedy-the-facts-07302007/>
[5] http://www.fitness-bg.com/%D4%E8%F2%ED%E5%F1/%CC%E5%E4%E8%EA%E0%EC%E5%ED%F2%E8/%D1%F2%E5%F0%EE%E8%E4%E8._%D1%F2%F0%E0%ED%E8%F7%ED%E8_%E5%F4%E5%EA%F2%E8_-_%C3%E8%ED%E5%EA%E8%EE%EC%E0%F1%F2%E8%FF_20070101114/
[6] <http://www.steroidology.com/forum/anabolic-steroid-forum/142626-steroids-cholesterol.html>
[7] http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/Cholesterol/AboutCholesterol/Good-vs-Bad-Cholesterol_UCM_305561_Article.jsp
[8] <http://www.bodybuilding.com/fun/death-was-his-only-release-steve-michalik-tribute.html>
[9] <http://www.imdb.com/name/nm0584642/awards>
[10] <http://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/anabolic-steroid-abuse/what-are-anabolic-steroids>

За контакти:

Мария Юлианова Миланова, Русенски университет „Ангел Кънчев”,
Специалност „Медицинска сестра”, e-mail: maria_milanova@yahoo.com

Специални сестрински и акушерски грижи при бременни със захарен диабет

Автор: Атидже Дурхан

Научен ръководител: гл. ас. д-р Иваницка Сербезова

Diabetes mellitus is a chronic metabolic disease which is characterized by high blood glucose level, whose high levels in the blood are obtained due to lack of the hormone insulin production. It is of two types- insulin-dependent diabetes mellitus and non insulin-dependent diabetes mellitus. Moreover, during the pregnancy might occur gestational diabetes which disappears after birth. Obstetrician, endocrinologist and neonatologist are those people who care for pregnant women with gestational diabetes, as the main treatment are insulin therapy and rational nutrition.

Key words: insulin, diabetes mellitus, insulin-dependent, non insulin-dependent, gestational diabetes, special care, treatment.

ВЪВЕДЕНИЕ

Инсулинът представлява хормон, синтезиращ и секретиращ се от бета клетките на Лангерхансовите острови на задстомашната жлеза (панкреаса), като физиологичното му действие е да регулира въглехидратната обмяна [1]. Откривателят на инсулина е канадецът Фредерик Бантинг през 1924г [2]. Захарния диабет представлява хронично и метаболитно заболяване, което се характеризира с висока кръвна захар – глюкоза, чиито високи стойности в кръвта се получават в следствие на липсващо производство на хормона инсулин. Освен това захарния диабет е доживотно заболяване, което предизвиква увреждане на кръвоносните съдове и нервната система [3].

ИЗЛОЖЕНИЕ

У здравия човек нивото на глюкозата в кръвта (кръвната захар) се регулира от хормона инсулин и нормалните стойности на кръвната захар се определят като „нормогликемия“, а съответно по-високите или по-ниските като „хипергликемия“ и „хипогликемия“. При болни от диабет след покачване на кръвна захар (след нахранване), панкреасът не отделя инсулин. В резултат на това нивото на кръвната захар се покачва, но същевременно с това клетките страдат от „глад“ за енергия и са принудени да намират други енергийни източници. Високата кръвна захар преминава в урината и се отделя с нея, както и високата концентрация на глюкозата в кръвта „изтегля“ от клетките течностите и това води до обезводняване на тъканите. Всичко това променя обмяната на веществата в клетките и по този начин предизвиква увреждания на тъканите и органите в тялото на човешкия организъм. Захарния диабет се изразява в два основни типа:

❖ **Тип I инсулинозависим** – това е автоимунно заболяване при него имунната система атакува и разрушава бета клетките на панкреаса, произвеждащи инсулин. Поради това панкреасът не произвежда инсулин или произвежда недостатъчно количество и за това човек с диабет тип I трябва ежедневно да приема инсулин, за да може да живее. Симптомите могат да включват по силна жажда и по-често уриниране, постоянен глад, загуба на тегло и силна умора. Ако състоянието не е диагностицирано навреме и не се провежда лечение с инсулин, човек с диабет тип I може да изпадне в животозастрашаваща диабетна кома, наречена още диабетна кетоацидоза.

❖ **Тип II инсулинонезависим** – това е широко разпространена болест, чиято форма често се свързва в напреднала възраст, затлъстяване, наследствен и гестационен диабет, както и обездвижване. При този тип диабет панкреасът отделя инсулин, но секрецията му е неадекватна на нужните клетки на организма. Това

състояние при което клетките са нечувствителни на инсулин се нарича инсулинова резистентност. Инсулинът не успява да вкара глюкозата от кръвта в клетките на мускулите, черния дроб, мастната тъкан и кръвната захар остава висока. [3]

Освен това нарушението във въглехидратната обмяна, възникнало за прави път през настоящата бременност се нарича Гестационен захарен диабет. За разлика от другите форми на болестта гестационния диабет е временен и обикновено се премахва след раждането [4].

❖ Причини за гестационния диабет

По време на бременността въглехидратния метаболизъм се променя значително и повишеното отделяне на естрогени и прогестерон в периода до 20 г. с. се предизвиква в хиперплазия на бета клетките на панкреаса. Също така се повишава образуването на инсулин и чувствителността на тъканите към инсулин става по голяма. През втората половина на бременността настъпват противоположни промени – диabetогенно състояние вследствие на повишено образуване на контраинсуларни хормони (хормони с противоположно действие на инсулина) глюкагон, пролактин и човешки хориален соматотропин и всичко това води до повишаване на инсулиновата резистентност. Симптомите на захарния диабет, развиващ се по време на бременност са:

- Полиурия - често уриниране – при надхвърляне на бъбречния праг за глюкоза (около 10 mmol/l), кръвната захар започва да се отделя с урината, заедно с голямо количество вода от организма;

- Полидипсия – повишена жажда, за да компенсира повишеното отделяне на вода с урината, организмът извлича вътреклетъчна вода в кръвта, предизвиква обезводняване и се появява усещане за жажда;

- Полифагия - повишен апетит, по-силно изразен при 2 тип диабет, където високото ниво на инсулин стимулира чувството на глад. Недостатъчната енергия, която достига до клетките, поради намалената инсулинова чувствителност, кара организма да набави повече енергия под нормата на глюкоза от поеманата храна.

- умора;
- загуба на тегло или напълняване;
- трудно зарастващи рани;
- променено умствено-психично състояние - напрегнатост, необяснима раздразнителност.

❖ Влияние на диабета върху бременността:

Гестационния диабет влияе върху майчиния организъм по следния начин:

- По – често прееклампсията;
- Склонност към развитие на инфекции на пикочно-отделителната система;
- Нурегemesis gravidarum (гадене и повръщане по време на бременност);

Влиянието на гестационния диабет върху плода:

- Вродени малформации на плода;
- Синдром на каудална атрофия;
- Опасност от интраутеринна смърт на плода, в резултат на плацентарна недостатъчност;
- Перинатална детска смъртност;
- Макрозомията на плода, която е резултат от влиянието на хипергликемията на майката, която стимулира панкреаса на плода да произвежда повече инсулин. Феталната хиперинсулинемия предизвиква макрозомията;
- Хидрамнион;
- Главата на плода е относително по-малка от раменния пояс и по време на раждане, се създава раменна дистокция, след раждане на главата.[4]

❖ **Специални грижи при бременни с диабет** - бременните с диабет се наблюдават в специализирани центрове и грижите за тях се осъществяват от диabetолог, акушер-гинеколог и неонатолог. Бременността протича нормално ако стойностите на кръвната захар се поддържат в норма. Освен това се осигурява непрекъснатата подкрепа за поддържане на добър кръвно-захарен контрол, а именно това е:

- Чести прегледи на всеки 2 седмици;
- Подходяща програма за обучение за интегриране на пациентката в грижите за заболяването и редовен самоконтрол на кръвната захар с глюкомер, като прицелните стойности на кръвната захар трябва да бъдат възможно по близки до нормалните, като се избягва хипогликемия;
- Освен това се препоръчва чест хранителен прием, с което може да се подобри кръвно-захарния контрол;
- Строго се контролира теглото, но при адекватен хранителен прием и за майката и за плода;
- Интензифицирано инсулиново лечение, ако гликемичния контрол остава над прицелните стойности при захарен диабет тип II;
- Преглед на очите всеки триместър;
- Проследява се за поява на други усложнения, като нефропатия, хипертония;
- Осигурява се регулярен акушерски контрол, ултразвуково изследване за търсене на фетални малформации, мониториране на фетуса в късните етапи, чести антенатални прегледи;
- Осигуряване на нормално и безопасно родоразрешение, раждане на термин, ако няма акушерски или диабетен риск;
- Провеждане на специализирани неонатални интензивни грижи, неонатолога е известен за очакваното раждане;
- Добър кръвно-захарен контрол по време и след раждането, венозна инфузия на глюкоза и инсулин, ако не е необходимо и при чест контрол на гликемията, бързо възстановяване на инсулиновите нужди;
- Прекратяване на инсулиновото лечение след раждането, ако то е започнало по време на бременността;
- Ако диабетът е бил изяснен преди бременността се дават съвети за контрол на кръвната захар в периода след раждането, а ако диабетът е диагностициран по време на бременността се потвърждава ремисия в постнаталното проследяване и се съветва пациентката за нуждата от редовен контрол на съдовите рискови фактори през следващите години от живота на пациентката;
- Внимание относно риск от хипогликемия при кърмене може да се наложи допълнително намаляване или увеличаване на инсулиновите дози и оценка на качеството на грижите;
- Мониториране изхода на бременността при жени с диабет, сравнение изхода от бременността в даден център спрямо други центрове, преглед на всички възможности за подобрение на грижите за бременните жени с диабет [5].

❖ **Лечение на захарния диабет у бременните** – Захарният диабет, развиващ се по време на бременността може да бъде ефективно овладян чрез прилагане на подходяща диета, която изключва сладки сокове и храни, но не изключва храни съдържащи въглехидрати. Диетолечението се съобразява с вкусовете и индивидуалните особености на бременната и задължително към храненето се добавят мултивитаминови и минерали. Необходимо е храната да се приема на порции по 4 – 5 пъти на ден. При някои случаи на диабет тип 1 се препоръчва хранене през нощта, за да се избегне нощната хипогликемия. Освен това се препоръчва повишена физическа активност и правилно лечение с инсулин. Нивото на кръвната захар се

следи ежедневно, като то трябва да е под 5,3 ммол /л при събуждане, под 7,8 ммол /л един час след хранене и под 6,7 ммол/л до два часа след хранене [4].

При наличие на компенсиран диабет и при добро общо състояние на бременната и плода раждането е спонтанно. Ако диабетът е нестабилен и инсулиновите нужди се увеличават или намаляват и са налице усложнения от диабета, като диабетна нефропатия или ретинопатия се изчаква плода да достигне до белодробна зрялост и след това се родоразрешава чрез планово цезарово сечение или вагинално раждане. Също така е необходимо извършване на глюкозен тест, който се прави около 3 месеца след раждането. Освен това всички жени, изкарали гестационен диабет са изложени на риск от повторната му изява при следваща бременност, както и от развиване на диабет Тип 2 в по-късен етап от живота им и за това е необходимо да се провежда скрининг за гестационния диабет, чрез орален глюкозо-толерантен тест [4].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сложността в терапията на бременните диабетно болни жени налагат оказването на строго профилирани, навременни и здравни грижи, които се полагат от високо квалифицирани акушер-гинеколози, диabetолози и неонатолози. В случай, когато не се третират и окажат навреме тези грижи може да се достигне до летален изход за плода при влошена плацентарна перфузия [6]. За това в такъв случай, когато се проявяват симптоми на захарен диабет по време на бременността е необходимо веднага бременната жена да се свърже със своя акушеро-гинеколог, който проследява цялата и бременност.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Желева Е., Общи и специални сестрински грижи, Дозирание и приложение на инсулин, изд. „ЕКС-ПРЕС”, Габрово, 2011г., 211стр.
- [2] <http://www.hapche.bg>
- [3] <http://www.puls.bg>
- [4] <http://medpedia.famar.bg>
- [5] <http://pomagalo.com>
- [6] <http://bg.wikipedia.org>

За контакти:

Атидже Мустафа Дурхан, I курс „Акушерка”, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе, 0894372660, ati_dje@abv.bg

Гл. ас. д-р Иваничка Сербезова, Русенски университет, катедра Здравни грижи, e-mail: iserbezova@uni-ruse.bg

Промоция и профилактика на здравето – същност и значение.

Автори: Филиз Фаари, Камелия Андреева, Харика Бюнямин, Айлин Адил,
Джанан Ерджан, Денизел Бейти.

Научен ръководител: гл. ас. К. Захариева

Social medicine and science studying public health shall provide public health appropriate practical approaches and methods for impact on these adverse factors to prevent the development of diseases. Development of practical approaches and methods are based on the concept of a reason to take action based on the study of preventable events by studying the risk and risk approach.

Keywords: promotion, prevention, health, prevention, health education

ВЪВЕДЕНИЕ

Здравето и проблемите, свързани с него, винаги са били от първостепенно значение за хората. Днес, в условията на социална, нравствена и икономическа криза, здравната проблематика е особено актуална и значима.

Проблематиката, свързана със здравните знания и умения, по същество е високохуманна, защото изразява стремежа за по-високо здравно благополучие на човека. [1]

Промоция и превенция на здравето е водеща концепция, включваща дейности по повишаване на индивидуалното и общественото здраве и благополучие. Термина промоция на здравето съдържа две компоненти: промоция и здраве. Промоцията е „действие за подпомагане, съдействие, поддръжка, подкрепа на растеж или развитие на нещо“. Именно затова промоцията на здравето е свързана с философията за „здраве за здравите“ и включва следните елементи:

1. Целенасочени действия за елиминирание на рисковите фактори;
2. Подкрепа на факторите, водещи до по-добро здраве на населението;
3. Подкрепа за подходяща здравна, социална и екологична политика;
4. Окуражаване участието на здравните професионалисти в здравното възпитание и здравната подкрепа.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Теоретично обосноваване и разработени практически методи на поведение от социалната медицина, насочени към общественото здравеопазване са профилактиката – преморбидна, първична, вторична и третична; и промоцията на здравето.

Основни принципи на промоция на здравето са:

- създаване на политика, укрепваща здравето;
- създаване на подходяща жизнена среда, укрепваща здравето;
- засилване на общественото участие в здравните дейности
- засилване на личната отговорност и развитие на лични умения, знания и възможности за укрепване на индивидуалното и общественото здраве;
- преориентация на здравната служба към промоция на здравето
- развитие на социална отговорност за здравето;
- нарастване на инвестициите в здраве;
- разширяване на партньорството за здраве;
- повишаване на възможностите на личността и обществото;
- осигуряване развитие на инфраструктурата за промоция на здравето.

Теоретичния модел за промоция на здравето включва следните елементи:

1. *Здравно възпитание* – целенасочен метод за създаване на положително лично поведение и подпомагане на индивида, групата и обществото като цяло, чрез придобиване необходимата информация за развитие на позитивни здравни характеристики, здравна мотивация и утвърждаване на положителни здравни навици и жизнени умения.
2. *Здравна защита* – съвкупност от мерки, целящи повишаване на позитивното здраве и създаване на благоприятна за здравето жизнена среда.
3. *Здравна профилактика* – всички мерки, предприемани от здравните специалисти и обществото по предотвратяване разпространението на рисковите фактори и заболяванията и техните усложнения сред населението.[2] В последните години практическото приложение на концепцията за промоция на здравето намери своето отражение в различни международни проекти, които оказват своето благоприятно влияние върху общественото здраве, а именно:
 - Проект „Градове, укрепващи здравето” – 1987 г. България също взема участие в него, като над 450 градове са включени в него.
 - Проект „Училища, утвърждаващи здравето” – 1986-1990 като първи етап, а по-късно (1995) прерастващ в глобална инициатива на СЗО за училищното здраве. България се включва в проекта през 1993 год.
 - Проект „Болници за промоция на здравето” – 1988 г. – профилактични функции, свързани с болничната екология, ергономия и благоприятна жизнена среда.
 - Проект „Работно място, укрепващо здравето” – насочен към осигуряване на благоприятна жизнена среда на работното място.

Основни разлики между промоция и профилактика

Промоция на здравето	Профилактика на болестите
Здравето е позитивна и многомерна категория	Здравето е липса на болест
Модел на здравето, базиран на участието на индивида	Медицински модел
Насочена към индивида, населението и околната среда в която те живеят	Насочена предимно към рисковите групи или фактори
Отнася се към множество проблеми	Отнася се към конкретна патология или фактор
Предлага на населението стимулиращи мерки	Привежда в изпълнение директни мерки
Търси промени в здравния статус на индивида или в околната му среда	Центрирана върху определени рискови групи, индивиди или фактори
Използва всички възможни организирани форми на обществеността	Използва предимно здравни специалисти

[3]

Основните модели за целенасочени здравни интервенции се делят на две основни групи: промоция и профилактика, които се различават по обекта на въздействие – здрави хора и хора в риск.

1. Промоция

2. Профилактика

- преморбидна – рисков фактор
- първична – възприемчив индивид
- вторична- предотвратяване на хронификацията
- третична – предотвратяване на трайните увреждания

Профилактиката е съвкупност от медицински и немедицински мероприятия, които обществото предприема за постигане на по-добро здраве и качество на живот

чрез изолиране на рисковите фактори, предотвратяване на заболяванията и намаляване на техните последици (хронификация или трайна неработоспособност-инвалидност) и преждевременните умирения.

Теоретично обосноваването и разработени практически методи на поведение от социалната медицина, насочени към общественото здравеопазване са профилактиката – преморбидна, първична, вторична и третична; и промоцията на здравето.[4]

Преморбидна профилактика. Преморбидната профилактика е насочена към предотвратяване на появата на **рисковите фактори** сред популацията и препятстване на установяването на социални, икономически и поведенчески модели на живот, водещи до повишаване на риска от заболявания. Пример за преморбидна профилактика е прилагането на безотпадни технологии на производство, които предпазват околната среда от химически вредности и рискови фактори.

Първична профилактика

Първичната профилактика включва всички действия, насочени към предотвратяване на взаимодействието между рисковия фактор и възприемчивия индивид. При първичната профилактика се цели да се предотврати възникването на заболяването или травмите чрез пълното отстраняване на рисковия фактор или намаляването на неговата експозиция в количество или време сред популацията от хора с определени характеристики, показващи повишената им възприемчивост и ниво на риск от заболяване.

Тя може да бъде разглеждана като **популационна (масова) или високорискова (индивидуална)** стратегия за приложение. При популационната стратегия целта е снижаването на средния риск за популацията чрез преместване на цялото разпределение на рисковия фактор към по-ниските стойности на риска. Това са подходи свързани с „извеждане“ на лицата с висок риск от опасната зона или намаляване на дела на лицата в популацията, които са с повишен риск. Високорисковата стратегия при първичната профилактика цели да се идентифицират и предпазят от заболяване лицата с висок риск.

Вторична профилактика

Вторичната профилактика е активен, метод насочен към ранно откриване на заболяването, преди пълното разгръщане на клиничната симптоматика и чрез ранно лечение за подобряване на прогнозата и намаляване на честотата на тежките симптоми и хронифициране на заболяването. Обект на вторичната профилактика са предимно видимо здрави лица, със заболяване в безсимптомен период или ранния клиничен стадий. Такъв надежден инструмент за ранно откриване на заболяването и стартиране на прилагането на мерките по вторична профилактика е провеждането на скрининг.

Третична профилактика

Третичната профилактика е насочена към гостоприемниците и факторите на околната среда при вече клинично изявеното заболяване с цел предотвратяване на развитие на усложнения, подобряване на рехабилитацията и възстановяване и поддържане на максималното функциониране след като заболяването и усложненията са стабилизирани.

Основната цел на третичната профилактика е свързана с предприемане на мерки за отстраняване на дълготрайните ефекти на заболяването и промяна в прогнозата за пациента. Третичната профилактика освен, че добавя години към живота на лицата с определено заболяване, оказва и ефект върху качеството им на живот. [5]

Резултати от собствени проучвания:

Беше проведено анкетно проучване сред студентите от ФОЗЗГ от РУ, за познанията им относно промоцията, профилактиката и различните рискови фактори за здравето.

Резултатите са следните:

Според 21% от анкетираните промоцията и профилактиката са едно и също понятие.

57%-не знаят, че профилактиката е няколко вида.

35%-не посочват обекта на промоцията и профилактиката на здравето

45%-не познават рисковите фактори на здравето

Със своята специфична роля, професионална отговорност и компетентност медицинската сестра допринася за изпълнение на основните задачи на здравеопазването: укрепване здравето на пациентите, предотвратяване на заболяванията, лечение на болелите, физическо и психическо възстановяване, увеличаване продължителността на активния, живот на човека. Освен това медицинската сестра изпълнява стриктно лекарските предписания, води изискващата се документация във връзка с лечението и обслужването на болния, оказва първа медицинска помощ до идването на лекаря.[6]

Чрез обучаването на хора в различна възраст и познавайки рисковите фактори за заболяванията, медицинските сестри помагат на хората да разберат как да променят своето поведение, за да запазят здравето си и това на децата си възможно най-продължително време.

Промените в здравната система днес отреждат ново място и ключова роля на сестринската професия. От сестрата се изисква да притежава знания за био-социалния подход към пациента, общността и семейството (промоция, превенция и профилактика на здравето при решаване на здравните проблеми), да участва в сестрински обучения и консултации на пациенти и семействата им относно здравни потребности [7,8]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Осъществяването на здравната промоции и профилактика е приоритет на държавната политика, като националните програми в областта на опазването на общественото здраве са профилактични. Те са ориентирани към ограничаване заболяемостта и смъртността от най-честите социално-значими заразни и незаразни заболявания, като засягат различни възрастови и социално уязвими групи. Финансовите средства за изпълнението на тези програми се залагат ежегодно[9]. От анализа на анкетното проучване става ясно ,че студентите се нуждаят от информация относно здравната профилактика, промоция и рисковите фактори за здравето. Резултатите показват ,че основно тази информация се получава от интернет, различни медии и специализирана литература. Добре би било в обучението на студентите акцент да има и здравното им образование и възпитание, което неминуемо ще повиши познанията им в тази област.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Грънчарова, Г., А. Велкова, С. Александрова, Социална медицина, Изд. център на ВМИ-Плевен, Плевен, 2002
- [2] www.riokozpd.com
- [3] <http://medic.etilena.info/topics/so/64>
- [4] zdrave-to.blogspot.com
- [5] infozdrave.net/.../Promocia_na_zdraveto_i_profilaktika
- [6] <http://medic.etilena.info/topics/so/639>
- [7] Мухина С., И. Тарновкая, Теоретични основи на сестринските грижи, Изд. център на ВМИ-Плевен, Плевен, 2006.
- [8] Тончева С., С. Борисова, Образователни възможности за повишаване на компетенциите на медицинската сестра, Здравни грижи, IV, 2006, 12-17.
- [9] <http://studentskigrad.eu/index.php>

За контакти:

Филиз Фаари, ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи” Специалност „Медицинска сестра”

Камелия Андреева, ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи” Специалност „Медицинска сестра”

Харика Бюнямин, ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи” Специалност „Медицинска сестра”

Айлин Адил, ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи” Специалност „Медицинска сестра”

Джанан Ерджан, ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи” Специалност „Медицинска сестра”

Денизел Бейти. ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи” Специалност „Медицинска сестра”

гл. ас. Кристина Захариева - ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи”

Информираност на студенти, преподаватели и служители в русенския университет по проблемите на разпространението на рака на маточната шийка

Автор: Евгения Йорданова

Научен ръководител: гл. ас. д-р Иваничка Сербезова

Summary: *The article examines the results of a survey among 200 respondents in the territory of Rousse University "A. Kanchev" - Rousse, on their awareness of the problems of cervical cancer.*

Key words: *medical and health professionals, cervical cancer, research, prevention, awareness, vaccine and students.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Ракът на маточната шийка е едно от най - коварните заболявания при жените и в същото време най-предотвратимото. Развитието му е едно от най – бавните, започва с предракови промени, които са твърде лесни за диагностициране и лечение. Появят ли се симптомите му е късно за лечение. Доказано е, че цитонамазка (чрез този диагностичен метод се доказват първите симптоми на заболяването) у нас редовно си правят под 20% от жените. Нехайството, с което в нашето общество се подхожда към този проблем обрича хиляди млади жени на това сериозно заболяване. По честота на заболяването в Европа ни изпреварва само Румъния. За съжаление за проблема не се говори достатъчно. Ето защо през месец ноември 2012 г. ние направихме анкетно проучване, като анкетирахме 200 лица (студенти, преподаватели и служители).

ЦЕЛТА НА ПРОУЧВАНЕТО е да установи информираността им относно изучавания проблем, и да обърне внимание върху това често срещано заболяване, за чието разпространение играят роля и мъжете, и жените.

ИЗПОЛЗВАНИ МЕТОДИ

- проучване на литературни източници
- анкетно проучване

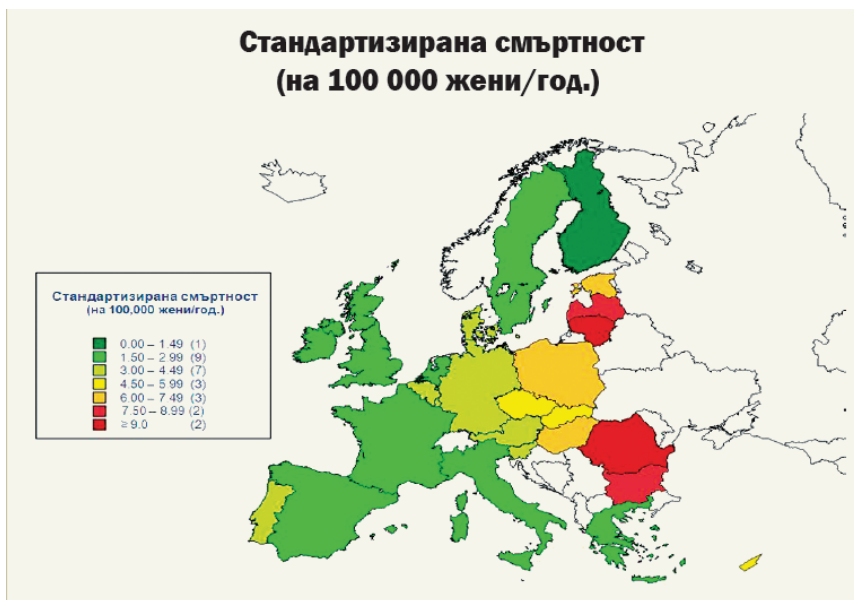
ИЗЛОЖЕНИЕ

Ракът на маточната шийка е значим медицински и социален проблем за нашата страна. Той е едно от петте най – често срещани злокачествени заболявания у нас, като годишно се диагностицират над 1000 нови случая, а починалите са над 350. [2]

Ракът на маточната шийка (РМШ) засяга както жените в зряла възраст, така и в напреднала, поради което Т. Бобчев и М. Янков [1] различават 2 типа възрастово засягане:

- при жени между 35 – 45 годишна възраст
- 45 – 60 годишна възраст

Разпространението в световен мащаб е смайващо и при страните от т.н. трети свят ежегодно се откриват 500 000 нови случаи, от които 350 000 умират. Заболеваемостта от РМШ за 30 години се е увеличила 30 пъти повече. В рамките на Европейският съюз България попада в групата страни с най – висока заболяемост и смъртност от РМШ. В сравнение с много от страните членки на Европейският съюз, у нас се наблюдава висока и нарастваща смъртност, и същевременно ниска преживяемост сред онкологично болните (фиг. 1).



Фиг. 1 Разпространение на Рак на маточната шийка в страните от Европа
(данните са от статистиката на световната здравна организация)

За по-ранното и по-често развитие на това заболяване съществуват редица фактори:

- ранно започване на полов живот
- промискуитет (често смяна на партньорите)
- партньор с много сексуални партньорки
- лоша полова хигиена
- след прекарана гонорея в период от 25 – 35 год., в 25% от случаите настъпва РМШ
- ХИВ инфекции
- тютюнопушене
- предимно естрогенни контрацептивни средства

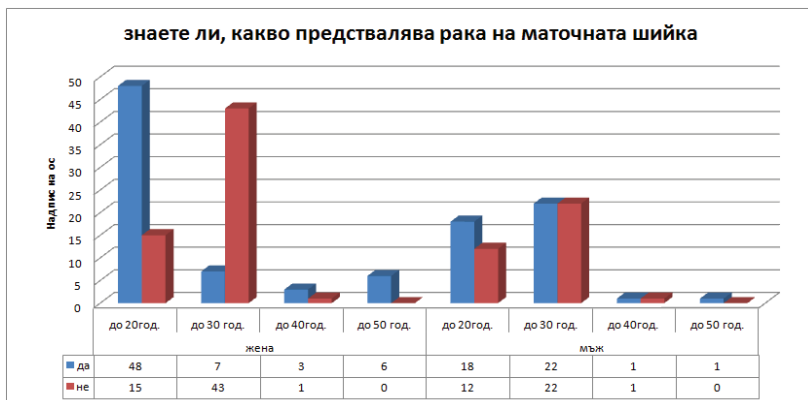
Най-вероятно при полов акт контактът с тези рискови фактори, може да доведе по-късно до появата на цервикален карцином.

Върху повърхността на маточната шийка и във влагалището при зряла жена се откриват кондилиоми (брадавични образувания), като в тях се намират HPV (human papilloma virus). Под названието „вирус на човешкия папилом“ се обединяват над 100 вида вируси, които се развиват най – често в кожата и лигавиците. Към тези вируси спадат причинителите на обикновените брадавици по ръцете и кокошия трън, част от HPV се предават по полов път, те се заселват в кожата на вулвата, пениса, скротума и ануса, могат да се разпространят към влагалището, маточната шийка и ректума. В зависимост от типа HPV проявите им варират от генитални брадавици (остри кондилиоми), до пред ракови или ракови промени в засегнатите клетки. В зависимост от способността им да предизвикват рак, типовете HPV се разделят на ниско рискови и високо рискови. Най – чести причинители на остри кондилиоми са

рисковите типове 6 и 11. Способност да предизвикат рак имат около 60 типа HPV. Типове 18 и 16 се приемат за най – високо рискови.

При близо от 80% от инфекциите с HPV симптоми липсват. Вирусът живее в кожата и лигавиците, но няма изява. Заразените не знаят за вируса и продължават да го предават на своите партньори.

Ето какво показаха резултатите от нашето проучване относно информираността за това сериозно социално значимо заболяване.



Фиг. 2 Информираност за заболяването Рак на маточната шийка при анкетирани лица в Русенски университет „А. Кънчев“ по пол и възраст

Проучването показва, че по младите са по - информирани за заболяването РМШ. Безпокойство буди големия брой на неинформирани във възрастовата граница над 30 години (общо 44 души).

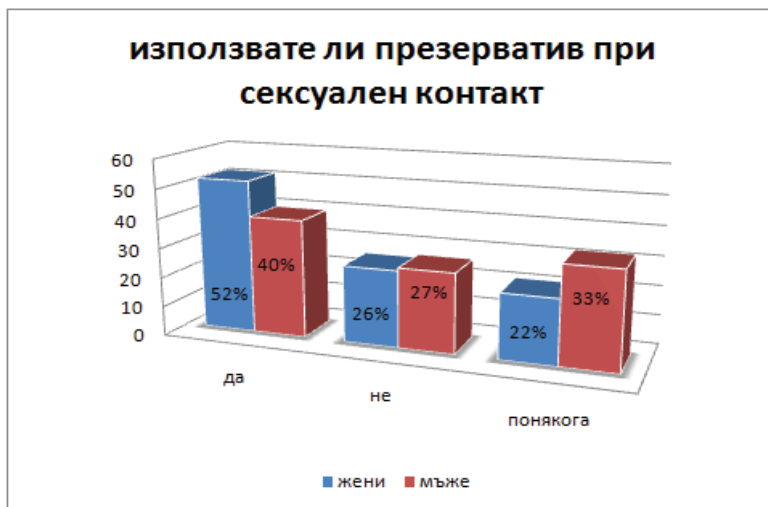
Не напразно много автори съобщават за запуснати случай на това заболяване при жени, които никога не се посещавали гинеколог.

На въпроса „колко пъти в годината посещавате гинеколог?“, голям е броят на младите жени до 20 години, които не посещават гинеколог или го посещават само при нужда. Жените във възрастовата група над 30 години по – рядко обръщат внимание на гинекологичните си оплаквания.



Фиг. 3 Разпределение на анкетираните лица - жени за посещение на специалист акушер-гинеколог по възрастови групи

На въпроса използват ли презерватив при сексуален контакт с „да“ отговарят значително по-голям процент от жените 52%, безпокойство буди факта, че много малък процент от анкетираните мъже съобщават за използване на предпазни средства.



Фиг. 4 Използване на предпазни средства за предотвратяване на сексуално-трансмисивни инфекции полове

От 1983 год. се говори за причинна връзка между HPV инфекция и РМШ, която днес вече се възприема като доказана.

Истинската профилактика на заразяването с HPV стана възможна от 2006 година с появата на ваксина срещу тези вируси. Тя е модерен продукт, който ефективно предпазва срещу най-разпространените типове HPV. При някои ваксини това са само най-разпространените видове (16,18), при други са включени и ниско рисковите типове (6,11). Ваксината е предназначена основно за момичета на възраст между 9 и 15 години, преди техния полов дебют. Извършва се мускулно по определена схема. Ваксинацията е само предпазна мярка, тя не лекува нито РМШ, нито предраковите състояния. Ваксинирането не замества профилактичния гинекологичен преглед и цитонамазка.

България е 23-та страна в Европейският съюз, която от октомври 2012 година има действаща безплатна програма за ваксиниране на 12 годишни момичета. На лице са всички основания да се смята, че ваксината срещу HPV ще помогне за ограничаване разпространението на РМШ, което не изключва всички изброени мерки за предпазване от това сериозна заболяване.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

След направеното изложение и проучване логичен е въпросът „Как можем да се предпазим от HPV инфекция и съответно от РМШ?“.

Препоръките ни са:

- полово въздържане;
- използване на презервативи;

- посещаване на гинеколог задължително на 6 месеца и при всяка поява на оплаквания;
- моногамно сексуално поведение от страна и на двамата партньори;
- имунизация.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Бобчев Т., М. Янков, Гинекология. Заболявания на женските полови органи, клиника, диагностика, лечение, София 2010г, стр. 69 - 81

[2] Костов И., Н. Василев, Рак на маточната шийка. Профилактика и ваксинация, //MEDINFO Брой 02/2013, стр 62 - 64

За контакти:

Евгения Йорданова, Русенски университет, II курс „Акушерка, е-mail: jeng_yordanova@abv.bg

Гл. ас. д-р Иваничка Сербезова, Русенски университет, катедра Здравни грижи, е-mail: iserbezova@uni-ruse.bg

Генетични заболявания - Синдром на Аперт

Автори: Мелтем Махмудова, Николета Йорданова

Научен ръководител: гл. ас. Кристина Захарива

Hereditary information of man lies in about genes, located in 23 chromosomal pairs. Each segment of the gene is a DNA molecule, encoding the synthesis of a polypeptide chain, included in the structure of the protein molecule.

Key words: gene, chromosomes, segment, molecule

ВЪВЕДЕНИЕ

В ЕС за рядка болест се счита такава, която засяга по-малко от 5 човека на 10 000 души. Въпреки това броят на заболялите може да е висок, защото са известни около 7 000 редки болести. Повечето се дължат на генетични дефекти, но друга причина е въздействието на определени вещества в околната среда по време на бременност или по-късно в живота, често в съчетание с генетична предразположеност.

Някои от тях представляват редки форми или редки усложнения на често срещани заболявания. Въпреки, че при раждане или през детството могат да се появят признаци повече от 50 % от редките болести се проявяват в зряла възраст и често са животозастрашаващи. Обикновено не съществува ефикасно лечение, но ранната диагноза, последвана от подходящи грижи може да подобри качеството и продължителността на живота.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Синдромът на Аперт е именно от групата на тези непредсказуеми заболявания. Децата, които страдат от него се раждат с изкривени кости на черепа, на костите на краката и на ръцете.

Вече е доказано, че тя се предава по бащина линия – в генетичния материал на сперматозоида дефект е дал един-единствен ген, който отговаря за развитието на новороденото.

В резултат шансът да се появи дете със синдрома на Аперт е около 1: 150 000-а това е твърде много за една нация. Микробиолози от Оксфорд решили да потърсят отговор на този въпрос и подложили процесите, които протичат в семенните торбички на подробен анализ. Те разрязали мъжките полови жлези на 200 части и подробно изучили всяка частичка под микроскоп. Открили удивителни неща: оказало се, че бракувните клетки, производители на сперма не са разхвърляни безпорядъчно в тъканта, а образуват големи, специфични натрупвания. Изследванията показали още, че те се държат доста „егоистично” – активно се размножават, като изместват здравите клетки подобно на клетки в ракови образувания. Учените са във възторг от своето откритие и заявяват, че е направен пробив в изучаването на синдрома на Аперт. Наистина, засега те не могат да отговорят на съществения въпрос – как може да се лекува заболяването.

Този синдром се дължи на случайна генна мутация, тъй като е много рядък не е включен в стандартните тестове по време на бременността.

Единственият шанс да се забележи е на ултразвук, но това зависи от професионализма на лекаря.

Характерно за синдрома е недоразвитост на костната система, което се изразява в срастване на шевове на черепа (например липса на коронарен шев) и срастване на пръстчетата на крачетата и ръчичките – т.нар. синдактилия.



Всеки случай е типично индивидуален. Има по-леки форми, когато например срастванията на пръстчетата са само кожни, но не и костни. В по-тежки форми пръстчетата може изобщо да не са „оконтурени“.

При по-тежките форми са възможни и различни усложнения – от проблем с дишането поради високо небце до проблеми с гръбначния стълб.

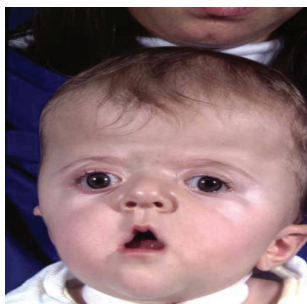
Бebetата със синдрома на Аперт се раждат с изкривена форма на главата и лицето. Много деца имат и други вродени дефекти. Хирургията при този синдром може да помогне за коригиране на някои от проблемите.



Дефектен ген позволява на черепните кости да се съединят преждевременно, процес наречен *craniosynostosis*. Мозъкът продължава да расте, оказва натиск върху костите на черепа и лицето.

Основни признаци и симптоми на синдрома Аперт:

- главата е дълга с високо чело
- широки хлътнали очи с лошо затваряне на клепачите
- потънал по средата лицето
- лошо интелектуално развитие
- загуба на слуха



Повечето от децата със синдром на Аперт имат проблеми и на сърдечно-съдовата система, стомашно-чревния тракт, отделителната система и др.

Децата със синдрома на Аперт обикновено изискват операция за освобождаване на черепните кости, за да се развие нормално мозъка. Операцията трябва да се извършва навреме, защото колкото по-късно се извършва, толкова по-нисък шанс за достигане на нормални интелектуални способности.

Продължителността на живота, които нямат проблеми със сърцето имат нормална или почти нормална продължителност на живот. Средната продължителност на живота е вероятно подобряване на поради постиженията в областта на хирургичните техники и последващи грижи.[1]

Резултати от собствени проучвания:

През периода октомври-декември 2012 година се проведе анкетно проучване сред студентите от ФОЗЗГ –РУ. Целта на проучването беше да се установи нивото им на познание относно въвеждащи понятия от генетиката, познания за генетични болести и медико генетична консултация. Резултатите са :

1.69%-не знаят коя НК/ДНК или РНК/ съхранява и предава генетичната информация

2.80%-не правят разлика между ДНК и РНК

3.57%-нямат информация за дейността Медико генетичната консултация.

4.68%-Нямат информация за кабинети по семейно планиране

Посочените резултати дават основание да се направи извод, че познанията на студентите в тази област са на сравнително ниско ниво. Тези пропуски биха могли да се компенсират чрез подходящи модули от Здравното образование и възпитание присъстващо в обучението им.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Синдромът на Аперт засега не е по силите на съвременната наука да излекува грешките в нашите гени, макар и учените да са съвсем близко до генната терапия. И това, което е най-неприятно – у напълно здрави родители може да се роди дете с отклонения. Този синдром е именно от групата на тези непредсказуеми напасти.

ЛИТЕРАТУРА

[1] http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/rare_diseases/ngo_bg.htm

За контакти:

Мелтем Махмудова, Катедра „Здравни грижи” Специалност „Медицинска сестра”

Николета Йорданова, Катедра „Здравни грижи” Специалност „Медицинска сестра”

гл. ас. Кристина Захариева - ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи”

Сексуалното възпитание по време на пубертетното психическо и физическо развитие

Автор: Боряна Георгиева

Научен ръководител: гл. ас. д-р Иваницка Сербезова

Puberty and sexual maturation are one of the most complex processes of human development. Characterized by the development of human maturity, appearance of secondary sexual characteristics and maturation of the internal reproductive structures. These changes are caused by hormonal factors. Sexual behavior is observed even in childhood but its quantitative and qualitative changes occur only at puberty.

Key words: Puberty, Sexual maturation, Human development, Sexual behavior

ВЪВЕДЕНИЕ

Пубертетът е един важен период от цялостното психо-сексуално развитие на индивида. Обикновено момчетата навлизат в пубертета между 9-та и 11-та годишна възраст, а момчетата – между 11-та и 13-та годишна възраст. Пубертетът се обуславя от активизирането на функциите на половите жлези. Те от своя страна се намират под влияние на хипофизната жлеза, която е една от основните жлези с вътрешна секреция. Отделящите се от нея хормони регулират дейността на жлезите с вътрешна секреция. Отделящите се от нея хормони регулират дейността на жлезите с вътрешна секреция, въздействат върху функциите на различните органи и системи ръководят интимните процеси в организма.

Една част от междинния мозък (хипоталамусът) обединява и направлява чрез невро-хормонални връзки дейността на жлезите с вътрешна секреция. Тази дейност от своя страна се подчинява на функциите на кората на главния мозък [2, с. 10].

ИЗЛОЖЕНИЕ

В пубертетна възраст се развива психо-сексуалната ориентация, която е определяща и за половата социализация на личността, която се отличава с различия между момчетата и момичетата. Социалните комуникации са по-богати. Те излизат извън класа и училището. Половата социализация е динамична, променлива, повлияна най-вече от медиите и Интернет-общуването. В началото на периода се появяват и първите влюбвания, а по-късно и първите сексуални контакти. Това поставя редица въпроси, отнасящи се до информираността на младите хора, относно половите взаимоотношения и тяхната полова култура – когнитивна**, етична, здравна [1, с. 150].

Бурният процес на развитие на организма оказва неблагоприятно въздействие върху нервното и психическото състояние на подрастващите. Изразява се в засилване възбудимостта на нервната система, намаляване на работоспособността, бързо настъпване на умора, главоболие, немотивирани колебания в настроението и поведението, стремеж към самостоятелност и независимост, болезнено самолюбие, критично отношение към родители и учители.

Момичетата на тази възраст най-често се оплакват от стягане в гърлото, задушаване, недостиг на въздух и мъчителни коремни болки. В такива случаи говорим за т. нар. тежко протичане на пубертета [2, с. 12-13].

При определен режим на възпитание всички тези признаци могат да не се проявяват - т.е. налице е нормално или леко протичане на пубертетните промени. Наред с физиологичните изменения се наблюдават и промени в поведението на младежите и девойките. Те искат да се отличават от другите. Отнасят се критично към шаблона и в резултат на това се опитват да бъдат оригинални чрез поведението и облеклото си [2, с. 13].

Момичетата започват да отделят повече внимание на външния си вид, прекарват с часове пред огледалото, предявяват постоянни претенции за скъпи и модерни дрехи, желаят да бъдат различни от другите [2, с. 13].

Момчетата от своя страна стават по-агресивни, с бунтарско държание и са способни да извършат каквото и да е само, за да се докажат по някакъв начин пред връстниците си или пред някое момиче, което искат да впечатлят.

В този период и двата пола започват да проявяват особен интерес към секса, любовта, опознаването на противоположния пол.

Появата на първите чувства се съпровожда от стремеж към интимна близост. Но за разлика от възрастния пол при юношите би могъл да се задоволи не чрез полови контакти, а чрез други форми на общуване – съвместно прекарване на свободното време, танци и пр. Младият организъм не е достатъчно изграден и укрепнал, за да понесе всички последици на преждевременния полов живот, който изтощава бързо нервната система, изчерпва психическите и физическите сили на организма, лишава от чистота първите юношески чувства. Преждевременният полов живот създава заплахата за пълноценността на бъдещия брачен живот. Лекомислието може да доведе до ранно забременяване и аборт, който може да бъде причина за тежки психически разстройства и за невъзможност по-късно девојката да стане майка [2, с. 15].

Точно тук идва и моментът, в който родителите трябва да са наистина близки с децата си. Да ги въведат в света на отношенията между зрелите хора. Това е времето, в което родителите трябва да водят зрели разговори с вече порастащите си деца. Въпреки динамичното ежедневие и напредването на технологиите, една прочетена статия не може да замести разговора с родителите. Хубаво е, че тийнейджърите проявяват инициатива да се интересуват, да четат всевъзможни статии в Интернет относно секса и контрацепцията, свързана с него. Но въпреки това голям процент от тях се срамуват да повдигнат въпроси по темата дали с родители, учители или медицински лица. Липсата на родителско присъствие се проявява и в ранното започване на полов живот. Без да са на ясно със случващото се по време на половия акт доста от младежите и девојките допускат множество грешки. Такива например са не използване на предпазни средства (презервативи, противозачатъчни таблетки и др.) или неправилно протичане на самият полов акт, което води до трайно травмиране най- често при момичетата.

Лешото сексуално възпитание или липсата на такова може да доведе до сериозни проблеми от такова естество у подрастващите. При някои разбиранията относно половите отношения се „изкривяват“. Приемат ги като нещо повърхностно, нагон, който трябва да бъде удовлетворен в името на всичко дори и човека отсреща да страда от това.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Именно за това изключително важно е правилното сексуално възпитание при юношите съвместно проведено от родителите на първо място, медицински лица в извън класни занятия и прочее.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Попов, Т. – „Теория на възпитанието“, Учебник за студенти от Факултет по обществено здраве, Изд. „ПъблишСайСет - Еко“, гр. София 2004 г.

Използвани страници – 150

[2] Трайков, Д. - „Интимни беседи по половия въпрос“, четвърто издание, Държавно издание „Медицина и култура“, гр. София 1987 год.

Използвани страници – 10, 13, 15.

*Забележка – в текста има и авторски разсъждения.

**** от лат. *Cognitio* - "познание"**

За контакти:

Боряна Венциславова Георгиева – студент първи курс, специалност „Акушерка”, факултет – Обществено здраве и здравни грижи – РУ „Ангел Кънчев”, e-mail: zak13@abv.bg; тел. – 0896 762 927

Гл. ас. д-р Иваничка Сербезова, Русенски университет, катедра Здравни грижи, e-mail: iserbezova@uni-ruse.bg

Зависимости - видове, поведение, лечение

Автор: Сибел Якуб

Научен ръководител: гл. ас. Кристина Захаријева

Dependence, it is a state of the human body and it is the mental and physical need to adopt certain substance. The dependence can be to: nikotin, alcohol, nutritive, narcotic, medicated addiction and others.

Keywords: addiction, tolerans, psihoaktivni substances withdrawal drugs

ВЪВЕДЕНИЕ

Злоупотребата с тези вещества е известна от дълбока древност. Използването им в началото е било свързано с медицината, както и за религиозни церемонии.

В Мексико се използвали различни свещени гъби при различни религиозни обреди за постигане на различни състояния на ума. Индианците използвали вид кактус "пейот" за да разговарят директно с висшите сили, най-вероятно е предизвиквал халюцинации. По късно била открита млекоподобната течност, която се извлича от мака. Думата "опиум" има гръцки произход и означава сок от растение. Използвали са го като лекарство за преодоляване на болка. През 1806 год. Сертурнер извлича от опиума едно вещество в чист вид, което нарекъл морфин- на името на гръцкия бог на съня "Морфей".

Кокаинът е най-силният стимулант от естествен произход. Съществува доказателства, че индианците са го използвали преди 5 хил. години. Използвали са в медицината, религията. Смятало се, че дъвчейки листата на кока, човек може да влезе в контакт с един по-висш свят.

Смята се, че родината на канабиса е Централна Азия. Индийците го възпяват като нектар на бога, който дарява на хората здраве, дълъг живот, до откровения от боговете.

Откриването на кафето е станало случайно от един овчар, който забелязал, че овцете му стават по-енергични, след като опитат плодовете на едно растението любопитство е опитал и той, и усетил прилив на бодрост и сила, което го накарало да танцува от щастие. След като разбрали за доброто настроение на овчаря, от храста започнали да опитват и други хора.

Пушенето на марихуана се използвало в САЩ още от първите изселници, а през 70 год. на XX век то придобива застрашаващи размери.

Алкохолът и неговите свойства са били известни на египтяните, на римляните, на гърците. Знае се, че древните египтяни са произвеждали питие прилично на днешната бира. Гърците са имали свой бог на виното "Дионисий". В човешката история алкохолът се използвал за даване на кураж преди битка, при подписване на договори, при честване на празници, както и в народната медицина. Той оставало универсално средство, което унищожавало стреса и улеснява общуването. Тези вещества са били използване и давани на робите за повишаване на тяхната работоспособност, както и на войниците за повишаване на издръжливостта им в боя.

Хранителна зависимост- булимия невроза. Това е поведенческо разстройство, чиято основна проява е пристъпно приемане на големи, понякога огромни количества храна. Пристъпите траят час или няколко часа. Болните могат предварително да подготвят големи количества лесни за поглъщане храна. Пристъпът завършва със спонтанно или самопредизвикано повръщане. След него болните могат да заспят изтощени. Повтаря се няколко пъти седмично до 2-3 пъти месечно.

Анорексия невроза – това е предумишлено намаляване на тегло, което се предизвиква и поддържа от самия пациент. Редукцията на тегло се извършва с волево налагане на гладуване. Изключва се храната или се налагат различни

способи са елиминирани на евентуално приетата храна. Съзнанието на болните е изцяло иззето от проблема хранене. Губят всякаква представа колко трябва да яде нормалният човек. Нарушава се нормалният ритъм на съществуването им.[1].

ИЗЛОЖЕНИЕ

От гледна точка на ефектите, наркотикът е вещество, чийто прием променя функционирането на мозъка и оттам влияе върху психическото, емоционалното и физическото състояние на индивида.

Какво е наркотикът?

Понятието "наркотик" произлиза от елински. За пръв път се смята, че е използвано от древния лекар Хипократ във формата "νάρκωσις" (narkosis - наркоза) за обозначаване на вещества с парализиращо действие. Днес понятието обхваща голям брой вещества и агенти, обединени от едно: въздействат върху нервната система. Действието им може да е блокиращо или парализиращо - като например болкоуспокояващите; може да е стимулиращо, обострящо сетивата, като на кофеина или някои допинги, а и могат да предизвикват илюзии и халюцинации.[3]

Наркотичните вещества (наркотиците) са група фармакологични вещества, които действат предимно върху централната нервна система и при внасяне в организма предизвикват според дозата временно усещане на психично и телесно успокоение, еуфория или опиянение и наркотичен сън.

Наркотиците са химични вещества, които променят физическите, психичните и социалните функции на човека. Самите наркотици не могат да се определят нито като добри, нито като лоши. Добър или лош е начинът, по който ги използваме. Някои от тях са нелегални, а други се използват в медицината. В определени етапи от живота си, най-вече през юношеството, хората попадат на различни видове наркотици. Това могат да бъдат цигари, алкохол, но най-често-приспивателни, марихуана, екстази, амфетамини, хероин, антидепресанти или инхаланти.

Пристрастяването е много лесно, когато ефекта на наркотика изчезне и не се приеме друга доза, тялото сигнализира чрез чувството за болка-т.нар. абстинентен синдром. Когато тялото започне да изпитва наркотичен глад се появява физическа зависимост. За да се достигне същия ефект организъмът се нуждае от все по-силна доза и постепенно се развива толеранс. Не само тялото, но и умът става зависим от наркотиците и възниква психическа зависимост. [4.]

Видове наркотици

Вид	Членове на групата	Употреба в Европа	Въздействие	Странични ефекти	Зависимост
Опиуми	Опиум, Морфин, Хероин	Около 1% от населението	Упойващ ефект, силни аналгетици	Отслабване на паметта, загуба на тегло, апатия, осено при хероина улеснено заразяване с хепатит С	Бързо се изработва, трайна физична зависимост, толерансът бавно нараства
Барбитурати, транквиланти	Барбитал, фенотарбитал, диазепам, лексотан	Около 10% от населението	Сънотворни, успокоителни	Бъбречни и чернодробни промени	Бързо се привиква, силна физическа зависимост
Канабис	Марихуана, хашиш	20% от населението	Еуфория, веселост, изостряне на възприятията, сексуална възбуда	Дезориентация, леност, празноти в паметта, увреждане на мозъка	Само психическа зависимост
Кокаин	Крек, кокаин	4% от	Краткотрайна	Поражда чувство за	Бърза

			населението еуфория	тревога и паника, смущава сърцето, депресии, перфорация на носа при смъркане, самоубийство, пристъпи на жестокост	психическа зависимост
Амфетамини	Метаамфетамини, амфетамини, екстази, ефедрин и др.	3,5% от населението	Еуфория, маскиране на умората, повишена концентрация, свръхактивност - допинги. Подобни на алкохола - замайване, веселост, възбуда	Смущения на сърцето, преумора, психозни състояния, дехидратация, конвулсии, понякога - смърт	Психическа зависимост, бавно изграждане на физическа толерантност
Инхаланти	Ацетол, бензол, лепила	Около 8% от населението	Халюцинации	Паника, желание за самоубийство. Халюцинациите се првърщат в "спомени". Загуба на апетит, отслабване.	Психическа зависимост и слаба физическа, комбинирана с бърза психическа толерантност. Психическа и по - бавна физическа зависимост
Халюциногени	LSD, мескалин, РСР, паркизан и др.	Около 7% от населението	Повече от половината население	Легален наркотик, опияняващ	Отслабване психически смущения, цироза
Алкохол	Напитки	Повече от половината население	Легален наркотик, ободряващ	Високо кръвно, обезводняване, смущения на сърдечната дейност и др.	Слаба психическа зависимост
Кофеин	Кафе, безалкохолни	Повече от половината население	Легален наркотик, опияняващ	Мозъчни, белодробни промени и др.	Бавна, но много силна психическа зависимост, лека физична такава
Никотин	Тютюн	21% от населението	Легален наркотик, опияняващ		





[3]

Зависимостта бива два вида - физическа и психическа. За да е налице зависимост, трябва да има осъзнато търсене, желание за наркотика. Именно за това има ли зависимост, тя винаги е психическа. Наркотикът заема място в желанията на наркомана, стремежът става неконтролируем, дори "заразеният" е склонен да пречупи всякакви бариери и да направи много компромиси, които иначе не би направил, за да се сдобие с обекта на желанието си. Тази зависимост е със сложен механизъм, трудно податлива на лечение. Вероятно има връзка с еуфорията и щастието, които наркотикът предизвиква и индивидуалният начин, по който всеки приемащ преживява това състояние.

Физическата зависимост обикновено настъпва по - късно или не присъства. При нея тялото на наркомана е до такава степен привикнало с наркотика, че приема за неестествена липсата му. Организмът проявява симптоми на неблагоприятно положение, болест, пристъпи при отсъствието на наркотика; лишението може дори да застраши живота на наркомана. В този случай говорим за пристъпи на абстиненция. Макар да се приема, че това е в основата си физиологичен процес, не малък дял за силата на пристъпа и начинът на проявяването му има и психическата зависимост, които болният си е отработил към съответното вещество. Психическата зависимост усилва пристъпа, добавя към него фактори като паника, агресия, които много усложняват заболяването.

И всичко не свършва до тук. Освен всичко друго организмът на наркомана започва да се нагажда към действието на наркотика и той да му действа по-слабо във времето, както се случва с твърде дълъг прием на някои лекарства. В следствие на това въздействието на наркотика върху организма намалява, намалява еуфорията и "търсените" въздействия. За съжаление това никак не повлиява психическата зависимост, напротив. За наркомана изживяването вече не е така пълноценно, у него расте чувство на неудовлетвореност. Така той стига до логичното за него увеличаване на дозата, с което всички рискове и зависимости се увеличават многократно.

Допълнителен проблем е, че с времето организмът започва да се "нагажда" по - бързо към дозата. Често организмът на ползващите упойващи вещества бързо привиква и се стига до състоянието на т.нар. тахифилакция, която води до бързо увеличаване на дозите.

Налице е една порочна спирала. От психическа зависимост наркоманът започва да се стреми към по - пълно удовлетворение и увеличава дозата. Създава се и физическа зависимост, с която организмът се бори, като си изработва толерантност към наркотика. Това обаче е в разрез с психичната зависимост и търсенето на удовлетворение от страна на наркомана и той отново увеличава дозата... И така докато наркотикът застраши живота му(свърхдоза) или докато по един или друг начин цялата процедура не премине в състояние на контрол, който за

съжаление най - често е външно наложен контрол против който поразеният се съпротивлява, а не самоконтрол на наркомана. [3]

Какво лечение е подходящо за зависими към амфетамини и метамфетамини? Какви програми има в България, където зависимите и злоупотребяващи с амфетамини биха могли да получат помощ?

Медикаментозно лечение към амфетамини и метамфетамини все още не съществува.

Когато зависимия попадне в тежка депресия след спиране на употребата може да бъде подкрепен с антидепресанти или ако развие амфетаминова психоза да бъде лекуван съответно с лекарства за известен период от време, които се предписват за други психични разстройства.

Като ефективни подходи за лечение на зависимост към амфетамини се посочват когнитивно-поведенческата психотерапия, индивидуално консултиране, мотивационна терапия, групите за взаимопомощ и фамилното консултиране. Злоупотребяващите и зависимите към амфетамини се учат да се справят с и да променят своето мислене, да се справят със стреса и емоциите си по безболезнен начин. Също така придобиват умения да се справят с нещата от живота без вещества.

В България зависимите и злоупотребяващи с амфетамини биха могли да получат такава помощ в т.нар. Рехабилитационни програми и програми за ресоциализация. На сайта на Националния център по наркомании има такъв регистър от програми.

Многобройните лечебни практики могат да бъдат причислени към два основни модела: с използване на медикаменти и без такива медикаменти.

В първият вариант, прилаган изключително за опиятна зависимост се разчита на веществата, които действат като агонисти (най-вече метадон) върху опиятните рецептори на мозъка. Терапията с агонисти е много по-широко разпространена, тъй като зависимите избягват лечението с антагонисти. Целта на програмата с медикаменти агонисти може да бъде постепенно достигане на състояние, при което пациентът да престане да употребява наркотици. На практика това в повечето случаи не се получава. Пациентът остава дълго време в терапевтичната програма, като всъщност заменя един опият с друг.

Заместителната терапия се прилага само при хора с тежка зависимост опитали без успех други видове лечение.

Лечението без медикаменти може да се разглежда и като дългосрочна рехабилитация. Това е продължителен процес на освобождаване от необходимостта да се взема дрога. [4]Кои са забележимите физически симптоми, които могат да наведат на мисълта, че дадена личност употребява кокаин?

Ефектите от кокаиновата употреба варират по интензивност и бързина на настъпване според начина на приложение на веществото. Например, ако се смърка, кокаинът достига до мозъка за 3 до 5 минути и резултатът е така наречената "вълна". При инжектирането "вълната" се достига за 15 до 30 секунди, а при пушене ефектът е почти моментален. "Надрусаният" с кокаин човек изпитва едно общо състояние на еуфория, чувство за прилив на енергия, за бодрост, увереност, повишена е и сексуалността. Хората се чувстват по- освободени, по- разговорливи и спонтанни в действията си.

След този ефект, обаче, идва усещане за неразположение, изразяващо се в безпокойство, тревожност, раздразнителност и безсъние[5]

Тук вече се включва и ролята на медицинската сестра чрез първична, вторична и третична профилактика.

Промените в здравната система днес отреждат ново място и ключова роля на

сестринската професия. От сестрата се изисква да притежава знания за био-социалния подход към пациента, общността и семейството (промоция, превенция и профилактика на здравето при решаване на здравните проблеми), да участва в сестрински обучения и консултации на пациенти и семействата им относно здравни потребности[6], [7]

Първичната профилактика цели здравно възпитание, с цел опазване на здравето на здравите. Вторичната цели третиране на заболяването и предотвратяване на усложнения и рецидиви, чрез лечебна намеса. Третичната цели подкрепа на пациента чрез рехабилитационна интервенция през процеса на адаптация към възникналия здравословен проблем който е временен или постоянен.[8]

Освен тези зависимости които са ни до болка познати съществуват така наречените „нови“ зависимости.

В Европа обаче съществуват нови тенденции, които крият не по-малки рискове. Една от тях е пристрастеността към компютрите и Интернет. Пристрастяването към Интернет се нарича киберпристрастяване. Хората, страдащи от този вид зависимост, чувстват празнота и непълноценност, когато не са в мрежата. Френските лекари вече са описали симптомите на заболяването. Самият термин киберзависимост се появява за първи път през 1995 година в САЩ.

Интернет е мощен социализиращ фактор, което според Мартин Олсън се дължи на три основни причини:

1. Удобството на Интернет е основание хората да прибегват към услугите на глобалната мрежа, за да улеснят своя социален живот. Много по-лесно, удобно и евтино е да се срещат с приятели, седейки пред монитора у дома, отколкото да осъществяват контакти лице в лице;

2. Много по-вероятно е в световната мрежа да срещнеш човек, с когото си съвместим, тъй като тя обхваща 350-400 милиона потребители – потенциални комуникативни партньори. Отпада съществущата в реалния живот необходимост за задържане на вниманието на един събеседник, тъй като е лесно във всеки един момент да се намери нов;

3. Интернет предлага много и разнообразни форуми, което улеснява социалните интеракции между хора, намиращи се на хиляди километри един от друг.

Въпреки изтъкнатите преимущества на виртуалната комуникация, тя не може да замести общуването лице в лице.

Електронните болести на XXI век СИНДРОМ НА КОМПЮТЪРНАТА МИШКА

Един от симптомите за привързаност към компютъра е т. нар. “синдром на компютърната мишка” (Repetitive Strain Injury – RSI синдром), от който често страдат служителите в офиса – това е нарушение на нормалната работа на ръката, плешките и шията поради монотонната работа пред компютъра.

За профилактика против RSI синдрома и интернет зависимостта лекарите съветват един път на всеки час да се правят упражнения за раздвижване на ръцете, да има самоконтрол и най-вече да не се прекарва цялото свободно време пред компютъра.

КИБЕРФОБИЯ

Киберфобията е психично разстройство, чиито жертви най-често са възрастните, които изпитват страх от компютъра и ужас, че няма да могат да се справят с многобройните му функции. Фобията обаче често засяга и младите програмисти, които трябва непрекъснато да следят новостите в бранша. Те имат страх от това, че може да слязат от върха на експертите. Болестта преследва и дистрибуторите на компютърни части, които се страхуват от конкуренцията.

Специалисти съветват, когато изпитате страх пред компютъра, веднага да го загасите и да излезете на чист въздух поне за половин час.

ОНЛАЙНХОЛИЗЪМ

Онлайнхолизмът доби популярност едва в края на 2006 г. Тази болест е разпространена сред интернет потребителите. Прекалено голямото увлечение по игри, електронна поща, блогове и др. води до възникването на т. нар. компулсивно-импулсивно разстройство. Според лекари то вече се е разпространило до такава степен, че задължително трябва да бъде включено в Диагностичното и статистическо ръководство по психиатрични болести. Зависимостта може да спомогне за развитието на други мании, като например хазарта и алкохола.

Липсата на мобилен телефон също разболява. Това сочат данните от изследване на италианската агенция *Demoskopea*. Според статистиката болестта, наречена НОМОФОБИЯ (no mobile), е поразила 37% от италианските младежи на възраст 13-18 години. Те са обзети от страха да не останат сами и имат непрекъсната нужда да общуват с други, макар и виртуално. Учените са на мнение, че зависимостта от GSM-а е почти толкова сериозна и силна, колкото тази от наркотиците и алкохола.

Интернет зависимостта, компютърните зависимости, както и различните им разновидности са безспорен проблем на технологичното общество. Но именно времето, в което живеем ни налага използването на компютрите и интернет в частност. Отричането им или отричането на проблема не е решение. Нито пък пълното ограничаване. Като всяка борба, така и тази следва да започне с изясняване на плюсовете и минусите на всяка стратегия, с определяне на рамки и извличане на ползи, доколкото това е възможно. И разбира се най-важното – за да се изправим срещу проблема, трябва да сме добре информирани за него, а къде има повече информация от интернет?” [9]

Резултати от собствено проучване:

Бяха анкетирани студенти от ФОЗЗГ от РУ относно нивото им на информираност за зависимостите. Резултатите са следните:

- 1.67%-определят зависимостите само като психически проблем
- 2.59%-зависимост има само към наркотични вещества
- 3.23%-не познават симптомите на зависимостите
- 4.37%-не са запознати с пътя за преодоляване на зависимостите
- 5.56%-получават информация основно от интернет
- 6.43%-желаят да се информират от специалисти

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анкетното проучване дава основание да се мисли в насока, че младите хора се нуждаят от информация за различните зависимости, запознаване с водещите симптоми и с пътя за тяхното преодоляване обучението им място трябва да намери Здравното образование и възпитание, което ще доведе до по добра здравна култура и здравно възпитание.

Българското законодателство ограничава използването на наркотици посредством Закон за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите. Свободната употреба, внос и износ на тези вещества са забранени, допустима е употребата им за медицински цели. Това се контролира от редица органи - специализирани национални и общински центрове, Министерство на здравеопазването, МВР и други.

Проблемът с наркотиците не би бил така сложен, ако те не създаваха зависимост[3]

ЛИТЕРАТУРА

- [1] parvapomosht.blogspot.com/2009/01/blog-post_24.html
[2] promena.org/category/
[3] http://www.bb-team.org/articles/2881_narkotitsite-kolko-opasni-sa-
[4] Даскалов - Дрогите – 2006 год.
[5] http://www.ncn-bg.org/useful4_3.php
[6] Мухина С., И. Тарновкая, Теоретични основи на сестринските грижи, Изд. център на ВМИ-Плевен, Плевен, 2006.
[7] Тончева С., С. Борисова, Образователни възможности за повишаване на компетенциите на медицинската сестра, Здравни грижи, IV, 2006,
[8] Желева, Е. Общи и специални сестрински грижи –2008
[9] Мизова Б., Баракиян М., Социалнопсихологични особености на общуването в Интернет. Интернет-зависимост, *Психологични изследвания*, кн. 1/2003, София

За контакти:

Сибел Якуб, ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи“ Специалност „Медицинска сестра“
гл. ас. Кристина Захаријева - ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи“

Болести на сърдечно-съдовата система

Автор: Юлия Мухсин

Научен ръководител: гл. ас. д-р Иваничка Сербезова

The most common human diseases are diseases of the cardiovascular system. They are major health problem worldwide. The most common ones are: inflammatory diseases, heart disease, ischemic heart disease and arteriosclerosis.

Key words: *inflammatory diseases, heart disease, ischemic heart disease, arteriosclerosis, diseases of the cardiovascular system.*

ВЪВЕДЕНИЕ: Основната роля на сърцето в системата на кръвообращението е създаване на налягане, превишаващо налягането в артериалното русло, осигуряващо изтласкването на кръв както в малкия, така и в големия кръг на кръвообращението. Чрез сърдечно-съдовата система се осигурява набавяне на кислород, енергетични източници, хормони и топлина за всяка клетка в организма [1].

ИЗЛОЖЕНИЕ: Изследването на сърдечно-съдовата система от акушерка или сестра започва с изясняване на оплакванията на болния, преценка на положението му в леглото, изражението на лицето, оцветяването на лицето, изследване на пулса и артериалното налягане. Добрата квалификация на сестрата/акушерката изисква да умее да работи с апаратура за изследване на болния (електрокардиограф), с апаратура за наблюдение и контрол (мониторно наблюдение). Важен показател за квалификацията на сестрата/акушерката е способността да разчита данните от мониторното наблюдение, правилно да оценява оплакванията и промените в състоянието на болния, своевременно да предприема необходими действия и да информира лекуващия лекар [1].

Едни от най-често срещаните заболявания на сърдечно-съдовата система са: Сърдечна недостатъчност, Атеросклероза, Ишемична болест на сърцето, Инфаркт на миокарда, Хипертонична болест, Ревматизъм.

Сърдечната недостатъчност е състояние при което е нарушена помпената функция на сърцето и не могат да се обезпечат напълно метаболитните потребности на тъканите при условията на нормална жизнена дейност.

Атеросклерозата е хронично заболяване, поразяващо артериите от еластичен и мускулно-еластичен тип, в основата на което стои процес на натрупване на липиди, клетки на възпалението, което води до задебеляването на интимата на артериите.

Ишемична болест на сърцето е остро и хронично заболяване, предизвикано от недостатъчно кръвоснабдяване на сърдечния мускул. Дели се на остър и хроничен. Към острия се отнасят стенокардията и острия миокарден инфаркт. Към хроничния се отнасят стабилна стенокардия, тихата миокардна исхемия и др.

В структурата на смъртността от сърдечно-съдови заболявания около 90 % заема миокардният инфаркт и мозъчният инсулт.

Инфаркт на миокарда е заболяване, при което се развива остра, внезапно настъпила некроза на ограничен участък от миокарда в резултат на недостатъчен кръвоток. То е една от тежките форми на ИБС и има голямо социално значение: засяга хора в трудоспособна възраст и е една от причините за ранна инвалидизация и смърт.

Хипертонична болест е наличие на устойчиво повишено артериално налягане – систолично, равно или по високо от 140 мм Hg; диастолично, равно на или по високо от 90 мм Hg. Артериалната хипертония е най-голямата неинфекциозна пандемия в историята на човечеството, определяща сърдечно-съдовата система

заболеваемост и смъртност. Социалната значимост на АХ се определя от широкото разпространение, високата инвалидизация и смъртност, огромните средства, необходими за лечение, включително и на усложненията.

Ревматизъм е имунно, абактериално, възпалително заболяване, засягащо съединителната тъкан, с предимно органна локализация в сърцето, ставите и централната нервна система, кожата и артериалните съдове, предизвикано от бетахемолитични стрептококи от група А.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

През последните 50 години заболяванията на сърдечно-съдовата система заеха първо място сред причините за смъртността на населението във всички развити страни, измествайки по този показател инфекциозните болести. Инфекциозните болести са все още причина за преобладаващия брой смъртни случай само в развиващите се страни. Един интересен факт: въпреки че сърдечно-съдовата система е изключително уязвима за заболявания в съвременния свят, сърцето и кръвоносните съдове са единствените органи в човешкия организъм, които не заболяват от рак [2].

Сестренската и акушерска помощ в кардиологията изисква действия основани не на интуиция, а на научно организиран подход за решаване на проблемите в работата. Целта е да се подобри физическото, психическото и социалното благополучие на болните със сърдечносъдови заболявания.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Тодоров, В. Ръководство за специалисти по здравни грижи, МУ-Плевен 2010г., стр.87-105-114-169-174-185-194-204

[2] <http://www.dar-center.com/article/?article=387>

За контакти:

Хюлия Мухсин, 1 курс акушерка, Русенски университет "Ангел Кънчев-Гр.Русе", тел. 0899121098, e-mail: hulia93@abv.bg

Гл. ас. д-р Иваничка Сербезова, Русенски университет, катедра Здравни грижи, e-mail: iserbezova@uni-ruse.bg

Необходимост от комплексно лечение и здравни грижи за деца с Детска церебрална парализа

Автори: Десислава Атанасова, Нурие Хаджиосманова

Научен ръководител: гл. ас. Деспина Георгиева

Children's cerebral palsy (CCP) represents non-progressive motor changes – pareses, involuntary movements, coordinative disturbances and changes in the muscular tone which are result of the cerebral damage during the antenatal, natal and postnatal period. Accompanying symptoms often are: visual and eye motor inadequacy – impaired function of the eye motor nerves, epileptic fits, disturbances of speech, delayed intellectual development.

Key words: CCP, pareses, cerebral damage, symptoms

ВЪВЕДЕНИЕ

Детска церебрална парализа представлява заболяване при децата вследствие разнообразни поражения на нервната система и последващи нарушения в двигателно-рефлекторната сфера, а в много случаи и нарушения в психиката и речта. Причините са в резултат на увреждания на мозъка при вътреутробното развитие по време на раждането, а също така и в периода на новороденото, когато основните структури на мозъка са още недоразвити. Тези причини са вътреутробната хипоксия, асфиксия по време на раждане, механични родови травми, кръвоизливи. Всички те водят до група от нарушения с ограничаване на двигателната активност и/или аномалии в положението на тялото, дължащи се на непрогресиращи мозъчни увреждания. Проявява се с трайно засягане на мускулната активност-парези, парализи, координационни нарушения на движенията и свърх движения /хиперкинези/, очедвигателни увреди. Честотата на заболяването се движи в развитите страни около 2 – 2,5 случая на 1000 живородени деца, като честотата е по-висока при недоносените новородени. В развиващите се страни честотата не е точно определена, но достига до 5,6 случая на 1000 живородени. За нашата страна не е публикувана точна статика.

Основна картина на заболяването – проявява се със засягане на двигателната активност като най-честа е спастичната форма – 70-80%, която най-общо се изразява в невъзможност за отпускане на мускулатурата.

Видове парези - според мястото на мозъчните увреди, парезите могат да обхващат едноименните крайници ръка и крак /хемипарези/, двата долни крайника /диплегия/ или и четирите крайника – квадрипареза, наричана още двойна хемиплегия. Последната е най-тежката форма на ДЦП. Освен мускулна слабост се наблюдава и повишен мускулен тонус в засегнатите крайници. Други белези за мозъчна увреда са сравнително честата умствена недостатъчност, гърчовите, зрителните, слухови, говорни или поведенчески отклонения. Причините за мозъчната увреда при ДЦП са многобройни, но се обобщават във същите групи както и при микроцефалията.

Церебралната парализа често води до усложнения от страна на редица органи и системи, които могат да се обобщят най-общо като: стомашно-чревни и хранене – нарушен гълтателен рефлекс, гастроэзофагиален рефлукс (връщане на храна от стомаха) с аспирационни пневмонии, запек, кариозни зъби; белодробни – повишен риск от пневмонии, хронични белодробни заболявания, бронхиолит и бронхиална астма; кожни – декубитални язви; ортопедични – контрактури, дислокации, сколиоза; неврологични – епилепсия, загуба на слух и намалено зрение; психологични – ментална ретардация, нестабилност на вниманието и хиперактивност, неспособност за обучение, депресии, аутизъм. [1]

ИЗЛОЖЕНИЕ

Заболявания произтичащи от ДЦП

• Епилепсията е хронично неврологично заболяване с различна етиология, характеризиращо се с наличие на патологично огнище в мозъка. Проявява се с повтарящи се пристъпи, които често се придружават от нарушения на съзнанието, както и с характерови промени на личността и поведението. Причини за възникването на епилептичните пристъпи могат да бъдат аномалии в развитието на мозъка, черепно-мозъчни травми преди или след раждането, съдови малформации, мозъчни тумори, паразити на мозъка, енцефалити, метаболитни нарушения и др. В част от случаите не може да бъде разкрита външна увреда. При тях ролята на генетичния фактор е преобладаваща. Епилепсията е едно от най-честите заболявания на нервната система - 4-10 на 1000 души население. Проявите на епилепсията са разнообразни. Различават се: големи епилептични припадъци - характеризират се с внезапна загуба на съзнанието, гърч с тонична и клонична фаза, последвани от сън. Тоничната фаза продължава 10 или повече секунди, след което възникват генерализираните мускулни гърчове, траещи 1-2 минути. От тоничния гърч на дъжкателните мускули на лицето може да се получи прехапване на езика, а спазъмът на коремните мускули може да предизвика изпускане по малка нужда. След клиничната фаза настъпва следприпадъчната фаза. Болният е в безсъзнание, зениците са широки и не реагират на светлина. Продължава 10 или повече минути. Малки епилептични припадъци - най-чести във възрастта между 4 и 12 години. Имат голяма честота и протичат с краткотрайна загуба на съзнанието - обикновено не по-продължителна от 20 секунди, без падане и без изразена гърчова компонента. Малките епилептични припадъци се проявяват с краткотрайно втрещване на погледа и застиване на тялото в определена поза, изпускане на предмети, краткотрайно спиране на четенето или писането. Понякога краткотрайната загуба на съзнание се придружава от движения на устните, езика или пръстите на ръцете. Огниси припадъци - най-често започват с гърчове в ръката, които се разпространяват към съответната лицева половина или към крака. Гърчовете възникват най-често в ръката поради това, че тя има най-широко представителство в предната мозъчна извивка. Едно от усложненията на епилепсията е епилептичният статус. Това състояние е животозастрашаващо, поради развитието на мозъчен оток, повишаване на температурата, аспирация на материали от устната кухина, водно-електролитни нарушения. В зависимост от вида епилепсия прогнозната варира в широки граници. Най-общо съществува условно разделение на епилепсията на: доброкачествена, която се повлиява добре от лечението и не прогресира, в последствие може напълно да изчезне и злокачествена, която не се влияе от приема на лекарства и прогресира с времето.

• Олигофренията е обединяващо състояние на умствено недоразвитие, което винаги е израз на органично увреждане на мозъка. Разграничават се четири степени: лека – 85%, средна – 10%, тежка – 4% и дълбока – 1%. Честотата се движи в граници 1,6 – 3% в популацията. Не е задължително да се асоциира с повишен риск от ранна смърт, въпреки това тежката и дълбока степен са свързани с намалена продължителност на живота, което се обуславя от етиологичните причини и добавените неврологични усложнения, като напр. епилепсия. Неврологичните дисфункции са резултат на обездвижване, нарушения в гълтането и аспирации на стомашно съдържимо. Те водят до по-голям риск от ранна смърт, отколкото самата изостаналост. Когато има съчетание с аномалии на други органи и системи, продължителността на живота е индивидуална. Белодробните заболявания са честа причина за смърт, особено при пациенти с дълбока умствена изостаналост.

• Хипотрофията или синдромът на белтъчно-енергийно недохранване (БЕН) от етиологична гледна точка се разглежда в три отделни групи:

Алиментарна хипотрофия- от неадекватно хранене

Инфекциозна хипотрофия – от неовладяна продължителна инфекция

Конституционална – от вродена аномалия или друго трайно увреждане.

В световен мащаб водещо място в етиологията заема алиментарния фактор, докато у нас по голямо значение имат останалите – перинатални увреждания, вродени аномалии, протяхирани и хронично рецидивиращи инфекции. Не могат да бъдат пренебрегнати и психо- социални фактори.

Клиничната картина при БЕН е съчетание от три основни отклонения в развитието на детето-измършавяване, нарушена реактивност /дисергия/, понижен хранителен толеранс. Според дефицита на телесна маса състоянието се разделя на три степени Iст 10-20%, IIст – дефицит 20-40% и IIIст – дефицит над 40%. Дисергията се извява с подчертана склонност на хипотрофичните деца към инфекции и вяло и продължително протичане. Пневмониите и токсичните чревни инфекции са най- честата непосредствена причина за смъртта при атрофичните деца. Пониженият хранителен толеранс се проявява с тежки стомашно-чревни разстройства при невнимателен опит за усилено хранене. Маразмът е крайна степен на изтощение на организма, рязко измършавяване. Наблюдава се при тежки хронични заболявания, особено при злокачествени тумори, като се съчетава с изразена дехидратация, анемия, мускулна атрофия.

• Умственото изоставане /retardation mentalis / е обединяващо състояние , което винаги е израз на органично увреждане на мозъка. Разграничават се четири степени: лека – 85%, средна – 10%, тежка – 4% и дълбока – 1%. Честотата се движи в граници 1,6 – 3% в популацията. Не е задължително да се асоциира с повишен риск от ранна смърт, въпреки това тежката и дълбока степен са свързани с намалена продължителност на живота, което се обуславя от етиологичните причини и добавените неврологични усложнения, като епилепсия. Неврологичните дисфункции са резултат на обездвижване, нарушения в гълтането и аспирации на стомашно съдържимо. Те водят до голям риск от ранна смърт, отколкото самата изостаналост. Когато има съчетание с аномалии на други органи и системи, продължителността на живота е индивидуална. Белодробните заболявания са честа причина за смърт, особено при пациенти с дълбока умствена изостаналост.

• Недоносеност: Недоносено е дете, родено преди 37 гестационна седмица и с телесно тегло под 2500 гр. Според критерия тегло се различават четири степени: I степен - телесна маса между 2500 и 2000 гр, II степен - между 2000 и 1500 гр, III степен - 1500 и 1000 гр, и IV степен - под 1000 гр. Функционалната характеристика на недоносените деца се отличава със затруднена адаптацията към живот извън утробата на майката, отнасящо се най- вече до функцията на белите дробове, които не са в състояние да осигурят адекватна вентилация, от там недостатъчен приток на кислород към тъканите. Често се наблюдават смущения в сърдечната дейност, терморегулацията, метаболитни нарушения. У новородените с малка телесна маса се срещат често вродени аномалии, податливи са на инфекции, които не само са следствие, но често и причина за раждане на недоносено дете. Освен това тези деца боледуват от заболявания, които не се срещат или се срещат много рядко при родените в термин и с нормална телесна маса деца.[3]

Специални грижи и лечение за деца с ДЦП

- Физикална терапия/Физиотерапия

Тя е основен метод при лечението на деца с ЦП във всички възрасти. Най-голям ефект се наблюдава при започването ѝ още в кърмаческа възраст. Тогава се препоръчва стимулиране координацията на движението на кърмачето чрез метода на Войта или Бобат, като се набляга предимно на Войта.

С преминаване на детето на две годишна календарна възраст или моторна възраст по-голяма от 9 месеца /самостоятелно лазене/ се работи с метода на Бобат

и сензорно-интеграционната терапия. Към тях се прибавят и някои елементи от метода на Войта. При децата след 5 годишна възраст се включват и аналитична ЛФК. При деца след 7 годишна възраст се прилага основно механотерапия, подкрепена от аналитична ЛФК. Кинезитерапията се прилага ежедневно.

- Електростимулации – прилагат се локално и рефлекторно. Локално се прилага на релативно отслабените мускули, антагонисти на спастичните, като при индикации може да се приложи още в кърмаческа възраст. Рефлекторното се прилага в областта на шийния мозък, в зависимост от диагнозата на детето, моторните му възможности и степента на мускулния хипертонус. Провеждат се 4-6 курса годишно от по 10-15 процедури.

- Електрофореза – прилага се предимно на деца с уреждания на периферните нервни пътища или мускулите. Прилага се задължително преди електростимулациите, ако са предписани такива. Електрофорезата се прави с Nivalin, Dibazol и други медикаменти.

- Магнитотерапия – прилага се нискочестотен импулсен магнитно поле – трансцеребрално. То е най-подходящо за кърмаческата възраст. Магнитното поле подобрява метаболизма на мозъка чрез активиране на оксидативните процеси, подобрява кръвотока му и стимулира неговото съзряване. Прилагат се 2-4 курса по 15-20 процедури през първата година

- Термотерапия – включват се топлинни апликации с парафин, гел или студени апликации с гел, лед и студен въздух. Процедурите имат добре изразен миорелаксиращ ефект. Прилагат се при деца над 2 годишна възраст със спастично повишен мускулен тонус, а при показания и на по-малки.

- Криотерапия – прилага се по-ограничено и повече през летния период поради лесната заболяемост на децата с ЦП от простудни заболявания. Топлинните апликации се ползват предимно през по-студените месеци, като се прилагат внимателно за да се избегне претопляне при деца с епилепсия. Криотерапията има бавен и продължителен ефект. Провеждат се 8-10 курса годишно с по 10-20 процедури.

- Хидротерапия – прилага се подводен душов масаж, който има добре изразено миорелаксационно и трофично действие в зависимост от дозировката. Също така при децата от 1 до 3 годишна възраст играе роля в изграждане на схема на тялото. Прилага се предимно в летния период поради лесната заболяемост от простудни заболявания. Провеждат се 2-3 курса годишно с по 10-15 процедури.

- Механотерапия – провежда се в училищна възраст с оглед засилване на определените мускули и мускулни групи по аналитичен път, като се ползват уреди на Кетлер.

- Фонофореза – прилага се със фибринолитични в подострия стадий на постоперативната рехабилитация за по-бързо разнасяне около цикатриалния оток и блокаж на сухожилията. Провеждат се 1-2 курса с по 15-20 процедури.

- Позиционна терапия – провежда се чрез вертикализационни маси и статични шини. Вертикализационните маси позволяват стимулиране на ориентацията в пространството и активиране на равновесните реакции и механизми на вертикализация. Статичните шини позволяват за държането на пасивния обем на движение в ставата постигнат след миорелаксационни процедури и кинезитерапия. Прилагат се етапно и според индивидуалното състояние на детето, предимно след 1 годишна възраст.

Лечебна гимнастика и масаж при ДЦП

1. "Поза на ембриона", в която детето бавно се повдига от положение по гръб, за да се намали повишения тонус на мускулите разгъвачи;

2. Упражнения с топка: -разтягане на мускулите на корема и раменния пояс за отстраняване на ригидност /вцепенение/; -рефлекторно положение за повдигане на

главата, под влияние на точков масаж около гръбначната мускулатура; - рефлекторно положение за мускулите на долните крайници, за създаване на реакция за упора;

3. Укрепване на лабиринтния рефлекс с помощта на тоничен масаж в окологръбначната област

4. Упражнения за преодоляване на тоничния шиен рефлекс с помощта на промяна на положението на главата:

5. Упражнения за укрепване на мускулите на корема и гърба:

6. Упражнения за стимулиране на вертикалното положение на тялото:

7. Упражнение за вървене – преминаване през поставен на земята обръч, стимулира повдигането на ходилото;

8. Упражнения за прекръстосване на краката:

9. Тоничен масаж на мускулите на бедрото и подбедрицата за отстраняване на сгъванията и усукванията на крайника при функционални и органични контрактури;

10. Упражнение на дъска с колела – тялото на детето се поставя върху дъска на колела и при създаване на упора в долните крайници, и притикване напред, детето създава упора в ръцете си;

11. Упражнения върху решетка – поставено по корем върху решетка, детето търси опора с ръцете при което развива рефлексите и движенията на горните крайници;

12. Упражнение на батут

13. Групово упражнение за развитие на движенията на горните крайници

14. Хореографска /танцова/ [2]

Прогнозата и продължителността на живота при деца с ДЦП е в пряка зависимост от формата и тежестта на заболяването, както и от изявените допълнителни усложнения и комбинация с други заболявания. При тежката форма на заболяването, продължителността на живота е силно скъсена. Американски източници, провели проучване сред деца с такова заболяване на базата на установените нарушения в моториката и храненето, посочват продължителност на преживяване средно 14 години за деца с частично запазени движения и хранене с чужда помощ, и 7 години за децата с по- тежки двигателни нарушения, приемащи храна, чрез сонда. Други източници посочват, че до 8годишна възраст преживяват 63% от децата с най- тежки прояви на заболяването.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Детето, засегнато от ДЦП е със специални потребности от здравни грижи и комплексно наблюдение, необходимо да се рехабилитира още от раждането, а когато съзнанието и възрастта му позволят, и да се саморехабилитира. Съвременните условия за лечение и грижи позволяват засегнатите деца да се обучават от специални педагози, активно в екипите за лечение и здравни грижи да се включват добре обучени професионалисти. Комплексното лечение изисква създаване на условия, подходящи за активна рехабилитация и съответстващи здравни грижи от мултидисциплинарни екипи, включващи кинезитерапевт, ерготерапевт, специален педагог, здравен специалист и психолог. Личните лекари и специалисти-невролози и ортопеди активно наблюдават децата с ДЦП

ЛИТЕРАТУРА

[1] Детски Церебрални парализи - Самарджиев, В. Николов и Г. Павлов изд. "Медицина и Физкултура" (1982г.);

[2] Ръководство по физикална терапия - том II, 1992 г.;

[3] Психични и поведенчески разстройства. Клинични описания и диагностични указания СЗО, София, 1992г.;

За контакти:

Десислава Атанасова ФОЗЗГ - Катедра «Здравни грижи» Специалност „Медицинска сестра” Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0888/234-666, e-mai: delfinche90@abv.bg

Нурие Хаджиосманова ФОЗЗГ - Катедра «Здравни грижи» Специалност „Медицинска сестра” Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.:0888/272-593, e-mai: nur4eto0o@abv.bg

Гл.ас. Деспина Георгиева - ФОЗЗГ - Катедра «Здравни грижи», Русенски университет “Ангел Кънчев”

Сексуално възпитание и здраве

автори: Равие Шабан и Жюлвер Низами
Научен ръководител: гл. ас. Кристина Захаријева

The sex education includes: knowledge, skills, personality characteristics of behaviors in the sexual area. Sexual education of the young generation is a necessary condition for a complete independent living. Sex education is one of the most important prevention for protection of sexually transmitted diseases (STDs). Another most important thing is knowing the nature of STDs and then realize the prevention of STDs.

Keywords: sex education, health, prevention, STDs

ВЪВЕДЕНИЕ

Здравето е най-ценното нещо, което човек притежава. Отсъствието на някаква болест не означава, че човек е напълно здрав. Съществуват множество дефиниции за здравето. СЗО дава следното определение: "Здравето е състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само липса на болест и недъг"[1]

От това определение трябва да направим извода, че човек трябва да се грижи за себе си и за своето здраве не само когато боледува, а през цялото време на своето съществуване.

Съществуват редица рискови фактори, влияещи негативно върху здравето на всеки човек:

1. Генетични фактори
2. Фактори, свързани с начина и стила на живот
 - начин на хранене
 - физическа активност
 - социална среда (професия, семейство, приятели)
 - вредни навици (тютюнопушене, алкохол, наркотици)
3. Социално значими заболявания
4. Полово предавани болести.

Когато говорим за болестите предавани по полов път в съзнанието ни възниква темата за Синдрома на придобитата имунна недостатъчност, т.е. "чумата на 21 век". Но освен това заболяване, съществуват редица други полови инфекции, опасността, от които не се осъзнава и се подценява.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Класификация на полово-предаваните болести:

- *Класически венерически болести:*

1. Сифилис

Сифилисът е лечима сексуално предавана инфекция (СПИ), причинявана се от бактерията *Treponema pallidum* (бледа спирохета). Сифилис се предава при сексуален контакт (вагинален, орален или анален секс) със заразен човек.

Бременните жени, болни от сифилис, могат да го предадат на своя плод, причинявайки болест наречена вроден сифилис.

Бактериите са неустойчиви във външната среда и поради това болестта не се разпространява чрез контакт с тоалетни чинии, дръжки на врати, басейни, вани, споделяне на облекло или прибори за хранене.

Сифилисът се нарича още "Големият имитатор", тъй като се проявява с много различни симптоми, които често наподобяват симптомите на други болести. Сифилисът (с изключение на вродения сифилис) протича в четири етапа, които понякога се застъпват.

Първичен Сифилис

Първият симптом на първичния сифилис най-често е малка, кръгла, твърда язва, наречена твърд шанкър, на мястото на навлизане на бактериите в тялото. Появява се обикновено на пениса, вулвата или влагалището, но може да се появи и на шията, езика, устните или друга част от тялото. Изчезва за около 3 до 6 седмици дори и без лечение. Поради тези причини първичният сифилис може да не бъде открит и лекуван и инфекцията да премине в следващата фаза.

Вторичен сифилис

Вторичният сифилис обикновено се проявява като несърбящ кожен обрив - груби, червени или червено кафяви петънца. Обривът избива най-често по дланите на ръце и ходилата на краката, но може да е разпространен по цялото тяло.

Други по-чести симптоми:

- болка в гърлото
- умора
- главоболие
- увеличени лимфни възли

По-редки симптоми:

- температура
- болки на различни места
- загуба на тегло
- косопад
- ставни болки
- язви в устата или гениталната област

Подобно на първичния сифилис, вторичният сифилис изчезва и без лечение. Ако не се лекува, обаче, инфекцията преминава в следващия етап.

Латентен сифилис

Латентната (скрита) фаза на сифилиса започва, когато симптомите на вторичния сифилис отминат.

Ранният латентен сифилис се характеризира с леко изразени или липсващи симптоми. В този стадий на болестта, заразносниелят все още може да предаде инфекцията на своя сексуален партньор.

По време на късния латентен сифилис инфекцията е подтисната и риска за заразяване на сексуалния партньор е много нисък или отсъства. Въпреки това, ако латентният сифилис не се лекува болестта преминава в най-сериозната фаза на заболяването - третичен сифилис.

Третичен сифилис

Дори без лечение, малък брой от заразените развиват тежките усложнения известни като третичен или късен сифилис. В тази фаза бактериите увреждат различни части на тялото - сърцето, очите, мозъка, нервната система, костите, ставите и др. Тези тежки усложнения се развиват в продължение на години и дори десетилетия след фазата на първичния сифилис.

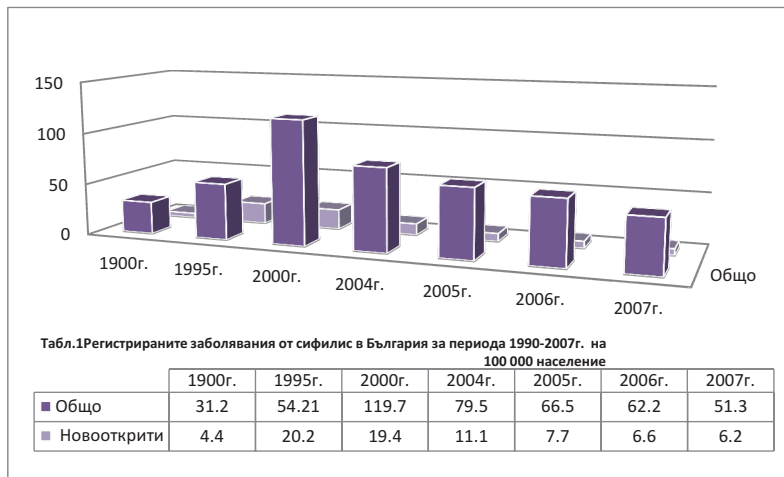
Късният сифилис води до нарушения в мисловната дейност, слепота, глухота, загуба на паметта и други неврологични проблеми, сърдечно увреждане и смърт. Късният невросифилис (мозъчно или гръбначномозъчно увреждане) е един от най-тежките признаци на тази фаза.

Превенцията се състои в избягването на близък контакт с заразени хора - инфектирани тъкани и тъканни течности. Обикновено, обаче, сифилисът се разпространява от хора, които нямат видими рани или обриви и които не знаят, че са заразени.

Взаимно-моногамният секс само с един неинфектиран партньор е най-добрият начин да се предотврати заразяването със сифилис. Правилното и последователно използване на презерватив по време на половия акт намалява риска от инфектиране, но не го премахва напълно, тъй като презерватива не винаги покрива всички язви - например по бедрата, устните и др.

За да се предотврати предаването на инфекцията от майката на нейния плод и развитието на аборт или вроден сифилис, всички бременни жени трябва да се изследват за сифилис.

По данни на Национален център по здравна информация, регистрираните заболявания от сифилис в България за периода 1990-2007г. На 100 000 население са изобразени на следната графика:



2. Гонорея(Трипер)

Гонореята е втората по-честота бактериална причина за развитието СПИ след хламидията. Пика на заболяемост е между 15 и 24 годишна възраст,и жените се засягат по-често от мъжете.Тя може да засегне матката и маточните тръби, причинявайки тазова възпалителна болест (ТВБ) и да доведе до тубарна (ектопична) бременност и безплодие в приблизително 10 процента от заразени жени. Има данни, че гонореята повишава и риска за инфектиране със СПИН.Гонореята се причинява от бактерия наречена *Neisseria gonorrhoeae*. Тази бактерия инфектира гениталния тракт, устата и ректума и на двата пола. При жените шийката на матката е първото място на инфекция.

Заразяването с гонорея става при вагинален, орален, или анален секс с инфектиран партньор.При бременни, болни от гонорея, детето може да се зарази при преминаване през родилния канал по време на раждане.

Бактериите се съдържат в спермата и влагалищната среда и водят до отделяне на секрет при мъжете и при жените. Някой хора могат да бъдат заразени за няколко месеца, без да имат симптоми.

При жените симптомите са:

- кървене по време на влагалищно сношение
- болка или парене при уриниране
- жълто или кърваво влагалищно течение
- спазми и болка
- кървене между менструалните периоди
- повръщане
- температура.

При мъжете симптомите се проявяват по-често:

- бял, жълт или зелен гноен секрет от пениса
- болка

- парене при уриниране (може да бъде много силно)
- подути или болезнени тестиси

3. *Хепатит В*

Вирусният хепатит (viral hepatitis) е възпаление на черния дроб, причинено от вирус. Няколко различни вируса, обозначаващи като вируси на хепатит А, В, С, D и Е, предизвикват вирусен хепатит.

Хепатит В се разпространява чрез контакт със заражена кръв, секс със заразен партньор и от майка на детето по време на раждане, ако раждането е вагинално или чрез цезарово сечение.

Най-добрата защита против хепатит В е ваксинирането. Трябва да се ваксинират всички новородени, по-големи деца, които още не са ваксинирани, както и възрастни от рискови групи. При хора, които никога не са били ваксинирани, намаляването на риска от излагане на действието на вируса може да помогне за превенция на хепатит В.

Новооткрити полово предавани болести

1. Кандидоза

Влагалищна (вагинална) гъбична инфекция, или вулвовагинална кандидоза е честа причина за влагалищно възпаление. Инфекцията се причинява от увеличено размножаване във влагалището на микроорганизма *Candida albicans*, принадлежащ към групата на несъвършените гъби. Различни фактори се асоциират с увеличена вагинална кандидоза при жените.

- Бременност
- Неконтролиран диабет
- Орални контрацептиви или антибиотици
- Интимни душове
- Женски интимни парфюми
- Локални антибиотици и стероиди
- Отслабена или компрометирана имунна система

2. Трихомониаза

Трихомониазата е една от най-честите лечими сексуално предавани инфекции (СПИ), особено при млади, сексуално активни жени. Трихомониазата се причинява от паразита *Trichomonas vaginalis*. Трихомониазата е основно инфекция на уrogenиталния тракт. Влагалището е най-честото място на инфекция при жените, а уретерът е най-честото място на инфекция при мъжете. Трихомониаза се предава при полов акт със заразен партньор. Симптомите при жените включват:

- Силно, жълто-зелено или сиво влагалищно (вагинално) течение
- Неудобство (дискомфорт) по време на секс
- Влагалищна миризма
- Болка при уриниране

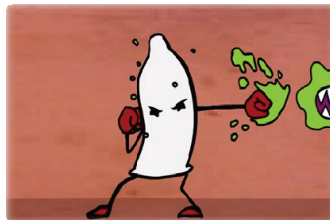
При жените може да има възпаление и сърбеж в гениталната област и в редки случаи, болка ниско в корема.

3. Генитален херпес

Гениталният херпес е сексуално предавана инфекция (СПИ). Жените се заразяват по-често отколкото мъже. Гениталният херпес се причинява от херпес симплекс вирус (HSV). Има два типа HSV.

- HSV тип 1 - най-често засяга устата и устните, причинявайки рани известни като херпес или стресница.

- HSV тип 2 - обикновено причинява генитален херпес, но може да инфектира устните и устата. Инфектираните с генитален херпес могат лесно да предадат вируса на неинфектиран партньор по време на полов акт.



Повечето хора се разболяват от генитален херпес при полов контакт с заразоносител, който отделя вируса на херпеса, по време на явна инфекция или през асимптомен (без симптоми) период. Вирусът се предава и при близък контакт, различен от половия акт - при орален секс или близък контакт на кожа с кожа.

Симптоми включват изтръпване, болка и лезии (малки мехурчета, на червена основа) близо до мястото на проникване на вируса, например гениталната или ректалната зона, седалището или бедрата.

4. Хламидия

Урогениталната хламидиоза е лечима сексуално предавана инфекция (СПИ), която може да доведе до сериозни здравни проблеми и при двата пола, както секрет от пениса при мъжете и безплодие при жените, така и инфекция на новороденото при бебета родени от заразени майки.

Хламидиозата е една от най-широко разпространените бактериални СПИ.

Хламидиозата се причинява от бактерия наречена *Chlamydia trachomatis* (Хламидия трахоматис). Хламидиите се предават при орален, влагалищен, или анален сексуален контакт със заразен партньор. Симптомите са изтичане на необичаен секрет (слуз или гной) от влагалището или пениса и/или парене и болка при уриниране. Тези ранни симптоми могат да бъдат много леки[2].

5. СПИН

Най-опасната полово предавана болест е HIV, вирус който причинява Синдрома на придобитата имунна недостатъчност. Като преминава чрез телесните течности, HIV вирусът може да се предава при хомосексуален и при хетеросексуален полов контакт. HIV се предава по кръвен път и от майката на плода. Инкубационният период до изявата на заболяване може да бъде много дълъг, понякога 10 години, като в този период инфектираният е заразен и много често не знае, че носи вируса и го предава на своите сексуални партньори. HIV разрушава имунната система. Проявите на СПИН са най-различни и са резултат от намаления имунитет. Вирусът е много агресивен и уврежда централната нервна система. Засега не е открито ефективно лечение за това заболяване. Няма и ваксина за него. Най-ефикасният начин за предпазване от СПИН е ползването на презервативи.[3]

Превенция на полово предаваните болести

Превенцията е ключов фактор в борбата с нелечими полово предавани инфекции. Тя е от изключително значение и трябва да започне колкото е възможно по-рано – в училище.

- Най-ефективната мярка, която ще предпази от инфекции, е въздържането от полови контакти. Такава опция вероятно не звучи много реално, поне не за повечето от хората.
- Правилният избор на партньор понижава риска от инфекции.
- Ако е възможно, прегледайте партньора, защото много инфекции се проявяват като „ранички“ – при херпеса, при брадавиците и т.н.

- Използвайте презервативи. Изследвания сочат, че латексовите кондоми могат да предпазят от повечето видове вирусни и бактериални инфекции, а в значителна степен е възможно да намалят и опасността от инфектиране с ХИВ. Но за вирусите, които се предават чрез директен контакт с кожата (като вируса на херпес симплекс), защитата с презерватив не е достатъчна, ако огнището на инфекцията не е покрито от предпазното средство.



- И спермцидните кремове могат да играят важна роля при елиминирането на различни причинители на инфекции, както и при защитата от болести, предавани по полов път. Не е известно дали едновременно прилагане на спермцидни средства, както и използването на презерватив, повишава и защитата от инфекция с ХИВ.
- Препоръчва се спазването на основна хигиена, ежедневно вземане на душ, особено след всеки полов контакт.
- Важна роля при превенцията на инфекции има и ваксинирането. Ваксинирането против хепатит В осигурява защита от инфекции със същия вирус.[4]

Резултати от собствени проучвания:

Бяха анкетирани студенти от ФОЗЗГ от РУ,относно техните познания за болести предавани по полов път,за сексуалната им култура и възпитание.

52%-не използват презерватив

69%-одобряват секса още при първа среща

23%-не посочват болести ,които се предават по полов път

78%-13-15год. –сексуални контакти

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Все повече нараства броят на хората, особено на младите, които страдат от болести, предавани по полов път.Поради това е необходимо да се акцентира на здравното образование и възпитание на младите хора .Това ще повиши сексуалното им възпитание,а това предполага ,че по малко ще са заболелите от болести предавани по полов път.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Грънчарова Г.-,„Социална медицина“-Издателство на Български кардиологичен институт,2012.

[2] medicine.bg

[3] doctormalchev.com

[4] zdravoslovnobg.org

За контакти:

Жюлвер Билял Низами - студентка от II курс, специалност медицинска сестра, ФОЗЗГ, РУ“Ангел Кънчев“,e-mail:juju_11@abv.bg

Равие Мехмед Шабан - студентка от II курс, специалност медицинска сестра, ФОЗЗГ, РУ“Ангел Кънчев“,e-mail:rawy@abv.bg

гл. ас. Кристина Захаријева - ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи“

Гръбначни изкривявания в пубертетния период

Автор: Невшен Тюрк

Научен ръководител: гл. ас. д-р Иваницка Сербезова

The vertebral column, or also known as spine, is the main structure in human body. It provides connection between vertebrae, ribs, tailbone and cranium. The vertebral column is the most important part of locomotor system. Scoliosis, kyphosis and lordosis are the three types of spinal deformities. The kinesitherapy appears as main prophylactic and therapeutic remedy. Early detection of spinal deformities is very important for the treatment process.

Key words: *vertebral column, spinal deformities, ribs, tailbone, cranium, prophylaxis, treatment.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Гръбначният стълб представлява осев скелет и опора на тялото. Той е с ясно изразен сегментарен строеж, образува се от редица надлъжно разположени сегменти, наречени прешлени. У човека във връзка с изправеното положение на тялото той има формата на S-образно извит вертикален стълб, който се натоварва от тежестта на туловището, главата и горните крайници и предава това натоварване на долните крайници. Общият брой на истинските прешлени у човека е 24, докато при маймуните той е от 25 до 28. Основните функции на гръбначния стълб са: опорна, защитна и двигателна. [2]

Гръбнакът е основна структура в човешкото тяло. Той прави човека гъвкав и абсорбира голяма част от сериозните натоварвания, на които хората и особено децата са подложени всеки ден. Гръбначният стълб е изключително сложен, той осигурява връзката между гръбначните прешлени, ребрата, кръсцовата кост и черепа. Изграден е от 33 прешлена и е най-важната част от опорно-двигателния апарат. За да може да изпълнява всички свои функции, гръбначният стълб трябва да е в правилна позиция. Правилната позиция е състояние, при което скелета и мускулите са в перфектен баланс, който защитава поддържащите структури на тялото от травми и деформации по време на игра и почивка. [1]

ИЗЛОЖЕНИЕ

В днешно време пагубно влияние върху правилната позиция на гръбначния стълб оказват заседналият начин на живот и неестествените пози, които децата заемат всеки ден. Това все по-често води до гръбначни изкривявания, които са три основни вида:

➤ **Сколиоза** – това е деформация на гръбначния стълб, която се състои в изкривяване на гръбнака настрани (латерално) т.е. на ляво или на дясно, който се счита за най-сериозния вид деформация. Обикновено се получават допълнителни кривини по гръбнака, тъй като тялото се стреми да се стабилизира, както и накланяне на главата, раменете и таза в противоположни посоки. Когато водещата кривина е отдясно, сколиозата се нарича декстросколиоза, а когато е наляво се нарича левосколиоза. Сколиозата може да се намира в различните области на гръбнака. Тя е причина за дисбаланс на мускулите на гърба и най-вече в еректорите (мускулите, които ни поддържат изправени), което от своя страна води до постоянно напрежение в тях. В зависимост от степента на деформация може да се получат и структурни изменения на целия гръбнак, намаление на неговата дължина, както и видим дисбаланс в симетрията на тялото. Заболяването бива вродено или придобито. Аномалии в развитието на строежа на прешлените по време на бременността са причините за появата на т.нар. вродена сколиоза. За съжаление появата им е все още неясна за медицината. Лечението в този случай спомага за

консервиране, т.е. да не се влошава състоянието и в по-благоприятни случаи до подобрене. Лечението се състои в носенето на корсет до завършване на пубертета, а в по-тежки случаи операция и поставяне на импланти. [3]

➤ **Кифоза** – това е деформация на гръбначния стълб, която се характеризира с неестествена извивка на гръбнака в горната му част, което води до появата на гърбица. Освен това кифозата също може да бъде вродена или придобита. В повечето случаи вродената е по-тежката форма на заболяването и е придружена със структурни изменения на гръбнака, а лечението е чрез поставяне на корсет до края на пубертета или оперативно. Придобитата кифоза е по-лека от вродената и лечението бива предимно чрез физиотерапия, плуване и правилна стойка. [3] Деформации на гръбния кош могат да бъдат причинени и от изкривяването на гръбначния стълб. Рахитната кифоза е дъговидна, локализирана в лумбалната област и се заличава при поставяне на детето в гръбно положение върху твърда подложка. Тя е свързана с рахитни изменения в прешлените и с хипотония на гръбната мускулатура. При по-тежка рахитна кифоза в седнало положение детето заема позата на седнала котка.[1]

➤ **Лордоза** – това е изкривяване на гръбнака в неговата лумбална област, като прешлените са извити към корема. При тази деформация се усещат болки в областта на кръста и дискомфорт при седене в правилна позиция, чисто визуално се получава изпъкване на корема. Най-честа причина за лордозата е неправилна позиция на тялото и слаба абдоминална или твърде скъсена мускулатура на кръста, а заболяването може да бъде и вродено. Често лечението се състои в физиотерапевтични упражнения, масажи, стречинг, плуване и не на последно място коригиране на стойката в изправено положение и седеж. [3]

Кинезитерапията се явява основно профилактично и лечебно средство при третирането на гръбначните изкривявания. Тя може да се приложи в начален етап на изкривяването – за спиране хода на прогресията. При фиксирани гръбначни изкривявания в млада и по-напреднала възраст, изгражда и поддържа добра мускулатура на тялото, облекчава наличието на болка и дискомфорт.

Обикновено кинезитерапевтичната програма включва:

- Лечебна коригираща гимнастика, която включва специално подбрани и целенасочени упражнения за коригиране на стойката, подобряване силата, еластичността и издръжливостта на мускулатурата на тялото. Започва се с по-леки упражнения и съобразени изходни позиции и др.

- Лечебен масаж – при болки в гърба за релаксиране на напрегнатата мускулатура.

- Мобилизационни и мекотъканни стречинг техники – за подобряване подвижността на гръбначния стълб и релаксиране на напрегнатата мускулатура.[4]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Благоприятно въздействие като лечебен и профилактичен метод при гръбначните изкривявания оказват системните занимания с плуване. Полезни са и други видове спорт като: гребане, пързаляне с кънки и ски, волейбол, баскетбол. На децата и учениците трябва да се осигури здравословно хранене, което трябва да бъде богато на витамини и минерални соли. От голямо значение е ранното откриване на гръбначните изкривявания, което се осъществява през годишните профилактични прегледи. Също важно е и мястото на медицински специалисти работещи в системата на училищно здравеопазване за ранното откриване на тези заболявания, полагане на системни грижи за подрастващите с гръбначно изкривяване, които включва: организиране на лечебна физкултура, контролиране на ергономична учебна среда, контрол на правилно хигиенно-диетичен режим.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Бакалова, Л., Ив. Вапцаров, Детски болести. Изд. М.Ф. София 1977, с.239
- [2] Гълъбов. Г. В.Ванков., Анатомия на човека. Изд. М.Ф. София 1986с.30, 31.
- [3] <http://www.bb-team.org>
- [4] <http://www.vipclinic-bg.com>

За контакти:

Невшен Низами Тюрк, РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе, 0898805566,
nevsen_91@abv.bg

Гл. ас. д-р Иваничка Сербезова, РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе, 0888731063,
iserbesova@uni-ruse.bg

Здравословно хранене. Формиране на правилни хранителни навици от ранна детска възраст. Здравословно хранене на студентите

Автори: Филиз Фаари, Камелия Андреева и Айлин Адил

Научен ръководител: гл. ас. Деспина Георгиева

Healthy eating is not about strict nutrition philosophies, staying unrealistically thin, or depriving yourself of the foods you love. Rather, it's about feeling great, having more energy, stabilizing your mood, and keeping yourself as healthy as possible– all of which can be achieved by learning some nutrition basics and using them in a way that works for you. You can expand your range of healthy food choices and learn how to plan ahead to create and maintain a tasty, healthy diet.

Key words: healthy eating, nutrition, healthy diet.

ВЪВЕДЕНИЕ

Храненето е сред най-важните фактори за здравето на човека. Когато е здравословно, то доставя на организма адекватен прием на хранителни вещества – белтъци, мазнини, въглехидрати, витамини, минерали и други, необходими за поддържане на дълготрайно добро здраве.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Нездравословното хранене може да доведе до редица болести на сърдечно-съдовата система, ракови заболявания, затлъстяване – рисков фактор за появата на диабет тип 2, високо кръвно налягане и др. Глобалната стратегия за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни болести определя храненето като един от трите най-важни фактора за тези болести, наред с ниската двигателна активност и тютюнопушенето. Основните причини за нездравословно хранене са: високата консумация на сол, захар и мазнини; ниската консумация на плодове и зеленчуци.

Положителни промени в храненето, намаляване на свръхтеглото и затлъстяването, увеличаване на физическата активност могат да подобрят здравето във всеки период от живота.[1]

Спазването на следните препоръки за здравословно хранене ще допринесе за съхраняването на здравето и предотвратяване на редица заболявания.

1. Консумирайте пълноценна и разнообразна храна. Хранете се редовно, с удоволствие и в приятна атмосфера. Отделяйте достатъчно време за хранене.

2. Консумирайте зърнени храни като важен източник на енергия. Препоръчва се пълнозърнест хляб и други пълнозърнести продукти.

3. Ежедневно консумирайте над 400гр. разнообразни плодове и зеленчуци, за предпочитане сурови.

4. Консумирайте мляко и млечни продукти с ниско съдържание на мазнини и сол.

5. Избирайте постни меса, замествайте често месото и месните продукти с риба, птиче месо или бобови храни.

6. Ограничавайте общо приема на мазнини, особено на животинските. При готвене използвайте растителни масла.

7. Ограничавайте приема на захар, захарни и сладкарски продукти. Избягвайте консумацията на газирани напитки, съдържащи захар.

8. Намалете употребата на сол и консумацията на солени храни.

9. Ако консумирате алкохолни напитки, приемайте ги в умерени количества.

10. Поддържайте здравословно тегло и бъдете физически активни всеки ден.

11. Приемайте ежедневно достатъчно вода – 1.5-2л.

12. Пригответе и съхранявайте храната по начин, осигуряващ нейното качество и безопасност.

Важно е да се храним здравословно не само за да поддържаме организма си в добра физическа и здравословна форма, но и за да предадем този начин на хранене на децата си. Тъй като децата наследяват хранителните навици на родителите си. „Човек е това, което яде.“ - Това твърдят древните индийци и са съвършено прави. Когато говорим за децата, тази максима придобива тройна сила. Формирането на правилни хранителни навици започва от детска възраст и е най-важният показател за здравословното развитие на младия човек. Много е трудно да се обясни на един тийнейджър, че хамбургерите и газираните напитки са „ненужна“ и вредна за организма храна. Когато обаче детето е свикнало да яде подобни неща, е почти невъзможно да му се променят хранителните навици. Затова правилният режим на хранене трябва да се създаде още в съвсем ранна възраст и то от родителите. За родителите е важно да свикнат с мисълта, че дават пример на децата с техния модел на хранене. Закуската и вечерята трябва да се наложат като семейни традиции, в които да изобилства пълноценна храна. Детето има нужда от специално внимание на масата, за да се научи да отдава значение на това, което яде.

Основните принципи, които трябва да спазваме в подготовката на детското меню:

- * Калцият - задължителен! Това е една от основните съставки, необходими на подрастващия, тъй като 95% от формирането на скелета става в юношеска възраст. Той се съдържа в млякото, млечните продукти, зелените листни зеленчуци, рибата и ядките. В дневното меню на детето задължително трябва да има мляко и млечни продукти-за правилното му развитие. Доказано е, че недостатъчният прием води до остеопороза и сърдечно-съдови заболявания в по-късна възраст.

- * Плодовете и зеленчуците - Детето трябва да изяжда по няколко плода дневно, за да си набави необходимите витамини и минерали. Сред особено полезните са ябълки, грозде, лимони, пиперки, зеле, карфиол.

- *Зърнените продукти също не бива да бъдат пренебрегвани. Съчетанието им с мляко е перфектна хранителна комбинация.

В групата на нездравословните храни попадат:

Захарните и сладкарските изделия, които всички обожават и могат да поглъщат в неограничени количества. Прекомерната употреба на захар води до пристрастяване и затова е много важно да се наложат ограничения. Парче торта или две блокчета шоколад са напълно достатъчни за детето, ако не искате да си докара затлъстяване и проблеми със зъбите. Не се поддавайте на капризите в магазина и предупредете роднини и приятели да не се увличат в носенето на шоколади, когато идват на гости.

- * Газирани напитки и чипс – за разлика от сладките изделия, от тях няма и минимална полза. Те само вредят на детския организъм, не носят никакви полезни съставки и са сред топ 5 на причините за детското затлъстяване.

За да се формират определени вкусови навици не бива да се разчита единствено на това детето да си купи закуска и обяд отивайки на училище. Пригответената вкъщи закуска с богата плънка от сирене, пилешко и пресен зеленчук, ще осигури донякъде дневната порция здравословна храна. [3]

Една от най-сериозните отговорности които имат родителите при, отглеждане на децата, е да формират правилни хранителни навици и уважение към храната. Давайки им добър пример как да се хранят правилно, здравословно и вкусно до голяма степен определят здравето им за цял живот. При формиране от детска възраст навици за здравословно хранене се гарантира съхранението и прилагането им при самостоятелното хранене в следващите периоди от живота на децата. Хранителните предизвикателства пред вече по-големи деца и студенти са много и

разнообразни. Заведенията за бързо хранене привличат младите хора с вкусни хамбургери, сандвичи, закуски и други тестени изделия. В изпълненото с динамика и ангажименти ежедневието на младите хора последното нещо за което се мисли е точно здравословното хранене. Предпочитат вкусният сандвич, изяден набързо пред здравословната салата, плодовете или добре пригответеното месо с оправданието, че нямат средства и време за здравословен живот.

Във връзка с проучване на навиците за хранене на студентите и дали спазват принципите на здравословното хранене беше проведена анкета. В анкетата взеха участие 30 студента.

Над 90% от анкетирания студенти посочват, че обичат и консумират редовно пържени храни. Вредата от консумиране на пържени храни е научно доказана и широко известна. Прекомерната консумация на тези нездравословни ястия представлява сериозна заплаха за здравето. Всички пържени храни представляват риск за здравето и увеличават риска от развитие на злокачествени образувания, затлъстяване, атеросклеротични промени на съдовете и други.

Само 7% от анкетирания смятат, храненето си за здравословно. Студентите трябва да осъзнаят, че здравословният начин на живот в това число рационалното, здравословно хранене е важна предпоставка за тяхното здраве, външен вид и самочувствие.

Над 20% от студентите предпочитат да консумират пилешко месо. Световната здравна организация препоръчва възрастното население да консумира месо два – три пъти седмично, докато Харвардският университет поставя червеното месо (свинско, говеждо, телешко, овче, агнешко) на върха на пирамидата и препоръчва то да се консумира два – три пъти месечно.

80% от анкетирания посочват, че рядко консумират риба. От всичките белтъчни храни, рибата е най-препоръчителен продукт. Не само, затова че е добър източник на белтък, но и поради това, че съдържа мазнини, които съдействат за профилактиката на сърдечно – съдовите заболявания, подкрепят имунитета. Риба се препоръчва да се консумира поне веднъж- два пъти седмично.

За рисковете от нездравословното хранене 79% са посочили хипертонията, а 13% диабета.

На въпроса как би могло да се подобри храненето на студентите и дали храненето в студентски стол може да задоволи потребностите от здравословно хранене. Над 50 % от студентите, смятат, че храненето в студентските столове задоволяват потребностите им от здравословно хранене.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Формирането на навици за здравословно и пълноценно хранене на децата е задължение на родителите. Промяната във философията на хранене на студентите може да се осъществи с достатъчно информация и убеденост в положителното въздействие на рационалното хранене. Резултатите от проучването сочат, че голяма част от студентите се хранят нездравословно, но осъзнават това и имат желание да променят начина си на хранене. Функционирането на студентските столове и качествено пригответената храна, биха допринесли за промяна в хранителните навици на студентите.

Доброто хранене днес е дългосрочна инвестиция за здравето на младите хора в бъдеще.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Програма „Синди“-България 2011-2020г.

[2] <http://www.vita-bg.eu/bg/blog/816/>

[3] „Национални препоръки за здравословно хранене на населението в България”.

За контакти:

Филиз Фаари - ФО33Г - Катедра «Здравни грижи», Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0883326871, e-mail: missffilina@yahoo.com

Камелия Андреева - ФО33Г - Катедра «Здравни грижи», Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0882069379, e-mail: kamence1982@abv.bg

Айлин Адил - ФО33Г - Катедра «Здравни грижи», Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0877914996, e-mail: aylinadil@abv.bg

Гл.ас. Деспина Георгиева - ФО33Г - Катедра «Здравни грижи», Русенски университет “Ангел Кънчев”

История на теста за бременност

Автори: Христинка Христова

Научен ръководител: гл. ас. д-р Иваничка Сербезова

Summary: *Over the centuries, many have tried to determine the existence of pregnancy as soon as possible. Pregnancy tests are completed its evolution from bags of wheat and barley, on which the woman urinating in a period of 7 days to today's advanced fast and convenient testing. Establishment of pregnancy in the early time been intertwined with magic and myths. Today we know that the most accurate result for the establishment of pregnancy suggests human chorionic gonadotropin (hCG) and it can be found in both urine and blood.*

Keywords: *Pregnancy test, urine, scientists, human chorionic gonadotropin*

ВЪВЕДЕНИЕ

През 2003 г. е отбелязан четвърт век от откриването на тестовите за бременност, въпреки че опити да се намери точен метод за откриване на бременността е имало далеч по-рано. Днес тестът за бременност е толкова разпространен и широко използван, колкото и изследването на нивото на хемоглобин в медицинските лаборатории. Тестовите за установяване на бременност са преминали невероятни метаморфози през вековете, докато станат това, което са днес.

Използвани методи:

- проучване на литературни източници.

ИЗЛОЖЕНИЕ:

Едни от най-ранните свидетелства за използването на тестове за бременност са открити в древен египетски папирус, датиращ от 1350 г. пр. н.е. Тестът представлявал първия диагностичен метод за откриване на уникална субстанция в урината. Той описва начин, при който жена, която иска да разбере дали е бременна, полива с урината си семена от жито и ечемик в продължение на 7 дни. Ако покълне житото, детето е от женски пол, ако покълне ечемика – от мъжки, ако нито едно от семената не покълне - не е бременна. Учени изпробват тази теория през 1963 година и откриват, че 70% от урината на бременните жени предизвиква поникване на семената. В египетските папироси се намират и множество описани други методи за откриване на бременност като: изследване на женските зърна и кожа за необичайна пигментация; пиене на мляко от жена, която е родила син и ако повръща отново е бременна. Има и описан метод който твърди, че при захващане на ръката на бременна жена вените и пулсират. Много от тези методи се появяват и извън Египет, но под различни форми.

Хипократ съветвал жените, които искали да разберат дали са бременни, да пият разтвор на мед във вода преди лягане и ако имали болки в стомаха, това означавало, че са забременели. Елинските тестове за бременност са идентични с гръцката медицинска практика, тоест даване на жената вид млечна напитка и наблюдаване реакцията на организма ѝ. Текст от 1552 г. свидетелства за използването на друг метод през Средновековието. При него урината се смесвала с вино и така се установявала бременността. Алкохолът реагира с някои протеини в урината, така че този тест имал частичен успех. През Средновековието се набляга върху урологията или върху ненаучни методи за визуално оценяване на урината. Авицена, персийски мюсюлмански лекар, променя египетския растежен тест, като поръсва сярна върху урината и я наблюдава да види дали ще се развият червеи. В Европа лекарите, които твърдели, че могат да установят бременност били наричани „проороци“. Теста въведен от Алберт Магнус (1206-1280) твърдял, че на жена с

предполагаема бременност се дава сладка напитка преди лягане и ако се оплаква от болки в пъпа на сутринта, то тя е бременна, но само ако не знае как действа теста.

През 19-ти век се появяват множество теории, които свързват наличието на определени кристали или бактерии в урината на жената с бременността. Учените обаче все още не разполагат с достатъчно добри методи за диагностика. Затова основният метод за откриването на бременността за жените си оставало наблюдаването на физиологическите промени в организма (най-сигурния знак било сутрешното повръщане). Едва в края на века Ернест Старлинг открива химически вещества или вътрешни секрети от определени органи в човешкия организъм, които нарекъл хормони. Откриването им е първата стъпка към изобретяването на съвременния тест. Преди откриването на хормоните най-добрият метод за определяне на бременност оставал наблюдение на физическите признаци и симптоми на сексуално активните жени.

Работата на учените продължава и съвсем скоро, през 1903 г., е открит хормон, който подпомага репродукцията. Той е наречен прогестерон (от англ. promoted gestation). След редица изследвания учените осъзнават, че има специфичен хормон, който може да се намери само при бременните жени и който точно доказва бременността. Днес този хормон е известен с инициалите ЧХГ (човешки хорион гонадотропин). За установяване на ЧХГ учените разработили биологични изследвания и специфични тестове, използвайки животни. В Германия през 1928 г. Селмер Ашхейм (1878-1965) и Бернхард Зондек (1891-1966) създават тест, наречен A-Z TEST, който също работи при наличие на ЧХГ в урината. За да се регистрира бременност, урината се инжектира в неразвити плъхове или мишки. Тестът се базира на известния факт, че по време на бременността женският организъм произвежда по-голямо количество хормони. Затова ако жената е бременна, мишката (плъхът) получава сърцебиене, след като е инжектирана с урина. Подобен тест е бил разработен и с неразвити зайци - известният тогава „заешки тест“. Фразата „заекът умря“ се използвала като евфемизъм в края на 20-те и началото на 30-те, когато жената искала да каже на мъжа си, че е бременна. Този тип диагностика обаче се оказва много бавна, а и за нея трябва да се пожертват доста животни. Тестовите били нечувствителни при измерване на хормоналните нива за установяване на бременност, поради прилики между ЧХГ и лутеинизиращия хормон (ЛХ).

Постига се напредък с т. нар. „жабешки тест“ на Гали-Майнини. Тестът се считал за позитивен ако при инжектиране на урина от пациентката на мъжка жаба се предизвика сперматорея след 4-5 часа. Жабите оставали живи и било възможно да се използват и за други тестове. У нас до навлизане на демокрацията се използвал този тест модифициран от П. Братанов. На мъжка жаба се инжектира урина от бременна жена, след 1-3 часа урината на жабата се изследва под микроскоп за наличие на сперматозоиди. Ако има бременност пробата е положителна в 98%.

През 1960 г. е създаден първият тест за бременност, базиран на взаимодействието на антитела и хормона ЧХГ. Този тест е доста по-бърз и евтин в сравнение с всички други методи, използвани преди това. Оказва се, обаче, че той се влияе от различни медикаменти и на резултата му не може да се вярва. Десет години по-късно е създаден тест, който показва резултат до 2 часа, от четвъртия ден от закъснението. Разрешено е той да се прави само в лаборатории в присъствието на лекар.

През 1972 г. трима учени, Вайатукайтис, Браунстейн и Рос, откриват и публикуват технология, която окончателно отделя ЧХГ от ЛХ и други хормони поради неговата бета-субединица. В резултат на новото откритие през 1976 г. се появява „Early Pregnancy Test“ („Тест за ранна бременност“) - първият тест, подходящ за употреба в домашни условия. Той показва резултат за два часа и е с 97% точност за положителен и 80% точност за отрицателен резултат. Две години

след това (1978) започва и продажбата му, първо на американския пазар. За кратко време любимите списания на американците изобилстват от статии и реклами за теста. Той е на страниците на “Мадмоазел”, “Вог”, “Дамски журнал” и др. В пресата се срещат и текстове като този: “За \$10 получавате мускалче чиста вода, тестова тубичка, съдържаща освен всичко друго и червени кръвни телца от овца, капкомер, чист пластмасов държател за тестовата туба с ъглово огледалце на дъното.”

Чрез подобрения през 80-те и 90-те години на миналия век, сложното домашно изследване с епруветки е заместено с еднократен тест, представляващ тест-лента в ръчен апликатор. Урината се абсорбира през анти-ЧХГ антитела и през контролна зона (цветна лента), която се оцветява в различни символи – плюсове, линии и др. показващи резултата на теста до 10 мин. По-новите тестове могат да установят бременност между осми и десети ден след овулация.

Тестът за бременност е довел до революция, която обаче не била всеобщо приета. Имало виждания, че жените използващи домашни тестове са неморални с желанието си да прикрият бременността си. За известно време теста бил свързан с нелегални аборти. Фармацевтичните компании се опитали да променят този възглед и рекламните започнали да се фокусират върху теста за бременност, като опорна точка за радостно събитие за цялото семейство.

Колкото и прецизни и точни да са тестовете за бременност днес, усилията на учените за усъвършенстването им продължават. От 1990 г. се развива технология, базираща се на нов тип антитела и ензимни етикети. На съвременната жена днес са познати три типа тестове за бременност - ленти с/без легенче, тест за бременност тип “касета” и тип “писалка”. При разработването на теста е използвана нова биотехнология, базирана на т.нар. Gold Gel Reagent, благодарение на който се постига над 99% точност на резултата. В аптеките у нас се предлагат тестовете : Surecheck, UniMark, Home Test, Quick Sure, Clear Test, Ozone, Clear View, Confirm. Съвременният тест за бременност работи по всяко време на денонощието и може да отчете сигурен резултат още на първия ден от закъснението на цикъла.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Неприкосновеността на личния живот, точността и скоростта на тестовете, както и скъпите репродуктивни терапии са довели до бързо повишаване на продажбите и не е изненадващо, че домашните тестове за бременност не показват никакви тенденции за изчезване. В бъдеще при следващото поколение тестове за ранна бременност може би ще четем на “екранчето” “бременна” или “не бременна”, вместо да следим за индикаторна лентичка. Или директно ще се изписва: “момиче” или “момче”...

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Тошков,Д., П. Савов, Учебник по Акушерство и гинекология, Методика на акушерското изследване, изд. Медицина и физкултура, София 1989 г., стр. 38-39
- [2] История на теста за бременност //MEDINFO Брой 02/2013, стр. 70 - 72
- [3] <http://bglog.net/bebelog/8367>

За контакти:

Христинка Красенова Христова - II курс „Акушерка” Русенски университет „Ангел Кънчев”, ФОЗЗГ - Русе e-mail: hristinka_hristova@mail.bg

Гл. ас. д-р Иваничка Сербезова, Русенски университет, e-mail: iserbezova@uni-ruse.bg

Необходимост от лекарски контрол и комплексно лечение при болни с Радикулит (Радикулопатия)

Автори: Станимира Ангелова и Александра Иванова

Научен ръководител: гл. ас. Д. Георгиева

Radiculitis is inflammation or irritation of the peripheral nerve roots. The causes for the appearance of radicular pain most often is due to: colds and other spinal cord disability. The clinical appearance of the disease depends on the location of occurrence of damage. Diagnosis is based on medical history and clinical examination. Treatment of the disease is complex.

Key words: radiculitis, causes, clinical occurrence, diagnosis, treatment

ВЪВЕДЕНИЕ

Почти всеки от нас поне веднъж в живота си е усещал болки в кръста. При някои хора тези болки са ежедневие, навик. Най-честата причината за тях е заболяването радикулит. Радикулитът е най-разпространеното заболяване на периферната нервна система, при което във възпалителния процес се вълчат сполчетата нервни влакна, излизащи от гръбначния мозък /т.нар. коренчета на гръбначния мозък/. Изключително болезнено и неприятно заболяване. Определя се като болков синдром, проявяващ се с болкови усещания по хода на седалищния нерв.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Радикулитът е възпаление или дразнене на коренчетата на периферните нерви, излизащи от гръбначния стълб. Всеки един периферен нерв отговаря за сетивността за допир, болка и усещане за студено и топло на определена ивица от повърхността на тялото, която започва от гръбнака и завършва до срединната линия по предната повърхност на лицето, шията, главата и корема. Тази ивица се нарича дерматом. Дерматомите на крайниците завършват съответно до пръстите на дланта или стъпалото.

Всяко едно увреждане на периферен нерв във всеки негов участък води до болка и други признаци точно в границите на този дерматом. Най-честите увреждания на периферните нерви които водят до появата на симптоми са на ниво коренче, тъй като то преминава през тесен костен канал и всяко състояние ангажиращо коренчето и водещо до оток, причинява относителна компресия (натиск) на твърдите стени на канала върху него. [2]

Причините за появата на радикулитните оплаквания най-често се дължат на:

- Простудни фактори (излагането на въздушно течение особено в съчетание с предхождащо изпотяване тъй като при изпарението на водните молекули от потта и преминаването им от течна в газообразно състояние се отнема голямо количество енергия - респективно топлина водещо до интензивно охлаждане).

- Различни увреждания на гръбначния стълб. Често срещано увреждане е Хернията на междупрешленните дискове изразяваща се в пробив на обвивката на междупрешленния диск, излизане на част от съдържанието на диска от междупрешленната става, дразнене и натиск върху близкоразположено нервено коренче. Другите увреждания Вертебралната остеохондроза – деформации и опипяване на телата и израстъците на гръбначните прешлени, Spina bifida- незатворено тяло на гръбначен прешлен, метастази, травми на прешлените и възпалителни процеси са чести причини за проява на радикулитни оплаквания. [2]

Клиничната изјава на заболяването зависи от мястото на възникване:

Заболяване на шийните коренчета води до Цервикален (шийен) радикулит и Брахиален (раменен) плексит, изразяващ се с появата на главоболие, болки в

областта на шията, рамото и ръката. Появяват се и сетивни и отпадни двигателни симптоми-повишена или понижена сетивност за допир, болка и температура, изтръпване и мравучкане в засегнатите дерматомии с лентовидна локализация, мускулна слабост и намален мускулен тонус, хипотрофия (намаление) на мускулатурата на раменния пояс и ръката, нарушаване на движенията в рамото и ръката и много рядко на китката и пръстите.

Засягането на гръдните коренчета води до Торакален (гръден) радикулит проявяващ се с повишена или понижена сетивност за допир, болка и температура, изтръпване и мравучкане в засегнатите дерматомии с лентовидна локализация, (втвърдяване на гръбната мускулатура), болки които се увеличават при вдишване, най-често имат характер на бодеж и се увеличават при навеждане и изправяне, контрактура. Често се приемат от пациентите за болки произхождащи от сърцето.

Лумбо-сакрален (поясно-кръстцов) радикулит/плексит. Изявява се с болки, изтръпване и мравучкане в поясната и кръстцовата област, които в част от случаите се разпространяват към съответния долен крайник, във вид на лента (най-често по задната повърхност на бедрото и страничната на подбедрицата) достигащи до пръстите на краката и петата. При кашлица, кихане, навеждане и изправяне болката се усилва. Пациентите заемат анталгична поза при която болките са най-слаби. При натиск в определени точки на бедрото където преминава седалищния нерв болката се усилва (болкови точки на Vallaix). При легнало положение на пациента и при пасивно повдигане на засегнатият крак изпънат в коленната става болката се засилва (проба на Lasseg I-ва фаза), а при сгъването му в коляното тя намалява (проба на Lasseg I I-ра фаза). В затегнатите случаи се появяват двигателни нарушения в засегнатия крак с пареза (непълна парализа) на отделни мускули и мускулни групи и хипотрофия (намалена маса) на мускулатурата на стъпалото и подбедрицата.[2]

Диагноза се поставя се въз основа на анамнезата, клиничния преглед, за доказването на дискова херния и други деформации и патологични процеси на гръбначния стълб се провежда рентгенография и КАТ. Протичането на заболяването е в зависимост от степента на увреждане. Много често пациентите се възстановяват в рамките на тримесечен период дори и без лечение, но в случаите причинени от дискова херния и други деформации на гръбначния стълб заболяването обикновено добива хроничен ход с чести рецидиви.[1]

Лечението е комплексно и включва приложение на:
Нестероидни противовъзпалителни средства (НСПВС)
Кортикостероиди.

Антидепресанти.

Физиотерапевтични процедури и балнеолечение.

Оперативно лечение.

При доказване на диагнозата пациентите се наблюдават активно от лекуващият лекар-невролог. Осигуреността на активно наблюдение и провеждане на комплексно лечение води до усещане у пациентите за възможност за контрол на заболяването и сигурност. Обикновено проблемите възникват при рязко повдигане на тежести, при простуда. Тогава към претоварването се прибавят инфекция и възпаление. Болестта се проявява с рязка болка в кръста. Тя често е само от едната страна. Понякога болката преминава и към крака и ограничава движенията. Бързата и адекватна намеса на лекуващият лекар ще намали значително неприятните преживявания на болка и ще подобри качеството на живот на пациентите.[2]

Рискови групи и фактори за възникване на болестта.

Радикулитът винаги се е смятал за болест на възрастните хора. Но през последните години се наблюдава подмладяване на болестта - дори

двадесетгодишни млади хора страдат от радикулит. В този случай причината е различна, най-често тя е изразена слабост на съединителната тъкан. Тази слабост се задълбочава ако младият човек е с лошо развита мускулатура и се натоварва с повдигане на тежести или дейността му е свързана с извършване на резки движения. Или точно обратното - дълго време да се намира в неподвижно положение - зад бюрото си, пред компютъра, зад волана на автомобила си. Друга рискова група са хората с наднормено тегло, при тях засилва натоварването на гръбначния стълб. Дисковете при пълните хора се износват по-бързо. Често радикулит развият и млади жени след раждане. Отслабналият женски организъм е принуден често да се претоварва поради грижите за бебето. В резултат на това едни мускули и връзки се претоварват с работа, а други бездействат. Друг рисков фактор при жените са носенето на обувки с високи токове и тежки чанти.

Комплексните здравни грижи се изразяват в осигуряване на:

- постелен режим- през първите дни на заболяването.
- предприемане на мерки, за предотвратяване на задълбочаване на оплакванията.
- задължителен консулт с невролог
- приложение на противовъзпалителни, обезболяващи средства, витамините от групата В

След преминаване на острите болки е необходима физиотерапия, масаж и лечебна физкултура. През последните години е много популярна мануалната терапия, иглотерапия, точков масаж и др.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Борбата с болката е основната цел на лекуващият екип при болни с радикулит. Няма по-жесток и непоносима болка от радикулитната, особено когато е в стадии на обостряне. За да се намалят пристъпите на заболяването всеки болен трябва да познава рисковите фактори и да носи отговорност за собственото си здраве. За да се предотвратят усложнения е необходимо адекватна и бърза намеса на лекар-невролог. Риска от усложнения значително ще намалеят, ако пациентите не предприемат самолечение, а следват препоръките на специалистите.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Елена Желева „Общи и специални сестрински грижи – практико-приложни аспекти“ Втора книга
[2]<http://www.pramed.com>

За контакти:

Станимира Цветанова Ангелова ФО33Г, Катедра „Здравни грижи“ Специалност „Медицинска сестра“ тел:0878247007
Александра Ванева Иванова ФОО33Г, Катедра „Здравни грижи“ Специалност „Медицинска Сестра“ тел: 0893366772
Гл.ас. Деспина Георгиева - ФО33Г - Катедра «Здравни грижи», Русенски университет “Ангел Кънчев”

Профилактика на майчинството и детството. Роля на медицинската сестра

Автор: Гургана Стоянова

Научен ръководител: гл. ас. Кристина Захаријева

Prepare future parents for waiting experience: *The birth, the growth, learn hygiene habits, Respect for the opinion of Malik person, games for the children are the most important an educational tool, parents to join in the games their children, pleasant atmosphere at home, satisfaction of a job well done.*

Key words: *Child, Parents, Communication, Love.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Медико-социалните проблеми на майчинството и детството са приоритетни за всяка една страна, тъй като:

- Те представляват значителен дял от населението: в развиващите се страни – около 70%; в развитите страни – около 40-50%;

- Те са специфична рискова група – за жените рискът е свързан с бременността и раждането, а за децата – с преживяемостта и развитието.

- Голяма част от заболяванията и умиранията сред майките и децата са предотвратими.

- Подобряването на майчиното и детското здраве допринася съществено за здравето на цялото население в дадена общност.[1]

Придобиването на нови здравни знания и умения за съвременния родител е важна предпоставка за удовлетворяване на неговите очаквания в посока отглеждане на здраво дете. Днес родителите искат да са партньори при вземане на решения за здравето на децата им, не желаят да им се нарежда какво да правят. Всеки родител има право да получи информация за здравното състояние, за здравно възпитание и правилно отглеждане на своето дете.[2]

ИЗЛОЖЕНИЕ

Подобряването на майчиното и детското здраве допринася съществено за здравето на цялото население в дадена общност .

Охраната на майчинството и детството включва: юридическа закрила на гражданските права на жените и децата; охрана на труда на жените-майки и труда на подрастващите; социално осигуряване на бременните жени и майките; осигуряване на образование и участие на обществото във възпитанието на децата и подрастващите; лечебно-профилактична помощ за жените и децата [3]. Придобиването на нови здравни знания и умения за съвременния родител е важна предпоставка за удовлетворяване на неговите очаквания в посока отглеждане на здраво дете. Днес родителите искат да са партньори при вземане на решения за здравето на децата им, не желаят да им се нарежда какво да правят. Всеки родител има право да получи информация за здравното състояние, за здравно възпитание и правилно отглеждане на своето дете[2]

Днес професията на медицинската сестра е високо хуманна, отговорна и нейната роля в здравното обслужване е огромна и незаменима. Това налага медицинските сестри да имат висока компетентност, да поемат повече отговорности и да имат по-голяма самостоятелност в практиката [4], [5].

За да осъществи качествена здравна помощ, съобразена със стандартите на Европа, медицинският професионалист е необходимо да притежава компетенции, защитени с придобит висок образователен ценз и да има мотивация за това[6] Професионалната подготовка на медицинската сестра все повече отговаря на постоянно растящите здравни потребности на населението [7] [8]. Завършващите

днес университетско образование медицински сестри имат теоретичната и практическа подготовка да отговорят на нуждите на потребителите на здравни грижи, в това число и да обучават и предоставят информация, съобразно техните компетенции[9]

Очакването на дете е ново преживяване за младите родители. У тях възникват притеснения и страхове дали откликват правилно на потребностите му. Всяка бъдеща майка се нуждае от подкрепа и помощ от останалите членове на семейството. Трябва да посещава редовно женска консултация и да се грижи за здравето си респ. за здравето на очакваното дете. Бременната жена трябва да се храни пълноценно, да има правилни хигиенни навици, да не извършва дейности, които биха застрашили нея или детето, което тя чака, също трябва да почива и да е психически спокойна.

През периода на бременността бъдещите родители трябва да се подготвят за очакваното ги родителство. При посещаването на женска консултация, да бъде информирана за предимствата на кърменето и за подготовката на гърдите за това. Да се подготви за първите грижи за новороденото - грижа за незарасналата пъпна раничка, грижи за главата и кожните гънки - подходяща козметика, хигиенни средства и материя за дрешките, оптимална температура на стаята, в която е детето и още много важни аспекти в грижите за бебето, изработването на режим на детето, хранене и най-важното нервно-психическото и умственото развитие на детето.

През периода след раждането на детето, майката е много чувствителна и тогава трябва да бъде подкрепяна от близките си за да избегне периодите на меланхолия и следродилна депресия. При посещаването на женска консултация, да бъде информирана за предимствата на кърменето и за подготовката на гърдите за това. Да се подготви за първите грижи за новороденото - грижа за незарасналата пъпна раничка, грижи за главата и кожните гънки - подходяща козметика, хигиенни средства и материя за дрешките, оптимална температура на стаята, в която е детето и още много важни аспекти в грижите за бебето, изработването на режим на детето, хранене и най-важното нервно-психическото и умственото развитие на детето. [10]

При ежемесечните посещения на детската консултация - педиатър извършва обстоен преглед на бебето, имунизации според Имунизационни календар на България, следи за физическото и менталното развитие на детето и дава съвети за по-нататъшното му развитие и най-подходящата възраст за въвеждането на нови храни.

Детето на 3, 5 или на 7 години е малък човек със собствени предпочитания, нужди и достойнство. Те трябва да се уважават, да се стимулират неговите инициативи, родителите трябва да са търпеливи и деликатни, защото то вече трупва опит и сръчност. Психиката на децата е лесно ранима и травми от детството биха се проявили по-късно с необратими последици вече като зрял индивид.

Детето трябва да се приучва на хигиенни навици, да се самообслужва, да се храни - дори и с риск да се изцапа. За да овладее това трябва да се провежда целенасочена възпитателна работа. Трябва да се проявява възискателност и настойчивост от страна на родителите. Не бива да се възпитава като „готованец“, а да прави всичко което е по силите му само или с помощ.

Родителите трябва да дават добър личен пример, защото децата имат тях като обект на подражание и ако нещо не им харесва в подрасалото дете - и се вгледат в себе си добре - ще открият тази черта.

Децата трябва да играят с различни игри - за сръчност, за развитие на логическата мисъл, опознавателни игри - така те откриват света около себе си, но и трябва да се подтикват след игри да подредят играчките.

Родителите трябва да отделят време за детето си: да си поиграят с него, да му прочетат приказка, да поритат топка. Продължителният престой пред компютъра и телевизора не се отразява добре на подрастващото дете - то има нужда да тича,

скача, да кара колело, да се катери и контактува с други деца.

Оказва се, че ролята на родителите при възпитанието на детето е от огромно значение. Те трябва да разговарят с детето си, да го приучават на дисциплина и самостоятелност, да стимулират инициативността му, родителите трябва да станат най-добрия приятел на детето си.

Атмосферата у дома трябва да е приятна, дори родителите да имат разногласия не бива детето да узнава или да става свидетел на това. Отговорностите са големи за да се осигури и даде на детето спокойствие и щастливо детство. Израствайки в сплотено семейство то ще копира този модел на поведение и в своя бъдещ родителски подход - това е вътрешното удовлетворение за родителите, че са успели да отгледат, възпитат и изучат един добър човек, който ще отрасне и ще поеме в живота си.

Тук може би трябва да се включат и здравните и социалните работници - трябва да се работи с децата в яслата, детската градина и на по-късен етап в училищата - да се наблюдават за отклонения в емоционалното им развитие, изблици на агресия, свръх емоционално поведение или меланхолия. Трябва да се работи комплексно с родителите, децата им, психолози и специалисти по здравни грижи.[11]

Резултати от собствени проучвания:

С цел да се проучи нивото на информираност за първите и последващи грижи за новороденото, за по често наблюдавани здравни проблеми ,бяха анкетирани 70 родители на случаен принцип,през периода-15.09.2012-30.09.2012.Проучването е анонимно и предварително участниците са информирани за неговата цел.Разбира се ,че както при всяко анкетно проучване и тук имаше палитра от отговори.Ще ви запознаем с отговорите на няколко въпроса.

Като източници за въпроси касаещи отглеждането на детето,анкетираните са дали следните отговори:

- 1.от личния лекар-68%
- 2.от педиатър-42%
- 3.от интернет-48%
- 4.от специализирана литература-32%
- 5.от медицинска сестра и акушерка-24%
- 6.от приятели и родители-21%

Най-често задавани са въпроси свързани с:

- 1.храненето-47%
- 2.хигиенните грижи-68%
- 3.закаляването-84%
- 4.изискванията за детската стая-53%
- 5.други-13%

Най-често за какъв здравословен проблем е потърсена специализирана медицинска помощ.?

- 1.за висока температура-67%
- 2.за повръщане и диарични изхождания-74%
- 3.при нежелание да се храни-59%
- 4.обриви-39%
- 5.плач,неспокойство-58%

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Възпитанието на подрастващото дете е майсторство, което не се научава в никой университет - за него е нужно добро сърце за да се разбира детето. Всеки родител се стреми да обгрижва децата си с обич и стремеж за тяхното добро бъдеще. Те се лишават за да могат да образуват децата си и да им осигурят по-добър живот. Всеки родител се стреми да отгледа и възпита децата си в

трудолюбие, инициативност, съобразителност, но и самите родители трябва да дават пример с личното си поведение.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Грънчарова, Г., А. Велкова, С. Александрова, Социална медицина, Изд. център на ВМИ-Плевен, Плевен, 2002
- [2] Георгиева, А., Ролята на медицинската сестра при получаване на информирано съгласие от неврохирургичните пациенти, Здравни грижи, 2010
- [3] Грънчарова, Г., А. Велкова, С. Александрова, Социална медицина, Изд. център на ВМИ-Плевен, Плевен, 2002.
- [4] Борисова С., С. Тончева, Съвременни схващания за сестринството, Международна научна конференция, "Предизвикателствата пред науката във връзка с членството на България в Европейския съюз"Стара Загора.
- [5] Гочева Г., А. Георгиева, Необходимост от иновации в сестринската практика, Здравни грижи, 4, 2010, 8. 28-33.
- [6] Тончева С., "Медсестры в болгарии являются составной частью современного Европейского сообщества медсестер", Bulletin of the Medical institute after G. Mehrabian, 5, Yerevan, 2009, 170-177.
- [7] Георгиева А., Кр. Стамова, Нагласи за непрекъснато обучение на студентките-дипломантки от специалност „Медицинска сестра” в Медицински университет – Варна, Здравни грижи, 3, 2010,
- [8] Маркова Ст., Национална здравна стратегия на сестринството. Здравни грижи, 2, 2006, 4 -7.
- [9] /Ачкова М., Приложна психология в медицината и здравните грижи, София, 2001
- [10] Гинът Х. Децата и ние, С., 1988.
11. Керемедчиева И., Майчина книга, С., 1994.

За контакти:

Гергана Стоянова ,ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи” Специалност „Медицинска сестра”

гл. ас. Кристина Захариева - ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи”

Раждане във вода

Автор: Мелин Актан Басри

Научен ръководител: гл.ас. д-р Иваницка Сербезова

Summary: *Water birth is a relatively new method by which birth takes place more painless, non-traumatic for both the mother and the neonate. Famous doctors develop the process to enhance the physical activity of pregnant (prenatal preparation), overcoming the fear of birth, reducing the stress for the newborn at birth. This type of birth is usually offered to women with problem-free pregnancy, low risk of some problem, right presentation of the fetus. It is possible infection of the fetus during the birth or from aspiration of water while trying to breath. Undeniably the positive effects on the process of birth is more: fewer women with tears and episiotomies, epidurals is unnecessary, less stress for the neonate, etc.*

Key words: *water birth, neonate/newborn, benefits, risk.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Раждането във вода е метод, чрез който процесът се осъществява във вана или басейн с топла вода. Така родилния акт протича по-безболезнено, по-спокойно и атрактивно както за майката така и за плода.

Безопасността на раждането във вода, обаче не е научно доказана и са възможни нежелани резултати като инфекции на майката и новороденото, а не е изключено и удавяне на детето. Въпреки всичко този метод се практикува в Скандинавските страни и Съединените Американски Щати. У нас той не е приет, но предизвиква любопитство в медицинските среди и това е основание за проучване на проблема.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Според исторически данни, този метод може да се проследи чак до Древен Египет. Първият записан случай на раждане във вода е от 1803 г. във Франция.

Проучен е от проф. Игор Чарковски в Русия, който описва асистирание на повече от 20 000 раждания във вода. Извършва изследвания относно безопасността и ползите от раждането. С упражнения във водна среда лекува слаби и болни деца.

Пренатална акватична подготовка на бременната, самото раждане във вода, тренировка с плвателни движения на новороденото и закаляване и лечение с хладка вода на подрастващото – това е в системата на Игор Чарковски. Чрез нея бременните жени са с по-добра двигателна активност, а новородените преодоляват страха си от водата. Чарковски прави експерименти с делфини и деца. По време на едно от ражданията във Черно море три делфина избутали акушерите и обиколили родилката. Тогава раждането протекло и завършило безпроблемно.

Установено е, че делфините са привличани от бременни жени и малки деца. Известно е, че те подпомагат лечението на психологични и умствени проблеми. В Русия е правено наблюдение, според което деца, родени чрез т.нар. „Акушерство от делфини“ са свръхнадарени.

Френският учен д-р Фредерик Лебойер разпространява практиката на раждане във вода с цел намаляване родилния травматизъм.

Друг лекар – д-р Мушел Одент развива идеите на Лебойер. Той използва басейн със топла вода, която облекчава болките на родилката и нормализира родовия процес. Раждането се е провеждало извън басейна, но след отказа на някой жени да излязат възникнала идеята целия процес да се провежда във водата.

Днес раждането във вода е много популярно и все повече лечебни заведения в САЩ предлагат този метод. Не всички специалисти са убедени, че метода е безопасен, но въпреки това раждането във вода се предлага като алтернативен метод. В САЩ процесът може да бъде осъществен както в специализирана болница така и в домашни условия под наблюдението на специалисти. Във ваната или

басейна могат да бъдат прекарани първи и втори период на раждането, като вторият може да се осъществи извън водата на родилното легло. Известни са ни три периода на раждане: първи период - период на разкритие (изглаждане и разширяване на маточната шийка); втори период - период на изгонване на плода и трети период - плацентарен период.

При условие, че двата периода протекат във водата и раждането на бебето е във водата, акушерката трябва внимателно да го извади от водата и да осъществи първи грижи за новороденото.

За мониториране на детските сърдечни тонове (ДСТ) се използва специален Доплеров монитор за работа във вода. Докато бременната е във водата могат да се дават необходимите медикаменти чрез интравенозна инфузия.

Предимства:

Раждането във вода обикновено се предлага на жени с безпроблемна бременност и с нисък риск от опасност от поява на проблем, правилно предлежаниена плода и др. Раждането във вода предлага перинатална подкрепа на раждащата. Намалява риска от разкъсване и епизиотомии. Поставянето на раждащата във топла вода в първи период намалява използването на епидурална упойка, също така подпомага нормалното протичане на активната фаза.

Топлата вода намалява мускулните спазми, релаксира тъканите, повишава прага на възприемане на болката. За плода раждането във вода е естествен начин, защото самата среда и температура се доближават на тези при интраутеринния растеж. Процедурата се използва главно за намаляване дискомфорта на раждащата.

Бременните избират този метод на раждане като вярват, че това е натурално раждане – без стрес за тях и тяхното бебе, с по-добро усещане за контрол върху самия процес на раждането, тъй като водата успокоява бременната и ѝ дава възможност да се концентрира върху самото раждане.Топлата вода отпуска мускулатурата и подобрява кръвообращението, намалява разкъсванията по меките родови пътища, скъсява първия (по-болезнен) период и донякъде относителното чувство за безтегловност кара раждащите да се чувстват по-леки и действа релаксиращо.

Рискови фактори:

Няма направени висококвалифицирани научни проучвания за този метод. От направените – резултатите са противоречиви. Някои проучвания откриват редки, но сериозни рискове за бебето. Други такива сочат раждането във вода като безопасен метод, точно колкото и раждането на родилно легло. През 1995г. в Англия и Уелс е направено ретроспективно проучване на 4500 раждания във вода. Отчетени са 12 мъртвородени или починали скоро след раждането; 51 случая на неонатална заболяемост (респираторна или инфекциозна); 33 тежки майчини усложнения.Различни автори са документирали нежелани неонатални последици, включително необяснима смърт, удавяне, задушаване, предпоставки за развиване на респираторен дистрес синдром и дихателна недостатъчност, белодробен оток, пневмония и други инфекции включително и с *Pseudomonas*.

Съществуващите рискове за плода могат да бъдат групирани така:

- мозъчни увреждания на новороденото поради липсата на кислород;
- електролитни проблеми поради поглъщане на вода по време на раждането;
- сериозни инфекции ;

Усложнения за майката могат да бъдат:

- прекомерна кръвозагуба, поради неправилната преценка във водната среда;
- разкъсвания на меките родови пътища;
- инфекции.

Противопоказания:

- инфекции по време на бременност;

- кървене по време на бременност;
- прееклампсия и еклампсия;
- бактериални заболявания на кръвоносната система;
- Херпес;
- раждане преди 36-37 г.сед.;
- многоплодна бременност;
- неправилни положения и предлежания на плода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Раждането във вода безспорно носи много рискове и вероятно поради това методът не се практикува в България. Въпреки всичко очевидно е, че съществуват и някои предимства и поради тази причина той не трябва да се пренебрегва. Нашето мнение е, че би било благоприятно първи период на раждането да протича във вана, като се отчитат всички рискове и противопоказания, както и ползите, които би донесло това.

ЛИТЕРАТУРА

- [4] http://www.medinfo-bg.com/gp_pdf_bucket/Broj_8.pdf
- [5] http://en.wikipedia.org/wiki/Water_birth
- [6] <http://pediatrics.aappublications.org/content/115/5/1413.full>
- [7] [http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-](http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/JointStatementBirthInWater2006.pdf)

[files/JointStatementBirthInWater2006.pdf](http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/JointStatementBirthInWater2006.pdf)

За контакти:

Мелин Актан Басри, II курс „Акушерка“ Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ - Русе, e-mail: mell.basri@abv.bg

Гл. ас. д-р Иваничка Сербезова, Русенски университет, e-mail: iserbezova@uni-ruse.bg

Превенция и профилактика на бронхиалната астма

Автори: Джанан Ерджан Хюсмен, Денизел Бейти Бекир

Научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева

Prevention and prophylactics of asthma: Globally, a growing problem in health care is the disease asthma. By various estimates, asthma sufferers are about 300 million people, making it the most common chronic disease. Worldwide, there is a marked trend toward higher rates of illness / problem / among all age groups, but especially in children. With today's knowledge and medication, most patients with asthma can control the disease and live a normal active life. In this connection it is necessary to undertake measures for prevention and promotion, especially child health, early detection and prevention of risk factors leading to the deterioration of the quality of life of those affected.

Key words: asthma, prevention and treatment.

ВЪВЕДЕНИЕ

Бронхиалната астма е хронично неинфекциозно алергично заболяване, което се дължи на обратима бронхиална хиперреактивност към различни дразнители, протичащо с пристъпи на задух, вследствие обструкция на дихателните пътища. По честота заема 10 – 15 % от белодробната патология, предимно в градовете. Счита се, че голямо влияние оказва околната среда, но има и генетичен момент. Хората със съответния генетичен дефект, поставени при определени условия, развиват бронхиална астма, получават пристъпи на задух. Освен това, броят на пациентите с алергия нараства непрекъснато. Сенната хрема се превърна в ежедневие за една огромна част от населението. Засяга от 7 до 10 % от децата и 5% от възрастните, по-често мъжете. По данни на РИОКОЗ за последните няколко години водещият причинител е от алергичен характер. Много важно значение има бързото диагностициране, профилактиката и навременното лечение.[1]

ИЗЛОЖЕНИЕ

Етиология:

Алергична (екзогенна) астма - възниква в резултат от сенсibiliзирането на дихателните пътища при контакта им с алергени от околната среда у генетично предразположени към това атопици.

Неалергична (ендогенна) астма:

- Астма, която възниква вследствие инфекция;
- Астма от химично или физично дразнене (например под въздействието на прах, студен въздух);
- Астма при напрежение (особено при деца и младежи);
- Псевдоалергична реакция (ПАР) при даване на аналгетици (непоносимост към аналгетични средства, аналгетична астма).

Смесени форми (I + II)

Генетични фактори - Така наречените атопични болести (бронхиалната астма, алергичният ринит и невродермитът) често проявяват фамилност и се характеризират с автозомно-доминантно унаследена нагласа към прекомерно производство на IgE. Когато и двамата родители страдат от тези заболявания, при 40 – 50% от техните деца се открива атопична болест (при само един болен родител процентът намалява наполовина).[2]

Патогенеза:

У всички астматично болни се открива хиперреактивна бронхиална система, но само 50% от пациентите с хиперреактивна бронхиална система страдат от бронхиална астма. Решаващи за патогенезата на заболяването са генетичните фактори и факторите на околната среда:

- алергия на дихателните пътища спрямо инхалаторните алергени;
- вирусни дихателни инфекции;
- химични дразнещи вещества.

И в трите случая се стига до възпалителна реакция на бронхиалната лигавица.

Патогенеза на алергичната астма - решаваща роля изиграва медираната от IgE алергична реакция от бърз тип (I тип). При контакт със специфични алергени IgE предизвикват дегранулация на мастоцитите, при което се отделят медиаторни вещества като хистамин, ECF-A (Eosinophil Chemotactic Factor of Anaphylaxis/еозинофилен хемотаксичен фактор на анафилаксията), левкотриени и брадикинин.

Последните предизвикват ендобронхиална обструкция вследствие на:

- бронхоспазъм;
- оток на лигавицата и възпалителна инфилтрация;
- хиперсекреция на жилав секрет (дискриния).

Освен медираната от IgE алергична реакция от бърз тип след инхалиране на алергена, след няколко часа може да се стигне и до късна реакция, медирана от IgG. Някои пациенти развиват и двете форми на реакция (dual reactions). В началото на една чисто бронхиална астма обикновено е налице един единствен алерген. С течение на времето обаче спектърът на отключващите фактори се разширява, поради което провеждането на профилактика чрез изключване на алергените става все по-трудно.

Патогенеза на псевдоалергичната реакция (ПАР) - ПАР активира същите медиаторни системи както алергичната реакция, но се различава от нея по следното:

- ПАР не са специфични за отключващия агент;
- оток на лигавицата и възпалителна инфилтрация;
- хиперсекреция на жилав секрет (дискриния).

Освен медираната от IgE алергична реакция от бърз тип след инхалиране на алергена, след няколко часа може да се стигне и до късна реакция, медирана от IgG. Някои пациенти развиват и двете форми на реакция (dual reactions). В началото на една чисто бронхиална астма обикновено е налице един единствен алерген. С течение на времето обаче спектърът на отключващите фактори се разширява, поради което провеждането на профилактика чрез изключване на алергените става все по-трудно.

Причини за развитие на остър пристъп:

- Антигенна експозиция, инхалиране на дразнещи вещества;
- Физическо напрежение (астма при напрежение), евентуално студен въздух;
- Вирусни инфекции на дихателните пътища;
- Медикаменти, които отключват астма (ASS, бетаблокери, парасимпатикомиметици);
- Неадекватно лечение.[3]

Клинична картина:

- Водещият симптом е пристъпно възникващата диспнея при наличие на експираторен стридор;
- Мъчителна дразнеща кашлица;
- По време на пристъпа пациентът седи изправен, страда от задух (ортопнея) с ангажиране на дихателната мускулатура;
- Налице е удължен експириум;
- При изтощение на пациента се наблюдава дихателен алтернанс, т.е. редуване на ребрено с коремно дишане;
- Тахикардия - евентуално *pulsus paradoxus* вследствие спадане на кръвното налягане с над 10 mmHg по време на инспириум;

- Аускултация - чуват се дребни и едри сухи хрипове (хъркащи, мъркащи и свиркащи). При изразен спазъм с прераздуване на белите дробове (volumen pulmonum acutum) или изразен емфизем не се чува дишане;

- Перкусия - долавя се хиперсонорен перкуторен тон с нисък стоеж на диафрагмата;

- Храчките са оскъдни, жилави, стъкловидни (при инфекциозната астма може да се оцветят в жълто-зелено).[4]

Лечение на бронхиалната астма:

➤ **Етиологично лечение** - Възможно е само в ограничен брой случаи:

- Алергична астма - опит за постигане на толерантност към алергена, съответно хипосенсибилизация;

- Неалергична астма - избягване инфекциите на дихателните пътища и тяхното последователно лечение; излекуване на наличен синусит.

➤ **Симптоматично действие** - 4-етапно дълготрайно лечение на алергичната бронхиална астма:

- 1.Инхалаторни глюкокортикостероиди;

- 2.Допълнително бета-2-симпатикомиметици, евентуално в съчетание с парасимпатикомиметици, евентуално и стабилизатори на мастоцитите;

- 3.Допълнително теофилин;

- 4.Допълнително перорални глюкокортикостероиди.

Целта на лечението е оптимизирана комбинация от препарати, а не монотерапия в максимални дози.

4-етапната схема на лечение е само ориентировъчна. При остро влошаване бързо се преминава към следващото стъпало. След постигане на подобрение ограничаването на дозата трябва да става бавно и внимателно.

За оптимално лечение е необходимо обучение и самоконтрол с peak-flow meter (уред, измерващ максималния дебит) от страна на пациента. Предимството на този подход се състои в това, че пациентът изучава собствения си денонощен ритъм на бронхиална обструкция. При това често се наблюдава повишена обструкция в ранните сутрешни часове, което позволява нагаждане на дозовия интервал към денонощния ритъм на обструкцията.[5]

Профилактика и прогноза:

➤ **Профилактика:**

1. Предпазване от дразнения на хиперреактивната бронхиална система:

- Спиране на тютюнопушенето;

- Предпазване от студен въздух, мъгла, прах;

- Отстраняване на алергена;

- Профилактика на инфекциите;

- Избягване на професионалните и други инхалаторни нокси;

- Избягване на прекомерните физически натоварвания (опасност от астма при натоварване).

2. Избягване на медикаменти с потенциален риск за отключване на астматичен пристъп, например ацетизал при индивидуална непоносимост към него, бетаблокери;

3. Имунотерапия;

➤ **Прогноза:**

1. **Астма при деца** - излекуване настъпва в над 50% от случаите;

2. **Астма при възрастни** - излекуване настъпва в около 20% от случаите, подобрение – в около 40%.[6]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Важна стъпка за справяне с проблемите е разглеждането и разбирането на страховете и грижите на пациентите и техните семейства. Обучението на пациентите, страдащи от бронхиална астма, относно профилактиката и лечението, повишава успешно провеждането на техния индивидуален терапевтичен план. Важно в процеса на лечение е равностойното включване и на пациентите, което им дава усещане за активно участие и собствен избор в терапията. Астмата не може да бъде излекувана, но може да бъде контролирана. Профилактиката е вид контрол на астмата. А контролът се определя като отсъствие на симптоми и пристъпи през деня и през нощта, без използване на бронходилататор, без посещение на спешните отделения, нормална ежедневна активност, включваща физически упражнения и нормална белодробна функция.[7]

ЛИТЕРАТУРА

- [1] <http://medical.bg/lung-diseases/asthma.html>
- [2] <http://www.hapche.bg/sastoyaniya-i-zabolyavaniya/bronhialna-astma?page=2>
- [3] <http://www.hapche.bg/sastoyaniya-i-zabolyavaniya/bronhialna-astma?page=3>
- [4] <http://www.hapche.bg/sastoyaniya-i-zabolyavaniya/bronhialna-astma?page=4>
- [5] <http://www.hapche.bg/sastoyaniya-i-zabolyavaniya/bronhialna-astma?page=10>
- [6] <http://www.hapche.bg/sastoyaniya-i-zabolyavaniya/bronhialna-astma?page=15>
- [7] Янкова Златка, Практическо ръководство по белодробни болести

За контакти:

Джанан Ерджан Хюсмен, Факултет „Обществено здраве и здравни грижи”
Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0894922588, e-mail: djanitooo1@abv.bg
Денизел Бейти Бекир, Факултет „Обществено здраве и здравни грижи” Русенски
университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0896937320, e-mail: deniz_deniz18@abv.bg
Гл.ас. Деспина Георгиева - ФОЗЗГ - Катедра «Здравни грижи», Русенски
университет “Ангел Кънчев”

Необходимост от информация за хроничните и инвалидизиращи заболявания. Особености на Булозната Епидермолиза

Автор: Станимира Ангелова

Научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева

Epidermolysis Bullosa (EB) is a group of rare genetic skin conditions, which is characterised by extremely fragile skin and recurrent blister formation, resulting from minor mechanical friction or trauma. EB skin is never able to ever heal properly with normal strength: chronic open wounds and extensive scarring develop with attendant pain. Each time EB skin is damaged, the damage is irreversible, and disfigurement and disability accrue over a lifetime. Some severe forms of EB are fatal in infancy; others in older children and young adults.

Key words: Epidermolysis Bullosa, genetic, skin

ВЪВЕДЕНИЕ

Редките болести са животозастрашаващи или хронични инвалидизиращи заболявания със слабо разпространение и висока степен на сложност. В страните от ЕС за рядка се смята всяка болест, която засяга по-малко от 5 на 10 000 души. Този брой изглежда малък, но това са общо около 246 000 души във всички 27 страни от ЕС. Повечето от тях страдат от дори още по-редки болести, засягащи само 1 на 100 000 или повече души.

Според оценки днес в ЕС между 5000 и 8000 различни редки болести засягат 6-8 % от населението – между 27 и 36 милиона души. В повечето случаи причината за тях е генетична, често са хронични и животозастрашаващи. Над 50% от засегнатите са деца. Някои от тези болести са толкова редки, че от тях страдат един-двама души в цялата страна. Познати са над 7000 вида различни редки заболявания. Според данни на Световната здравна организация в България от тях са засегнати общо около 400 000 души. Заболяванията често са хронични и тежки. Лечението не влияе на генетичната причина, а коригира последствията от нея. Терапията обикновено е поддържаща, но значително повишава качеството и продължителността на живота. Редовното лечение позволява на голяма част от пациентите да учат, работят и допринасят за обществото. Навярно, най-големият проблем на редките заболявания е **липсата на ефективни лекарства**, в по-малка степен на качествена **диагностика**. Това е така преди всичко по чисто икономически причини – след като едно заболяване има малка честота, то има и малък пазар, както и малък търговски потенциал. Към това се добавят и други съществени обстоятелства, които демотивират производителите да разработват такива лекарства.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Едно от заболяванията което се счита за рядко срещано е Булозната Епидермолиза или Epidermolysis Bullosa (ЕБ). Това е рядко генетично заболяване, при което по кожата и лигавиците на тялото се издуват мехури от леко докосване или триене, а впоследствие се превръщат в болезнени, отворени рани. Тъй като кожата е уязвима като крилце на пеперуда, често наричат децата с ЕБ "пеперудени деца". Честотата на ЕБ е приблизително 1 на 17 000 раждания. В България в момента живеят около 100 души с това заболяване. ЕБ е наследствена болест, която се предава от родители на деца. Средно 1 човек на 227 души е носител на мутирал ген, причиняващ ЕБ. Понякога родителите имат заболяването и го предават на децата си, но в голяма част от случаите родителите са здрави носители на мутирал ген. Болестта се проявява изненадващо, когато децата наследят по едно копие от мутирания ген от двамата си родители. Заболяването започва непосредствено или скоро след раждането и се представя с мехури върху кожата и лигавиците, възникващи след незначителен натиск и триене, а понякога и спонтанно.

Мехурите причиняват непрекъсната болка и дискомфорт. Ерозиите оздравяват бавно и често оставят белег след заздравяването си. Основните видове ЕБ са три вида, според слоя в кожата, където липсват свързващи влакна. Всеки вид се разделя на подтипове, като някои от тях са по-леки, а други по-тежки.

- *EB simplex (проста форма на ЕБ)*
- *- Suprabasal EBS*
- *- Basal EBS*
- *Junctionalis EB (гранична форма на ЕБ)*
- *- JEB – Herlitz*
- *- JEB – other*
- *Dystrophic EB (дистрофична форма на ЕБ)*
- *- Dominant DEB*
- *- Recessive DEB*

Като цяло простата (simplex) и доминантната дистрофична форма на ЕБ са най-леки и оказват най-малко влияние върху начина и продължителността на живота. Но у всеки ЕБ се проявява различно, дори при еднакви подформи на заболяването. Тежестта на проявите варира от слаба везикуляция по дланите и стъпалата (в най-леките случаи на EBS) до обширно проявено формиране на мехури, ерозии, разязвявания и тежки деформации на пръстите на крайниците – контрактури, мутизации (в редица от случаите на JEB, DEB). С хода на времето се увреждат външния вид, движението, храненето и активността на пациентите с ЕБ, което чувствително ограничава техните социални контакти.[1]

Етиология: Образоването на мехури при пациентите с ЕБ се дължи на генетично обусловени дефекти в структурите на епидермиса, дермо-епидермалната гранична зона и дермата. При здрави индивиди свързването между клетките в тези слоеве се дължи на междуклетъчни десмозомни контакти, адхезионни молекули и екстрацелуларни матриксни протеини. При болните с булозна епидермолиза (ЕБ) поради генетична мутация тези адхезионни молекули и протеини са променени или напълно липсват което обуславя по-слаба връзка между клетките в споменатите кожни слоеве и разкъсване на междуклетъчните контакти, събиране на тъканна течност и формиране на разнокалибрени мехури. При здрави хора мехури се образуват само при значително триене върху кожата /например върху петите след по-дълга разходка с неудобни обувки/. При пациентите с ЕБ мехури могат да се образуват при извършване на съвсем обикновени движения – обличане и събличане на дрехите, незначително триене и натиск, при падане и др.[4]

Оголените повърхности лесно стават входна врата за инфекции, през тях се губят кръв и хранителни вещества, което води до състояние на недохранване. Пациентите в най-тежко състояние често достигат до над 50% липса на кожа, а раните им са сравними с изгаряне втора степен. За да заздравеят, понякога са нужни седмици, а на мястото им остават белези. При тежките случаи, с времето болестта води до сраствания на пръстите на ръцете и краката, стеснявания на устата и хранопровода и инвалидизация. Храненето, носенето на дрехи по тялото, ходенето, хващането и дори кихането могат да причинят рани. Болката и куражът са ежедневие за хората с ЕБ. Децата с най-тежките форми на ЕБ имат по-кратък живот, а при най-тежката подформа не доживяват 2 години. Хората с леки и умерено тежки форми на ЕБ имат нормална продължителност на живота, учат, работят, създават семейства и имат деца.[2]

За да се постави диагноза и да се конкретизира тежестта на заболяването е нужно да се проведат генетични изследвания. Изследването за подтип ЕБ в България се извършва само в Университетската болница в Плевен от д-р Ивелина Йорданова, която работи по метода „антиген мапинг“. Трябва да бъде взета кожна биопсия от детето (изрязва се мъничко парченце кожа с диаметър около 5-10 мм, от ръба на нов мехур). Предварително се прави местно обезболяване на мястото на

биопсията. Резултатите излизат до две седмици. Това изследване дава най-обща прогноза за бъдещото развитие на детето и какви усложнения и трудности може да се очакват. [1]



Разглеждаме клиничен случай на болен от ЕБ , момче на възраст 21 години с поставена диагноза EB simplex. Диагнозата е поставена след проведена биопсия.

От анамнестичните данни става ясно ,че болния има и други роднини, които боледуват от същото заболяване. Като споменава за такива в пряка роднинска връзка – баща, брат, а също така и по-далечни роднини- леля, баба, братовчед. Тъй като болестта е в лека форма, няма нужда от често лечение, т.е. булите се появяват само при много студено или много топло време или в случаите когато извършва по-тежка физическа работа или просто върви по-дълго. Проблем са мехурите появяващи се в областта на стъпалата, тъй като затрудняват стъпването.

При поява на була, болният прави специална превръзка, която е специфична за заболяването. Всъщност спецификата е в това ,че се работи с голямо старание и лекота , заради самата кожа, нужни са не само внимание и търпение, проблема най-често на този тип болни е в това ,че материалите за превръзка са специфични и следователно доста скъпи, което доста затруднява семействата. За щастие от тази година в списъка на здравната каса за редки заболявания влиза и булозната епидермолиза, което пък дава възможност на болните , а и на техните семейства на лечение. Превръзките и материалите за превързване са най-важната част от лечението, което всъщност е само симптоматично. Възможността за закупуване на материалите от здравната каса, дава и възможност за по-висок стандарт на живот на болните, въпреки тежкото заболяване. [5]

Как се прави превръзка?

Пука се мехура със стерилна игла, след което старите рани се почистват с разтвор на йод или хибискръб много важно е да не се търка по кожата, а леко да се потупа с марля. Намазват се с антибиотик отворените рани и с вазелин, тези които вече зарастват. С цинков крем се мажат малките були (до 1 см). След това се поставя специална превръзка (незалепваща) , поставя се попиващ марлен компрес , след което се прикрепя с бинт. [3]



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Въпреки, че всяко рядко заболяване се среща при много малка част от населението на една страна, ако бъдат сумирани като цяло, поради големия брой видове заболявания (над 7000), редките заболявания се превръщат в сериозен проблем за общественото здравеопазване на всяка здравна система. Важно е обаче тези болни да не бъдат изолирани и да не бъде възпрепятствано тяхното лечение. Огромен успех за обществото ни е извоюването на място на булвонната епидермолиза в списъка с редки заболявания, за които здравната каса изплаща средства. Поради факта, че заболяването попада в групата „редки заболявания“ прави впечатление, че твърде малко хора познават заболяването и неговото протичане в това число и немалка част от здравните специалисти. В същото време хората с представеното заболяване се нуждаят от адекватно лечение и грижи. Нуждаят се от разбиране и подкрепа, особено в моментите на обостряне на заболяването.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] <http://medpedia.framar.bg>
- [2] <http://butterfly-children.org/?p=24>
- [3] <http://debrabg.org/blog/>
- [4] <http://www.raredis.org/?p=1045&lang=bg>
- [5] анамнестични данни на болния

За контакти:

Станимира Цветанова Ангелова ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи“ Специалност „Медицинска сестра“ тел:0878247007

Гл.ас. Деспина Георгиева - ФОЗЗГ - Катедра «Здравни грижи», Русенски университет “Ангел Кънчев”

Остеогенен сарком – Победата!

Автор: Станимира Цветанова Ангелова

Научен ръководител: гл. ас. Деспина Георгиева

Osteosarcoma is the most common type of cancer that starts in the bone. While this cancer starts in the cells that make bone, the cancer-filled bone is not as strong as normal bones. Osteosarcoma often starts near the ends of the long bones in the legs, especially in the part of the thigh bone next to the knee, and the part of the lower leg bone next to the knee.

Key words: Osteosarcoma, cancer, bones

ВЪВЕДЕНИЕ

Всяка клетка в човешкото тяло има предварително "програмирана" продължителност на живот. Клетките се размножават чрез процес, наречен клетъчно делене. Процесите на клетъчно делене и клетъчен растеж са регулирани много строго в човешкия организъм от редица сложни системи, не всички от които известни на науката.

Туморният процес представлява неконтролируемо делене и размножаване на определени клетки, които не се подчиняват на сигналите от страна на организма, загубват нормалната си функция и престават да приличат на клетките, от които са произлезли. Растейки, тези променени клетки унищожават или избутват нормалните и нарушават структурата и функцията на засегнатия орган, като в някои случаи промените могат да доведат до смърт на организма. В повечето случаи бързо растящите клетки образуват повече или по-малко оформена маса, която се нарича тумор. В някои случаи туморните клетки са пръснати в повече от един орган или из целия организъм.

Туморите се различават по много признаци. Най-важното с оглед прогнозата е разделянето им на добродетелни и злокачествени. При злокачествените тумори неконтролируемите, променени клетки унищожават съседната здрава тъкан и показват тенденция да се разпространяват в други органи и тъкани. Този процес се нарича метастазиране и осъществява по различни начини. Промените, които злокачествените тумори предизвикват в организма, водят до смърт, ако не се лекуват.

Доброкачествените тумори нямат тенденция за метастазиране и обикновено не водят до смърт на организма, но също могат да причинят тежки увреждания или да прераснат в злокачествени под влияние на несъвсем известни фактори.

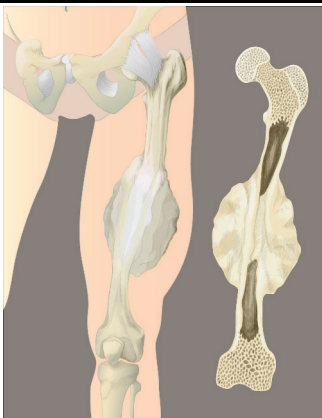
ИЗЛОЖЕНИЕ

Остеосаркомът е злокачествен тумор, който произхожда от костната тъкан. Среща се най-често в млада възраст – между 10 и 25 години. Той е агресивно злокачествено новообразование, произхождащо от клетките на костите, т.е. форма на рак на костите. Остеосаркомът е, всъщност, най-често срещаният рак на костите. Честотата му е 1-2 случая на 1 000 000. От всички злокачествени заболявания представлява 28%. В 50% от случаите остеосаркомите се развиват при индивиди под 20 години.[4];[3]

Причината за заболяването е неизвестна. Предполага се, че някои химични вещества и радиацията могат да се окажат рискови фактори за развитие на остеосарком. Съществува и предположение, че има наследствена предразположеност към развитие на остеосарком.[4]

Туморът може да достигне големи размери, има неправилна форма. Срезната му повърхност е с разнороден строеж. Състои се от участъци с костна плътност, сиво-белезникави мековати полета, кръвоизливи, некротични зони.

Остеосаркомът има способността да образува остеоид, костна и хрущялна тъкан в различно количество. Най-често се локализира в метафизите на дългите тръбести кости – бедрена кост, раменна кост, тибия, в костите на таза и др.[3] Прогнозата е неблагоприятна.



Разгледан е клиничен случай на момче в юношеска възраст - 16г. с поставена диагноза остеогенен сарком с локализация на дясната фибула.

От анамнестичните данни става ясно, че пациента постъпва за пръв път в клиника с оплаквания от болка в областта на дясното коляно в продължение на 1 месец и половина и появила се подутина след травма. Осъществена е рентгенография, насочен за хирургична биопсия. Хистологичния резултат показва остеогенен сарком. Осъществен е ЯМР на дясна подбедрица, с данни за ангажирана на поптитиалните артерия и вена и дистално тибиялната артерия, фибуларната артерия и дорзално тибиялния нерв.

Започва лечение с двукратна инфузия на високодозов Метотрексат, курс с Холексан / Етопозид. Двата курса Метотрексат са последвани от фебрилни епизоди и често силно главоболие с единични повръщания. Отбелязано е първоначално нарастване на обиколката през туморната формация, след което оттокът и болката значително намаляват. При контролната ЯМР фибулата се сканира обхваната от туморна маса по протежение на 10 см., на места обхващане на съдово-нервния сноп. Предвид невъзможността за абластично отстраняване на тумора с органосъхраняваща операция на 01.08.06г. е осъществена бедрена ампутация в долната трета. От 21.08.06г. лечението е продължено по протокол за висок риск , осъществени са 5 терапевтични курса химиотерапия, включващи 4дневни апликации на Карбоплатина 200мг. И Етопозид 200мг, последният приложен на 01.12.06г.

Резултати: Контролните изследвания /КТ на бял дроб/ показват ремисия. Контролните образи до момента показват ремисия на заболяването.

Състояние на пациента след лечението. След проведеното лечение и последвалото отстраняване на крайника, пациента успешно се е приспособил към ползването на протеза, осигуряваща му предвижване. Той по нищо не се различава от своите връстници, нито емоционално, нито психически. Придвигва се без патерици. Сам провежда хигиенните си тоалети, грижи се за външния си вид, пазарува, контактува и се забавлява. Не изпитва трудности при задоволяване на 14те нужди по Веджиния Хендерсон. В момента не се отличава в заобикалящата го среда, дори преследва своите професионални и личностни мечти, успешно се обучава в сферата която му харесва.[1]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разгледаният клиничен случай доказва как с успешна терапия и много силна воля човек ,макар и в млада възраст може да победи тежко заболяване, като остеосаркома. Пациентът е успял да преодолее трудностите и да се пребори с болестта. Въпреки тежката диагноза и неблагоприятната прогноза, той не е загубил вяра в излекуването, усещал е непрекъснатата подкрепа на близките и приятелите си. Остеогенния сарком е злокачествено заболяване, но не и нелечимо.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Личните документи на болния

[2] http://www.puls.bg/health/hot-news/news_12413.html

[3] http://www.arsmedica.bg/bg/illness/c_id/2544/subprm/orthopaedic/alpha/0.html

[4] <http://medpedia.framar.bg>

За контакти:

Станимира Цветанова Ангелова ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи” Специалност „Медицинска сестра” тел:0878247007

Гл.ас. Деспина Георгиева - ФОЗЗГ - Катедра «Здравни грижи», Русенски университет “Ангел Кънчев”

**РУСЕНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
“АНГЕЛ КЪНЧЕВ”**



СТУДЕНТСКА НАУЧНА СЕСИЯ СНС'14

П О К А Н А

**Русе, ул. "Студентска" 8
Русенски университет
“Ангел Кънчев”**

**Факултет „Обществено здраве и здравни грижи”
Секция „Здравна промоция и превенция”**

**СБОРНИК ДОКЛАДИ
на
СТУДЕНТСКА НАУЧНА СЕСИЯ – СНС’13**

Под общата редакция на:
доц. д-р Стефан Янев

Отговорен редактор:
проф. д-р Ангел Смикаров

Народност българска
Първо издание

Формат: А5
Коли: 9,625
Тираж: 20 бр.

ISSN 1311-3321

ИЗДАТЕЛСКИ ЦЕНТЪР
на Русенския университет “Ангел Кънчев”