

ISSN 1311-3321

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

Факултет „Обществено здраве и здравни грижи“
Faculty of Public Health and Healthcare

СБОРНИК ДОКЛАДИ
на
СТУДЕНТСКА НАУЧНА СЕСИЯ – СНС’16

СБОРНИК ДОКЛАДОВ
СТУДЕНЧЕСКОЙ НАУЧНОЙ СЕСИИ – СНС’16

PROCEEDINGS
of
the SCIENTIFIC STUDENT SESSION – SSS’16

Русе
Ruse
2016

Сборникът включва докладите, изнесени на студентската научна сесия **СНС'16**, която е организирана и проведена във факултет „Обществено здраве и здравни грижи” на Русенския университет “Ангел Кънчев”.

Докладите са рецензирани.

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** 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-р Велизара Пенчева – Ректор на Русенския университет

- чл.-кор. проф. д-н Христо Белоев, ДНС – Председател на СУ – Русе и ОС на Русенски университет

- Теодор Бояджиев - Председател на Студентски съвет

- **Научни секретари:**

- проф. д-р Диана Антонова – Зам. ректор НИД
dantonova@uni-ruse.bg; 082-888 249

- доц. д-р инж. Галина Иванова
Координатор докторанти
giivanova@uni-ruse.bg; 082-888 855

- **Членове:**

- Факултет „Аграрно-индустриален”**

- доц. д-р инж. Калоян Евгениев Стоянов
kes@uni-ruse.bg, 082-888 542;

- Павлинка Петкова Петкова – студентка
pavlinka_pp@abv.bg, 0885514372

- Факултет „Машинно-технологичен”**

- доц. д-р Велина Боздуганова – velina@uni-ruse.bg, 082-888 572

- маг. инж. Виктория Карачорова
vkarachorova@uni-ruse.bg, 082-888 653

- Факултет „Електротехника, електроника и автоматика”**

- доц. д-р Милко Маринов – mmarinov@ecs.uni-ruse.bg , 082 888 356

- Георги Георгиев - jorch123@abv.bg

Факултет „Транспортен“

доц. д-р Симеон Илиев

spi@uni-ruse.bg, 082-888 331;

Станимир Пенев – stamba5280@gmail.com

Факултет “Бизнес и мениджмънт”

доц. д-р Драгомир Илиев

diliev@uni-ruse.bg; 082 888 704

ас. Елизар Станев

eastanev@uni-ruse.bg, 082 888 703

Факултет „Юридически“

ас. д-р Ваня Пантелеева

vpanteleeva@uni-ruse.bg , тел. 0887412662

Факултет „Природни науки и образование“

доц. д-р Юрий Кандиларов

ukandilarov@uni-ruse.bg , 0889 518 824

Мария Петрова – petrovamariq7@gmail.com

Факултет „Обществено здраве и здравни грижи“

„Здравни грижи“

доц. д-р Т. Недева – teddy_nedeva@yahoo.com, 0887468695

„Здравна превенция и социални дейности“

гл. ас. д-р Ирина Караганова – ikaraganova@uni-ruse.bg, 0884203004

„Физическо възпитание и спорт“

гл. ас. д-р Искра Илиева – isilieva@uni-ruse.bg, 0885089779

Филиал Разград

доц. д-р Цветан Димитров – tz_dimitrow@abv.bg, 0887 631 645

Атанас Атанасов – manager.atanasov@gmail.com, 0893 339 749

Филиал Силистра

доц. д-р Тодорка Георгиева - knidor@abv.bg; 086 821 521

Мария Томова – tomova_maria@abv.bg

СЕКЦИЯ „Здравни грижи”

ПОДСЕКЦИЯ Специалност „Акушерка“

С Ъ Д Ъ Р Ж А Н И Е

1. Тестът за бременност от миналото до днес	13
автор: Надежда Литова, Гюлейман Георгиева	
научен ръководител: доц. д-р Иваничка Сербезова	
2. Специални акушерски грижи при бременни с варицела	17
автор: Мадлена Христова	
научен ръководител: доц. д-р Иваничка Сербезова	
3. Роля на акушерката при обгрижване на жени със стерилитет	22
автор: Веселка Михайлова	
научен ръководител: доц. д-р Иваничка Сербезова	
4. Училище за родители	28
автор: Вероника Ангелова	
научен ръководител: доц. д-р Иваничка Сербезова	
5. Роля на акушерката в подготовка на бременната и родилката за раждане	34
автор: Фатме Нуриева	
научен ръководител: доц. д-р Иваничка Сербезова	
6. Еризипел по време на бременност. Диагностично- лечебен алгоритъм, акушерски грижи и профилактика	39
автор: Теодора Димитрова	
научен ръководител: доц. д-р Иваничка Сербезова	
7. Специални акушерски грижи при жени с „Делта хепатит“	45
автор: Седа Кудрет	
научен ръководител: ас. Цвета Христова	
8. Акушерски здравни грижи при жени с миома на матката	49
автор: Ебру Абдулова	
научен ръководител: ас. Цвета Христова	
9. Роля на акушерката в палиативните грижи при онкогинекологичните заболявания	53
автор: Айлин Исмаил	
научен ръководител: ас. Цвета Христова	
10. Акушерска здравна грижа при профилактика на рак на маточната шийка	57
автор: Пламена Илчева	
научен ръководител: ас. Цвета Христова	
11. Специални акушерски здравни грижи в профилактика на рак на маточната шийка с ваксини	61
автор: Габриела Георгиева	
научен ръководител: ас. Цвета Христова	
12. Специални акушерски здравни грижи в профилактиката на рак на млечната жлеза	65
автор: Джулия Георгиева	
научен ръководител: ас. Цвета Христова	

13.	Необходими грижи и знания за пубертетната възраст	69
	автор: Радостина Николова	
	научен ръководител: гл.ас. д-р Кина Велчева	
14.	Синдром на Майер – Рокитански – Кюстер - Хаузер	74
	автор: Яна Димитрова	
	научен ръководител: гл.ас. д-р Кина Велчева	
15.	Специални грижи за бременни и новородени с токсоплазмоза. Задачи и роля на акушерката	77
	автор: Теодора Димитрова	
	научен ръководител: доц. д-р Иваничка Сербезова	
16.	Профилактика на медицинските работници срещу кръвнопреносими инфекции при професионални условия. Постекспозиционно проследяване	82
	автор: Теодора Димитрова	
	научен ръководител: доц. д-р Иваничка Сербезова	
17.	Участие на акушерката при манипулация за съхранение на стволови клетки	87
	автор: Анел Бейтула	
	научен ръководител: доц. д-р Иваничка Сербезова	
18.	Тютюнопушене и бременност	92
	автор: Анна Митева	
	научен ръководител: доц. д-р Иваничка Сербезова	
19.	Своевременно захранване на недоносените - предпоставка за оптимално качество на живот	97
	автор: Айлин Хюсеин	
	научен ръководител: ас. Анка Несторова	

СЕКЦИЯ „Здравни грижи“

ПОДСЕКЦИЯ Специалност „Медицинска сестра“

С Ъ Д Ъ Р Ж А Н И Е

1. Пресечните точки между специалност „Право“ и „Медицинска сестра“	102
автор: Боряна Алексиева	
научен ръководител: гл.ас. д-р Мария Радева	
2. Роля на медицинската сестра при парентерално хранене на критично болен пациент	106
автор: Елица Караджова	
научен ръководител: доц. д-р Теодора Недева, д.м.	
3. Сестрински грижи при деца с ревматична болест	111
автор: Габриела Нешева	
научен ръководител: ас. Ирина Христова	
4. Проблеми на XXI век - захарен диабет - превенция, същност, лечение	116
автор: Габриела Георгиева	
научен ръководител: ас. Ирина Христова	
5. Степен на информираност на населението за синдрома на Хътчинсон-Гилфорд - едно от редките заболявания с поразяващи последици	122
автор: Невин Кязимова, Сибел Мустафа	
научен ръководител: доц. д-р Деспина Георгиева	
6. Влияние на психологическите фактори за възникването и прогнозата на злокачествените заболявания	127
автор: Дияна Димитрова	
научен ръководител: доц. д-р Деспина Георгиева	
7. Тревожна тенденция за увеличаване на затлъстяването в детска и юношеска възраст	131
автор: Гамзе Яшарова	
научен ръководител: доц. д-р Деспина Георгиева	
8. Прилагане на холистичен сестрински подход в грижите за емоционалното здраве на възрастните хора	136
автор: Биляна Великова	
научен ръководител: доц. д-р Деспина Георгиева	
9. Сестринското досие в практиката на медицинската сестра	141
автор: Биляна Великова	
научен ръководител: доц. д-р Деспина Георгиева	
10. Сестрински грижи при деца с аутизъм	147
автор: Биляна Великова	
научен ръководител: гл.ас. д-р Даниела Константинова	
11. Специални сестрински грижи при когнитивни нарушения и деменция у стари хора	151
автор: Биляна Великова	
научен ръководител: гл.ас. д-р Даниела Константинова	

12.	Медицинската сестра като фактор от мултидисциплинарния екип за оказване на квалифицирани медицински грижи за деца с церебрална парализа	155
	автор: Симона Христова	
	научен ръководител: гл.ас. д-р Кристина Захаријева	
13.	Сестрински грижи при деца с витамин Д-недоимъчен рахит	160
	автор: Габриела Нешева	
	научен ръководител: гл.ас. д-р Даниела Константинова	
14.	Роля на медицинската сестра при интеграцията на хора с психични разстройства	166
	автор: Бисерка Стилянова	
	научен ръководител: гл.ас. д-р Даниела Константинова	
15.	Социализация на хора с физически увреждания	174
	автор: Снежина Митева	
	научен ръководител: ас. Грета Колева	
16.	Синдром на малтретираното дете	179
	автор: Снежина Митева	
	научен ръководител: гл. ас. д-р Кристина Захаријева	
17.	Остра бъбречна недостатъчност	185
	автор: Снежина Митева	
	научен ръководител: ас. Теодора Тодорова	
18.	Злополуки в детска възраст	190
	автор: Снежина Митева	
	научен ръководител: ас. Татяна Атанасова	
19.	Болест на Крон - същност, диагностика и лечение. Принос на медицинската сестра	196
	автор: Татяна Балчева	
	научен ръководител: ас. Ирина Христова	
20.	Състояния на кома, дефиниция, видове. Процедури при прием на коматозен пациент	201
	автор: Татяна Балчева	
	научен ръководител: ас. Ирина Христова	
21.	Хемолфилия - съвременен начин на живот	206
	автор: Кристина Кожухарска, Милена Манова	
	научен ръководител: ас. Виолета Димитрова	
22.	Донорство и трансплантация - възможност за нов живот	210
	автор: Милена Манова, Кристина Кожухарска	
	научен ръководител: ас. Виолета Димитрова	

СЕКЦИЯ
„Здравна превенция и социални дейности”

С Ъ Д Ъ Р Ж А Н И Е

1. Роля на социалния работник в групите за самопомощ	215
автор: Онур Зайкърров	
научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев	
2. Зависимото поведение като вид девиантно поведение	219
автор: Гизям Чолакова	
научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев	
3. Зависимото поведение като вид девиантно поведение	224
автор: Гизям Чолакова	
научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев	
4. Същност и принципи на социалната работа с групи	228
автор: Ивайло Любенов	
научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев	
5. Кинезитерапия при фрактури на раменната кост	232
автор: Мейлин Сали	
научен ръководител: ас. д-р Юлияна Пашкунова	
6. Детерминанти и социални фактори на девиантното поведение	240
автор: Дилияна Пеева	
научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев	
7. Концепция за въздействието на Светлинната терапия Биоптрон	245
автор: Ивалина Русева	
научен ръководител: гл. ас. д-р Ирина Караганова	
8. Алгоритъм на кинезитерапевтичен подход при пациенти с гонартроза	250
автор: Ивалина Русева	
научен ръководител: гл. ас. д-р Ирина Караганова	
9. Промени в някои антропометрични показатели след приложението на кинезио-тејп в ранен постоперативен период след тотално колянно ендопротезиране	256
автор: Ваня Райкова	
научен ръководител: ас. д-р Деница Василева – Дечева	
10. Алгоритъм от практики използвани за повлияване на стреса в Спа центровете	260
автор: Светла Шопова	
научен ръководител: гл. ас. д-р Йордан Гавраилов	
11. Интегриране и модифициране на Аюрведа тест за определяне на вида и подходящите Спа процедури	263
автори: Стела Арабаджиева, Гьокчен Зейфи, Светла Шопова	
научен ръководител: гл. ас. д-р Йордан Гавраилов	
12. Феноменът „транснационални семейства“ в актуални изследвания ..	266
автор: Ана Попова	
научен ръководител: проф. дсн Анна Мантарова	
13. Сакроилиачни стави, основни причинители на лумбосакрален синдром /low back pain/	274
автори: Павлин Мирчев, Мария Енчева	
научен ръководител: доц. д-р Стефан Янев	

14.	Кинезитерапия, Deep Oscillation и Ottobock ортеза при пациент след фрактура на Shepherd	280
	автори: Борислав Йошинов, Радослав Йошинов научни ръководители: проф. д-р Ивет Колева, дм, дмн; доц. д-р Румен Кастелов, дм	
15.	Проучване на студентското мнение относно необходимостта от въвеждане на обучение по рехабилитация на походката	289
	автори: Радослав Йошинов, Борислав Йошинов научни ръководители: проф. д-р Ивет Колева, дм, дмн; доц. д-р Румен Кастелов, дм	
16.	Комплексно рехабилитационно поведение при пациенти със захарен диабет	297
	автор: Ивалина Русева научен ръководител: доц. д-р Стефка Миндова	
17.	Кинезитерапевтични мероприятия при пациенти с декубитални рани.	302
	автори: Ваня Дачева, Йоана Панайотова, Надежда Колева научен ръководител: гл. ас. д-р Ирина Караганова	
18.	Клиничен случай: специализирана кинезитерапия след операция на дискова херния на ниво L4 – L5	309
	автори: Несрин Чолакова, Нурел Мюмюн научен ръководител: ас. д-р Александър Андреев	
19.	Значимостта на проблема „Нозокомиални инфекции“ за студентите кинезитерапевти	316
	автори: Ваня Дачева, Велислава Стаматова научен ръководител: гл. ас. д-р Ирина Караганова	
20.	Стари хора на пътя – иновативен подход за изследване на уменията за шофиране	321
	автор: Елвин Юсеинова научен ръководител: доц. д-р Лилия Тодорова	
21.	Иновации, технологии, ерготерапия – заедно срещу деменцията и нарушенията на паметта	326
	автори: Екатерина Петрова, Мария Тодорова научен ръководител: доц. д-р Лилия Тодорова	
22.	Създаване на платформа за връзка между доброволци, организации и нуждаещи се хора от интернационален и мултидисциплинарен студентски екип	330
	автори: Надежда Христова, Атанас Сидеров научен ръководител: доц. д-р Лилия Тодорова	
23.	Студентът – активен творец на професионалното си израстване по време на преддипломния стаж	335
	автор: Теодора Стойкова научен ръководител: ас. Елица Великова	

СЕКЦИЯ
„Физическо възпитание и спорт”

С Ъ Д Ъ Р Ж А Н И Е

1. Учебно-възпитателният процес по Физическо възпитание и спорт в начален етап на обучение	339
автор: Виктория Стоянова	
научен ръководител: гл. ас. д-р Искра Илиева	
2. Kangoo Discovery – програма за подрастващи към системата Kangoo Jumps	345
автор: Моника Борисова	
научен ръководител: гл. ас. д-р Искра Илиева	
3. Роля и значение на художествената гимнастика в началното училище	351
автор: Станислава Стефанова	
научен ръководител: гл. ас. д-р Искра Илиева	
4. Обучение в техниката на скок височина начин „Ножица” в начален етап	357
автор: Николета Куцарова	
научен ръководител: гл. ас. д-р Искра Илиева	
5. Занимателни туристически игри и упражнения при снежни условия за ученици от първи и втори клас	366
автор: Павлина Атанасова	
научен ръководител: гл. ас. д-р Илиян Илчев	
6. Значение на заниманието по физическа култура в детската градина	372
автор : Есин Юсеинова	
научен ръководител: гл.ас. д-р Илиян Илчев	
7. Влияние на утринната гимнастика върху всестраниното развитие на децата от предучилищна възраст	377
автор: Деря Зюлкяр	
научен ръководител: гл.ас. д-р Илиян Илчев	
8. Приложение на технически елементи от класическия балет в различните форми по физическа култура за формиране на навици за правилна телесна стойка	382
автор: Тереза Тодорова	
научен ръководител: гл. ас. д-р Искра Илиева	
9. Адаптирани упражнения от системата фитнес за деца	388
автор: Елена Василкова	
научен ръководител: гл. ас. д-р Искра Илиева	
10. Методика на обучение по минихандбал	393
автор: Биляна Вълчева	
научен ръководител: гл. ас. д-р Искра Илиева	
11. Приложение на плуването в детската градина	399
автор: Полина Денева	
научен ръководител: гл. ас. д-р Искра Илиева	
12. Развиване на двигателното качество сила чрез естествено-приложни упражнения	405
Евсим Халилова	
научен ръководител: гл.ас. д-р Илиян Илчев	

13.	Роля и значение на подвижните игри с успокоителен характер	409
	Елис Исмаил научен ръководител: гл.ас. д-р Илиян Илчев	
14.	Възпитаване на нравствени качества и изграждане на трудови навици чрез средствата на Физическата култура в детската градина	414
	автор: Огняна Станева научен ръководител: гл. ас. д-р Искра Илиева	
15.	Компетенции на учителя по физическа култура в предучилищна възраст	419
	Виктория Минева научен ръководител: гл.ас. д-р Илиян Илчев	
16.	Йога – практика в начална училищна възраст	426
	автор: Десислава Ангелова научен ръководител: гл. ас. д-р Искра Илиева	
17.	Система за контрол и оценка на физическите качества на деца от предучилищна възраст	430
	автор: Севиляй Мустафа Паша научен ръководител: гл.ас. д-р Илиян Илчев	



Секция „Здравни грижи” Подсекция Специалност „Акушерка“

Тестът за бременност от миналото до днес

Автори: Надежда Литова, Гюлейман Георгиева
Научен ръководител: Иваничка Сербезова

Pregnancy tests from the past to nowadays: *The report examines literature describing the history of the pregnancy test. Through the centuries, people and scientists have been trying to find a way to identify early pregnancy. As a result of their efforts, many options for testing with improvised means are left in history, some of them quite plausible and interesting. Their place is occupied by far more reliable, scientifically proven, modern means of identification and proof of pregnancy. While they study in the course of training of midwives in the Higher School, the first remained in history, but it deserves to be recalled and learned of future midwives.*

Key words: *pregnancy test, early pregnancy, homemade test, obstetrics, learning*

ВЪВЕДЕНИЕ

Бременността е магическо изживяване, но процесът на забременяване може да бъде много труден. Липсата на менструация или закъснение не е непременно знак за бременност. Много жени често пропускат цикъла си. Определянето на това дали е наличие бременност, изисква извършване на медицински тест за бременност. В миналото не са съществували такива или съществуващите не са били достатъчно достъпни. Това са тестовете, отчитащи наличие или отсъствие на хормона HCG (Human chorionic gonadotropin). Използвали се домашни тестове с подръчни средства. Как точно хората потвърждавали или отричали евентуална бременност е въпрос, който си задават и днес, студентите – акушерки. Това мотивира работният колектив да проучи данни за средствата, с които се установявала бременност в началото и средата на миналия век.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Преди няколко столетия хората не само умеели да приготвят природни лекове за редица болести, но също имали начин да си направят и домашен тест за бременност. Срещали трудности да отговорят на този въпрос с достатъчна сигурност, макар че някои примитивни тестове за бременност се оказвали надеждни.

Древен Египет

Един от най-старите известни начини за определяне на бременността идва от древноегипетски документи, които датират от 1350 г. пр.н.е. Папирусът твърди, че жената трябва да урина в върху пшеница или ечемик. Ако пшеницата поникне това означава, че се очаква момиче; ако това стане с ечемика значи жената чака момче. Ако растенията не прорастат значи тя не е бременна.[1] Интересно е, че през 60-те години на миналия век учените тествали този метод и установили, че той не е съвсем безсмислен. По-високото ниво на естроген в женската урина може да стимулира растежа на семената, макар че няма никаква възможност по този начин да се предскаже пола на бебето.[1]

Според вярвания в Древен Египет за тест за бременност служел и лукът. Медик от онези времена предлагал на жените да поставят резен лук във вагината си и да преспят. Ако на сутринта имали дъх на лук от устата, значи със сигурност били бременни. [2]

Средните векове

И през Средновековието женската урина била ползвана често, за да се установи дали дамата е бременна. Хората вярвали, че ако поставена в стъкленка с

урина игла ржда или почернее или почервее, това значи, че жената най-вероятно е бременна. Друг популярен тест включвал смесването на вино и урина и наблюдаването на последвалите промени. Тъй като алкохолът може да реагира на протеините в урината, този тест би могъл да е точен, стига да се наблюдава от някой, който е наясно с промените в цвета на субстанцията. [4]

Първата половина на 20 век

До 1920 г. на практика нямало никакъв напредък в областта на тестовите за бременност и жените продължавали да разчитат на псевдо методи и стари поверия. През 20-те години обаче учените успели да идентифицират хормон с името hCG (human chorionic gonadotropin), който се открива само в бременните жени. Това означавало, че за пръв път била открита една-единствена съставка, която би могла да даде точен отговор.

За да установят наличието на hCG учените инжектирали женска урина в млади женски мишки, жаби или зайци. Ако животното се разгони, това означава, че в него има hCG и съответно жената е бременна. Тестът станал известен с името Aschheim-Zondek или A-Z тест и бил достоверен в 98 процента от случаите. През 40-те години хиляди африкански жаби били внесени в Съединените щати именно за целите на теста. Някои от тях, обаче успели да избягат и тъй като били носители на бактерията *Batrachochytrium dendrobatidis* заразили и довели до унищожение големи части от местната жабешка популация. [3]

70-те години на 20 век

Когато сексуалната революция настъпила, учените вече били готови. Те разполагали с готови решения, които далеч по-лесно могли да установят бременността. През 1976 г. компанията Warner-Chilcott пуснала първият тест за бременност в домашни условия. Срещу 10 долара жените могли да се сдобият с пълен комплект от нужните аксесоари за теста и след два часа да имат отговора. При правилно използване, този тест имал 97% точност при положителните резултати и 80 процента точност при отрицателните.

90-те години и днес

С усъвършенстването на методите за откриване на бременност учените установили, че ензимните индикатори могат успешно да заместят радиоактивните етикети от 70-те години. Модерните тестове дават отговор само след няколко секунди и отново разчитат на наличието на hCG в женската урина, но този път точността е до 99 процента. [2]

История на домашните тестове, предавани в народните вярвания

През всички години до изобретяването на съвременния тест за бременност, са се предавали поверия от стари на млади за установяване на бременност. Сред тях били следните тестове, някои от които се ползват и днес.

Червено вино

Този домашен тест за бременност датира още от средновековието и е много точен. Събира се сутрешната урина в буркан и към нея се добавя малко червено вино. Ако цветът се промени – има бременност.

Паста за зъби

За да се направи тест за бременност с паста за зъби, се смесват малко количество паста за зъби в купа с равно (или малко по-малко) количество урина. Ако пастата за зъби стане синя или пенлива, това е знак на бременност. Винаги трябва да се използва обикновена паста за зъби и тестваният трябва да се е уверил, че тя не е предварително оцветена в синьо. Има данни, че урината на някои жени кара пастата за зъби да се запени независимо от това дали са бременни или не, така че е добре резултатът да се провери и с друг метод.

Горчица на прах

За да се извърши тест за бременност с горчица на прах, се изсипва купа с горчица във вана с гореща вода. Сместа се разбърква с ръка, а след това жената се потапя

във ваната за около 40 минути. Ако менструацията и не настъпи в близките 2 дни, значи е бременна.

Белина

За определяне на бременност с белина, смесвали 2 супени лъжици белина с 2 супени лъжици урина в малка купа. Ако белината се запени, значи жената е бременна. В противен случай, не е.

Pine Sol

Pine Sol (или друг почистващ продукт, който има борово масло) е лесен и естествен тест за бременност. Смесват се 2 супени лъжици от Pine Sol с 2 супени лъжици урина. Ако сместа промени цвета си, това означавало, че има бременност.

Листа на глухарче

За провеждането на този тест се поставят 3-4 листа от глухарче в купа. След това се заливат с половин купичка урина. Ако има бременност, след няколко минути по листата на глухарчето се появяват червени подутини.

Сода за хляб

Според народните предания, содата е един от най-точните природни тестове за бременност. Смесват се 2 супени лъжици сода за хляб и 1 супена лъжица урина. След няколко минути, ако сместа започне да кипи, като газирана сода, това означава, че има бременност.

Сапунена вода

Тестът се прави с първата сутрешна урина. Смесват се вода и сапун и урина; ако има мехурчета, това е признак на бременност.

Урина

Събира се урина в буркан или бутилка и се оставя върху плоска повърхност в продължение на 24 часа. Внимава се да не се разклати съда, оставя се на пряка слънчева светлина. След 24 часа, ако има тънък бял слой върху повърхността на урината, има бременност.

Захар

Захарта била един от най-надеждните домашни тестове за бременност. Смесвали 3 супени лъжици урина (за най-добри резултати се използва урината от първата сутрешна микция) с 1 супена лъжица захар в купа. Ако захарта се разтваря в урината – има бременност, ако не се разтваря – няма.

Жаба

Установено е, че хормонът, който се съдържа в урината на бременната жена, кара жабите да овулират. За да се разбере дали се очаква бебе, трябвало жената да уринира върху жаба или да ѝ се инжектира урината ѝ. Ако до едно денонощие се забележи, че тя има яйца, това означава, че резултатът е положителен. В противен случай той е негативен.

С оцет

Евентуална бременност можело да се установи и с оцет. Добре познатият оцет е силен реактив, използван като домашно средство за направата на тест за бременност. Използва се първата урина. Трябва да се добави към чаша, която съдържа оцет (приблизително $\frac{1}{4}$ чаша). Урината и оцетът се смесват, след това внимателно се наблюдава за промяна в цвета на оцета. Кипене и запенване по време на добавянето на урината към оцета е знак, потвърждаващ бременността.

Днес

Няма съмнение, че съвременната жена използва научно доказани тестове за бременност, които са значително по-сигурни, лесно достъпни и евтини. В аптеките у нас могат да бъдат намерени десетки марки и разновидности на теста за бременност, като видовете уринарен тест се ограничават в 3 групи:

Тестът „лентичка“ обикновено е съпроводен с допълнително легенче. То се пълни с урина. Лентичката се изважда от фолиевата опаковка. Потапя се до

обозначената върху него линия, така че стрелките нарисувани върху лентичката да сочат надолу.

След 1 минута тя се изважда, поставя се хоризонтално на чиста и равна повърхност и се отчита резултатът, най – добре след 3 минута. При този вид тестове за бременност има риск той да се направи неправилно. Това се случва, ако лентичката се потопи повече от необходимото, а тогава не може да се гарантира точността на резултата.

Тестът „касета” се използва като с помощта на пипетка се капват 3-4 капки урина в обозначено отворче. Резултат се отчита между първата и десетата минута, но не по късно, на „екранчето” на теста.

Това са една или две цветни ивици в зависимост от това дали жената е бременна – две цветни ивици или не е една цветна ивица. Този тип тестове са най-използваните по света.

„Касетите” са лесни за прилагане и разчитане, не изискват употребата на помощен инструментариум или квалифициран персонал за работа с теста. Бързи са и дават качествен резултат, а опасността от допускане на грешка по време на тестването е минимална. Последните проучвания сред младите момичета и жените у нас показват, че най-предпочитан от тях е тестът Sure check, който също е от този тип.

Тестът „писалка” (струен тест) е най-лесният за използване тест, защото се уринира директно върху писалката. Това удобство обаче е за сметка на доста по-висока цена, а точността и надеждността на отчетения резултат са същите като при другите тестове. [5]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Съвременната акушерка трябва да усвои професионални компетентности по време на своето обучение, които да и позволят да установява нормална бременност. Крачка към придобиване на тези компетентности са знанията и уменията за диагностициране на бременност с научно доказани, съвременни тестове. Това кореспондира с придобиване на знания за исторически данни, свързани с пътя, който е изминат до откриване и утвърждаване на съвременните тестове за бременност.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] <http://www.obekti.bg/chovek/kratka-istoriya-na-testovete-za-bremennost>
- [2] <http://www.bgbilka.com/1494/тест-за-бременност/>
- [3] Lallanilla Marc, A Brief History of Pregnancy Tests, LIVESCIENCE, June 04, 2013 <http://www.livescience.com/37128-history-of-pregnancy-tests-ept-hcg.html>
- [4] <http://www.obekti.bg/chovek/kratka-istoriya-na-testovete-za-bremennost>
- [5] <http://www.tialoto.bg/a/125-zdrave/2551-kak-da-izberem-nay-podhodiyashtiya-test-za-bremennost/>

За контакти:

Надежда Литова, II курс, Акушерка, факултет ОЗЗГ, Русенски университет „Ангел Кънчев“, e-mail: nanyt00o@abv.bg

Гюлейман Георгиева, II курс, Акушерка, факултет ОЗЗГ, Русенски университет „Ангел Кънчев“, e-mail: giula_bg@abv.bg

Научен ръководител:

Доц. Иваницка Сербезова, РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе, iserbezova@uni.ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Специални акушерски грижи при бременни с варицела

Автор: Мадлена Христова
Научен ръководител: доц. Иваничка Сербезова

Special obstetric care for pregnant women with chickenpox: *Chickenpox, also known varicella, is a highly contagious disease caused by the initial infection with varicella zoster virus. The disease results in a characteristic skin rash that forms small itchy blisters, which eventually scab over. It usually starts on the chest, back and face then spreads to the rest of the body. Other symptoms may include fever, feeling tired and headaches. Symptoms usually last five to ten days. Complications may occasionally include pneumonia, inflammation of the brain, or bacterial infections of the skin among others. The disease is often more severe in adults than children. Symptoms begin ten to twenty one days after exposure to the virus.*

Key words: varicella, student midwives, training, obstetric care, pregnant women with chickenpox.

ВЪВЕДЕНИЕ

Акушерката по време на обучението си във висшето училище се подготвя да извърши професионални дейности, необходими за полагаането на качествени и навременни здравни грижи за човека – здрав или болен. Тя изготвя анализ и оценка на състоянието на всеки пациент, след което предлага и план за акушерски грижи, като всичко това попълва в акушерската документация на пациента.

В процеса на обучението на акушерката има изградена система за поддържане на качеството. Прилагат се подходящи методи за оптимизиране на системата с цел дипломиране на качествено подготвени акушерки. [2]

Варицелата, наречена още лещенка е остро протичащо заразно заболяване, което се причинява от вирус. Болестта е силно заразна, характеризираща се със специфичен обрив и е една от най-честите инфекциозни заболявания сред децата в развитите страни. Общото състояние на болните е умерено влошено. Варицелата се причинява от вируса varicella zoster, който принадлежи към семейството на херпесните вируси. Същия вирус причинява и заболяването херпес зостер. Общата характеристика на херпесните вируси е склонността им към съществуване в организма в латентно състояние и повторно активиране на инфекциозния процес, в момент, в който защитните сили на организма са отслабени. Вирусът varicella zoster е неустойчив на условията на външната среда. [3]

ИЗЛОЖЕНИЕ

Вирусът на варицелата се предава от болен на здрав човек най-често по въздушно-капков път и по-рядко при тесен контакт с болен или с предмети, прясно замърсени със секрет от обривните единици на болния от варицела. Възможен е и вертикален механизъм на предаване на болестта – заразяване на новороденото от болната майка. Заболяването е силно заразно - до 80% от контактувалите с вируса развиват болестта. [3]

Инкубационен период – Интервалът от контакта с вируса до изявата на първите симптоми на заболяването е от 11 до 23 дни, най-често около 14 дни. Вирусът се отделя в носоглътния секрет и течността, изпълваща мехурчетата на обрива, което прави болният заразен и опасен за околните в периода от 5 дни (най-често ден-два) преди появата на обривните единици, 5-9 дни след появата на същите. Обикновено когато обривът се покрие от характерните корички, болният престава да бъде заразен. [1]

Кой боледува от варицела, изгражда ли се имунитет срещу болестта?

Почти всеки в живота си боледува от варицела. В развитите страни около 75% от населението са преболедували от варицела до 15 годишна възраст и 90% до 25 годишна възраст. Най-често заболяването се развива между 5-ата и 9-ата година от живота, но могат да бъдат засегнати хора във всяка възраст. Варицелата протича по-тежко при по-възрастни. Кърмачетата до 6 месечна възраст не боледуват от варицела, ако имат предаден от майката имунитет. При условие, че майката заболява от варицела в края на бременността, детето се ражда с вродена варицела. Заболеваемостта от варицела нараства през зимата и пролетта. Обикновено след преболедуване, човек развива доживотен имунитет срещу нея. Още през първата седмица от контакта с вируса, организъмът образува специфични защитни белтъчни молекули, антитела, които се свързват с вируса и го унищожават или улесняват този процес. Активират се и специфични имунни клетки, които атакуват вируса. Въпреки това, инфекцията може да остане в организма в латентно състояние и в момент на отслабване на защитните сили на организма да се изяви наново като заболяването херпес зостер. На лице са определени взаимоотношение между варицелата и херпес зостер. Те се причиняват от един и същи вирус. Варицелата възниква при първата среща на организма с вируса. При потискане на защитните сили на организма, останалата в него латентна инфекция (бавна, неактивна и тиха инфекция) се активира отново и се изяснява като заболяването Herpes zoster. Варицелата може да се изяви и като тежко заболяване сред контингент от болни със силно потиснатата имунна система, дори и със злокачествени заболявания, болни в интензивни отделения и лекувани дълго време с лекарства потискащи имунитета. [3]

По време на обучението на студентите от специалност от „Акушерка“, важна задача е те да усвоят симптоматиката на инфекциозните заболявания, и при необходимост да установят и разпознаят проявите на инфекциозна болест. Често срещаните заразни заболявания в детската възраст сред които е и Varicella обикновено протичат по-леко при деца и доста по-тежко при възрастни и при индивидите с отслабена имунна система.

Старта на инфекцията е с някои нехарактерни симптоми:

- Висока температура (до 38-39 градуса);
- Леко изразено възпаление на горните дихателни пътища;
- Общо чувство на слабост, отпадналост и загуба на апетит, които траят 2-3 дни;
- Характерен обрив: първоначално се появяват изразени, червени петна, които скоро преминават през зачервени обривни единици до мехурчета (везикули), пълни с бистра течност; впоследствие мехурчетата потъмняват, разпукват се и образуват малки язвички; от центъра към периферията им се формира коричка (круста) и обикновено на мястото им не остава белег. Процесът трае около 10-14 дни. Мехурчетата са предимно по закритите части на тялото - скалпа, подмишничните ямки, трупа и дори клепачите на очите. Мехурчетата може да се наблюдават и по лигавицата от вътрешната страна на устата и половите органи. Обривът се появява на няколко пласта (свързани с цикъла на размножаване на вируса и разпространението му по кръвен път до кожата) за около 2-4 дни. В редки случаи на тежко протичане (при хора с потиснатата имунна система) мехурчетата от обрива могат да се изпълнят с кървава течност или на мястото им да настъпи некроза на кожата, да се развие жълтеница, спадане на кръвното налягане, тежка интоксикация на организма. [1,2]

Акушерски грижи при бременни с варицела.

Акушерските грижи са важна част от лечението на пациентките и особено на бременните жени. Бременните са склонни да се доверяват на акушерката и поради това нейната роля е много съществена. Грижите се състоят в следното:

1. Пациентката се изолира в инфекциозно отделение.
2. При обгрижването ѝ се използват специални защитни средства (еднократни престилки, шапки, очила).
3. Използваните защитни средства подлежат на изгаряне.
4. Използваното бельо подлежи на обеззаразяване и щателна дезинфекция според изискванията на ХЕИ.
5. Необходимо е да се направи консулт с инфекционист.
6. Да се изпълнява стриктно предписаното от лекар лечение.
7. Акушерката трябва да познава усложненията, до които води инфекциозното заболяване за майката и плода.
8. При напреднала бременност поведението се уточнява допълнително в зависимост от степента на увреждане на плода.
9. Извършват се хигиенни грижи за пациентката - като правило при извършване на хигиенните грижи за болния във връзка с борбата с вътреболничните инфекции акушерката трябва:
 - да облича втора, горна помощна престилка;
 - преди и след контакт с болните да прави текуща хигиенна дезинфекция на ръцете си с топла вода и сапун и с дезинфекционен разтвор;
 - да употребява ръкавици за еднократна употреба.
10. Грижа за устната кухина – при инфекциозните болести често има възпалителни промени на гърлото и устната кухина и те се третират след щателен тоалет на устата с назначените медикаменти.
11. Грижа за кожата – ежедневно хигиенно измиване с топла вода и сапун и добро подсушаване.
12. Грижи за храненето на пациентката – крем супи, супа от житни култури, ястия от млечни продукти, зеленчуци, плодове; преварена вода, лек чай.
13. Наблюдение, измерване и регистриране на жизнените показатели на жената. При отклонение - незабавно уведомяване на лекаря.
14. Поддържане на оптимална температура:
 - грижи за болен с треска;
 - предпазване от охлаждане.
15. Наблюдение и грижи за уринирането.
16. Организация и провеждане на изследвания.
17. Провеждане на профилактична, ежедневна и крайна дезинфекция, при нужда и дезинсекция или дератизация.
18. При пълно оздравяване – изписване на пациентката. [1]

Варицела и бременност

Прогнозата зависи преди всичко от срока на бременността, в който се развива инфекцията. Въпреки че вероятността една жена да заболее от варицела докато е бременна, е доста малък, но тя не би трябвало да се пренебрегва. Малък процент (5-7%) от всички жени в репродуктивна възраст биха могли да се разболеят поради липса на антитела срещу varicella zoster, тъй като все още не са преболеждали едра шарка или не им е била поставена ваксина.

Риск за майката – обичайно варицелата протича без усложнения, но при бременни жени рискът от последващо възпаление на белия дроб, средното ухо, бъбреци е значително по-висок от обикновено.

Риск за плода – определя се от степента на неговото вътреутробно развитие. Ако майката се разболее преди 22г.с., би могло макар и рядко да се стигне до аномалии в развитието на плода. В изключително редки случаи се наблюдава т.

нар. конгенитален варицелен синдром, който в половината от случаите води до фатален край. При останалите вирусът причинява трайни увреждания по кожата на детето или нарушено развитие на крайниците. Най-малък рискът има между 22 и 35г.с. В този случай майката предава свои антитела на детето, така че и при раждането то притежава известна имунна защита. [3]

Усложнения на варицела

В повечето случаи варицелата обикновено протича леко и оздравяването е без сериозни поражения за 10-14 дни. Най-честото усложнение е вторично бактериално инфектиране на обривните мехурчета, вследствие на разчесването им с развитие на подкожни абсцеси. Някои от по-редките усложнения са засягане на белите дробове, засягане на централната нервна система, засягане на очите. Още по-рядко се наблюдава артрит и нефрит. [4]

Профилактика

Една от най-ефективните стъпки в предпазването от варицела е спазването на карантинни мерки. Съществува специфична жива ваксина против варицела, която в нашата страна се прилага само на рисковите контингенти от населението. В някои от развитите страни има стремеж за прилагане на тази ваксина на всички с изключение на бременните жени и кърмачетата под 1 годишна възраст, както и деца със сериозно увредена имунна система. Целта е избягване на боледуването от варицела и евентуално реактивиране на вирусната инфекция под формата на заболяването Herpes zoster по нататък в живота при състояния, свързани с отслабване на защитните способности на имунната система. Жените в детеродна възраст, които не са сигурни дали са прекарвали в миналото варицела, лесно могат да установят това чрез серологични тестове. Положителният тест означава, че при контакт с болен по време на бременността им няма риск за тях и за плода от заразяване и усложнения. [1]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Акушерката е част от медицинския екип, изпълняваща специфичните си задачи и притежаваща професионална компетентност при обгрижване на инфекциозно болна жена. Тя прилага лечебно-диагностичния план от лекаря, следи жизнено - важните функции на пациентката, полага хигиенни грижи за нея, изпълнява хигиенно-диетичния режим, взема активно участие в оздравителния и възстановителен процес на инфекциозно болни. Овладяването на знания и умения, свързани с акушерските грижи за инфекциозно болни и в частност грижи за жени с Varicella води до формиране на желаната професионална компетентност и повишава качеството на грижа за пациентите в съответствие с Единните държавни изисквания и Директива 2013/55/ на Европейския съюз.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1]. Георгиева А., С. Тончева, Сестрински грижи при болни с инфекциозни заболявания, Учебник за студенти от специалност медицинска сестра, Медицински университет, Варна, 2012, стр.
- [2]. Желева Е., Сестрински и акушерски грижи-философски аспекти, Габрово 2013 г., стр. 19,20
- [3]. <http://www.arsmedica.bg/zabolyavaniya/infektsii/varitsela-leshtenka>
- [4]. http://www.puls.bg/illnes/issue_254/

За контакти:

Мадлена Христова, III курс „Акушерка“, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, Катедра Здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев“ – гр. Русе, тел. 0889260269 :, email: Madlena_hristova94@abv.bg

Научен ръководител: Доц. Иваничка Сербезова, РУ „Ангел Кънчев ” – гр. Русе, iserbezova@uni.ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Роля на акушерката при обгрижване на жени със стерилитет

Автор: Веселка Георгиева Михайлова
Научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова

***Obstetrik cares for infertile women:** The purpose of this report is to explore the literature associated with reproductive issues among young couples, and the assisted reproduction, to from current methods for treatment and plan for obstetric care.*

Key words: IVF, infertility, insemination, embryo ,obstetric care

ВЪВЕДЕНИЕ

Един от основните инстинкти на човека е този за продължение на вида. Основен медико - биологичен фактор, който определя репродуктивното състояние на семейството и оказва влияние върху възпроизводителният процес е безплодието. Безплодието (лат. Sterilitas) е невъзможност да се осъществи оплождане. При ненастъпване на бременност след 12 месеца, при нормален полов живот и желание за дете се приема, че двойката е потенциално безплодна. Този проблем засяга около 10 – 15 % от двойките в репродуктивна възраст. По последни данни в България около 200 000 семейства не могат да имат деца и се нуждаят от медицинска помощ. Това превръща борбата с безплодието в един от най - важните проблеми, пред които се изправят акушеро – гинекологичните специалисти. Поради тази причина се отбелязва бърз напредък в изучаването на различни форми на безплодието и внедряването на нови методи на диагностика, лечение и профилактика с по-голяма ефективност. [2]

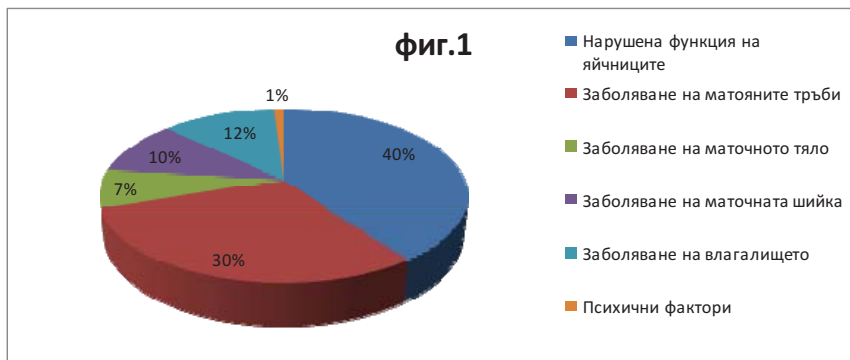
ИЗЛОЖЕНИЕ

Наличието на отклонение, водещо до безплодие насочва двойките към асистирана репродукция. В широк смисъл, терминът обединява всички методи за въздействие върху репродуктивното състояние на индивидите с цел постигане на бременност, когато съществува невъзможност за реализирането ѝ по естествен път. Асистираната репродукция включва множество клинични и биологични методи като : методи за стимулация на овулацията и сперматогенезата, методи подобряващи възможността за контакт между гаметите (изкуствена инсимиация, вкарване на гамети или зиготи в маточните тръби, инвитро оплождане) , методи осигуряващи имплантаия (трансфер на ембриони в маточната кухина), различни микроманипулации върху гамети и зиготи , както и криоконсервация на гамети и ембриони. Оплождането „ Ин витро“ (на лат. „in vitro- в стъкло“), често наричано „в епруветка“, е вид асистирана репродуктивна техника.Това е процес, при който се извършва оплождане на една или няколко яйцеклетки извън тялото на жената, като след това полученият ембрион се връща в матката.[1]

Първият опит за ин витро оплождане датира от 1890г., когато Уолтър Хийп, професор в университета в Кембридж е първият, успешно извършил трансплантация на ембрион върху зайци. През 1932г. Абдъс Хиксли в своята книга „Прекрасен нов свят“ напълно правдоподобно описва техниката „ин витро“ оплождане. Първото ин витро бебе в света, Луиза Браун, е родена през 1978г. в Англия, благодарение на доктор Робърд Едуардс и доктор Патрик Стенгот. Първото „бебе в епруветка“ у нас се появява на бял свят през 1988г., благодарение на екипа на проф. Атанас Щерев.[6]

Дългогодишният практически опит, придобит в кабинетите по стерилитет, потвърждава схващането, че жената и мъжът от бездетната двойка трябва да се разглеждат, изследват и лекуват като зависими една от друга величини. Причините за безплодие в семейството са многообразни. Те са свързани, както с патологичните проблеми в репродуктивната система на жената и мъжа, така също с наличието на извънгенитални заболявания. [3]

По данни на И. Карагъзов, Н. Доганов, А. Атанасов най-честите причини за стерилитет при жена имат следната относителна честота : [4]

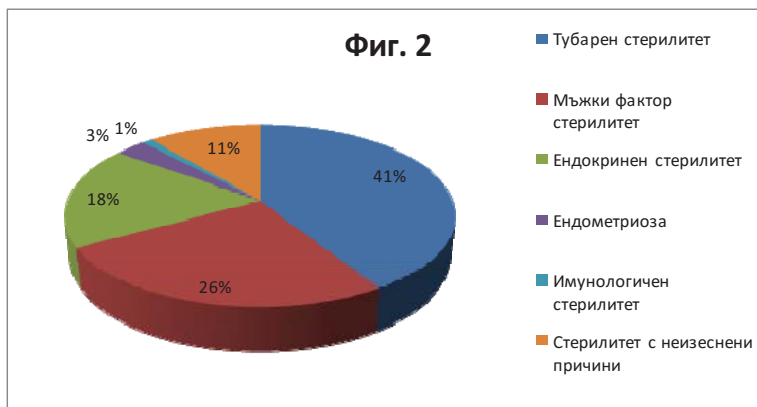


Фиг.1: Относителна честота на причините за стерилитет при жената по И. Карагъзов и съавтори [4]

Причини за безплодие според А. Димитров, А. Савов, А. Дуковски, А. Атанасов и А. Щерев от страна на мъжа са :

- Аномалии в морфологията на сперматозоидите;
- Патологични промени в спермогенезата от прекарани възпаления на тестисите;
- Вродени заболявания на мъжката полова ситема;
- Професионални вредности.[2]

Българската асоциация по стерилитет и репродуктивно здраве извършва 7 месеца проучване, обхващащо 247 двойки, посетили за пръв път кабинета по стерилитет. Според извършеното изследване най-голям дял в причините за стерилитет се пада на тубарен стерилитет – 41%. На второ място е мъжкият фактор-26%. Следователно не - малка роля в репродуктивните проблеми на двойките заема и мъжкият фактор, почти наравно с ендокринните проблеми, имунологичните и неизяснените причини. Резултатите от проучването са представени на фиг. 2.[8]

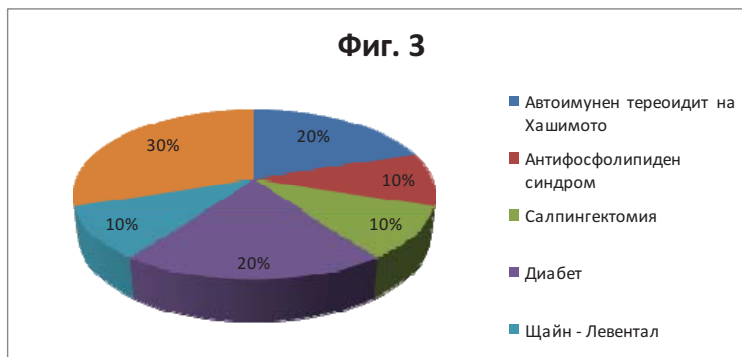


Фиг.2 Причини за стерилитет на двойки с репродуктивни проблеми, според Българската асоциация по стерилитет и репродуктивно здраве.[8]

В периода 01.04.2016г./ 15.04.2016г., се извърши проучване в отделение ВРБ на УМБАЛ – Русе. Изследвани са архивни данни за пациентки с асистирана репродукция. Целта на проучването е да се определи, каква е водещата причина от придружаващи заболявания, която е довела до IVF процедура. Прегледани са истории на заболяване от месец януари 2016 год. до месец август 2015г. Пациентките, лекувани за стерилитет са във възрастта от 29 до 49 години. Установиха се следните причини, довели до асистирана репродукция:

- Автоимунен тиреоидит на Хашимото;
- Антифосфолипиден синдром;
- Салпингектомия;
- Диабет;
- Поликистозна болест на яйчниците (Щайн – Левентал);
- Стерилитет с неизяснени причини.

Резултатите от проучването са представени на фиг. 3.



Фиг. 3 Причини, довели до стерилитет и последваща асистирана репродукция – собствено проучване

За поставяне на диагнозата стерилитет се извършват редица изследвания. Участват гинеколози, акушерки, уролози и ендокринолози. От акушерките се изисква да планират, извършват подготовка и получават данни от провежданите изследвания. За това е необходимо да придобият нужните компетенции по време на обучението си във висшето училище. След направеният анализ се предлага авторска таблица, която показва нужните компетенции на акушерката при участие на изследвания на жени със стерилитетни проблеми. Компетенциите са представени в табл. 1

Таблица 1

Компетенции на акушерката при провеждане на изследвания за стерилитет на двойки с репродуктивни проблеми

Вид изследване	Същност на изследването	Функция на акушерката
Гинекологичен преглед	Определяне анатомо-физиологичното състояние на женските полови органи	Помага на пациентката да заеме правилна позиция на гинекологичният стол, поставя стерилен компрес под седалището, асистира на акушер-гинеколог.
Микробиологично изследване	Да се установи наличие на възпалително заболяване, най-често хламидия.	Подготвя необходимите пособия(светлина,ръкавици,спекулум), Подготвя стерилни шпатули и четчици, предметни стъкла,транспортни контейнери, фиш за микробиологично изследване.
Измерване на базална температура	Метод за определяне , наличието на овулация.	Акушерката, обяснява на жената как анално да измерва температурата си, сутрин преди ставане и да отчита резултата в температурна крива.
Хистеросалпингография	Метод за оценка проходимостта на маточните тръби.	Изследването се извършва между 8-12 ден от цикъла.Пациентката се предупреждава 1 седмица преди и след изследването да няма полови контакти.Акушерката подготвя необходимият инструментариум. Помага на пациентката да заеме гинекологично положение и асистира на лекар.
Фоликулометрия	Динамично измерване на зреещите фоликули и доказва наличие на овулация .	Подготвя и почиства гинекологичният стол, помага на пациентката да заеме необходима позиция, стриктно води документацията.

Кръвни тестове	Измерване нивата на тироидните, хипофизарните и яйчникови хормони.	Обяснява на пациентката за изследването. Взема информирано съгласие. Взема кръв за кръвните тестове .
		[5]

Процесът на ин витро оплождане, включва няколко стъпки:

1. Контролирана хиперовариална стимулация, целяща да стимулира образуването на множество яйцеклетки. По време на стимулацията се използват така наречените фуликоло-стимулиращи хормони. Яйчниковият отговор на стимулацията се мониторира чрез ултразвуков преглед и кръвни изследвания. Този процес продължава до наличието на фоликули с диаметър над 18мм.; дебелина на маточната лигавица над 8мм.; нивата на естрадиол кореспондиращи с броя на нараснали фуликули. Когато са налице описаните условия се поставя човешки хореогонадотропин, с цел стартиране узряването на яйцеклетките.
2. Пункция на фуликули- достъпът е вагинален под ултразвуков контрол и краткотрайна венозна анестезия. С помощта на аспирираща игла течността от фоликула се аспирира и се предоставя на ин витро лабораторията. В деня на пункцията, партньора предоставя семенната течност. Като изискването е за полово въздържание в рамките на 3-5 дни.
3. Яйцеклетките и получените сперматозоиди се поставят в инкубатори, поддържащи телесна температура, определени нива на влажност и концентрация на въглероден диоксид. Използват се средства за култивиране, чийто състав се доближава максимално до условията на маточните тръби и матка. При настъпило оплождане ембрионът се наблюдава 5 дни в инкубатор до достигане на стадий „компактизация“.
4. Следваща стъпка е ембриотрансфер, на предварително подготвена матка за имплантация, чрез прогестеронов препарат, под формата на вагинални капсули. Ембриотрансферът представлява поставяне на ембрион обратно в кухината на матката. Ембрионите се поставят в матката, чрез специален тънък катетър през цервикалния канал. 10 дни след ембриотрансферът се прави кръвен тест за бременност.

Възможно е при ембриотрансфера да се използват яйцеклетки от донор. Друг раздел на асистиранията техника е криобиологията със замразяване на сперматозоиди, яйцеклетки, ембриони в различни фази на развитието.[7]

Ин витро оплождането се извършва в специализирани клиники, където освен акушер-гинеколози, работят и специалисти по репродуктивна гинекология, биолози, акушерки и психолози. Акушерката е човекът, който осигурява връзката между пациент и екип. Тя е неотлъчно до жената и осигурява общуване със семейството. Отговаря за планирането, последователността и кординирането на процедурата. Следи за спазването на правилата за антисептика и асептика, прецизно води документацията.[1]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Безплодието е важен проблем засягащ благополучието на голям брой български семейства и възпроизвеждането на населението у нас. Важна мярка в специализираните кабинети по стерилитет е борбата с безплодието, чрез ранно обхващане, диагностика и лечение. Необходимо е да се знае, че всяко бездетно

семејство след 6 месеца неуспешни методи за забременување треба да потърси компетентен съвет от специалист. Така се създават реални предпоставки за профилактика и ранна диагностика на безплодието, както и намаляване на броя стерилните двойки. От съществено значение за партньорите с репродуктивни проблеми са компетенциите на акушерката. Тя трябва да усвои по време на своето обучение във Висшето училище и да продължи да надгражда в системата на след дипломна квалификация, последващо завършване на базовото образование.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Василев, Н.Б., Доганов, Н.И., Янков, А.Д., и др., Ръководство за практически упражнения по акушерство и гинекология. София, Медицина и физкултура, 1991 г., 194-201 стр..
- [2] Димитров, А., Савов, А., Дуковски, А., Атанасов, А., Щерев, А., Гинекология. София, „АРСО-КП ЕООД“, 2013 г., 181-187 стр..
- [3] Диц, К., Желание за дете. София, Медицина и физкултура, 1985 г., 233-346 стр..
- [4] Карагъзов, И., Доганов, Н., Атанасов, А., и др., Гинекология. София, Медицина и физкултура, 2005 г., 263-284 стр..
- [5] Митева, К., Здравни грижи при гинекологични заболявания. Стара Загора, Издателски консорциум КОТА, 2014 г., 74-82 стр..
- [6] Щъркалев, И., Гинекология., Медицина и физкултура, София, 1971 г., 287-307 стр.
- [7] <http://www.shterevhospital.com/pregnancy>
- [8] <http://www.zachatie.com>

За контакти:

Веселка Михайлова, II курс, Акушерка, факултет Обществено здраве и здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев“ – гр. Русе, e-mail: veselka.mihailova@abv.bg

Научен ръководител: Доц. Иваницка Сербезова, РУ „Ангел Кънчев“ – гр. Русе, iserbezova@uni.ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Училище за родители

Автор: Вероника Ангелова
Научен ръководител: доц. Иваничка Сербезова

School parents: The report examined data from a survey in connection with the participation of patients in classes of school for parents. The training is conducted within the University Hospital - Rousse and includes pregnant women and members of their families. The survey was conducted by students - midwives and aims to establish awareness of pregnant mothers about the ongoing school for parents. The survey is for educational purposes.

Key words: school for parents, baby, school, birth, pregnant, ,midwife, student midwives.

ВЪВЕДЕНИЕ

През последните години обучението провеждащото се в „Училището за родители“ става все по актуално по време на бременността на първородки и на техните партньори. Интересът се дължи на това, че днес бременните имат редица въпроси, на които търсят отговори. Лекционните и практичните семинари на училището са съобразени с повечето техни притеснения и несигурност свързани с бременността, раждането и отглеждането на новороденото дете.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Училището за родители е форма за предродилна подготовка, която прилага методите на психопрофилактиката. Целта на обучението е да се постигне правилна информираност около темите за бременността, раждане, кърмене и отглеждането на детето.

Добре проведения курс и добре усвоения материал от бременните осигурява активно съдействие на раждащата в родилната зала, както и съкратен до минимум втори период на раждането, продължително кърмене и правилен, съобразен с научата подход при отглеждане на новороденото, кърмачето и малкото дете.[1]

В Интернет могат да бъдат намерени разнообразни предложения за подобни курсове. Съдържанието на курсовете се основава на научни изследвания, като предоставя теми, непознати в миналото. Разглеждат се въпроси свързани със стволони клетки, епидурална упойка, предимствата на упражненията за тазовата мускулатура, масаж на перинеума и епизиотомиа. Преподават се теми, включващи позиция и техники на движение, визуализация, масаж, релаксация, и разбира се някои техники на дишане. Ценни са онези предложения, чиито акцент е върху идентифициране и използване на техники, които работят за всяка отделна бременна. Една добра програма дава увереност на бъдещите родители и ги подпомага в способността им да вземат решение.

За целите на настоящото изследване представлява интерес факта, че през 2005г. медицинска сестра Д. Върбанова основава първото и до този момент - единствено в Русе частно училище за бъдещи родители. В резултат на предварителната подготовка, Д. Върбанова счита, че 95% от майките, обучени в Училище за Родители, кърмят своите бебета. През първата година от създаването на училището едва 10% от бъдещите татковци са посетили занятията. През 2009г. татковците вече са 60%, а през 2011г. - 70%. Поради големия интерес Училището гостува и в Силистра веднъж в месеца. През февруари 2012г. Училище за Родители-Русе инициира отворени врати в модерния АГ- комплекс, за да имат възможност бъдещите майки да се запознаят с условията в които ще раждат. [2]

Днес в АГ- комплекс на МБАЛ-Русе се провеждат „Дни на отворени врати“ и „Училище за родители“. Информация за това може да бъде намерена на сайта на УМБАЛ – Русе. Дни на отворени врати има за цел да запознае предстоящите

родилки със структурата на АГ-комплекса. Училището за бременни се провежда под формата на лекционни и практически семинари. Лекционните семинари се изнасят от началниците на Родилно отделение и Неонатология, както и от старши ординаторите на отделенията. Активно участие взема и Лидер-консултант на Ла Лече Лига. На семинарните обучения присъстват представители на фирми: "Глаксо Смит Клайн" ЕООД, Тъканна банка „Крио-Сейф, МЦ"Афродита"и Ей енд Ди, Фарма България" ЕАД (официален представител на френската марка Mustela за България).

Обучението се провежда по следния план на семинарни занятия :

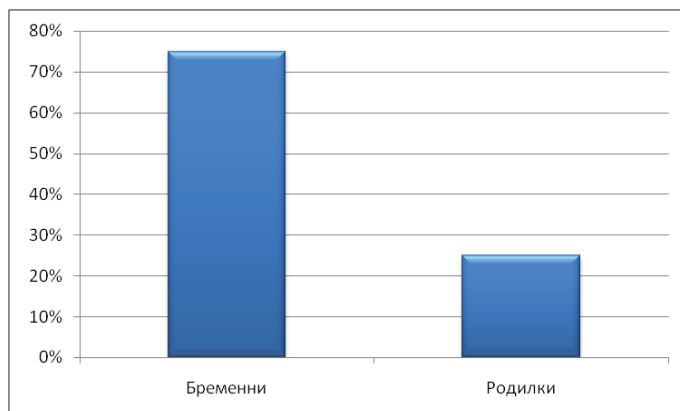
ПЛАН ЗА СЕМИНАРНИ ТЕОРИТИЧНИ ЗАНЯТИЯ:

1. Как започва раждането? Предвестници на започващото раждане. Видове контракции. Кога да тръгнем към родилното отделение.
2. Новороденото дете и период на адаптация. Особенности на новороденото.
3. Начало и нормален ход на кърменето - информационна брошура „Съвети а кърмене и съвети за обилна кърма”.
4. Естествено раждане-етапи на раждането. Какво се случва с раждащото се бебе. Дишане по време на родовия акт.
5. Режими на отглеждане . Как да облечем бебето. Разходките.
6. Основни грижи за бебето. Особенности на бебешката кожа.
7. Често срещани трудности при кърменето-информационна брошура „Кратко ръководство за кърмене”.
8. Обезболяване в акушерството.
9. Цезарово сечение.
10. Двигателно развитие на бебето. Колики. Гимнастика и масаж, закаляване на детето.
11. Раждане и кърмене-информационна брошура "Кърмене след цезарово сечение"
12. Отговорността да си бременна-хранене, режим, вредни навици.
13. Психология на бременността.
14. Никнене назъби. Захранване на бебето до 1 годишна възраст. Отбиване а детето.
15. Захранване на кърменото бебе – информационна брошура "Захранване на кърменото бебе".
16. Кърмене-подготовка на гърдите за кърмене. Физиология на лактацията. Предимства на кърменето, кърмене след Секцио. Пози на кърменето.
17. Мамо виж какво мога! Психо - емоционално развитие на бебето от 0-1 година.
18. Практични идеи за кърмене.
19. Спешни състояния в детска възраст.
20. Стволови клетки - единствената надежда.
21. Подкрепа за кърменето-информационна брошура "Татковците са специални".

ПЛАН ЗА СЕМИНАРНИ ПРАКТИЧЕСКИ ЗАНЯТИЯ:

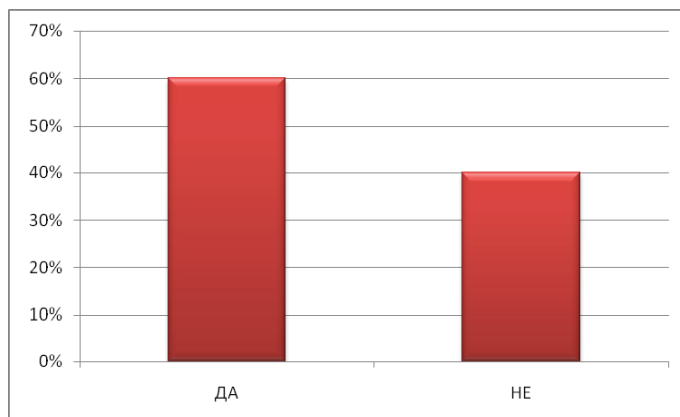
1. Първи грижи за новороденото. Грижи за кожа и кожни гънки, хигиена на седалището, обработка на очи, уши и пъпче.
2. Къпане, постаяне на памперс и обличане на новородено. Практически упражнения и съвети.
3. Кърмене и лактация. Режим на хранене и почивка. Практични съвети.

През месец април/04/ 2016г. в АГ-комплекса към МБАЛ-Русе авторът на настоящия доклад проведе анкета относно информираността, посещаемостта и ефективността на „Училището за родители”. Анкетирани бяха 20 пациентки. Фиг. 1 показва съотношението на анкетираните жени – бременни и родилки.



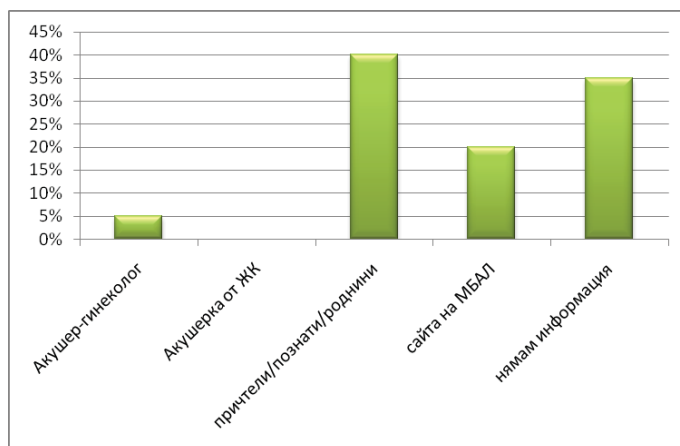
Фиг. 1 Съотношение на анкетирани пациентки: 75% бременни и 25% родилки

На въпрос от анкетата относно информираността им за провеждащото се Училище за родители в УМБАЛ – Русе, 60% от анкетираните отговарят положително, а на 40% не им е известно, че съществува подобна форма на обучение на родители. Отговорите са представени графично на фиг. 2



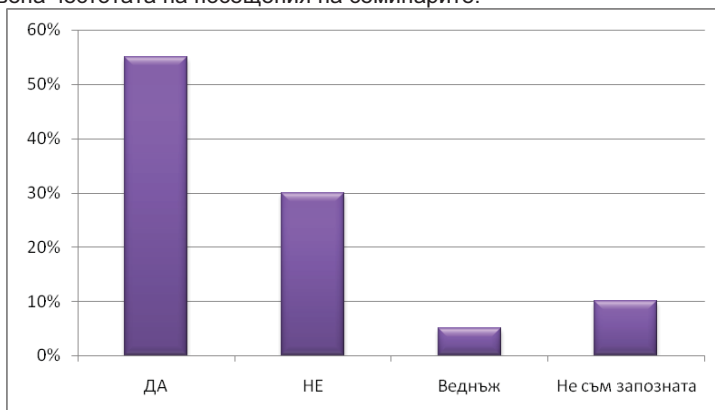
Фиг. 2 Данни, относно информираността на анкетираните за провеждащото се Училище за родители в УБАЛ - Русе

На отговорилите положително, че знаят за провеждащото се обучение на територията на Болницата в Русе е зададен въпрос: „От къде получихте информация за провеждащите се занятия в училището за родители?“ Една част от анкетираните (40%) са получили информацията от свои приятели и роднини. И съвсем малка група – само 5% са били осведомени от медицински персонал, провеждащ тяхната консултация. Малка част са информирани от сайта на МБАЛ-Русе 20%. Съществен е делът на тези, които нямат информация за провеждащите се занятия за бъдещи родители(35%). Необходимо е да се засили популяризирането на провеждащото се Училище за родители на територията на УМБЛ Русе. Отговорите от тази час на анкетата са представени на фиг.3



Фиг.3 Данни, посочващи източника на информация за провеждащите се занятия в Училище за родители в УМБАЛ-Русе.

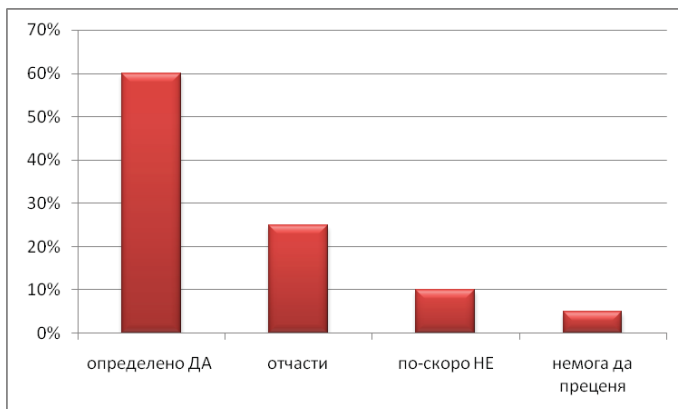
Зададен е въпрос „Бихте ли посетили /посещавали ли сте/ Училище за родители?“. Половината (55%) отговарят с „ДА“. Установи се че половината от тях посещават семинарите, а тези които не са имали информация за провеждащото обучение, биха го посетили. Около една трета (30%) не са посещавали и не мислят да посетят „Училището за родители“. Съвсем малък процент - 5% са посетили една тема от плана и не са повторили посещението. Съществен е делът на тези, които не са запознати, не са посещавали занятията, и не биха ги посетили (10%). На фиг.4 е представена честотата на посещения на семинарите.



Фиг.4- Данни, определящи честотата на посещенията на занятията в Училище за родители към УМБАЛ-Русе .

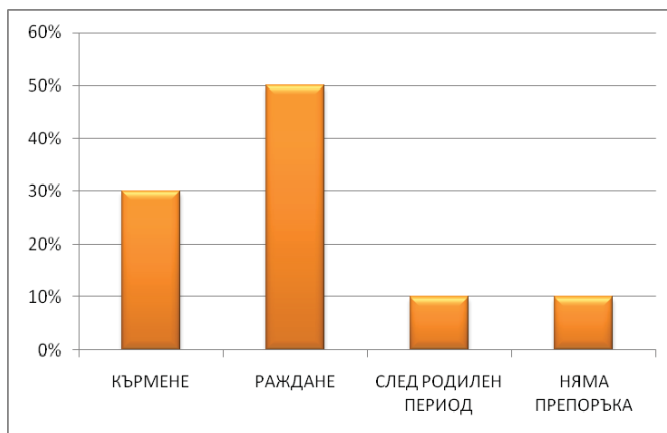
На въпрос от анкетата "Смятате ли че училището за родители е полезно за протичане на Вашето раждане?", повече от половината анкетирани дадоха положителни отзиви, като отговориха с „определено ДА“, дори и след като беше изяснено на неинформираните жени за плана на обучение, някои от тях също прецениха че ще е положителен ефекта от лекционните и практичните семинари. Други 25% посочиха отговора „отчасти“. Пациентки, които не са посещавали училището не могат да преценят до каква степен би повлияло на раждането им. На

фиг.5 е представено виждането на анкетираните за ефективността на лекционните и практичните семинари върху раждането.



Фиг.5 Как анкетираните пациентки оценяват ефекта на провежданото обучение върху процеса на протичане на раждане

Анкетираните бременни и родилки имаха възможност да предложат препоръки за оптимизирането на тематиката. Ето как те ранжираха предпочитаната тематика. Данните са представени на фиг.6



Фиг.6. Препоръки от страна на анкетираните за подобряване на тематиката в Училището за родители към УМБАЛ-Русе

Анкетата има за цел, да проучи до каква степен бременните и техните близки са информирани за провеждащите се лекционни и практични семинари на територията на УМБАЛ Русе. Очерта се нуждата от популяризиране на Училище за родители. Това могат да извършват и студентките – акушерки по време на техните практически упражнения по дисциплините Клинична практика, Акушерство, Гинекология, Дობолнична помощ. Би могла да се обсъди възможността за включване на студентки в изнасяне на беседи по време на клиничното им обучение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Училището за родители и Дни на отворени врати, които се провеждат в АГкомплекса на УМБАЛ-Русе, са от полза за бременните и за техни близки. Курсовете осигуряват най-добрата подготовка за бъдещите родители, за да придобият умения и увереност. Те са им нужни, за да се подготвят за бъдещото раждане, пуерпериум и правилно отглеждане на бебето. Безспорен факт е това, че жените, които са подготвени и използват научените техники имат по-леко и по-кратко раждане. Данните от анкетата сочат че популяризирането на добрата практика - Училище за родители, трябва да бъде още по-интензивно, за да е посетено от повече бременни и те да получат знания за предстоящото раждане и обгрижване на техните деца. Това би улеснило, както пациентките, така и медицинския екип и би повишило качеството на грижа.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] УМБАЛ-Русе, АГ-комплекс. План на семинарни занятия; Училище за родители, 2015г. <<http://www.mbal.rousse.bg/bg/informacija/uchilische-za-roditeli.html>
[2] <http://zavasroditeli.com/>

За контакти:

Вероника Ангелова, студентка II курс Акушерка, ФОЗЗГ, РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе, e-mail: veronika.94@abv.bg

Научен ръководител: Доц. Иваницка Сербезова, РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе, iserbezova@uni.ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Роля на акушерката в подготовка на бременната и родилката за раждане

Автор: Фатме Нуриева

Научен ръководител: Иваничка Сербезова

The role of the midwife in the preparation of the pregnant and woman in labor for birth: The report examines the necessity of building professional competence of learner midwife. This is a necessary to being able to carry out its role of medical professionals in the care of pregnant women, childbirth and mother.

Key words: midwife, preparation, pregnant, woman in labor, periods of birth, role

ВЪВЕДЕНИЕ

Раждането не е просто медицинско събитие, а начало на живот и начало на живота на една жена като майка. Акушерката е тази, която е най-близо до родилката и освен активно наблюдение на бременността и родовия процес, подпомагане раждането и проследяване на послеродовия период, тя трябва да полага грижи и за емоционалното здраве на жената. Ролята на акушерката е да подкрепя родилките в най-важния и най-хубавия момент от живота им, в първи и втори период от раждането, да им помогне да запазят спокойствие и да се справят с болката, а след раждането да им даде съвети, както за кърменето, така и за първите грижи за новороденото. Това налага по време на обучението в Университета да се усвоят необходимите знания и умения и се придобият компетенции, позволяващи справяне с отговорните задачи на акушерката в предродилна и родилна зала.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Векове наред до раждащата стои друга жена, която помага: възрастна или млада, обучена или самоука, майка или баба - просто акушерка. Всъщност "акушерка" е сравнително ново понятие от времето, когато раждането постепенно се пренася от дома в болницата и става задължително за България след Втората световна война. Английската етимология на думата е "заедно с жената" (midwife), на френски – мъдра жена (sage-femme), Hebammen (от старо немски) е "баба на новороденото". Както и да се назовава, акушерката е жена, квалифицирана в оказването на помощ на раждащите. У нас тя е "лице с висше образование, получило диплома от висше училище, признато от държавата...". Всяка дипломирана акушерка трябва да е способна да разграничи нормата от патологията, да окаже физическа подкрепа на жената по време на бременността, раждането и след родилния период.[3,4]

Активна е ролята на акушерката по време на бременността, в процеса на раждане и проследяване на след родилния период. Тя е един от най-важните хора за бременната и раждаща жена, защото притежава професионални компетенции, опитност и отговорност, което гарантира сигурност, комфорт и психо емоционална подкрепа за бъдещата майка. По време на раждането акушерката използва нелекарствени методи за облекчаване на процеса. Раждането е процес, който ангажира в значителна степен съзнанието, т.е. психиката на бременната, и е върхов стадий на нервно напрежение. В процеса на раждането се различават няколко стадия:

1. Продромален стадий (предвестници на раждането).
2. I стадий на раждането - период на разширение на шийката.
3. II стадий на раждането - период на изгонване на плода.
4. Плацентарен период - период на отделяне и изтласкване на плацентата.[6]

Предвестници: Определени субективни и обективни признаци могат да подскажат на бременната, че моментът на раждане приближава. Времето между

появата на тези предвестници и реалното започване на раждането е индивидуално при всяка родилка. Симптомите са:

- Смъкване на матката в следствие на слизване на фундуса от височината на ребрата до 2-3 пръста под ребрената дъга;
- Неболезнени, неритмични контракции на матката (контракции на Бракстън Хикс);
- Зреене на цервикса – става мек, разтегателен и податлив;
- Пада слузестата запушалка;
- Натиск върху пикочния мехур и ректума като следствие на навлизането на главата на плода в таза.[5]

Всяка бременна има нуждата да поговори за своите страхове, очаквания, притеснения относно раждането и грижите за бебето. Разговорите, практическите занимания, психологическата подготовка са в основата на безпроблемното протичане на нормалното раждане. Главната роля на акушерската се основава на наблюдението и подготовката на бременната жена за раждането.

Значителна е нейната роля при посрещането на раждащата в приемния кабинет, където получава първоначални данни за родилния процес, състоянието на плода, снемането на анамнеза, попълване и документиране на данните в историята на бременността и раждането.

За реално започване на раждането се говори при наличие на:

- редовни, болезнени контракции на не повече от 10 минути, като интервалите между отделните контракции стават все по-малки, самите те все по-интензивни и е доказуемо едно увеличаващо се разкритие на шийката;
- пукане на околоплодния мехур с изтичане на околоплодни води, но тъй като след пукане на мехура не винаги започват контракции за раждане, бременната следва да бъде наблюдавана в предродилна зала и поставена на мониторен контрол.[2]

В пред родилната зала акушерката е тази, която стои неотлъчно до раждащата жена, мониторира ДСТ, проследява интензитета и продължителността на маточните контракции, извършва по назначение на лекар медикаментозни манипулации, прилага правилни дихателни техники, които влияят положително на родилния процес, оказва психо емоционална подкрепа.

Първият период на раждането продължава до пълното разширение на цервикалния канал. Напредването на раждането се характеризира с увеличаване силата и продължителността на контракциите, повишаване на чувството за болка и напредване на скъсяването и разширяването на цервикалния канал. Скъсяват се и интервалите между контракциите. Усещането за болка е различно по сила и е в пряка зависимост от устойчивостта на нервната система на бременната. Жени със стабилна психика, уравновесени и запознати по същество с родилния процес, се оплакват по-малко от усещане за болка. Обратното на това жени с лабилна психика или разстроени психично, поради допълнителни отрицателни емоции от различно естество, непознаващи естеството на родилния процес, често излизат от равновесие и контактът с тях е затруднен в значителна степен. Всичко това нарушава правилния ход на раждането. Много голяма роля за поддържане на нервно-психичното равновесие на бременната и на раждащата има персоналет на родилното заведение – акушерки, лекари. Чувството за болка е по-силно до разширение 4-5 см. След това до пълното разширение на цервикалния канал болките са по-слаби и намаляват значително на пълно разширение – 10 см. С пълното разширение на цервикалния канал завършва и първият период на раждането – периодът на разширение, и започва вторият период на раждането – периодът на изгонване.[6]

Периодът на изгонване е времето на постигане на пълно разширение на цервикалния канал и завършва с раждането на плода. Повишаването на интензитета и честотата на маточните контракции довежда до неволева потребност за „напъни“.

Условията за напъване са следните:

- пълно разкритие;
- пукнат мехур;
- главата да е смъкната най-долу;
- стреловидният шев да е в правия размер;
- реалното излизане на водещата част започва с врязването на същата;
- прорязване на водещата част.

Воденето и наблюдението на бременната през тази фаза е изключително важно и зависи от уменията и компетенциите на акушерката. Тя е отговорна за правилния начин на лежане на родилното легло, за напъването и поведението на жената през фазите на покой. Избирането на правилния момент за напъване също е задача на акушерката. Цел на правилната позиция за напъване е бременната да е легнала стабилно и е притиснала кръстцовата част на гърба си със свити крака в коленни и тазобедрени стави, за да се получи правилна линия на раждането. Акушерката трябва да обясни и убеди раждащата да започне да напъва на върха на контракцията. Важна е и техниката на дишане при напъване. Раждащата вдишва към началото на контракцията бавно и дълбоко и задържа на най-високия момент на контракцията, затваря устата, навежда главата към гърдите и напъва. За оптимално изразходване на контракцията трябва да се напъне три пъти в една контракция. В тази фаза на раждането акушерката трябва да може да докаже способностите си, опита и качествата си и да проличи, че е подготвила бременната да бъде дисциплинирана и по този начин поведението ѝ да е физиологично и ефективно. Паузите между контракциите трябва да се използват за почивка на бременната и плода, за който в този период съществува риск от хипоксия. Една от най-важните задачи на акушерката е да се погрижи този период да е възможно най-кратък.[6]

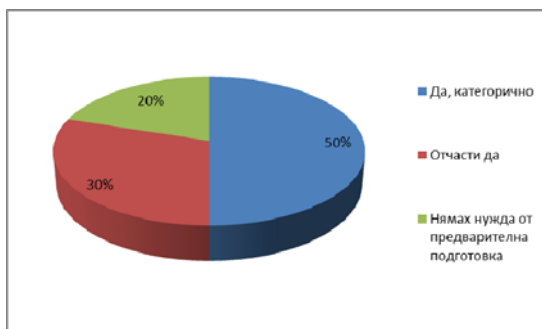
Третият период на раждането започва от времето на раждането на плода и завършва с раждането на плацентата. Независимо от начина, по който ще бъде воден плацентарния период акушерката много внимателно трябва да контролира общото състояние на родилката и преди всичко загубата на кръв. В тази богата на рискове фаза, жената не трябва да бъде оставена без контрол. Трябва да се внимава пикочният мехур да е празен и при нужда да се катетеризира при строго спазване на правилата за стерилност. Върху корема се поставя пясъчна торбичка или лед, за да се предизвика свиване на кръвоносните съдове и контрахиране на матката. Лекарят и акушерката имат заедно отговорността да следят и уточнят правилното и пълно протичане на плацентарния период. След отделянето на плацентата се проверява за липсващи плацентарни части и ципи, разделението на съдовете от феталната страна, начина на захващане на пъпната връв и броят на съдовете в пъпната връв. Следят се виталните показатели, общото соматично състояние, както и емоционалното състояние. Контролират се: позицията на фундуса и контракцията на матката, кръвенето, пулс, температура и кръвно налягане, цвят на кожата и лигавици.[1,5]

Освен, че е най-близо до родилката в наблюдението и подпомагането на родилния акт, акушерката проследява протичането на физическото и емоционалното ѝ състояние в пуерпералния период. Страховете, несигурността, неподготвеността и неточната информация често водят до състояния на следродилна депресия. След раждането родилката има нужда от подкрепа и тук е мястото на акушерката да я успокои и помогне на младата майка при закърмянето на бебето, да ѝ даде съвети за правилното хранене, хигиена на новороденото, грижи за гърдите и възстановителния период на жената след раждане.[2]

Промените, протичащи в съвременния свят, изискват необходимост от формиране на професионални компетентности у студентите, обучаващи се за акушерки. Едно от основните задължения на бъдещите акушерки е подобряване обгрижването на пациентки, постъпили за лечение в различни сектори на Акушеро-гинекологичен

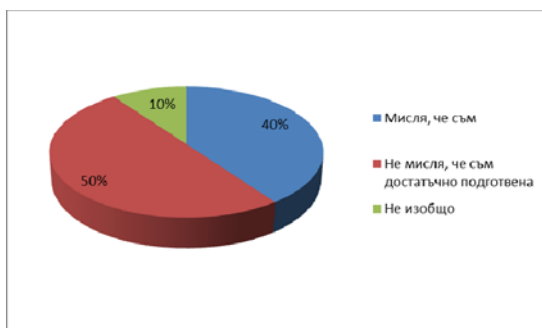
комплекс. Безспорна е ролята на акушерката в родилна зала. Тя е тази, която е в най-близки отношения с родилката и я подпомага в процеса на раждане. Много важна е психическата подкрепа, която акушерката оказва на притеснената в този момент бъдеща майка. Насоките, които дава акушерката за нормално протичане на раждането оказват добро въздействие върху раждащата. По този начин тя придобива увереност в собствените си сили и възможности за благополучен край на раждането.

Във връзка с проблема за подготовката на бъдещата майка в процеса на раждане се извърши проучване на 20 пациентки в сектор Родилен и сектор Патологична бременност на УМБАЛ - Русе. Половината от анкетираните (50%) родилки са категорично убедени в нуждата от предварителна подготовка преди раждането и контакт с акушерка. По-малка част (40%) считат, че са били подготвени за раждането, но предварителната подготовка няма да бъде излишна. 20% от анкетираните са посочили, че са нямали нужда от предварителна подготовка, като това е свързано с уменията и знанията на родилката от предишни раждания.



Фиг.1 Отговори на анкетираните за нуждата от предварителна подготовка за раждане

Беше изследвано и мнението на бременни жени, които се готвят за предстоящо раждане. На въпрос „Чувстват ли се подготвени за предстоящото раждане?“ Половината от анкетираните бъдещи майки са отговорили, че не се чувстват достатъчно подготвени. 40% са на мнение, че се чувстват подготвени, като в основата на самоувереността им стои предишно раждане. А 10% изпитват безпокойство, страх от предстоящото раждане и се считат за неподготвени.



Фиг.2 Отговори на анкетираните относно подготвеността за предстоящото раждане

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Акушерката е медицинското лице, което е в най-близки взаимоотношения с бъдещата майка по време на раждането. Насоките ѝ помагат на раждащата жена да бъде колкото се може по-спокойна и съсредоточена върху благополучния изход както за бебето, така и за самата нея. От извършеното проучване могат да се направят изводи, че бременната и раждаща жена е по-спокойна и вярва в способностите си повече, когато е информирана за предстоящото събитие от високо квалифицирано и компетентно медицинско лице – акушерката. Не само акушерката от родилна зала може да играе важна роля в подпомагане на раждащата жена. Бременните жени могат да получат важна за тях информация от акушерки, работещи в кабинетите, акушерки, които обучават в Училище за бременни. Това налага студентите във Висшето училище - бъдещи акушерки трябва да усвоят теоретични знания, практически умения и придобият компетенции за подготовка на бременни и родилки, както за предстоящото раждане, така и за последващия пuerпериум и грижи за бебето.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Гюрова, П. Акушерка – занимание древно като човечеството, професия, даряваща живот, 2012, <<http://www.kenguru.bg>>
- [2] Димитрова, А. Ролята на акушерката в процеса на раждане, <<http://www.mamataatkoiaz.bg>>
- [3] Димитрова, Д. Доверената акушерка, <<http://www.9m-bg.com>>
- [4] Луканова, И., Клиничната практика като формиращ фактор за изграждане на професионална компетентност на акушерките, Дисертация за придобиване на образователна и научна степен Доктор, Печатна база на Русенски университет, Русе, 2016
- [5] Сербезова, Ив., Специални акушерски грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени, Университетски издателски център при РУ, Русе 2014, с.117
- [6] Хаджиев, Ал., А. Карагъзов, И. Карагъзов, Акушерство, Медицина и физкултура, София 1998, с. 141

За контакти:

Фатме Нуриева, студентка II курс Акушерка, ФОЗЗГ, РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе, e-mail: fmn14@abv.bg
Научен ръководител: Доц. Иваницка Сербезова, РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе, e-mail: iserbezova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Еризипел по време на бременност. Диагностично-лечебен алгоритъм, акушерски грижи и профилактика

Автор: Теодора Емилянова Димитрова
Научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова

Erysipelas during pregnancy. Diagnostic and therapeutic algorithm obstetric care and prevention:

Erysipelas is a bacterial infection in the upper layer of your skin. Erysipelas occurs most frequently in the legs but also commonly affects the face. Erysipelas symptoms typically include: fever, chills, generally feeling unwell, a red, swollen, warm, and painful area of skin with a raised edge blisters on the affected area and swollen glands. Erysipelas complicating pregnancy. There is a big risk for mother's and baby's healthy.

Keys word: *erisypelas, symptoms, pregnancy, risk, healthy, obstetric care*

ВЪВЕДЕНИЕ

Еризипелът представлява остра инфекция на кожата, причинена от стрептококова инфекция на повърхностните слоеве на кожата и лимфната система. Среща се още под термина „червен вятър“, поради характерната си обривна единица. Еризипелът по време на бременност е сериозна инфекция, която изисква изолация на бременната и специализирани акушерски грижи. Това не е често срещана инфекция. Честотата на еризипела сред българското население е между 1-3%. При бременни процентът е още по-нисък, поради факта че инфекциозното заболяване се наблюдава в по-напреднала възраст (над 40 г.в.). Въпреки типичната си клинична картина, при липса на достатъчна теоритична и практична подготовка на акушерката, разпознаването на тази кожна инфекция би било затруднено. Това крие сериозен риск за здравето, както на медицинския работник така и на хоспитализираните до момента бременни в отделението. Настоящият научен доклад е посветен на идеята за повишаване теоритичната компетентност на бъдещите акушерки и медицински специалисти в областта на „Общественото здраве и здравни грижи“, степен Бакалавър за патологията „Еризипел по време на бременност“. Включени са опорни точки по въпросите свързани със същността на това заболяване, диагностично-лечебните мероприятия, акушерските грижи и профилактиката му по време и след бременността.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Острите инфекциозни заболявания протичат с по-тежка клинична картина при наличието на бременност, особено в по-късните месеци от нея. Причина за това е, че естествените защитни механизми и сили на организма на бременната са отслабени, поради предявените към тях по-големи изисквания свързани с процесите на бременността. [4]

Еризипелът (от лат. Erysipelas) е остро инфекциозно заболяване причиняващо се най-често от бета-хемолитичния стрептокок от група А (Beta - Hemolytic Streptococcus, A), но също така могат да се изолират още – Staphylococcus, Pseudomonas-aeroginoza. Източник на заразата може да бъде болен или здрав заразноносител, но също така - досег с контаминирани предмети, превързочен материал или замърсените ръце на медицинския персонал в лицето на акушерката.

Инфектирането с еризипел застрашава, както живота на бременната така и успешното развитие на плода. Има съществен риск от предизвикване на преждевременно прекъсване на бременността (аборт или преждевременно раждане) възможно е раждане на foetus mortus. Счита се, че „червен вятър“ се среща

предимно като пуерперална инфекция, например при наличие на рагади на гърдните зърна на родилката, което изисква извършването на профилактика на инфекцията още по време на бременността.

Рискови фактори за развитието на инфекцията по време на бременност са още наличието на: непълноценна защитна функция на входната врата, индивидуално предразположение, нисък имунитет, захарен дианет, сърдечно-съдови заболявания, наднормено тегло, разширени вени или други придружаващи заболявания.

Инкубационният период - трае от няколко часа до 6-7 дни.[1].

Патогенеза - Инфекцията се разпространява най-често по долните крайници, но може да се наблюдава и по ръцете и лицето. За периода от няколко часа в денонощието се появяват кожни изменения в засегнатите области. Зачервеният участък е надигнат спрямо околната кожа, при палпация е горещ, болезнен и напрегнат. Съпътстваща проява на кожните изменения е възпалението на лимфните възли и съдове, като по хода им е възможно да се наблюдават нови възпалителни плаки.[5] По-тежките форми на болестта са свързани с поява на були, флебити и тромбофлебети. Локално усложнение е стрептококовият флегмон, а също и абсцес. Появата на силен оток и нарушено кръвообращение са причина за развитието на язви и некроза на засегнатия участък – т.н. гангренозна форма. От системните усложнения се наблюдават стрептококов сепсис, инфекциозен ендокардит, менингит, пиелит, гломерулонефрит, миокардит, бронхопневмония, отит, остра психоза.[1]

Еризипелът е заболяване, което често рецидивира. Рецидивите са обикновено със същата локализация и протичат леко.[5] У възрастни с рецидивирани еризипели може да се развие хронична лимфостаз с елевантиаза (слоновост) на долните крайници. При по-тежки случаи на интоксикация се наблюдава анорексия.

При родилки стрептококовите бактерии проникват през участък с нарушена цялост от кожата или лигавиците на жената, като например охлузвания или драскотини. Особен път на заразяване е този през пъпната връв или през лигавицата на родовите пътища, при което се развива неонатален или пуерперален еризипел.

Клинична картина - Заболяването започва остро с обща интоксикация проявяща се с висока температура ($39-40^{\circ}\text{C}$), втрисане, главоболие, неспокойствие, обща отпадналост. Нерядко предизвиква гадене, повръщане и замъгляване на съзнанието до делириум. Налице е учестена сърдечна дейност, мек и недобре напълнен пулс и ниско кръвно налягане.[1]

Наличието на фебрилитет може да предизвика маточни контракции. От особено значение бързо покачващата се температура. Температура на 40°C поставя риск от „прегриване“ на плода. [4]

Сериозни усложнения за здравето на плода могат да настъпят при проникване на инфекцията в дълбоките тъкани и органи, което нарушава циркулацията на кръвния ток. Наличието на бактериални токсини в кръвта на майката могат лесно да преминат през фето-плацентарната мембрана и да доведат до смърт на плода или до образуване на вродени уродства у него (ембриопатии). Смъртта на плода може да не доведе веднага до изглонването му, а да минат дни, седмици или месеци до настъпване на абортa.[4]

Засегнатият участък от кожата е силно зачервен. Ако локацията на инфекцията е по-долен крайник се наблюдава ясно отграничителна линия между увредената тъкан и здравата, под формата на „ботуш“.

Диагнозата на „червен вятър“ следва хода, по-който се диагностицира всяко друго инфекциозно или възпалително заболяване. Методи за доказване на диагноза „Еризипел“.

- **Снемане на анамнеза** – извършва се от лекар. Попълва се паспортната част от документацията и след това разговорът се насочва към акушерската анамнеза, фамилната анамнеза и anamnesis morbis (сегашното заболяване). Бременната се разпитва за характера на симптомите, локализацията им, времето на проявление и времетраене и има ли наличие на предходно проявление на инфекцията.
- **Общ и локален статус** – оглежда се мястото на инфекцията и се уточнява обхвата на повърхностното ѝ разпространение. Често лекарят очертава с маркер границата на възпаление по кожата, за да се съблюдава дали ще има промени в очертанията по нея.
- **Лабораторни изследвания** - от **параклиниката** се изследват: ПКК + ДКК, Кръвна биохимия (Mg, общ белтък, CRP, ASAT, ALAT), СУЕ и банална урина.
Резултати: показват левкоцитоза, ускорено СУЕ, повишени стойности на С-реактивния протеин.
Микробиологично изследване: взема се материал от засегнатата кожа или лигавица чрез стерилен тампон, който се поставя в стерилна среда.
Резултати: изолира се β – хемолитичен стрептокок от група А, В, G или стафилококи. Прави се антибиограма.
Серологично изследване: изследване на кръвен серум за наличие на антитела срещу съответния причинител. **Резултати:** повишени титри на антристрептолизин О, антистрептохиалуронидаза, антистрептокиназа;
При необходимост могат да се назначат **цитологично или имунологично изследване**.
- **Консулт с инфекционист и дерматолог** за доизясняване на лечебно-диагностичния план.
- **Провежда се УЗД**, за да се провери как е състоянието на плода и дали развитието му отговаря на срока на бременността.

Лечението на инфекциозните заболявания по време на бременност е същото, както и извън нея. Бременна с еризипел се приема в Отделение „Патологична бременност“ в самостоятелна стая на първи болничен режим, като засегнатият крайник се поставя на по-високо ниво от това на тялото. Важно е отидиференцирането на еризипела от други болести като тромбоза, флеботромбоза и херпесни инфекции.

Тъй като стрептококите и стафилококите са Грам + бактерии, водещо звено в медикаментозната терапия са широкоспектърните антибиотици от групата на цефалоспориновите - III или IV генерация, пеницилиновите или макролидните антибиотици (при пеницилин-алергични пациенти). Дозите на антибиотичната терапия са съобразени с антибиограмата на изолирания етиологичен агент и най-вече с факта, че са налице бременна и фетус. За достигане на оптимални резултати акушер-гинекологът работи съвместно с инфекционист и дерматолог. Наред с това трябва да се полагат грижи и за успокояване на маточните контракции чрез токолитична терапия, за да не се достигне до аборт или преждевременно раждане. Към терапията се включват още – антипиретици и аналгетици за сваляне на високата температура, нестероидни противовъзпалителни средства за успокояване на болките, съдоукрепващи средства, ниски дози кортикостероиди и антиоксиданти.[7] При данни за дехидратация на бременната от множество повръщания или фебрилит, изходящи от наличието на бактериална инфекция, се назначават от 1,5l до 2l вливания и противоеметични медикаменти (Degan, Zofran). Задължително се събира 24ч урина, за да се следят количествата на влетите и отделените течности от организма, което говори за функцията на бъбреците.

Ако е налице хипертрофия на плода могат да се включат витамини (Vit. C, Vit. B compl.) и глюкозни разтвори (Sol. Glucosae 5 или 10%) към които се поставя инсулин по назначение от ендокринолог, поради факта че високото съдържание на глюкоза уврежда кръвоносните съдове.

Върху засегнатия участък от кожата се нанасят студени компреси за сваляне на високата локална температура. При остри фазы на еризипел се поставят антисептични компреси с калиев перманганат или компресол. **Абсолютно противопоказани са мазите, топлите компреси и тези с риванол!**[1]

Ако е необходимо се и назначава консулт с физиотерапевт, алерголог, кардиолог, хирург или съдов-хирург.

При усложняване с абсцес, флегмон или гангрена се провежда хирургично лечение – хирургична инцизия и дренаж, хирургична ексцизия, електрокоагулация или лазерхирургия.

Акушерски грижи:

Дейностите на акушерката, които тя може да изпълнява самостоятелно или по назначение от лекар в условията на болничното заведение са включени в Наредба № 1 от 8 февруари 2011г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

Професионалните дейности, които акушерката може да извършва самостоятелно и по назначение на лекар са:

- ✓ предоставяне и събиране на здравна информация от пациентката, включваща попълване на паспортната част от Историята на бременността;
- ✓ запознаване на пациентката със структурата, организацията и правилата на вътрешния ред на отделениято. Това включва часовете на събуждане, визитация, извършване на манипулации и вземане материали за изследване, извършване на назначенията от дежурния лекар касаещи пациентката, закуска, обяд, обедна почивка, следобедни манипулации, свиждания, вечеря и сън.[3]
- ✓ Запознаване на пациентката с нейните права и задължения;
- ✓ Информирание на пациентката с цел получаване на информирано съгласие при извършване на изследвания и манипулации назначени от лекуващия лекар:[3]
- ✓ Водене на медицинска документация;
- ✓ Даване на указания на пациентката при вземането на материал за медико – биологични анализи:[3]
- ✓ Проследяване, регистриране на получените резултати от изследванията в Историята на бременността и съобщаването им на дежурния или лекуващия лекар;
- ✓ Проследяване и регистриране на извършените манипулации и здравни грижи в Историята на бременността;
- ✓ Промоция на здравето, превенция и профилактика на усложненията при еризипел по време на бременност – за целта стриктно изпълнява назначената медикаментозна терапия и физиолечение.
- ✓ Оказва грижи за психичното, физическото и социалното здраве на бременната:[3]
- ✓ Даване на съвети за хигиената и храненето на бременна с еризипел - Пациентката се подлага на диета, осигуряваща й достатъчно течности и

млечно-кашеви храни. При наличие на съпътстващо заболяване, диетата е съобразена с него.[6]

- ✓ Проследяване соматичните показатели на пациентката: Бременната се поставя под интензивно наблюдение. Измерване и регистриране на жизнените показатели – пулс, температура, кръвно налягане, дишане, диуреза и дефекация в 6 и 16ч. данните се регистрират в температурния лист и Историята на бременността на пациентката. При отклонения в показателите се уведомява дежурния лекар.
- ✓ Профилактика на декубитус – факта че бременната е на първи или втори болничен режим увеличава риска от появата на декубитални рани. Задължение на акушерката е да извършва активна профилактика на декубитуса, която включва: грижи за леглото на пациентката, редовно променяне положението ѝ в леглото (на 2 часа), поставяне на гумени кръгове под застрашените места и извършване на качествен тоалет против декубитус.[2]
- ✓ Акушерката стриктно и отговорно изпълнява назначената терапия от лекуващия лекар и регистрира промените ѝ, ако има такива от сутрешната визитация или по-късно през деня, в температурния лист и Историята на бременността;
- ✓ Асистира на лекаря при извършваните от него манипулации – гинекологичен преглед на бременната, преглед с УЗД, вземане материал за микробиологично изследване и други.
- ✓ Извършва и наблюдава проби за чувствителност към назначените антибиотици.
- ✓ Поставяне на компреси и превръзки на засегнатия крайник;
- ✓ Спазва правилата за асептика и антисептика;
- ✓ Работи с задължително с ръкавици;
- ✓ Взема предпазни мерки за недопускане разпространение на еризипел по останалите приети в отделението бременни и поява на ВБИ.

Профилактика на еризипела се осъществява единствено, като се намали броя на рецидивите. Това става чрез лечение на входните врати, придружаващите заболявания и чрез избягване, провокиращите развитието на инфекцията, фактори.[1] Профилактиката на рецидивите на еризипел има два основни метода:

- Пълноценното лечение на еризипела в острия стадий в болнично заведение.
- Въвеждане на депо-пеницилиновия препарат извън острите прояви, по време на диспансерното наблюдение. .[1]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Всяко инфекциозно заболяване по време на бременност крие риск, както за живота и здравето на бременната и на плода, така и за здравето на нейните близки, обслужващ персонал в болничното заведение, но и за възникване на ВБИ. Борбата с еризипела изисква общи и съвместни усилия на мултидисциплинарен екип, състоящ се от: акушер-гинеколог, инфекционист, дерматолог, алерголог, акушерка и други. Ранното диагностициране и адекватното лечение на инфекцията помага за успешното завършване на бременността и раждането на здраво новородено. Като член на мултидисциплинарния екип, наблюдаващ протичането на бременността, акушерката носи законова и морална отговорност за здравето на пациентката си и

нейното дете. Ето защо е необходимо тя да е достатъчно добре обучена и компетентна по въпросите свързани с еризипел по време на бременност, за да може лесно да разпознава инфекцията и адекватно да извършва необходимите мероприятия свързани с нея.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] Георгиева, А., Сестрински грижи при болни с инфекциозни заболявания, Учебник за студенти от специалност „Медицинска сестра“, под редакцията на доц. Соня Тончева д.м., Медицински университет Варна, 2012
- [2] Желева, Е., Общи и специални сестрински грижи, Теоретични аспекти - второ издание, Габрово, 2008, изд. „ЕКС-ПРЕС“
- [3] Министерство на здравеопазването, Наредба №1 от 8 февруари 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно
- [4] Щъркалев, Ил., Л. Ламбев, Акушерство за студенти по медицина, IV допълнително издание, София, 1978, изд. Медицина и физкултура
- [5] <http://www.arsmedica.bg/zabolyavaniya/dermatologiya/erizipel-cherven-vyatar>
- [6] <http://www.medik.bg/>
- [7] <http://euroderma-clinic.com/>

За контакти:

Теодора Димитрова, III курс, специалност „Акушерка“, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев“ – гр. Русе, тел.: 0879587766, silistra_ss@mail.bg
Научен ръководител: Доц. Иваничка Сербезова, РУ „Ангел Кънчев“ – гр. Русе, iserbezova@uni.ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Специални акушерски грижи при жени с „Делта хепатит“

Автор: Седа Кудрет
Научен ръководител: ас.Цвета Хистова

Special obstetric care for women with Virus D Hepatitis: About 20 million people are currently chronically infected with HDV and no specific treatment. Pregnant winners of this virus have a high risk well-mennost and their children born with risk to health, development and life.

The role of the midwife is of great importance in the implementation of prophylaxis-pointers before pregnancy and prenatal period.

The aim of this report is to explore the world medical literature to summarize the information and formulate talking points in making special obstetric care - preventive and stationary.

Key words: hepatitis delta, special obstetric care, prevention

ВЪВЕДЕНИЕ:

Хепатит Д е известен като „делта хепатит“, причинена от HDV, поразява черния дроб и е опасност за здравето и живота инфекция.

Около 20 милиона души в момента са хронично инфектирани с HDV и няма специфична терапия.

Бременни носителки на този вирус имат високо рискова бременност, а родените им деца са с опасност за здравето, развитието и живота.

Ролята на акушерката е с голямо значение в осъществяване на профилактиката преди забременяването и в пренаталния период.

Целта на настоящия доклад е да проучи световните медицински литературни източници, да обобщи информацията и формулира опорните точки в извършване на специални акушерски грижи – профилактични и стационарни.

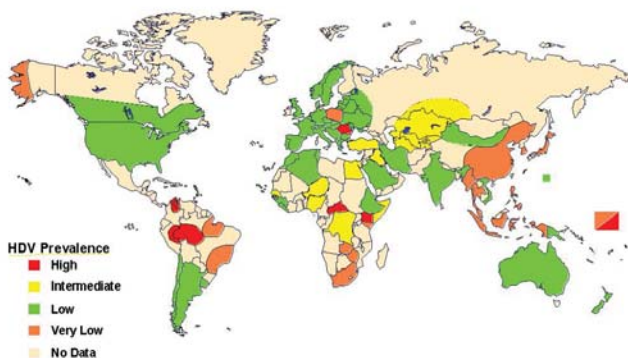
ИЗЛОЖЕНИЕ:

Първите доклади за вируса се появяват в средата на 1977 година. Той е описан като ядрен антиген на пациенти, заразени с вируса на хепатит В и страдащи от тежка чернодробна недостатъчност. До 1980 г., делта вируса на хепатита не се счита за инфекциозен агент. През 1993 г. вирусът е бил регистриран от Международния комитет по таксономия на вирусите и се поставя в монотип род Deltavirus.

HDV инфекцията е най-разпространена в Южна Америка, Средна Азия, Средния и Далечния Изток, Средиземноморския регион (Южна Италия) и Африка. В повечето страни от Далечния Изток в момента има доста ниска честота на Delta с изключение на Тайван, където 26% от всички остри случаи са докладвани положително за Delta антиген [1].

Графичното изображение на разпространението на HDV е ясно представен на фиг.1.

Geographic Distribution of HDV Infection



Фиг.1. Географско разпространение на HDV инфекцията в последните години.

В Северна Европа и САЩ инфекцията се наблюдава често сред наркомани, които са повтаряемо изложени на заразяване с HBV заразна кръв. В Швеция, няма регистрирани случаи с Delta инфекция до 1973 година, но за 10 години честота сред HBsAg положителни наркомани постепенно достига до 72%. В САЩ Delta инфекция е установена от 20-53 % в наркомани, 40 - 80% в хемофилици, и 8 - 20% в хомосексуалистите и пациенти на хемодиализа.

VDH се отнася към инфекциите с множествен механизъм на предаване:

✚ **Парентерален** - чрез преливане на кръв и кръвни продукти, оперативни интервенции, зъболечни манипулации, инжекции с нестерилни игли и спринцовки,

✚ **Вертикален механизъм от майка на дете**, което може да стане пренатално, перинатално и постнатално.

✚ **Контактно-битов механизъм** - при близък контакт с инфектиран член от семейството.

✚ **Чрез сексуален контакт с инфектиран партньор**, особено при честа смяна на партньорите.

Клиника:

-Коинфекция - едновременно заразяване с двата вируса – В и D. След оздравяване пациентът придобива доживотен имунитет.

-Суперинфекция - развива се при лица с хронична инфекция с хепатит В вирус, които допълнително се заразяват с хепатит D. Суперинфекцията може да протече като остра инфекция или само с уголемяване на лимфните възли и увеличаване на трансaminaзите (ASAT, ALAT) .

Още в първите дни на предиктеричния период се установява увеличение на уробилиногена, а по-късно и на билирубина в урината. В иктеричния период урината потъмнява още повече, съдържа повишено количество билирубин и уробилиноген, понякога се установява протеинурия, а в седимента се установява микрохематурия и единични цилиндри.

В предиктеричния период в кръвната картина може да се наблюдава лека левкоцитоза, а в иктеричния е възможно да се установи левкопения.

По време на иктеричния период, нивото на кръвния билирубин винаги е повишено. Обикновено се повишават и двете му фракции с умерено преобладаване на директната. Причината за лекия превес на директния билирубин е нарушеното му отделяне от чернодробните клетки в следствие на тяхното увреждане. Повишава се и активността на редица ензими. От тях най-голямо значение има повишаването на АСАТ и АЛАТ. Тяхното повишаване започва още в края на инкубационния период, в предиктеричния и особено в иктеричния период достигат максимални стойности и 3 месеца след това най-често настъпва нормализирането им [2].

Симптомите на хепатит D са същите, както при хепатит B, но степента на тежест е много по-висока. Хепатит D носи по-висок риск от развитие на чернодробна цироза. Заболяването може да зависи от генотипа на вируса на хепатит делта: инфекция, причинена от вируса на генотип 1, се характеризира с по-тежко протичане от тази, причинена от генотип 2 и 4. В някои региони като басейна на Амазонка има много висок риск от развитие на фулминантен хепатит от вируса на хепатит делта. Смъртта е за по-малко от седмица [5,6].

Лечение: Имунизацията срещу вируса на хепатит B автоматично предпазва и от хепатит D [6].

Имунизацията в България срещу хепатит B се провежда с рекомбинантна високоэффективна ваксина- трикратно на деца по схемата 0-1-6 (след раждане, на 1 и 6-ти месец от раждането). Задължителната имунизация е въведена от 1992г. Най са застрашени деца, родени от майка с вируса на HDV

Октомври 2015 година, започва клинично изпитване на лекарството V mirkludeksa, препаратът блокира проникването на вируса на хепатит B и D в хепатоцитите. Прогнозата е изключително сериозна, с повишен риск за фулминантно протичане – развитие на ОЧН и ЕХК. ВХБ+ВХД предизвикват тежки порфологични увреждания на чернодробния паренхим [3,4].

Акушерски здравни грижи при жени с HDV:

1. В допълнителната помощ:

- Здравно образование на жените по отношение на рисковото сексуално поведение и начин на живот. Беседи с пациентки употребяващи/употребявали интравенозни наркотици;
- Носителите на хронични HDV и HBV инфекция трябва да бъдат уведомени и запознати, че не трябва да използват лични принадлежности с други хора.
- Акушерката в самостоятелна практика трябва да разпознава симптомите на HDV]
- Добре снета акушерска анамнеза е ориентир за носителство на вируса.
- Познаване на отклоненията в лабораторните изследвания са допълнителните сведения за вирусонositелство.
- Профилактика на жени носители на вируса преди забременяване.

2. В стационар.

- Болните от вирусен хепатит-D се поставят на легло.

- Назначава се висококалорична и едновременно строго щадеща диета , съдържаща лесноусвоими въглехидрати и малко биологично-активни белтъчини. Мазнините се изключват от диетата. Препоръчват се сиропи, печени плодове, плодови пюрета, шипкова каша, картофено пюре, оризова каша, подсладени чайове, мед, сухар, нишесте, кремове без яйца, желета, конфитюри, тиква, шипков и ябълков мармелад, витамини.
 - Извършват се вливания на глюкоза, витамини, плазма и други хепатопротективни вещества.
 - Прилагат кортикостероиди, болкоуспокояващи и седативни медикаменти.
 - Лечението се провежда в инфекциозно отделение.
 - След изписване болните подлежат на диспансерно наблюдение и контрол в продължение поне на три години.
3. Акушерката трябва да използва универсални предпазни средства в контакта с носители на вируса с оглед лична и обществена безопасност на здравето и живота.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Акушерката, като доставчик на здравна грижа е отговорна в практическото провеждане на здравно образователни програми, профилактика чрез лекции, беседи и индивидуални срещи и разговори, за режима на болни пациентки. Тя е член на екипа за лечението и наблюдението на майките и новородените.

Здравната профилактика трябва да се осъществява от мултидисциплинарни екипи във всички възрасти и периоди от живота на жената.

За доброто здраве на хората е необходима добра профилактика, а тя се постига със съдействие на всички институции в държавата и продължаващо здравно образование на специалистите по здравни грижи.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1]. https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%82_D
- [2]. <http://www.med2000.ru/n1/n105.htm>
- [3]. <http://vashaginekologiya.ru/zppp/gepatity/gepatit-delta.html>
- [4]. <http://www.pro-israel.ru/gepatit-d.html>
- [5]. <http://www.medline.ru/>
- [6]. <http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/whocdscsrncs20011/en/index4.html>
- [7]. <http://virology-online.com/viruses/HepatitisD.htm>

За контакти:

Седа Кудрет III курс Акушерка, ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи”,
РУ „Анг. Кънчев”, e-mail.seddaa_kdrtt@mail.bg
Научен ръководител: ас. Цвета Христова, ФОЗЗГ, РУ „Анг. Кънчев”
E-mail tshristova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Акушерски здравни грижи при жени с миома на матката

Автор: Ебру Абдулова
Научен ръководител: ас. Цвета Христова

Obstetric care for women with uterine fibroids: Myoma of the uterus affects 1/4 of women received only 30 years old. The aim of this report is to investigate cases received treatment in the department and cabinet oncogynecology to Complex Oncology Centre Rousse in the period 15 February to 30 March 2016. and medical literature. Summary information on the subject form the basis of formulas earlier exemplary plan for obstetric care for women with fibroids uterus.

Key words: myoma of the uterus, obstetric care, prevention, care plan.

ВЪВЕДЕНИЕ

Миомата на матката засяга 1/4 от жените преминали 30-годишна възраст. С възрастта, нараства броят на заболяелите. В началото на XXI век болестта се наблюдава при жени на 25 години и дори деца. За ранното откриване на болестта е важна добрата профилактична дейност [3].

Целта на настоящия доклад е да проучи случаи преминали на лечение в отделение и кабинет по онкогинекология към Комплексен Онкологичен Център град Русе в периода 15 февруари – 30 март 2016г. и медицински литературни източници. Обобщената информация по темата послужи за база за формулиране на примерен план за акушерски здравни грижи при жени с миома на матката.

ИЗЛОЖЕНИЕ

В България по статистически данни близо 30% от жените в репродуктивна възраст /около 500 000/, страдат от миомна болест, а във възрастта над 50 год. са засегнати три от всеки пет жени.

Честотата до 50-годишна възраст при жените от черната раса е много висока - над 80%. При бялата раса тази честота е около 70%, жълтата раса - под 20 на сто.

Миомата е доброкачествен тумор, най-честият от всички тумори в женската полова система. Той се състои от гъсто преплетени мускулни влакна, между които са разположени съединително-тъканни снопчета и е ограничен от околната нормална мускулна тъкан с капсула.

Причините за възникване на миома не са известни. Този тумор се причинява от повишено ниво на естрогени /женските полови хормони/. С това се обяснява и нерядко наблюдаваното спиране на растежа на тумора и дори обратното му развитие след климактериума, когато яйчниците вече не продуцират естрогени.

Клиничната картина зависи от продължителността на заболяването, локализацията и големината на възлите, както и от наличието на съпътстващи патологични процеси. Симптоми са обилните генитални кръвотечения по време на менструация /менорагии/ и извън нея /метрорагии/, болка при некроза и торзия на възел, нарушение на функциите на пикочния мехур и ректума, стерилитет.

Усложненията при миома на матката са кръвотечения, анемия, повишен риск от тромбози, компресия на съседни органи, торзия, злокачествени промени, усложнения при бременност и раждане.

Диагнозата се поставя чрез оглед със спекулум, палпация, ехография, сондиране на маточната кухина, кръвни изследвания - откриващи намален хемоглобин, еритроцити и серумно желязо.

Основните методи за лечение на миома на матката са консервативно и оперативно.

- консервативно лечение се прилага при пациентки без симптоми и големина на миомата до тримесечна бременност.
- оперативно лечение ако симптомите на миомата са особено тежки и медикаментите не са били ефективни

Цел на изследването:

Да се проучи необходимостта от акушерската здравна грижа в извършване на профилактика на доброкачествените образования на матката /миома/ при жените.

Обект на изследване:

Пациентки от отделение по онкогинекология и кабинет по онкогинекология към Комплексен Онкологичен Център град Русе в периода 15 януари – 30 март 2016г. /10 пациентки/.

Методи на изследване:

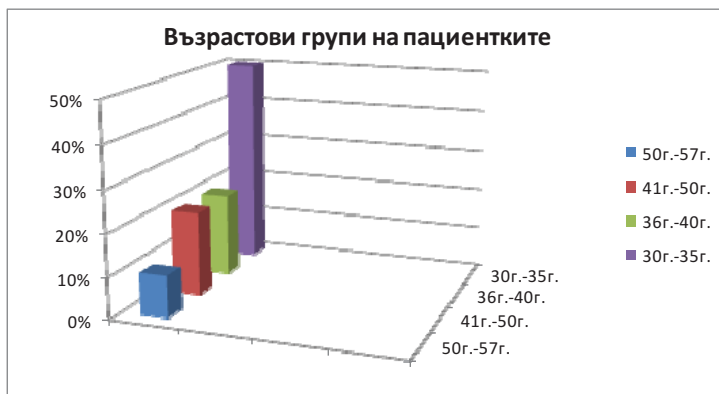
Използваха се въпросници с отворени, структурни въпроси за интервю и насочено наблюдение на клинични случаи, проучи се медицинска документация и литературни източници.

Анализ на данните от проучването:

Изследването обхваща 10 пациентки на възраст от 32г. – 57г.

По възраст те са разположени в следните групи:30г. – 35г. 5 пациентки;36г. –40г. 2 жени;41г. – 50г. 2 жени;51г. – 57г. 1 пациентка.

Нагледно е изобразено в графика фиг.1.

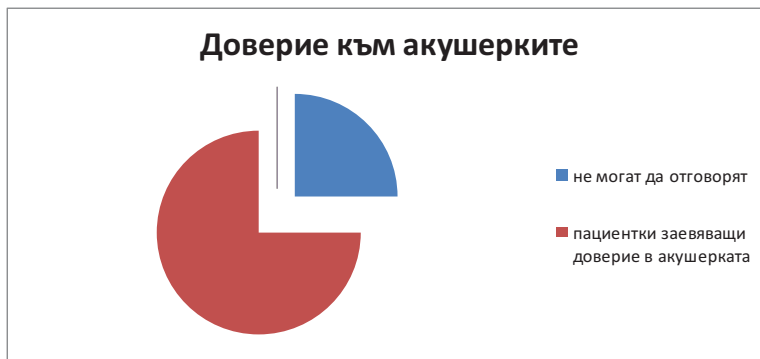


Фиг.1.Възрастови групи на заболяването

Установи се, че миомата е рисково заболяване на жените във всички възрасти.

Проучи се доверието на пациентите към акушерската здравна грижа и акушерката като здравен специалист, доставчик на здравна грижа.

Доверие в акушерската грижа от пациентките е нагледно представено на фиг.2.



Фиг.2. Доверие в акушерската здравна грижа и акушерките.

Формулираха се следните изводи и задачи на акушерката:

1. При консервативно поведение :

- Съдейства на лекаря при гинекологичния преглед.
- Насочва пациентката за назначените изследвания.
- Взема и изпраща биологични материали/кръв, урина/ за изследване.
- Подготвя необходимите пособия и инструментариум и асистира на лекаря при диагностичните процедури.

2. При оперативно лечение:

- Организира хоспитализацията на пациентката.
- Взема и изпраща кръв и урина за назначените изследвания.
- Осигурява навременното получаване на резултатите от изследванията, коректното им регистриране в медицинската документация и представянето им на лекуващия лекар.
- Подготвя пациентката за предстоящата операция.
- Изпълнява назначената премедикация.
- Превежда пациентката в операционната зала.

3. След оперативни здравни грижи:

- Активно наблюдение и регистрация на основните жизнени показатели- пулс, артериално налягане, дишане, температура, диуреза.
- Изпълнение на назначената инфузионна терапия
- Изпълнение на назначената лекарска терапия-АБ, кръвоспиращи медикаменти, аналгетици, витамини и др.
- Правилно провеждане на раздвижванията.
- Правилно провеждане на раздвижването.
- Обработка на оперативната рана и смяна на превръзката по назначение на лекаря.
- Сваляна на конците от оперативната рана по назначение на лекаря.
- Организация на дехоспитализацията на пациентката.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Акушерката е основна фигура в профилактичната дейност на заболяването. Тя е част от екипа осъществяващ лечението – осъществява манипулации, подкрепя пациентите във възстановителния период и носител на доверие и хуманизъм.

Профилактичните гинекологични прегледи са необходимост за навременно диагностициране на миома на матката и за най-благоприятното решение на проблема.

Здравето е лична отговорност, но тя се постига с добра здравно-просветна дейност, която трябва да е приоритет на правителството и реформите в здравеопазването.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1]. Митева К., Здравни грижи при гинекологични заболявания, Учебно пособие за студенти от специалност „акушерка“, Стара Загора - 2014
- [2]. Милчева,Хр., Ив. Стамболова и кол., Основи на сестринските и акушерски грижи, Ст.Загора,изд.КОТА, 2009
- [3]. <https://bg.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B8%D0%BE%D0%BC%D0%B0>

За контакти:

Ебру Абдулова, III курс „Акушерка“, ФОЗЗГ,Катедра Здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев“ – гр. Русе,тел.:
email- ebrabdlv@abv.bg

Научен ръководител: ас. Цвета Христова, ФОЗЗГ, РУ „Анг. Кънчев“, гр. Русе
email- tshristova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Роля на акушерката в палиативните грижи при онкогинекологичните заболявания

Автор: Айлин Исмаил

Научен ръководител: ас. Цвета Христова

The role of the midwife in Palliative Care in onkogynecological diseases: The aim of this report is to present the role of the midwife in making palliative care at onkogynecological diseases - special obstetric care, issues related to quality of life and perception of the disease.

Research done in February, March 2016. department-tion in oncogynecology, chemotherapy and radiotherapy department at Complex Oncology Centre Ruse - how obstetric health care affects patients with cancer. We included as team members during clinical practice and we knew that to be true midwife must first be a real man.

Key words: palliative care, the role of midwife, onkogynecological patients, humanism.

ВЪВЕДЕНИЕ

Палиативните грижи (от латински: palliare, покриване) са област от здравеопазването, която е фокусирана върху намаляване и превенция на страданието на пациентите във всички етапи на дадено онкологично заболяване.

Целта на този доклад е да представи ролята на акушерката в извършване на палиативни грижи при онкогинекологичните заболявания – специалните акушерски здравни грижи, въпросите свързани с качеството на живот и възприемане на болестта.

Извърши се изследване през февруари, март 2016г. в отделение по онкогинекология към КОЦ град Русе. Проучи се как акушерската здравна грижа влияе на пациентките с онкологични заболявания. Авторът се включи като член на екипа по време на клиничната практика и участва активно в работата при различни онкогинекологични случаи. Установи се, че ролята на акушерката в палиативните грижи е в тясна връзка с висок хуманизъм и всеотдайност към пациентите.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Терминът „палиативни грижи“ се утвърждава през 1990 г. като активна всеобхватна помощ за неизлечимо болни пациенти, в основата на която се намират контрол на болката и други симптоми, разрешаване на психологически, социални, духовни проблеми с единствена цел - подобряване качеството на живот на болния и подкрепа на неговите близки.

Палиативните грижи са мултидисциплинарен подход обединяващ лекари, акушерки, фармацевти, социални работници и психолози, духовници в изработване на индивидуален план за грижи. намаляващ страданието на пациента във всички фази на дадено заболяване [2].

Според СЗО палиативните грижи са активни, общи грижи за пациентите в момент, когато заболяването вече не се повлиява от лечение и основни стават контролът над болката и другите симптоми.

На 9 октомври 2001 г. в Европейския парламент е гласувана специална декларация за хроничната болка като основен здравен проблем [3].

"Болката е много по-страшна за хората от самата смърт", казва д-р Алберт Швайцер в Европейския парламент [1].

Европейско изследване преди десетина години установява, къде е най-добре застъпена палиативната грижа в медицинските училища – в британската медицинска образователна система е 64%; САЩ 11%; Канада 14%; Западна Европа 19%. Проучванията са показали, че образованието в палиативна грижа подобрява знанията на студентите и комфорта на пациентите [4].

Акушерските здравни палиативни грижи са в тясна връзка с онкопсихологията и социалните измерения на човешкия опит.

Цел на изследването:

Да се проучи необходимостта от ролята на акушерката в извършване на палиативни грижи, за намаляване на болката и подобряване на самочувствието на пациентките в онкогинекология.

Обект на изследване:

Пациентки от отделение по онкогинекология на КОЦ град Русе в периода февруари, март 2016 година /17 пациентки с различни онкогинекологични проблеми/.

Методи на изследване:

Използваха се насочено наблюдение, интервю с въпроси по списък и се проучи медицинската литература.

Анализ на данните:

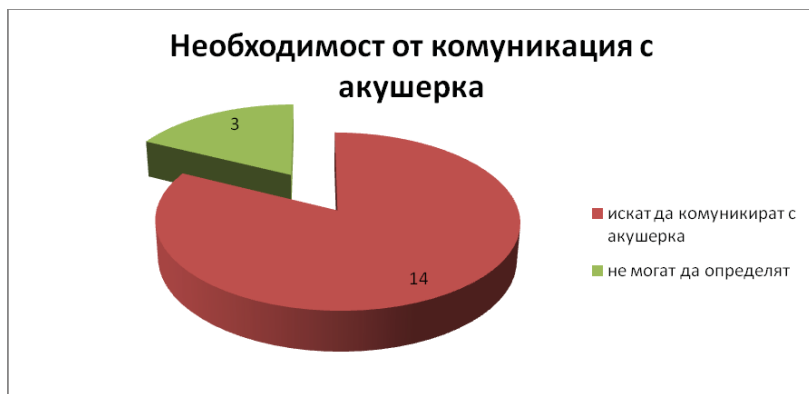
Болката е един от основните мъчителни симптоми при повече от 70% от онкологично болните, т. е. при над 10 млн. болни в света, или над 140 000 болни у нас [5].

Ролята на акушерката в изпълнението на манипулациите, които довеждат до намаляване на болката е оценена от пациентките на 90% /фиг.1/.



Фиг. 1. Роля на акушерката в борбата с болката

Установи се, че пациентките се нуждаят от комуникация /вербална/с акушерката в лечебния процес (14 пациентки), отразено на фигура 2.



Фиг.2 Необходимост от комуникация за пациентите в лечебния процес.

Формулираха се следните изводи:

- Основна цел на акушерката в палиативната грижа е подобряване, повишаване и поддържане на най-доброто качество на живот на болните при запазване на активността и автономността им.
- Като добър професионалист и член на медицинския екип, тя стриктно изпълнява назначенията за симптоматичен контрол на болката.
- След химио и лъчелечението, акушерката подкрепя и помага за преодоляване на страничните реакции като умора, задух, тревожност и др.
- Към нейните необходими умения са добрите комуникативни качества. Важна част от лечебния процес е акушерската невербална комуникация – топлината от очите, съпричастното докосване и присядането на болничното легло са носители на хуманизъм даряващ вяра и подкрепа.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Европейската асоциация на палиативните грижи /ЕАСГ/ разработва общи препоръки на учебни програми в палиативни грижи и Бяла книга за образованието. Предлага се да бъде въведено като задължителен предмет в рамките на учебните планове на всички европейски медицински училища шест области на палиативна грижа: болка и управление на болката, психосоциални аспекти, духовни въпроси, етични и правни проблеми, комуникация, работа в екипа [6].

Прилагането на палиативни грижи налага необходимост от нови знания сред медицинските специалисти за да създадат по-добро качество на живот за пациенти със силни хронични болки., подкрепа и утеха на семействата.

Палиативните грижи са интензивни, всеотдайни и проблемно ориентирани и в същото време изключително нужни и важни при пациентите с онкологични заболявания. Акушерката заема важно място в палиативната грижа към онкологичните пациенти в екипа осъществяващ лечението.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1]. Dickinson GE. Thirty-five years of end-of-life issues in US medical schools. Am J Hosp Palliat Care. 2011;28:412–7.CrossRefPubMed
- [2]. Sullivan AM, Lakoma MD, Block SD. The status of medical education in end-of-life care; a national report. J Gen Intern Med. 2003;18:685–95.PubMedCentralCrossRefPubMed
- [3]. Horowitz R, Gramling R, Quill T. Palliative care education in U.S. medical schools. Med Educ. 2014;48:59–66.CrossRefPubMed
- [4]. Oneschuk D, Hanson J, Bruera E. An international survey of undergraduate medical education in palliative medicine. J Pain Symptom Manag. 2000;20:174–9.CrossRef
- [5]. Hammel JF, Sullivan AM, Block SD, Twycross R. End-of-life and palliative care education for final-year medical students: a comparison of Britain and the United States. J Palliat Med. 2007;10:1356–66.CrossRefPubMed
- [6]. European association for palliative care. Recommendations of the *European Association for Palliative Care* (EAPC) for the development of undergraduate curricula in palliative medicine at European medical schools. Milano, Italia, EAPC, 2013. Available at www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=S1MI-tulutQ%3D. Accessed 12 Nov 2015.

За контакти:

Айлин Исмаил III курс „Акушерка“, ФОЗЗГ, Катедра Здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев“ – гр. Русе, тел.: 0883 551 626,
email: ailin_a94@abv.bg
Научен ръководител: ас. Цвета Христова, ФОЗЗГ, Катедра Здравни грижи, РУ „Анг. Кънчев“, email: tshristova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Акушерска здравна грижа при профилактика на рак на маточната шийка

Автор: Пламена Илчева

Научен ръководител: ас. Цвета Христова

Obstetric health care in the prevention of cervical cancer: The role of midwife to conduct the prevention of cervical cancer is a very important and responsible. The midwife must explain and predispose women to conduct preventive examinations to prevent precancerous and cancerous conditions. Here we look at different methods for the prevention of cervical cancer.

Key words: obstetric health care , pap, cervical cancer , prophylaxis

ВЪВЕДЕНИЕ

Ракът на маточната шийка (carcinoma colli uteri) е неопластично заболяване с първичен тумор изхождащ от плоския или цилиндричен епител. В повечето случаи този рак се причинява от вирус, наречен човешки папилома вирус (human papilloma virus, HPV) – 16 и 18 тип[1].

Целта на настоящия доклад е да представи ролята на акушерската здравна грижа при профилактика на рак на маточната шийка. Извърши се проучване на медицинска литература и участие в цитологичен скрининг по време на клинична практика в онкологичен кабинет към КОЦ град Русе, през февруари, март 2016г. Установи се, че ролята на акушерката в профилактиката на РМШ води до повишаване.участието на жените в годишните профилактични прегледи.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Злокачествените тумори на маточната шийка са втори по честота сред туморите на ЖПО в България. По данни на НРР са регистрирани 1109 новозаболели. Фактическата заболеваемост е 28,5 на 100 000 жени. На възраст до 49 години са диагностицирани 488 жени, а на възраст 50 и повече години – 621 жени. През 2013 година новозаболените са 1274 и се наблюдава се тенденция за нарастване[2].

I Цервикален скрининг

Цервикалният скрининг е процес на откриване на изменени тъкани или клетки на маточната шийка. Съществуват няколко метода - с натривка; с течна базирана технология; тестване на HPV. Процедурите са сходни. Проба от клетки се събират от маточната шийка с помощта на шпатула или малка четка и се проверяват за аномалии [3,4,5,6].

1.PAP test

Разработен през 1928 г. от патолога Джордж Папаниколау.Отчита наличие на променени предракови клетки, възпалителни и инфекциозни микроорганизми и хормонален статус.

Основно резултатите от цитонамазката могат да се интерпретират като:

- Нормални клетки;
- Възпалителни промени - възпаление на шийката, включващо микотични, бактериални, вирусни (HPV, херпес) инфекции;
- Регенеративни промени - промени след възпаление, травма на шийката на матката;
- Много ранни белези на предракови промени - лека дисплазия;

- Сериозни предракови промени - тежка дисплазия до Ca in situ - рак само на повърхностния слой клетки.
- Инвазивен карцином

1.1. Класификация по Папаниколау (PAP):

- **PAP I** - нормални клетки.
- **PAP II** - клетки показващи най-често възпалителни промени или метаплазия (доброкачествени промени), HPV инфекция.
- **PAP III** - граничен резултат.
- **PAP III A** - тежко възпалено или дегенеративно изменение
- **PAP III B** - лека до средно тежка дисплазия (ЦИН I или II). Няма наличие на ракови клетки. Измененията могат да се развият до раков процес
- **PAP IV** - тежка дисплазия, наличие на единични ракови клетки;
- **PAP V** – с множество ракови клетки, инвазивен карцином [1,3].

1.2. Изисквания за вземане на цитонамазка:

- а) Взема се в периода 10 – 20-ти ден от началото на менструацията;
- б) Без полови контакти 2 – 5 дни преди изследването;
- с) Без непосредствена употреба на влагалищни тампони, вагинален душ, кремове и други локални препарати;
- д) Препоръчително е изследването да се провежда веднъж годишно:
 - за всички жени на възраст 21 - 65 години;
 - при момичета под 21 години, водещи полов живот от три години;
 - за жени след хистеректомия при запазена маточната шийка;
 - при жени над 65 години с наличие на три нормални цитонамазки прегледите се свеждат до веднъж на три години.
 - При жени с повишен риск, изследването се провежда веднъж на шест месеца.

II. Собствено проучване

1. Цел на изследването:

Да се проучи ролята на акушерската здравна грижа в профилактиката на рак на маточната шийка.

2. Обект на изследване:

Участници в цитологичен скрининг за РМШ в онкологичен кабинет към КОЦ, град Русе /30 жени/ през месец февруари и март, 2016г.

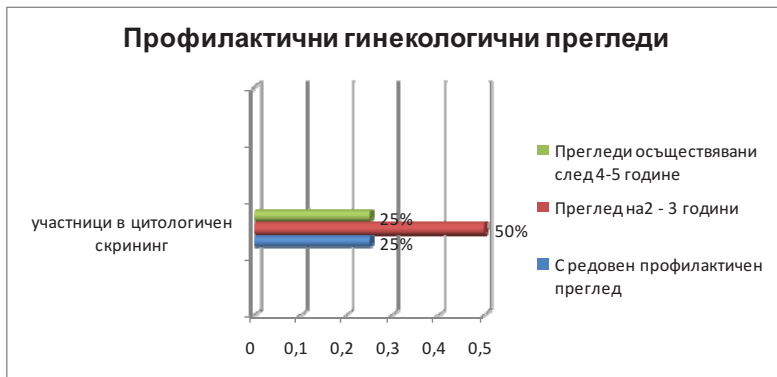
3. Методи на изследване:

Използва се социологичен метод / интервю/, наблюдение чрез участие в работния екип и се проучи медицинска литература.

4. Анализ на проучването:

Цитонамазката позволява да се улови заболяването в най-ранните му стадии, когато оперативното лечение води до 100% излекуване.

Установи се, че 25% от жените посещават ежегодно профилактични гинекологични прегледи, 50% посещават на 2 – 3 години, останалите над 4 и повече години. За нагледност, данните се представиха графично, фиг.1.



Фиг.1. Профилактични гинекологични прегледи при участниците

Според възрастта на жените се направи извода, че няма връзка на възрастта с посещаемост на профилактичните прегледи и желанието за цитодиагностика на РМШ. Данните са изразени на фиг.2.



Фиг.2. Възrastова посещаемост на профилактичния цитологичен скрининг

Съгласно Европейските насоки за цервикален скрининг /2010г./, възрастта която трябва да се обхване е в периода 20 - 64г.

От проведеното интервю се установява, че жените нямат изградена здравна култура със самоотговорност и контрол на здравето.

Причини за нередовната посещаемост на профилактичните прегледи са: географски райони без медицински специалист, финансови затруднения, работна заетост и др.

Установи се, че акушерката е медицински специалист, на когото имат доверие за предоставяне на здравна грижа /100% изразяват положително доверие към акушерската здравна грижа/.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ролята и задачата на акушерката в профилактичните прегледи е отговорна.

Необходимо е съдействието с медии, социални и държавни институции за редовно осъществяване на годишните гинекологични прегледи с цитонамазка за профилактика на РШМ и други онкологични гинекологични заболяваниятелно

Ранното откриване на промени в маточната шийка при нераждали, в детеродна възраст жени, при адекватно и навременно лечение увеличава шанса за забременяване и износване на бременността.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1]. Карагьозов, И.,Н. Доганов гинекология,МФ, София – 2005г.
- [2]. Чакалова, Г.Онкогинекология, София, „Авис БГ„ 2013г.
- [3]. <http://www.cancer.gov/about-cancer>
- [4]. <http://www.cancer.gov/about-cancer/screening>
- [5]. https://en.wikipedia.org/wiki/Cervical_cancer
- [6]. <http://www.cancer.gov/types/cervical/pap-hpv-testing-fact-sheet>

За контакти:

Пламена Пламенова Илчева , III курс „Акушерка“, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, Катедра Здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев“ – гр. Русе,
тел: 0883 33 82 03.; email: ak.ilcheva@abv.bg
Научен ръководител ас. Цвета Христова, ФОЗЗГ, РУ „Анг. Кънчев“, град Русе.
email tshristova@uni-ruse.bg.

Докладът е рецензиран.

Специални акушерски здравни грижи в профилактика на рак на маточната шийка с ваксини

Автор: Габриела Пламенова Георгиева
Научен ръководител: Цвета Христова

Special obstetric care in the prevention of cervical cancer vaccines. *The advent of prophylactic vaccines Silgard (HPV 6, 11, 16 and 18-L1-VLP vaccine) and Cervarix (HPV 16/18-L1-VLP vaccine) plot a new era for control of cervical cancer.*

The aim of this report is to examine the medical scientific sources for the prevention of cervical cancer through vaccines awareness of women and adequate obstetric health care.:

Key words: special obstetric care, cervical cancer, preventive vaccines

ВЪВЕДЕНИЕ

Човешкият папилома вирус /HPV /е най-често срещаният полово предаван вирус и причина за рак на маточната шийка /РМШ/.

Първичната профилактика на HPV инфекцията през изминалия век се свързва чрез прилагане методите на бариерната контрацепция, основно кондоми.

Появата на профилактичните ваксини Silgard (HPV 6, 11, 16 и 18-L1-VLP vaccine) и Cervarix (HPV 16/18-L1-VLP vaccine) начертава нова епоха за контрол на това заболяване.

Целта на настоящия доклад е да проучи медицински научни източници за профилактика на рака на маточната шийка чрез ваксини, информираността на жените и необходимата акушерска здравна грижа.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Ракът на маточната шийка е четвърто по честота раково заболяване сред жените между 20 и 45 години в целия свят. На всеки 2 минути в света умира по една жена от рак на маточната шийка, в Европа това се случва на всеки 18 минути [8],

СЗО изчислява, че над 40 милиона души са заразени с HPV - типове 16 и 18 причиняват 70% от случаите на рак на маточната шийка, а типове 6 и 11 регистрират над 90% от случаите на генитални брадавици /кондиломи/. [3]

В България всяка година от рак на маточната шийка заболяват над 1000 души /2013г./. Честотата на заболяването се е увеличила два пъти за последните 20 години, като се наблюдава тенденция за „подмладяване“ – все по-често рак на маточната шийка се открива при млади жени.[1]

Ваксините са модерен продукт, който ефективно предпазва срещу четирите най-разпространени HPV типове – 6, 11, 16 и 18 - Церварикс (Cervarix), Силгард (Silgard). Гардасил (Gardasil 9) предпазва и от 5 други видове с висок риск от HPV (31, 33, 45, 52 и 58) и така осигурява допълнителна защита [6].

Те са препоръчителни за момичета във възрастовата група 12 - 18 години преди започване на полов живот, с възможност за приложение на жени до 25 години.

HPV ваксините не се прилагат по време на бременност, както и при известна непоносимост към някоя от съставките им [4].

Ваксините помагат на организма да се предпази от инфекции посредством изработване на специфичен имунен отговор срещу съответния болестотворен агент - бактерия, вирус, или токсин. Те съдържат неинфекциозни, вирусоподобни частици.. След прилагането ѝ в организма се развива специфична имунна защита. Имунната система разпознава специфични участъци от причинителя (антигени) и изработва срещу тях специфични белтъци (антитела). При момичета от 10 до 14 г., нивата на

антитела като отговор към ваксинацията са 6 пъти по-високи за HPV16 и 3 пъти по-високи за HPV18, в сравнение с тези при жени от 15 до 25 години [2],

Ваксинацията се извършва чрез мускулно инжектиране на 3 отделни дози по схеми до 6-я месец.

Ваксините са обект на широко обсъждане поради противоречиви мнения и недостатъчна здравна осведоменост на населението. Историята познава недоверието на част от обществеността и приноса на ваксинацията свързан с превенцията на редица заболявания.

Цел на проучването:

Да се изследва осведомеността на жените за действието на ваксините за профилактика на РМШ.

Обект на проучването:

Обхванати са 30 жени от различни възрасти /19 -34г./ на случаен признак през месец март 2016г.

Методология:

Използвани са социологични методи /интервю със структурирани отворени въпроси/ и проучване на медицински литературни източници.

Анализ на данните:

Установи се, че 80% от интервюираните нямат информация за действието на ваксините, 15% разполагат с оскъдна данни, 5% изразяват негативна позиция без аргументи. Графично отговорите от въпросите на интервюто са представени на фиг.1.



Фиг.1. Информираност за ваксини против РМШ сред участници в изследването.

У нас тези ваксини са препоръчителни, т.е. по желание на родителите, но се очаква ваксинирането да влезе в имунизационния календар за всички млади момичета или поне да има частично реимбурсиране от НЗОК.

Проследи се използването на ваксините в град Русе по данни на РЗИ /таблица.1./

Таблица1.

Профилактика за РШМ чрез ваксини в гр. Русе 2012 – 2015г.

Година	Брой ваксинирани
2012г.	991
2013г.	497
2014г.	424
2015г.	248

Здравните фондове във САЩ, Австралия, Германия, Франция, Швеция и Италия започват реимбурсирането на ваксините или създават програми за ваксиниране.

В световен мащаб, където ваксините срещу рак на маточната шийка се прилагат от години по национални програми и обхващат над 75% от кохортата, вече има данни за създаване на колективен имунитет. т.е. дори жени, които не са ваксинирани срещу човешкия папилома вирус, са изложени на наполовина по-малък риск да се заразят с високорисков (онкогенен) HPV тип, ако в обществото, в което живеят, повечето дами и момичета са имунизирани.

Проучването дава възможност да бъдат формулирани задачите на акушерката.

Специални акушерски грижи в профилактиката на РМШ с ваксини:

- Активна здравно профилактична дейност в екипно сътрудничество с лекари, фармацевти и специалисти от информационните сектори - медии, преса и др.;
- Групови и индивидуални здравни беседи;
- Разпространение на аудио и видеоклипове, филми, предназначени за целеви групи /момичета, родители/;
- Обучение в профилактика на училищно ниво - здравно обучение на ученици за запознаване с риска от заболяването и ползата от имунизацията срещу HPV чрез тематични часове в рамките на часа на класа;
- Провеждане на информационни кампании за разясняване на риска от заболяването и необходимостта от защита чрез имунизация
- Като доставчик на квалифицирана здравна грижа, акушерката може да отговаря на въпросите:

— Какво представляват ваксините?

— Как се извършва ваксинацията?

— Странични реакции след поставяне на ваксините.

— Колко време действат ваксините?

Чрез добрата информираност могат да се парират най-разпространените заблуди по отношение на ваксинацията:

- Ваксинация срещу РМШ не може да се прави на жени над определена възраст.
- Ваксинацията срещу РМШ крие опасност от заразяване.
- Ваксинацията има ефект само преди начало на полов живот./ Изследвания показват, че ваксинацията е от полза, независимо от възрастовата група/.

- Ваксината лекува вече настъпили изменения. Ваксината е профилактична, а не терапевтична.
- Когато си постави ваксина, жената може и да не ходи на профилактични прегледи. Рискът от развитие на РМШ след поставяне на ваксина сериозно намалява, но не изчезва, тъй като ваксинацията не предпазва от всички онкогенни типове на HPV. Ваксинацията, съчетана с редовен скрининг, осигурява възможно най-висока защита срещу РМШ. Освен това профилактичните прегледи са важни за диагностициране и лечение на състояния, различни от свързаните с РМШ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ваксинирането не замества стандартната профилактика – гинекологичен преглед с цитонамазка /пап-тест/ за откриване на ранни стадии на рак на маточната шийка.

Адекватната и качествена профилактика би заменила напълно необходимостта от лечение.

Министерският съвет одобри Националната програма за първична профилактика на рака на маточната шийка. Нейната основна цел е семействата на 75% от 12-годишните момичета да бъдат убедени, че трябва да ги ваксинират безплатно, за да бъдат предпазени от тежкото заболяване.

Профилактиката спасява живот, докато лечението, за съжаление, не винаги може да го стори.

ЛИТЕРАТУРА

- [1]. Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020, Национален център по обществено здраве и анализи, Министерство на здравеопазването, <http://ncphp.government.bg/nac-planove>
- [2]. "Cancer-prevention and control", World Health Organization, <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index1.html>.
- [3]. "Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012", European Journal of Cancer (Volume 49, Issue 6, Pages 1374–1403, April 2013)
- [4]. www.hpvigard.org
- [5]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2826099/>
- [6]. <http://www.cancer.org/cancer/cancercauses/othercarcinogens/infectiousagents/hpv/humanpapillomavirusandhpv vaccinesfaq/hpv-faq-vaccine-benefits>
- [7]. <https://news.bg/crime/zapochva-borba-za-vaksinirane-sreshtu-papiloma-virus.html>
- [8]. Смъртност по причини по пол, статистически райони и области", Национален статистически институт, <http://www.nsi.bg/bg/content/>

За контакти:

Габриела Пламенова Георгиева, III курс „Акушерка“, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, Катедра Здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев“ – гр. Русе, тел.0877 415 105, email: gabriela5616@abv.bg

Научен ръководител ас. Цвета Христова, ФОЗЗГ, РУ „Анг. Кънчев“, град Русе.
email tshristova@uni-ruse.bg.

Докладът е рецензиран.

Специални акушерски здравни грижи при профилактика на рак на млечната жлеза

Автор: Джулия Георгиева

Научен ръководител: ас. Цвета Христова

Special obstetric care in the prophylaxis of breast cancer: Breast cancer is the most common malignancy in women. In our country according to official statistics, it occupies 22.8% of poor conditions. Rousse is among the areas with the highest incidence of breast cancer. This means need to accumulate health care related training.

This study aims to determine the number of women with breast cancer who know the technique of self-examination of mammary glands.

Key words: breast cancer in women, self-examination, obstetric health care.

ВЪВЕДЕНИЕ

Ракът на гърдата е най-често срещаното онкологично заболяване при жените. В нашата страна според официалната статистика, то заема 22,8 % от недоброкачествените заболявания.

В последните години усилено се изследва значението на двата туморсупресорни гена – BRCA1 и BRCA2 във връзка с наследственото предаване на рака на гърдата. Множество публикации разглеждат ролята и на друг туморсупресорен ген p53, както и на нарушения в механизмите на апоптозата, експресията на белтъчни хемолизи на растежни фактори (c-erb, B2/HER2 онкогена). От съществено значение са също някои фактори свързани с хормоналния статус (късна менопауза, хормонозаместителна терапия или контрацептивни препарати, хормонален дисбаланс, късно първо раждане) [1,2].

По данни на Световната здравна организация ракът на гърдата е най-често срещаното раково заболяване при жените, както в развитите, така в по-малко развитите страни. Ежегодно се появяват около 1 млн. и 300 000 нови случаи на жени, болни от рак на млечната жлеза. Във Европа за 2014 година с рак на гърдите има 464 000 случая, а починали от това заболяване през същата година са 131 000 жени. Според European Journal of Cancer летален изход има при приблизително половината от общите случаи на заболяването [3,4,5,6].

За профилактиката се говори и пише много, но за съжаление въпреки реформите в здравната система, жените в България не посещават редовно профилактични прегледи и не знаят как да се самоизследват. Ролята на акушерката в доболничната помощ за образование и обучение на жените в откриване ранните признаци на рак на млечната жлеза, не е застъпена на необходимото ниво.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Град Русе е сред областите на най-висока заболяемост от рак на млечната жлеза. Това означава и необходимост от акушерската здравна грижа свързана с обучение за самопреглед.

Настоящото проучване цели да установи броя на жените с рак на гърдата, познаващи техниката на самоизследване на гърдните жлези и необходимостта от акушерска здравна грижа в профилактиката на онкологичното заболяване.

Цел на проучването:

Целта на това изследване е да проучи и анализира броя на жените, които могат да провеждат самоизследване и самопреглед на гърдните жлези и нуждата от акушерска здравна грижа в профилактиката на рак на гърдата.

Обект на изследването:

Проучването е проведено в онкогинекологичен кабинет и онкогине-кологично отделение на КОЦ град Русе, за период февруари – април 2016г..Обхванати са 40 жени от различни възрастови групи / 24г.- 60г./ .

Методи на изследване:

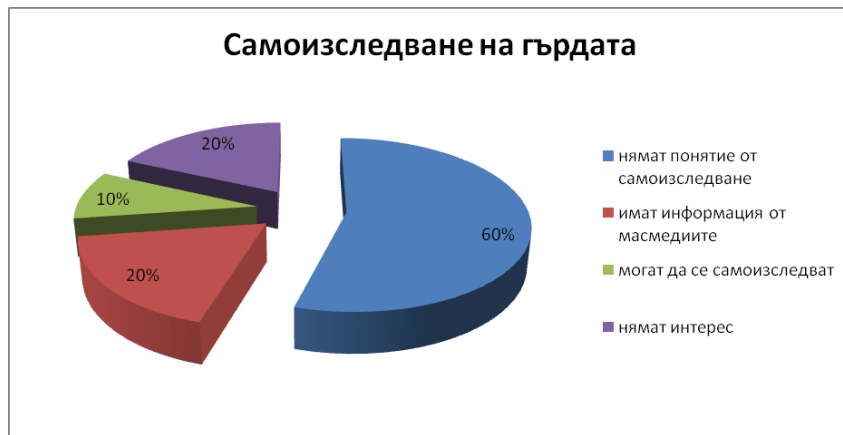
За събиране на информацията са използвани документален и социологически метод във форма на интервю, съдържащо въпроси, насочени към пациентките по отношение на профилактиката на рак на млечната жлеза.

Резултатите са представени в графичен вид .

Анализ на данни:

Данните показват, че 70% от пациентките не могат да се самоизследват, 30 % имат познание от различни източници /телевизия, списания, интернет /,10 знаят как се прави това, останалите не проявяват интерес.

Данните са представени в графичен вид на фиг.1



Фиг.1.Разпределение на жените по наличие на знания за самоизследване на гърдите

Анализираната група са жени с различен проблем и степен на отклонения в гърдните жлези.

Проучи се необходимостта от акушерска здравна грижа включваща обучението за самоизследване на гърдните жлези. Пациентите са убедени, че достъпа до компетентни здравни грижи са най важната профилактика на онкологичното заболяване .

В изследването 60 % от пациентките са живеещи в Русенска област. От тях 40 % са над 45 годишна възраст - не са ходили от 5 години на профилактични прегледи и са потърсили медицинска помощ след изява на проблем .Съобщават, че ако имат в населените места акушерка, да ги научи на самоизследване на гърдата, това ще помогне за ранното откриване на злокачественото заболяване.

От проучването се установи и необходимостта от акушерка, която да обучава жените на самопреглед и самоизследване.

Необходимост от акушерска грижа самопомощ и самоизследване, съобщават 60 % от включените в проучването – фиг.2.



*Фиг.2. Необходимост от акушерска здравна грижа
„обучение в самоизследване“ на гръдната жлеза.*

Самоизследването представлява ежемесечен преглед на гърдите, при жени в активна възраст, след менструационен цикъл. В продължение на седмица, в легнала положение, в рамките на 5 минути, да опипат гърдите си с цел да запомнят структурата на гърдите си. Така се създава отправна точка, върху която се базира ежемесечната палпация, дали има разлики. Следва самопрегледа на гърдите.

Алгоритъм за самопреглед на млечната жлеза

1. Проверяват се дали по кожата на гърдите има някакви образувания или подутини. Оглеждат се дали има някакви промени в размера или вида на гърдите.
2. Прави се същото наблюдение като се поставят ръцете първо върху бедрата и след това зад тила.
3. Поставя се ръката зад тила. Преглежда се лявата гърда с дясната ръка, като се притиска с върховете на пръстите и се правят кръгови движения.
4. Преглед на зърното, като се опитва да се установи възможно наличие на бучки или дали има някакъв вид секреция на течност.
5. Опипване в частта близо до подмишницата.
6. Извършване на същата процедура и при другата гърда.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Жените, които владеят техниката на самоизследването имат проблем, който ще бъде решен без последици застрашаващи здравето и живота им. Установи се, че те навреме са посетили специализирания кабинет и получили медицинска помощ. В кратки срокове ще се възстановят и продължат ежедневните си дейности.

Всяка жена трябва да бъде обучена, да може сама и без страх да преглежда веднъж месечно гърдите си и да търси съмнителната „бучка“ (находка). Редно е на

жената да бъде обяснено, как сама да преглежда гърдите си, на какво да обръща внимание, от какво да се страхува и от какво да не се страхува.

Профилактиката на рака на млечната жлеза е в компетенциите на професията акушерка и тя е подготвена да я извършва – това ще направи случаите навреме открити и излекувани.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1]. Д-р Найденов, Тотко, "Онкологичните болести в България", 2007 г.
- [2]. Д-р Владимирова, Антоанета, "Всичко за рака на гърдата", Футурис, 2003 г
- [3]. "Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012", European Journal of Cancer (Volume 49, Issue 6, Pages 1374–1403, April 2013)
- [4]. "Cancer-prevention and control", World Health Organization, <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index1.html>.
- [5]. "Most frequent cancers in women, 2012", International Agency for Research on Cancer, World Health Organization,
- [6]. <http://eu-cancer.iarc.fr/EUCAN/Country.aspx?ISOCountryCd=100>.
- [7]. "Смъртност по причини по пол, статистически райони и области", Национален статистически институт, <http://www.nsi.bg/bg/content/>

За контакти:

Джулия Георгиева, III курс „Акушерка“, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, Катедра Здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев“ – гр. Русе, тел.: , email: djuli9@abv.bg

Научен ръководител ас. Цвета Христова, ФОЗЗГ, РУ „Анг. Кънчев“, град Русе.
Email tshristova@uni-ruse.bg.

Докладът е рецензиран.

Необходими грижи и знания за пубертетната възраст

Автор: Радостина Николова

Научен ръководител: Кина Велчева

Abstract: Puberty is a period from the human development, a phase through which a child passes in order to mature into an adult. It is a process that continues for years and leads to numerous physiological, emotional and intellectual changes. Similar to the representatives of lower classes of the animal kingdom which go through distinct stages of their development until they gain reproductive capabilities, the so called imago stage, humans also go through metamorphosis, turning into individuals capable of reproduction. **Key words:** The main terms discussed in this report are the following:

- Body hair
- Development of sex organs and mammary glands (in females)
- Stages of puberty
- Vaginal discharge
- First menstrual bleeding
- Menstruation
- Comparative development of puberty in the two sexes

ВЪВЕДЕНИЕ

Пубертет е периодът от развитието на човека, фаза, при която детето преминава, за да се развие във възрастен индивид. Това е процес, който продължава години и е свързан с редица физиологични, емоционални и интелектуални промени. Така както представителите на по-нисши класове от животинския свят преминават през различни етапи в своето развитие, докато достигнат половото си съзряване, наречено имаго, така и човекът изживява своята метаморфоза, която да го превърне в способен да се възпроизвежда индивид.

Понятия които ще разгледаме в този доклад:

- Окосмяване на тялото
- Развитие на половите органи и млечните жлези (при момичетата)
- Стадии в развитието на пубертета
- Вагинално течение
- Първи цикъл
- Месечен цикъл
- Сравнително развитие в пубертета при двата пола

ИЗЛОЖЕНИЕ

Пубертета обхваща етапа за развитие на организма между детството и зрялостта на организма. Това е етап за трансформация в който детето се превръща в зрял човек.

Детския период, както и този на зрелия човек представляват две фази от живота, които се характеризират с едно уравновесено състояние, най-вече от гледна точка на морфологични и на функционални промени. По време на пубертета се наблюдава растеж и диференциране на организма с периоди на забавяне и ускоряване на растежа на костната система. Посредством доминирането на анаболизиращи фактори се развиват и нарастват белтъчната маса и подкожната мастна тъкан, а посредством активна сексуализация се реализира и сексуалното развитие.

Пубертетът прекъсва равновесието в детската възраст за да трансформира инфантилния организъм в друг вид организъм, с други морфологични и функционални параметри и с равновесието на зрелия организъм.

Разположен между двата периода на равновесие (детство и зряла възраст) пубертета се изразява като критично състояние на неуравновесеност. [3]

Пубертетът е последният етап на сексуализирането в който липсват морфогенетичните промени. Всичко което е необходимо за формирането, изпращането и приемането на половите клетки към матката е формирано още в ембрионалния период, но тези елементи се матуризират в пубертетния период и най-главното, те стават активни. Половите жлези произвеждат зрели клетки, а специализираните органи са готови да осъществят срещата между мъжките и женските полови клетки. [4,6,8]

Елементите чрез които се проявява пубертета са многобройни и различни. Например едни участват в матуризацията на гласа, други в психо-сексуалното поведение, но въпреки, че сферите на изява в известна степен се препокриват, всички те имат определен ред за изява.

Промените, които стават между 10 и 18 годишна възраст могат да бъдат класифицирани според съдържанието им в: предпубертетен, същински пубертетен и постпубертетен период.

Счита се, че най-комплексната класификация на реда в който се проявяват различните белези на пубертета е дадена от Танер. На базата на развитието на най-характерните белези на пубертета (разбира се с разлика за момчета и момичета) танер уточнява 5, а за някои елементи 6 степени на пубертета.

За момчетата взема под внимание развитието на външните полови белези (тестиси, скротум, penis) и развитието на пубисното окосмяване, а за момичетата – развитието на млечните гърди, а също така и характерното окосмяване.[5,7,11]

момчета	
Стадий 1	Пенисът, тестикулите и скротумът имат външен вид подобен на децата. Липсва окосмяване в областта на пубиса.
Стадий 2	Скротумът и тестикулите се уголемяват, скротума се зачервява, тези промени практически не засягат пениса, в основата на пениса се появява лекопигментиран пух.
Стадий 3	Леко удължаване на пениса, понататъчно уголемяване на пениса и скротума, интензивни окосмяване в областта на пубиса, цвета на космите потъмнява и те започват леко да се нахъдрят.
Стадий 4	Увеличава се дебелината на пениса и с подчертано развитие на главата му, тестисите и скротума стават големи, скротумът се пигментира, окосмяването в пубисната зона е близо до това на възрастните мъже, но полето за разпространение е по-малко
Стадий 5	Външните полови органи са какво при зрелия мъж, окосмяването обхваща половата зона
Стадий 6	Интензивно окосмяване по линия алба под форма на ромб
момичета	
Стадий 1	Оформя се слаб релеф около гръдните ареоли, липсва окосмяване в областта на пубиса
Стадий 2	Релефът и големината нарастват около ареолите, леко пигментирано окосмяване около големите срамни устни
Стадий 3	Разширяване и повдигане под формата на конос на млечните жлези, но без видима промяна в позицията на мамелоните, все по-интензивно хоризонтално окосмяване в пубисната зона с по-тъмен цвят, с по-голяма дебелина и нахъдряне на космите
Стадий 4	По-нататъчно уголемяване на млечните жлези и на мамелонария релеф
Стадий 5	Окосмяването е както при зрелите жени, но с по-малка площ на покритие
Стадий 6	Окосмяването като площ и количество е както при зрелите жени

Вагинално течение, т.н. „бяло течение” До настъпване на пубертета физиологичното влагалищно течение е минимално. През тази възраст момичетата могат да изпитат пристъпи на голямо количество от водниста секрция от влагалището, причинени от високи нива на хормоните по време на пубертета. Ясното вагинално течение се дължи на факта, че телата се опитват да създадат редовен менструален цикъл и жлезите на маточната шийка са стимулирани от промените. Забелязват се бели петна по бельото - това е „бяло течение” – бистра, белезникава течност, която се отделя от вагината. Това не е болестно заболяване и не е притеснително! Всъщност то е нещо напълно нормално и се случва на всички момичета в пубертета. При някои то е по-изразено, отколкото при други. При някои момичета започва на около 9 години, докато при други може да се появи доста по-късно.[1,9,10]

Бялото течение е знак, че започва пубертета. То е начинът, по който тялото дава знак, че половите органи започват да функционират. То е много полезен знак за момичетата, защото показва, че скоро ще дойде цикълът. Обикновено месечният цикъл започва около година след като се забелязва за пръв път това бяло течение. Честотата обикновено отзвучава, след като започне редовен цикъл.

**Ако вагиналният секрет има необичаен зеленокаво-жълтеникав цвят, има странна миризма или дразни кожата, трябва да последва консултация с лекар!*

Първи цукъл - няма „точна възраст” кога ще е първата менструация. При по-голямата част от момичетата това се случва между 12 и 13 години, при някои доста по-рано – на 10 години, при други доста по-късно – на 15 години. Това е напълно нормално. Как ще бъде, зависи от това, как се развиват половите органи и кога тялото ще започне да произвежда достатъчно полови хормони[2]. Когато това се случи, приблизително на всеки четири седмици в яйчниците узрява по една яйцеклетка. Времето от началото на първия цикъл до следващия е около месец, затова се казва менструален цикъл (латинската дума за „месец” е mensis). За улеснение при пресмятане и при консултация с лекар или гинеколог наричаме деня, в който идва цикълът, „първи ден на менструацията”. Менструацията често е единственото нещо, което се вижда като промяна в тялото всеки месец, но „зад кулисите” се случват много неща.

- A. **Овулация**-Когато тялото ти произвежда достатъчно полови хормони, една яйцеклетка узрява в яйчниците приблизително на всеки четири седмици. Тази яйцеклетка напуска яйчника и се придвижва в маточната тръба. Този процес е известен като „овулация”. Естественото бяло течение от вагината ти нормално се засилва и става по-прозрачно в този период.
- B. **Маточна тръба**-Яйцеклетката се придвижва през маточната тръба към матката в следващите три или четири дни.
- C. **Имплантиране на яйцеклетката**-В същото време ендометриумът (лигавицата на матката) се удебелява, за да спомогне закрепването на яйцеклетката, и се насища с кръвоносните съдове и хранителни вещества.
- D. **Менструация**-Ако яйцеклетката не бъде оплодена, тя се изхвърля. Тогава и мястото за закрепването ѝ също е ненужно. В резултат на това две седмици след овулация горният слой на лигавицата на матката се излющва и започва кървене. Този процес се нарича менструация. С появата на кървенето следващата яйцеклетка започва да зрее и цикълът се повтаря отначало. [2]

Сравнително развитие в пубертета при двата пола:

- Спрямо момчетата при момичетата пубертета започва около две години по-рано, респективно на 10-11 години за момичетата и около 13 години за момчетата
- Темпът на нарастване на височина е по-добре изявен при момчетата, отколкото при момичетата (за момчетата средно с около 8,7 см, а при

момичетата със 7,5 см. през първата година на пубертета. През втората година – респективно 6,5 см при момчетата и 5,5 см. за момичетата)

- Прирастът на височина в годината на най-интензивен растеж е от 7 до 12 см. при момчетата и от 6 до 11 см при момичетата.
- При момчетата раменете и гръдния кош са широки при тесен тазов пояс, докато при момичетата раменете и гръдния кош са тесни, и с широк таз
- Скелета при момчетата е солен, докато при момичетата е грацилен
- При момчетата скелетната мускулатура е добре развита с изявен релеф под кожата, а подкожната мастна тъкан е сравнително слабо развита. При момичетата подкожната мастна тъкан е с около 10% по-добре развита и е характерен елемент на женска структура, докато скелетната мускулатура е сравнително слабо развита;
- Лордозата е по-добре изразена при момичетата, докато при момчетата кифозата, а от тук и разликата в походката: при момичетата тя е плавна и уравновесена, докато при момчетата е по-твърда и обикновено е балансирана от раменния пояс.
- Момичетата имат по-развита фантазия, творчество, иновативност и афективна интуиция[3];
- Момчетата имат развита воля, упоритост, аналитично съждениеи др.
- В ансамбъл фигурата на мъжа е по-масивна, по-мускулеста и окосмена и с по-ъгловат релеф, то при момичетата е по-тънка и по ниска и закръглена. [4]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пубертетът е характерен с това, че по време на него се появяват т. нар. вторични полови белези (първични полови белези са тези, които отличават двата пола –репродуктивните органи). При жените това са развитие на млечните жлези, характерно окосмяване, промяна в костната структура — разширяване на родилния канал на таза и др., натрупване на защитна мастна тъкан около таза и корема, поява на менструален цикъл. При момчетата вторични полови белези са – мутиране на гласа (гласът става по-нисък с една октава, по-басов, добива мъжки тембър), поява на окосмяване по тялото – първо около интимните части, след това по тялото и лицето и накрая по гърдите), израстване на половите органи със започване на тяхната функция, поява на брада, закаляване на костната структура, натрупване на мускулна маса.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] Амосов, Н.М., Я.А.Бендет. Физическая активность и сердце, „Здоровья“, Киев, 1975
- [2] Велчева, К., В.Душков. Пубертет и акселерация, Издателски център при Русенски университет “Ангел Кънчев”, Русе, 2014
- [3] Бошев, Н., Н. Начев Физиология, С., М и Ф, 1980
- [4] Карагъзов Й., Н. Доганов, Акушерство – Учебници за студенти по медицина, МФ, София, 2005 г.
- [5] Хаджиев Ал., Карагъзов И., Учебник по Акушерство за студенти медици, София, МФ, 2005 г
- [6] Яръков Л.,Консервативно лечение на акушеро-гинекологичните заболявания,МФ,София ,1989
- [7] д-р Кина Велчева – лекционен материал
- [8] доц.Т.Тимева - лекционен материал
- [9] <http://problem.framar.bg/>
- [10] <https://bg.wikipedia.org>

[11] http://www.evropea.com/pubertet_fazi.html

За контакти:

Радостина Николова – студент първи курс, специалност – акушерка в РУ „Ангел Кънчев”, тел: 0898535328, e-mail: r.nikolova@rubineks.eu

Научен ръководител: д-р Кина Велчева, РУ „Ангел Кънчев”, факултет – Обществено здраве и здравни грижи, тел:0886211502, e-mail:kvelcheva@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Синдром на Майер-Рокитански-Кюстер-Хаузер

Автор: Яна Игнатова Димитрова

Научен ръководител: Кина Велчева, Таня Тимева

Congenital condition, syndrome that occurs in females and mainly affects the reproductive system. Syndrom Meyer-Rokitanski-Kuster-Hauser (MRKH) occurs when the tubes that will form the uterus fail to join in 9-16 weeks of fetal development and girls were born without a uterus and are unable to have children. MRKH is characterized by congenital aplasia of the uterus and upper 2/3 of the vagina in women who have normal developed secondary sexual characteristics and normal karyotype 46, XX. The disease affects at least 1 in 4,500 women.

Key words: Syndrome Mayer-Rokitanski-Kyuster-Hauser, congenital condition, birth, uterus, secondary sexual characteristics, congenital aplasia

ВЪВЕДЕНИЕ

Вродено състояние, синдром засягащ женския пол. Синдромът на Майер-Рокитански-Кюстер-Хаузер (MRKH) се наблюдава, когато тръбите, които трябва да сформират матката, не успяват да се съединят през 9-16 седмица от развитието на плода. Като резултат жената се ражда без матка и не е в състояние да има деца. MRKH се характеризира с вродена аплазия на матката и горните 2/3 от влагалището, но жените имат нормално развити вторични полови белези и нормален кариотип 46 XX. Честотата на синдрома е 1 на 4500 жени

ИЗЛОЖЕНИЕ

Първична аменорея е състояние, при което момичето или жената никога не е имала менструация и може да се дължи на някое от следните заболявания

- ✓ късен пубертет
- ✓ вродени аномалии на половата система (липсана вагина, липса на матка)
- ✓ хронични инфекции наднормено тегло
- ✓ анорексия и др. [7]

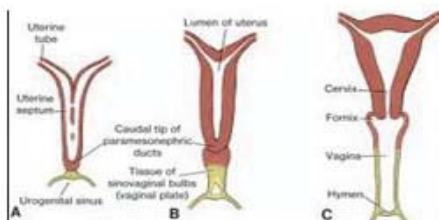
Агенезия и аплазия на матката са вродени аномалии, които се характеризират с дефект в развитието на Мюлеровия канал. Като резултат се получава вродена липса на матка и различни по степен малформации на горната порция на влагалището. Състоянието представлява третата по честота причина за първична аменорея [2,6]. Агенезия и аплазия на матката може да се срещне също като синдрома на Майер-Рокитански-Кюстер-Хаузер или MRKH.

Индивидите с агенезия и аплазия на матката са хормонално нормални. Те влизат в пубертета и развиват вторични полови белези. Яйниците са нормално развити и обикновено има овулация. Често влагалището е скъсено и половия акт понякога може да бъде затруднен или болезнен. Медицински преглед, подкрепен от гинекологична ултрасонография демонстрира пълна или частична липса на матка, маточна шийка и горната част на влагалището. В случаите с вродена липса на матка не може да бъде износена бременност. Тези жени могат да имат потомство посредством сурогатно майчинство. Лечението с трансплантация на матка също е алтернатива през последните няколко години.

Случаите на вродена агенезия и аплазия на матката обикновено се диагностицира през пубертета, като причина за изследване е незапочване на менструалния цикъл /фиг.1/. В някои случаи се открива случайно при операция по друг повод (като например херния) [3,4,9].

MRKH синдромът се разделя на:

- типичен MRKH (64%) - изолирана утеровагинална аплазия/хипоплазия
- атипичен MRKH (24%) - утеровагинална аплазия, съчетана с бъбречна малформация или овариална дисфункция
- MURCS синдром (12%) - утеровагинална аплазия/хипоплазия, съчетана с бъбречна, скелетна и сърдечна малформация.



Фиг. 1 Илюстриране на аномалии в развитието на матка и влагалище

Първата трансплантация на матка се извършва в Гьотеборг-Швеция. Там медици успяват успешно да трансплантират матки на девет жени в болница Sahlgrenska. Органите са дарени от техни роднини[3,8]. Ръководителят на проекта д-р Матс Бренстъом изпрати член на своя екип в България на конгреса по репродуктивна медицина през 2015 год. Животоспасяващи трансплантации на различни органи, като сърце, бъбреци, черен дроб се извършват от десетилетия. Трансплантацията на матка обаче е временна, предназначена за репродуктивни цели, поражда някои опасения относно процедурата в научните среди, но са факт първите родени деца. При операцията трансплантираните матки не са свързани с фалопиевите тръби, което означава, че жените не могат да забременеят по естествен път. Всички пациентки обаче имат свои яйчници, които отделят яйцеклетки. Преди операцията някои от тях са стимулирани, за да се създадат ембриони чрез ин витро оплождане. Ембрионите са замразени и специалистите планират и осъществят трансфер, което ще позволи на жените да изнесат собствено биологично дете[5]. Учените оценяват проекта като изключително постижение в медицината. Някой от тях се притесняват за протичането на бременността, дали бебето ще може да си набавя достатъчно хранителни вещества от плацентата и дали притокът на кръв ще бъде достатъчен. Всички жени, получили новия орган, трябва да приемат медикаменти, които да го предпазват от отхвърляне. След най-много две бременности трансплантираната матка трябва да бъде отстранена, а участничките ще могат да спрат приема на медикаменти, които водят до повишено кръвно налягане, подуване, диабет, както и да повиши риска от някои видове рак. Сурогатно майчинство е другия вариант за жени със синдром на Рокитански. Думата сурогат означава заместител и сурогатна майка е тази, която отдава своята утроба на друга двойка, за да може те да имат дете.

Видовете сурогатно майчинство са два:

- сурогатна майка, осигурява яйцеклетката и тя се оплеща със сперматозоиди на съпруга. Така жената с репродуктивни проблеми няма генетична връзка с бебето.
- по-често жената с репродуктивни проблеми осигурява яйцеклетката, която се трансферира в сурогатна майка или посредством смесването и със сперматозоидите

на съпруга и връщането има веднага във фалопиевите тръби или по метода ин витро, при който яйцеклетката и сперматозоидите на съпруга се смесват по естествен начин и полученият ембрион се трансферира в матката, която служи като инкубатор за следващите 9 месеца. Законовите рамки на сурогатното майчинство ще продължават да бъдат неясни и все още няма такива закони и правила в България.

Любопитен факт е, че аномалията е открита у гръцката царица Амалия. Невъзможността и да зачене и износи дете е допринесла за отхвърлянето на нейния съпруг цар Ото.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Жените, които се съгласяват да станат сурогатни майки го правят или от съчувствие, или от финансова причина, като отдава своето тяло срещу заплащане. Все повече сурогатството печели популярност, независимо от законовите и етични проблеми.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] Амосов, Н.М., Я.А. Бендет. Физическая активность и сердце, „Здоровья“, Киев, 1975
- [2] Бошев, Н., Н. Начев Физиология, С., М и Ф, 1980
- [3] Карагьозов Й., Н. Доганов, Акушерство – Учебници за студенти по медицина, МФ, София, 2005 г.
- [4] Кацулов А., Раждане с висок риск, София, МФ, 1990.
- [5] Хаджиев Ал., Карагьозов И., Учебник по Акушерство за студенти медици, София, МФ, 2005 г.
- [6] Яръков Л., Консервативно лечение на акушеро-гинекологичните заболявания, МФ, София, 1989
- [7] д-р К. Велчева - лекционен материал
- [8] доц. Т. Тимева - лекционен материал
- [9] www.puls.bg

За контакти:

Яна Димитрова – студент първи курс, специалност – акушерка в РУ „Ангел Кънчев“, тел: 098 8313196 e-mail: qni4ka1305gmail.com

Научен ръководител: д-р Кина Велчева и доц. Таня Тимева, РУ „Ангел Кънчев“, факултет – Обществено здраве и здравни грижи, , тел: 0886211502, e-mail: kvelcheva@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Специални грижи при бременни и новородени с токсоплазмоза. Задачи и роля на акушерката

Автор: Теодора Емилянова Димитрова
Научен ръководител: доц. Иваничка Сербезова

A single-celled parasite called *Toxoplasma gondii* causes a disease known as toxoplasmosis. Of those who are infected, very few have symptoms because a healthy person's immune system usually keeps the parasite from causing illness. However, pregnant women and individuals who have compromised immune systems should be cautious; for them, a *Toxoplasma* infection could cause serious health problems. This report aims to introduce students to this hidden infection, its diagnosis and treatment.

Key words: toxoplasma gondii, toxoplasmosis, infection, disease.

ВЪВЕДЕНИЕ

Инфекциозните заболявания оказват благоприятно влияние върху бременната и плода. Сама по себе си бременността намалява защитните сили на майчиния организъм, което прави бременната „лесна жертва“ на бактериални, вирусни или друг видове инфекции.

Настоящият доклад има за цел да повиши теоритичните познания на студентите от факултет „Обществено здраве и здравни грижи“ по отношение същността на токсоплазмозната инфекция, рисковете за плода и ролята на акушерката в изпълняването на диагностично-лечебния план при инфектирани бременни с токсоплазмоза.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Токсоплазмозата е космополитна протозойна инфекция. Причинява се от едноклетъчния паразит – *Toxoplasma gondii*, (от гръцки - арка, дъга). Паразитът има сложен жизнен цикъл със смяна на няколко гостоприемника. Бременната се явява междинен, докато краен гостоприемник най-често е представител от семейство котки. Заразяването става при консумация на заразено месо с недобра термична обработка; при контакт с домашни котки, диви животни или птици. Токсоплазмозата може да обхване различни системи и органи в организма. В тъканите на органите токсоплазмите предизвикват възпаление, атрофия и промяна на нормалната им структура. В острия период на болестта могат да се открият токсоплазми в свободно състояние в слюнка, носна слуз, в серозен ексудат, кърма, урина, кръв, околоплодна течност. Периодът на активност на паразита продължава 1-2 седмици и неговото прекъсване съвпада с периода на нарастване на антителата.[6,7] Острата форма на токсоплазмозата в повечето случаи се проявява като общо заболяване с наличието на различни симптоми. В табл. № 1 са описани ефектите от болестта Токсоплазма по време на бременност (от лат. Foetopathia toxoplasmica) и как тя се отразява на организмите на майката, плода и новороденото.

Табл.1

Въздействие на Foetopathia toxoplasmica върху организмите на майката, плода и новороденото.

Опорни точки	Бременна	Плод/ Новородено
1.Етиология	Foetopathia toxoplasmica се причинява от протозойния микроорганизъм <i>Toxoplasma gondii</i> .	
2. Честота	При бременни токсоплазмозата е извънредно рядко манифестна. По-често се среща в латентна форма	Между 1:1000 до 1:8000 раждания.[11]

4. Пътища на заразяване	• Фекално-орален • Зоонозен – от животно на човек; • Трансплантационен • Хемотрансфузионен	• Трансплацентарен Рискът от интраутеринна трансмисия е: 25% в I триместър; 54% в II триместър; 65% в III триместър;[2]
5. Видове	Придобита и латентна токсоплазмоза. • Хронична придобита • Остра придобита токсоплазмоза – характеризира се с генерализирана инфекция.	Вродена (конгениална) токсоплазмоза. Характеризира с триадата: хидроцефалия, калцификати в мозъка и хориоретинит. Късни последиствия са изоставане в интелектуално и психическо развитие.[5]
6. Инкубационен период	Инкубационният период е от порядъка на 5-23 дена.[6] Счита се, че най-често между 14-17 ден се проявява генерализираната инфекция[2]	
7. Патогенеза	Възникването на болестта започва с внедряване на паразита в организма на жената. Той прониква в кръвта и оттам в клетките и тъканите, където се размножава.	Плодът се заразява диаплацентарно, най-често след IV m.l. - късна инфекция. Ранна инфекция рядко се наблюдава. При заразяване на плода в третото тримесечие може да се роди видимо здраво дете, при което по-късно да прояви клиниката на заболяването с: нистагъм, ригидност на крайниците, дебилност, хепатоспленомегалия, склонност към кръвотечения и др.
4. Клинична картина	Лека форма - неспецифична, подобна на грип клинична картина – болки в мускулите и подуване на лимфни възли, най-често в шийната област.[7] Лимфните възли са неболезнени, несрастнали с подкожната тъкан и не се разявяват. Остра форма - Повишена температура, втрисане, главоболие, слабост, болки в мускулите и ставите, слезката и лимфните възли на шията, уголемен черен дроб, далак, затруднено движение, нарушение в стомашно-чревния тракт, сухота в устата, тъпа болка в корема, подуване на корема и загуба на апетит.[6]	
	Токсоплазмозата може да е причина за спонтанен аборт, mola hydatidosa, partus praematurus, missed abortion, hydrops foetalis. Вродената токсоплазмоза се проявява с: - аненцефалии, микроцефалии, spina bifida, хориоретинит, обрив по кожата, повишена температура, отпуснатост, хепатоспленомегалия, слепота, жълтеница, гърчове. Понякога се изявят и в по-късна възраст под формата на зрителни нарушения, гърчове, церебрална парализа, изоставане в умственото развитие и др. Придобита след раждането - често протича незабелязано и без симптоми. Без нужда от лечение.	

5. Диагноза	<u>За диагностициране на токсоплазмозата се изследват:</u> кръвен серум, ликвор, биопсичен материал от лимфни възли. <u>Микроскопски методи:</u> визуализиране на паразита в телесни течности. <u>Културални методи:</u> <u>Серологична диагностика:</u> на IgG и IgM титри.. <u>ДНК диагностика:</u> изолира се ДНК от <i>Toxoplasma gondii</i> от периферна кръв и други телесни течности. <u>Референтни граници:</u> <u>Ig M</u> - до 0,49(-) отр., от 0,50 до 0,59 (сива зона), над 0,60(+) пол. <u>Ig G</u> - до 6,5(-)отр., над 8,0(+)пол	<u>За диагностициране на токсоплазмозата се изследват:</u> - кръвен серум, ликвор, амниотична течност (при вродена токсоплазмоза). <u>Микроскопски методи:</u> чрез оцветяване в тъканни проби, цереброспинална течност (ликвор), кръв и други биопсични материали. <u>Културални методи:</u> - <u>Тест на Sabin - Feldman и тест за свързване на комплекса</u>. Те често са отрицателни в първите месеци след раждането, независимо от клиничната картина:[10] <u>Серологична диагностика:</u> доказване на специфични IgM-ELISA, с последващо нарастване на IgG [9] <u>Рентгенологично изследване – ДНК диагностика:</u> • чрез проба от урина; • чрез амниотична течност [8]
7. Лечение	• Фолиева киселина • Антибиотик (напр. Clindamicyn) • Pyrimethamine (Daraprim), tab - 25 mg/kg възрастни – 7 дни • Bisepitol, tab 480mg – 20 mg/kg възрастни – 7 дни • Vit B6	Използва се същата медикаментозна терапия, както при възрастни, но в по-ниски дози, определени от неонатолог съвместно с инфекционист. При установяване на тежка увреда на плода бременността се прекъсва по медицински причини.
8. Профилактика	<u>Лична:</u> • да се избягва контакт с животни • да се консумира само добре термично обработена храна • да не се пие вода от непроверени източници • измиване на ръцете преди хранене • да консумира добре измити плодове и зеленчуци <u>Обществена:</u> - серологично изследване при всички бременни; <u>Диспансеризация</u> – 2г. [6] Целта е да се проведе съответно лечение при жени, които са родили вече увреден плод, вследствие на токсоплазмозна инфекция и имат желание да родят здраво дете. Много често родените по-късно деца на майки боледували от токсоплазмоза, без проведено лечение, са здрави , но тъй като има и изключения, се препоръчва лечение на всички жени родили болни от токсоплазмоза деца.[4,5]	

Сестрински и акушерски грижи при бременни с токсоплазмоза.

Грижите за бременни, инфектирани с токсоплазмоза не се различават съществено от тези за останалите групи болни. Бременната се приема в отделение „Патологична бременност“ и се настанява в изо-стая. Когато дойде моментът за раждане, бременната се превежда в изосектора на „Родилно отделение“. Дейностите на акушерката, свързани с превенция, профилактика, диагностика, лечение, грижи за бременни с инфекциозна патология могат да бъдат

самостоятелни или по лекарско назначение и са нормативно регулирани с Наредба № 1 от 8 февруари 2011г. за професионалните дейности, които акушерките могат да извършват по назначение или самостоятелно.

Професионални акушерски дейности:

- Предоставяне и събиране на здравна информация:[3]
- Запознаване на пациентката със структурата, организацията и работния график на отделението. [3]
- Запознаване на пациентката с дейностите по промоция, профилактика, превенция, диагностика, лечение или рехабилитация, които се осъществяват от лечебното заведение.[3]
- Запознаване на пациентката с нейте права и задължения:[3]
- Информирание на пациентката с цел получаване на информирано съгласие при извършване на изследвания и манипулации.[3]
- Водене на медицинска документация на бременната и новороденото.[3]
- Даване на указания на пациентката при необходимост от вземане на материал за медико-биологични анализи.[1]
- Провеждане на серологични изследвания, ехографско изследване, фетална-морфология и амниоцентеза за оценка състоянието на плода, рискът и степента на увреда при инфектиране на бременната с токсоплазмоза.[2]
- Измерване и регистриране на витални показатели на пациентката и новороденото
- Изготвяне на необходимите консулти със специалист- инфекционист.
- Съдействие на акушер-гинеколога при оценка на здравното състояние на плода и новороденото.
- Проследяване и регистриране на лабораторни изследвания, манипулации и здравни грижи.
- Оказване на грижи за психично, физическо и социално здраве на пациентката.[3]
- Предоставяне на съвети за хигиената, храненето и приема на лекарства на пациентката.[3]
- Съдействие на пациентката за предоставяне на информация относно състоянието ѝ и за това на плода, за рисковете на раждането на плод с увреждания, за възможните усложнения от прекъсването на бременността.[3]
- Акушерката трябва стриктно и отговорно да извършва задълженията си, назначенията на лекуващия лекар и грижите за пациентките с инфекциозна патология.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Акушерката е съществена фигура в екипа, който провежда режима, лечението и грижите за бременните с токсоплазмоза. Отговорностите на акушерката се основават на основните принципи и правила, заложили във философията и теоритичните основи на сестринските и акушерски грижи и правилата за добра акушерска практика. Ето защо овладяването на знания, умения и компетенции па време на обучението на бъдещите акушерки е наложително. Проучването води до извода, че протозойните инфекции при бременните протичат по-тежко, отколкото при небременните, но главната опасност е за плода и новороденото, което обяснява особения характер на грижите и нуждата от полагането им.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] – Георгиева А., С. Тончева, Сестрински грижи при болни с инфекциозни заболявания, Учебник за студенти от специалност медицинска сестра, медицински университет Варна, 2012, стр. 20.
- [2] – Димитров, А., Акушерство , Учебник за студенти по медицина, под редакцията на Проф. Д-р Ангел Димитров, 2014, изд. АРСО
- [3] – МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО, НАРЕДБА № 1 от 8 февруари 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно
- [4] - Кацулов А., Бременност с висок риск, Медицина и физкултура, София, 1989, стр. 218.
- [5] –Щъркалев, Ил., Акушерство за студенти по медицина, IV допълнително издание, София, 1978, изд. Медицина и физкултура.
- [6] – <http://medic.etilena.info>
- [7] – <http://ramuslab.com>
- [8] – <http://medpedia.framar.bg>
- [9] – <http://www.puls.bg>
- [10] – <http://hospital-bo.boleznii.in.ua/infekciozni-zaboljavanija>
- [11] – <http://www.genicalab.com/bg>

За контакти:

Теодора Димитрова, III курс „Акушерка“, Факултет Обществено здраве и Здравни грижи, , РУ „Ангел Кънчев“ – гр. Русе, тел.: 0879587766, silistra_ss@mail.bg
Доц. Иваничка Сербезова д.п., РУ „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, email: iserbezova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Профилактика на медицинските работници срещу кръвнопреносими инфекции при професионални условия. Постекспозиционно проследяване

Автор: Теодора Емилянова Димитрова
Научен ръководител: Доц. Иваничка Сербезова

Preventing the Transmission of Bloodborne Pathogens - This report provides an overview of strategies intended to reduce the risk of transmitting bloodborne pathogens in a variety of medical settings. It includes information on preventing the transmission of human immunodeficiency virus (HIV), hepatitis B virus (HBV), and hepatitis C virus (HCV).

Keys word: preventing, transmission, bloodborne pathogens, strategies, midwifery students, education, nursing and midwifery care

ВЪВЕДЕНИЕ:

Ежедневната работа на медицинските работници с биологични течности, екскременти и секрети, подлагат на значителен риск здравето им, а също и здравето на семействата им.

Медицинските специалисти са в риск от професионална експозиция от кръвнопреносими инфекции, най-опасни сред които са HIV, HBV и HCV. Опасността възниква при прекутанна инокулация (т.е. убождане с инфектирани игли или порязване с режещи и остри инструменти, счупена стъклария) или при контакт на кожа или лигавица с увредена цялост, с кръв, тъкани или телесни течности, считани за потенциално инфекциозни.[5] СЗО съобщава, че 40% от професионалните болести сред здравните работници са вследствие убождане с контаминирани игли.[6]

В настоящата научна разработка е направен опит за описание на правила за предпазване на медицинския персонал от инфекция с HIV, HBV и HCV.

ИЗЛОЖЕНИЕ:

Кръвта е най-важният фактор за инфектиране с HIV, HBV и HCV на медицинското лице в здравните и лечебни заведения. От високата концентрация на вируса в кръвта зависи многократно по-високият професионален риск от HBV, в сравнение с HIV и HCV инфекция. В голяма част от случаите на експозицията не води до заразяване (табл.1). Важни общи условия, които определят риска от инфектиране с предавани по кръвен път вируси са: честотата на източниците на инфекция сред населението, вероятността за заразяване след еднократна експозиция, броят и типът на рисковите експозиции.

При осъществена експозиция рискът от HIV, HBV и HCV инфекция зависи от: вида на причинителя, типа на експозицията, количеството на кръвта на пациента в момента на експозиция, приложена ли е предекспозиционна (HBV) и постекспозиционна профилактика (HIV, HBV, HCV).[1]

Рисковете от HIV, HBV и HCV инфекция при различните типове експозиция са изложени в таблица №1.

Табл.1

Риск от HIV, HBV и HCV инфекция при различните типове експозиция по
А.Георгиева, С. Тончева [1]

Тип експозиция	HBV	HCV	HIV
Перкутанна инокулация	18% (6-30%)	1,8% (0-7%)	0,3% (0-0,9%)
Контакт с лигавица	Неопределен	Неопределен	0,1%
Контакт с кожа	Неопределен	Неопределен	<0,1%
Концентрация на вируса в кръвта (чатици/мл)	10^8 - 10^9	10^2 - 10^3	10^0 - 10^4

Важен момент от предпазването на медицинските специалисти от кръвнопреносими инфекции е неспецифичната профилактика. Тя се изразява в следните мерки:

- хигиена на ръце – включва миене на ръцете със сапун и вода, дезинфекция на ръцете с щадящи кожата дезинфектанти на алкохолна основа и грижа за ръцете за поддържане на регенерацията на кожата, посредством хидратиращи кремове;
- средства за лична защита – ръкавици, маски, защитни очила, предпазно бельо. Задължително е използването на ръкавици при венепункция, работа с реагенти или други кръвни манипулации. Носенето на защитни маски, очила и бельо е задължително при риск от пръски от кръв или други инфекциозни течности;
- предпазване от нарязване с остри и режещи инструменти – при работа с игли, режещи и остри предмети, трябва да се спазват следните правила: за вземане на кръв се използват затворени системи, използваните игли не се закапачват и не се разчленяват от спринцовки за еднократна употреба, а ако това се налага се прилага техника с една ръка. Острите и режещи предмети се изхвърлят в специални непробиваеми контейнери с капак маркирани със знака за биологичен отпадък;
- дезинфекция, стерилизация и деконтаминация – инструментите за многократна употреба след контаминация се измиват с хладка вода и детергент, поставят се в дезинфектант с различна експозиция, промиват се отново, подсушават се, оглеждат се за остатък от кръв или тъкани, почисват се с марличка и се носят за стерилизация. При деконтаминация на повърхности с разлята върху тях биологични течности, контаминираното място се покрива с абсорбираща хартия, почиства се с воден разтвор на детергент или разтвор на белина 1:10, след което се абсорбира и изплаква. Използваните материали се изхвърлят в контейнер за опасни отпадъци;
- управление на биологичния отпадък - всички контаминирани отпадъци се събират в специални контейнери за биоопасни продукти в двойни пластмасови торби, затварят се добре и се изпращат за депониране или изгаряне;
- изпиране на контаминираното бельо – при зацапване с кръв работното облекло се сменя веднага и се поставя в дезинфектант[2], след това се събира, транспортира се в контейнери и се изпира на 71 и 91°C или на 50-71°C с добавка дезинфектант.[5]

Постекспозиционна профилактика на кръвнопреносимите инфекции:

Основен момент от постекспозиционната профилактика (ПЕП) е определяне кода на ХИВ статуса. Въведена е специална скала за оценка на риска, включваща цифров код:

- ✓ I степен (минимален) – 2-3 капки кръв с много кратка продължителност на експозиция върху интактна кожа;

- ✓ II степен (малък) – няколко капки при по-продължителна експозиция (няколко минути или по-дълга) върху интактната кожа;
- ✓ III степен (умерен) – 2-3 капки кръв с много кратка продължителност на експозиция върху кожа с нарушена повърхностна цялост;
- ✓ IV степен (повишен) – убождане с игла или инструмент видимо замърсени с кръв или продължителна експозиция на кръв (няколко минути или по-дълга) върху интактна кожа.[1]

Първи елементи на ПЕП - Поведение след експозиция с кръвнопреносима инфекция – ХИВ, Хепатит В или С.

1. Веднага след експозиция при убождане, раната трябва да се остави да кърви поне за една-две минути или механично да се изтласка от раневото отворстие:

- мястото се измива със сапун и топла вода и след това се дезинфекцира със спирт 70⁰, 10% йодна тинктура или йодасепт или друг подходящ дезинфектант, като при това прободния канал максимално се разтваря;
- при попадане на кръв в очите или лигавици се изплакват добре с вода, прави се промивка с воден разтвор на хлорхексидин диглюконат 0,05% или се накапва разтвор на сребърен нитрат 1%;
- напръсканата с кръв кожа се измива обилно с вода и сапун и се дезинфекцира с йодасепт или йодна тинктура.

2. Експозицията се документира подробно в специален за тази цел дневник – час, дата, тип на експозицията, къде и как е станала, количеството на потенциално инфекциозна течност и статуса на източника по отношение на ХИВ, хепатит В и С. Незабавно се уведомява Управител на медицинското заведение.

3. Съобщаване за инцидента на МЗ при рискове от ХИВ експозиция, и незабавано предоставяне на информация на медицински съвети на пострадалото лице за последващо поведение и лечение.

4. Изследване на лицето източник на Анти ХИВ антитела.

5. При доказан източник с ХБВ инфекция и липсваща ваксина срещу ХБВ на медицинският специалист след инцидента да се извърши ваксина срещу Хепатит В по една от съществуващите кратки схеми на имунизация.

6. Проследяване на антителата на кръвнопреносимите инфекции при медицински специалисти претърпели инциденти, на първи, трети, шести и дванадесети месец, при отрицателен резултат от тестовете в момента на инцидента.[5]

ПЕП се провежда с антиретровирусни препарати – комбинация, включваща:

- нуклеозидни инхибитори на обратната транскриптаза и протеазни инхибитори при ХИВ инфекция;
- използване на ваксини срещу Хепатит В и антивирусни медикаменти срещу Хепатит С.

Когато имаме експозиция с кръвта или биологичните течности на пациент с неизвестен ХИВ статус, се налага тестване, което се извършва по реда на „Методично указание за постекспозиционна профилактика на медицинския персонал при хепатит В, хепатит С и инфекция с вируса на човешкия имунодефицит, която е част от Заповедта на министъра на здравеопазването РД 09-694, 25.08.2004. [3] При вземане на решение за избора на антиретровирусния препарат трябва да се извърши спешна консултация със специалист инфекционист, който да прецени комбинацията, съобразявайки се с наличието на съпътстващи остри и хронични заболявания на експонирания медицински кадър. Началото на терапията трябва да е веднага след инцидента, като лечебният курс е с продължителност от 4 месеца.

Мониторингът продължава от 6 месеца до 1 година според статуса на заболяването.[1] Показания за ПЕП срещу ХИВ са изложени в таблица №2.

Табл.2

Показания за ПЕП срещу ХИВ по А. Георгиева, С. Тончева[1]

ПЕП е показана в следните случаи		
	Тип експозиция	Статус на източника
Кръв	Проникване на вируса при подкожно навлизане на игла за интравенозни или интрамускулни инжекции или с вътресъдова канюла	ХИВ (+) или неизвестен серологичен статус при наличие на рискови фактори за ХИВ
	• Кожно нараняване с остър инструмент, игла за интравенозна или подкожна инжекция или игла за шев. • Контакт >15 минути с легавица или наранена кожа	ХИВ (+)
Генитални секрети	Анален или вагинален секс	ХИВ (+) или неизвестен серологичен статус при наличие на рискови фактори за ХИВ
	Извършване на орален секс с еякулация	ХИВ (+)
Интравенозни наркомани	Използване на обща спринцовка, игла, материал за подготовка или друг материал	ХИВ (+)

През май на 2010 г. Съветът на ЕС приема нова Европейска Директива – Директива 2010/ 32/ЕС/ 10.05.2010 г., за прилагане на Рамково споразумение за превенцията на наранявания с остри и режещи предмети, включително убодвания с игли в болниците и сектора на здравеопазването, сключено между HOSPEEM (Европейска Асоциация на работодателите в сектора на здравеопазването и болниците-секторна организация, представляваща работодателите) и EPSU (Европейска синдикална федерация в сектора на обществените услуги). Цел на споразумението, съответно на Директивата, гарантираща изпълнението му, е предпазването на работещите в сектора на здравеопазване и пациентите от риск. [6]

На 08.05.2013 г. Наредба №3 „Медицински стандарт по превенция и контрол на ВБИ“, която е в сила от 11.05.2013г, отменя Наредба №39/2010г. В медицинския стандарт няма коренни промени в изискванията за превенция и контрол в сравнение с Наредба №39. Стандартът има за цел да подобри качеството и безопасността на медицинската помощ чрез намаляване честотата на вътреболничните инфекции, както и да ограничи разпространението на антимикробната резистентност.[4]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Превенцията е ключов фактор в борбата с кръвнопреносимите инфекции при медицинските специалисти по време на упражняване на професионалните им дейности.

Поради отдадеността си към работата и пациентите си медицинските специалисти са подложени всекидневно на риск от заразяване. Ето защо всяко лечебно и здравно заведение изготвя стриктен план за профилактика, действия и мероприятия при евентуална експозиция и план за постекспозиционна дейност,

съобразени с новостите и измененията по стандартите за ВБИ. Всеки член на медицинския екип трябва да е запознат с тях и стриктно да изпълнява наложените правила.

На всички, които биха имали контакт с инфекциозно болни в болничните отделения се съобщава за наличието на инфекция и се вземат мерки за лична защита. В това число се включват студентите по медицина и здравни грижи, имащи практически упражнения в университетските лечебни и здравни заведения.

Профилактиката, превенцията и защитата от кръвнопреносимите инфекции се извършват с участието на всяко едно звено от здравна система.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] - Георгиева, А., Сестрински грижи при болни с инфекциозни заболявания, Учебник за студенти от специалност „Медицинска сестра“, под редакцията на доц. Соня Тончева д.м., Медицински университет Варна, 2012, стр. 178, 179, 181, 183, 184
- [2] - Грозева, Д., Лекции на д-р. Д. Грозева по кожни и венерически болести, Сексуално предавани болести
- [3] - Методично указание за предпазване на медицинския персонал от инфекция с вируса на човешкия имунен дефицит, хепатит В и хепатит С вирус в лечебните и здравни заведения, утвърдено със Заповед № РД-09-693/25.08.2004 г. на министъра на здравеопазването.
- [4] – НАРЕДБА № 3 от 8.05.2013 г. за утвърждаването на медицински стандарт по превенция и контрол на вътреболничните инфекции Издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 43 от 14.05.2013 г., в сила от 11.05.2013 г
- [5] - <http://riokozpd.com>
- [6] - <http://forummedicus.com/>

За контакти:

Теодора Димитрова, III курс „Акушерка“, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев“ – гр. Русе, тел.: 0879587766, silistra_ss@mail.bg
Доц. Иваницка Сербезова, д.п., РУ „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, email: iserbezova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Участие на акушерката при манипулация за съхранение на стволови клетки

Автор: Анел Бейтула

Научен ръководител: Доц. Иваничка Сербезова

Participation of midwife at manipulation of stem cell storage: The report addresses the need for utilization of the professional competencies of the midwife in participation in stem cell storage. Outlined is the use of stem cell storage, and advantages of the umbilical cord blood before the blood obtained from the bone marrow puncture. Formulated the tasks of midwife at participation in manipulation of stem cell storage.

Key words: midwives, training, competence, stem cell storage, part of midwife

ВЪВЕДЕНИЕ

Човешкото тяло е изградено от множество клетки и всяка от тях е с важна функция за организма. Терапевтичните функции на стволовите клетки правят криосъхранението важен избор за бъдещето на децата. Въпреки, че този метод все още е в ранен етап от своето развитие, съществуват редица отзиви от родители, чиито деца са излекувани от различни заболявания

ИЗЛОЖЕНИЕ

Исторически данни

През 1985г. д-р Хал Броксмаер открива наличието на хемопоеични клетки в умбиликалната кръв. През 1988г. в Париж е направена първата успешна трансплантация на умбиликална кръв на 6 годишно момче, страдащо от кръвно заболяване наречено анемия на Фанкони. През 1992г. е открита първата публична банка за съхранение на умбиликална кръв от д-р Пабло Рубинстейн в Ню Йорк. [6]

Видове стволови клетки:

Ембрионални - те могат да бъдат взети от бластоцистите в ранния стадий на развитие на оплоденото яйце. Този метод обаче не се използва, тъй като е в ранен етап на проучване и съществува опасност от тератогенност.

Зрелите се намират в кръвта и в тъканта на пълната връв и биват 2 вида:

- хемопоеични - извличат се от умбиликалната вена и се използват за възстановяване на имунната система;
- мезенхимни - извличат се от умбиликалната тъкан и могат да се превърнат в различни видове клетки.

Умбиликалната кръв съдържа всички форми елементи на кръвта-еритроцити, тромбоцити, левкоцити и плазма. Наличието на хемопоеични клетки, които са подобни на тези в костния мозък, дава предимство на използването на умбиликалната кръв пред костно-мозъчната трансплантация, която в миналото е била единственият начин за използване на хемопоеични клетки. Тази процедура е сравнително сложна, инвазивна и несигурна, тъй като трансплантацията зависи от наличието на висока степен на тъканна съвместимост между донора и реципиента. Колкото са по-големи генетичните различия, толкова по-висок е рискът от отхвърляне или от т.н. реакция на присадката срещу приемника.[5] На табл.1 са представени предимствата на плацентарната кръв пред костния мозък.

Таблица 1,
Предимствата на плацентарната кръв пред костния мозък.

Плацентарна кръв	Кръв от костен мозък
Събирането на плацентарна кръв е безопасна и лесна процедура.	Събирането на стволови клетки се извършва чрез поредица от болезнени костно-мозъчни пункции.
Умбиликалните стволови клетки са по-млади, което ги прави по-ефективни.	Клетките от костния мозък са претърпели деление, което ги прави по-малко ефективни.
Нисък риск от предаване на латентни инфекции по трансмисивен път.	Висок риск от предаване на латентни инфекции.
Плацентарната кръв съдържа по-голямо количество стволови клетки.	Периферната кръв и костния мозък съдържат много по-малко стволови клетки.
Честотата на реакция на присадката срещу реципиента е значително по-ниска.	Висока честота на реакция на присадката у реципиента

Заболявания, при които са индицирани стволовите клетки:

- Детска церебрална парализа
- Аутизъм
- Придобита загуба на слуха
- Бронхопулмонална дисплазия
- Вродена левокамерна хипоплазия
- Онкологични заболявания

В научната литература съществуват редица данни за успешно лечение на посочените по-горе заболявания в резултат на трансплантация на хемопоеитични стволови клетки. Пример за това е случай на 6-годишно момиче, което е излекувано от остра лимфобластна левкемия. След редица направени изследвания, кръвта от пъпната връв е влята успешно и 24 месеца след трансплантацията детето е в пълна ремисия.[2]

Според изследването на авторите . М. Стивън., Фрюхтман, Анне Хурлет, Робърт Дракър е доказано лечението на 20-месечно бебе от тежка апластична анемия. Три години след трансплантацията, детето е в пълна хематологична ремисия с нормален брой кръвни телца.[1]

Начин на съхранение на стволови клетки

Процедурата за съхранение на стволови клетки протича на няколко етапа: получаване, транспортиране, обработка, замразяване, съхранение. На всеки етап се упражнява непрекъснат качествен контрол. Манипулацията се извършва чрез венепункция на умбиликалната вена и събиране на умбиликална кръв в специална стерилна торбичка на Бакстър, която съдържа 35мл. антикоагулант от цитрат-фосфат-декстроза. Това се извършва след срязване на пъпната връв преди отлепване на плацентата, като количеството на взетата кръв е не по-малко от 80-85мл. Бакстерът се съхранява в стайна температура до транспортирането му в обработващата лаборатория. Събраната кръв съдържа живи клетки, чиято преживяемост извън организма е ограничена. Кръвта се транспортира в защитен контейнер на стайна температура в максимално кратки срокове (до 48 часа). Особено важно е да се избегнат резки затопляния или охлаждания, излагане на пробата под действието на лъчения, изпарения, прекомерни вибрации или други рискови фактори, което би довело до загиването или увреждането на клетките.

Обработването включва отделяне на ядрените клетки от останалите елементи на кръвта и отделяне на мини-проби за хематологичен и флоуцитометричен анализ, както и задължителните серологични и микробиологични изследвания (Хепатит А, Б, С, СПИН, сифилис, аеробни и анаеробни патогени). Изолираният клетъчен концентрат се разделя стерилно в два отделни сака за криосъхранение и се смесва с криопротектор (вещество, което предпазва клетките от увреждане по време на процеса на замразяване). За допълнителна сигурност, саковете се поместват в специални касети. Замразяването трябва да бъде със съобразена скорост на охлаждане, така че да не се образуват ледени кристали, които биха разрушили клетките. След достигане на температура на течния азот - минус 196°C, пробите се прехвърлят в карантинен съд с течен азот, където престояват до потвърждаване на отрицателни резултати от серологичното и микробиологичното изследване. След това се привеждат в специални съдове за дългосрочно криогенно съхранение, при температура между минус 180 – минус 190°C.[4,7, 8]

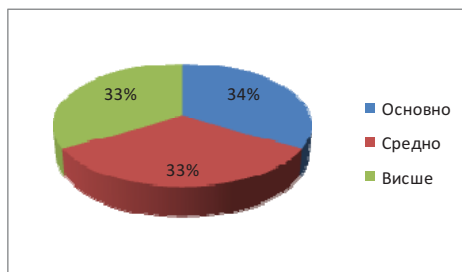
Всички консумативи използвани от получаването до замръзването на пробата са стерилни и сертифицирани. Криосъдовете са оборудвани във високотехнологична система за непрекъснат мониторинг на температурата и нивата на азот, както и алармени модули за незабавно известяване при повреда.

Задачи на акушерката:

- провеждане на консултация, относно същността, възможностите и перспективите на стволите клетки;
- оформяне на пакета от документи преди раждането в два екземпляра и подписването им от родителската двойка;
- вземане на кръв от жената за необходимите изследвания;
- по време на манипулацията, акушерката подготвя стерилен компрес върху количката, намираща се в близост до лекаря и поставя по стерилен начин сета за вземане на умбиликална кръв;
- освобождава стоперите и иглите от предпазители;
- наблюдава изтичането на кръв;
- след събирането на кръвта, надписва Бакстера с трите имена на майката, пола на детето, дата, час и името на лекаря.[3]

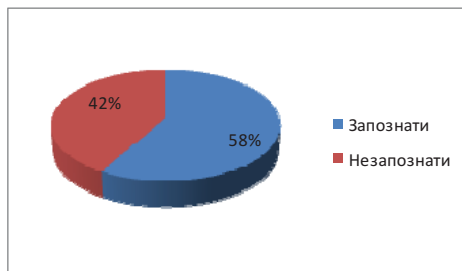
Трябва да се отбележи и това, че този методът е критикуван, поради високата цена, по бавното захващане на присадката и различният брой на стволите клетки в единица кръв при всяко раждане.

През април-май 2016г. е извършено проучване на пациенти в АГ- комплекс към УМБАЛ Русе на лежащи бременни в сектор патологична бременност. Целта на проучването е да установи, каква част от бременните са запознати със съхранението на стволови клетки и тяхното желание и готовност да се извърши криосъхранение на умбиликална кръв на техните деца. Анкетирани са общо 12 бременни във възрастта между 18-35г. На фиг.1 е представен съставът на анкетиранияте според тяхното образование. Изследвани са сравнително еднакъв брой жени със основно, средно и висше образование.



Фиг. 1. Състав на анкетираните според тяхното образование.

Фигура 2, представя процента на осведоменост на проучвания контингент по отношение на съхранението на стволони клетки. По-голяма част (58%) са осведомени за това, че се извършват процедури за криосъхранение. Прави впечатление, че образованите пациентки – със средно и висше образование са по-добре осведомени от тези с основно. Те са наясно с предимствата, които предоставя съхранението на стволони клетки, както и с основните недостатъци. Информацията, която имат им дава основание да отговорят на въпроса дали биха съхранили кръв от пъпна връв на своето дете. Данните от фиг. 3 дават възможност да се получи сведение за желанието на анкетираните жени във връзка с извършване на тази толкова актуална процедура. Почти половината от тях (43%) искат да съхранят стволони клетки чрез криозамразяване.



Фиг. 2. Осведоменост на анкетираните бременни относно криосъхранението на стволони клетки.



Фиг. 3. Процентно съотношение на бременни желаещи и нежелаещи да съхранят стволони клетки.

Не е малък делът на тези, които няма да предприемат извършването на процедурата - 57%. Пациентките посочват като мотив за нежеланието си да съхранят стволови клетки високото заплащане, а други смятат, че не е необходимо да се подлагат на тази манипулация. Данните от анкетата дават основание да се направи изводът, че има интерес към процедурата Съхранение на стволови клетки, но информацията за това е недостатъчна. За популяризирането на тази иновативна медицинска процедура, важна роля се пада на акушерката, която трябва да информира по-подробно родителите. Ето защо е обосновано включването на изучаване в програмите по Специални сестрински грижи на проблеми, разглеждащи обсъжданите по-горе теми. Така ще се постигне усвояване на знания, умения и компетентности от бъдещите акушерки и ще се даде възможност за ефективно информиране на бременни и семействата им, както и ползотворно участие по време на същинската манипулация.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Днес все повече родителски двойки се насочват към проучване на необходимостта от съхранение на стволови клетки и изявяват готовност за реално извършване на тази отговорна медицинска манипулация. Това налага овладяване на компетентност от акушерките за предоставяне на необходимата информация и ефективно участие по време на процедурата. Уместно е в програмите по Специални акушерски грижи да бъдат включени теми, засягащи съхранението на стволови клетки от пъпна връв по време на раждането. Полезно би било и да се установи връзка с представители на компании, които предлагат услугата криосъхранение, които да проведат срещи с бъдещите акушерки и да предоставят информационни материали.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Fruchtman, S., A.Hurlet, R. Dracker, L.Isola, B. Goldman, B. Schneider, S. Emre., The successful treatment of severe aplastic anemia with autologous cord blood transplantation, 2004г., стр.741-742.
- [2] Hayani, A., E. Lampeter, D. Viswanatha, D. Morgan, S. Salvi., First report of autologous cord blood transplantation in the treatment of a child with leukemia.,Pediatrics.,2007г.
- [3] [http:// www.bulgen.com/?page_id=171](http://www.bulgen.com/?page_id=171)
- [4] [http:// www.bioregeneration.bg/procedure_biocell_bg_htm](http://www.bioregeneration.bg/procedure_biocell_bg_htm).
- [5] [http:// www.bg.cryo-save.com](http://www.bg.cryo-save.com)
- [6] [http:// www.cccb.duke.edu/about_cord_blood/hystory_cord_blood](http://www.cccb.duke.edu/about_cord_blood/hystory_cord_blood)
- [7] [http:// www.cordblood.com](http://www.cordblood.com)
- [8] [http:// www.nationalcordbloodprogram.org](http://www.nationalcordbloodprogram.org)

За контакти:

Анел Недим Бейтула, II курс, Акушерка, факултет Обществено здраве и здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе, anel_953@mail.bg

Научен ръководител

Доц. Иваницка Сербезова, РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе, iserbezova@uni.ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Тютюнопушене и бременност

Автор: Анна Даринова Митева
Научен ръководител: доц. Иваничка Сербезова

Smoking and pregnancy: Smoking seriously harms the health of mothers and their newborns . An alarming fact is that young women start smoking even before entering childbearing age. This seriously harms their reproductive potential and often leads to infertility

Key words: smoking, pregnancy, effects of smoking, midwives

ВЪВЕДЕНИЕ

Тютюнопушенето е световен социално значим проблем. Въпреки добре познатите за всички вреди от него, хората продължават да употребяват цигарите дори и по време на бременност, независимо от последиците, за които могат да допринесат с този порок върху все още нероденото си дете.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Тютюнопушенето е най-значимият, предотвратим фактор на редица социално-значими заболявания. То причинява повече здравни проблеми в сравнение с алкохола, нелегалната дрога, кръвното налягане, затлъстяването или повишения холестерол. Употребата на тютюн е сред основните фактори за развитието на рак, белодробни и сърдечносъдови заболявания. Отказът от тютюнопушенето намалява рисковете от сърдечен инфаркт, мозъчен инсулт и рак.

В Европа тютюнопушенето формира средно 12.2% от глобалното бреме на болестите (3%-28.8% в отделните страни) и е причина за 2.3-21% от всички смъртни случаи. В България кореспондиращите данни са съответно 13.5% от всички болести и 12.4% от смъртните случаи. Съгласно оценките на Световната банка цената, която плаща здравната система на дадена държава за последствията за здравето от употребата на тютюневи изделия, съставлява между 0.1% и 1.1% от brutния вътрешен продукт в различните страни. [3]

Активното тютюнопушене причинява предимно ракови заболявания като рак на белия дроб, бронхите, трахеята, устната кухина, ларинкса, фаринкса, хранопровода, носоглътката, синусите, бъбреците и уретрата, панкреаса, стомаха, пикочния мехур, кръвта и др. В резултат на тютюнопушенето активните пушачи боледуват по-често от хронично обструктивна белодробна болест (ХОББ). Изключително уязвима от активното тютюнопушене е сърдечносъдовата система, като последиците са: сърдечен инфаркт, аневризма на аортата, стенокардия, атеросклеротични и периферни съдови заболявания. Активните пушачи намаляват репродуктивните си способности. При тях по-често и по-рано настъпва импотентност. Пушенето при бъдещите майки води до ограничаване растежа на плода, изтъняване и преждевременно отлепване на плацентата, спонтанен аборт, преждевременно раждане, ниско тегло на новороденото дете. Увеличава се риска за възникване синдрома на внезапната детска смърт. Активните пушачи страдат още от слепота в резултат на ранно остаряване на окото, съпроводено с дегенерация на макулата и катаракта, ранно състаряване на кожата, остеопороза и фрактури, язва на стомаха, дентални проблеми и други.

Пасивното тютюнопушене причинява болести и у възрастните, и у децата. Възрастните боледуват от коронарна болест на сърцето, рак на белия дроб. Пасивното тютюнопушене причинява репродуктивни проблеми при жените и недоносеност на новороденото, респираторни проблеми (дразнене на носоглътката) и др. При децата последиците от пасивното тютюнопушене са: болест на средното ухо, синдрома на внезапната детска смърт, респираторни заболявания и др.

В някои случаи поемането на малки количества качествен алкохолни напитки може да бъде полезно както за майката, така и за развитието на плода поради ефекта им на релаксация, вазодилатация и успокояване на нервнo-психичното напрежение. За разлика от алкохола, тютюнопушенето и цигареният дим нямат никакъв благоприятен ефект.

Тютюнопушенето по време на бременност уврежда здравето както на майката, така и на плода. Редица изследвания показват, че пушачките забременяват по-трудно. Плодовитостта им е намалена с около 30% спрямо непушачките. Пушенето може да доведе до спиране на овулацията и намаляване на отделянето на хормона прогестерон, който е необходим за имплантиране на оплодената яйцеклетка в матката и задържането на бременността докато се развие плацентата. Това се потвърждава и от факта, че неуспешните изкуствени осеменявания са най-чести при пушачките.

Проучвания и наблюдения върху голям контингент от бременни пушачки показват, че средната телесна маса на новородените е с близо 350-400гр. по-малка от тези на майки непушачки. Новородените им обикновено са с интраутеринна ретардация, по-малко развита имунна система, боледуват по-често и по-дълготрайно. [1]

Тютюнопушенето представлява тежка битова интоксикация на човешкия организъм и е причинител на множество тежки хронични заболявания, злокачествени новообразувания, инвалидизация и преждевременна смърт. Доказано е, че 80-90% от хроничните заболявания на дихателната система; 80-85% от белодробния рак; 30% от всички злокачествени заболявания и 25-43% от исхемичната болест на сърцето са пряко свързани с пушенето.

1. Влияние върху майчиният организъм

Най-силно е засегната Дихателната система(ДС). В белият дроб попада сложна комбинация от около 4000 химически вещества, много от които са токсични, дразнещи и канцерогенни. Те причиняват спазъм на бронхите и увреждане на ресничестия епител, което води до нарушаване в нормалните механизми на прочистване на бронхиалното дърво. Развиват се остри и хронични заболчвания (пневмония, ХОББ, рак на белия дроб и туберкулоза)

Тютюнопушенето е главен рисков фактор за развитие на сърдечно-съдови заболявания, като удвоява риска за тяхната проява. Всяка изпушена цигара ускорява сърдечната дейност с около 20 удара в минута. При тютюнопушене кръвното налягане се повишава с 20% до 40%, което се дължи на участването на сърдечната дейност и свиването на кръвоносните съдове.

Нервната система е много чувствителна към въздействието на тютюневите отрови. Никотинът който създава силна психическа зависимост уврежда нервната система по два начина: пряко токсично действие върху нервната клетка; спазъм на кръвоносните съдове, който се отразява върху кръвоснабдяването на мозъка и се проявява с главоболие, виене на свят, отслабване на паметта, намаляване на работоспособността и други.

При ендокринната система тютюнопушенето предизвиква промени като засяга хипофизата, щитовидната жлеза, надбъбречните жлези, функцията на тестисите и яйчниците, калциевият метаболизъм и действието на инсулина. Това вредно въздействие се причинява от никотина и другите токсични вещества в тютюневия дим.

Жените пушачки по-често страдат от безплодие. Менструалните разстройства са по-характерни за тях - болка, нередовна менструация и аменорея. Пушещите жени които ползват орални контрацептиви имат по-голям риск от развитие на сърдечно-съдово заболяване. Тютюнопушенето при жените е причина за ранната менопауза, която настъпва с 2-3 години по-рано и води до преждевременно остаряване. Недоносеността, мъртвородените и вродените аномалии на плода са

по-чести сред пушещите бременни жени. Бебетата родени от пушачки обикновено са с поднормено тегло. При тези деца се среща по-често и синдрома на внезапната детска смърт.

Пушенето състарява преждевременно кожата. Тя става сивкава, безжизнена, отпусната.

Бременните са застрашени с около 40% повече от непушачите за преждевременно раждане, *abruptio placentae* и *placenta previa*. [4]

2. Влияние върху плода

Ако жената пуши, когато е бременна или кърми, това може да се разглежда като еквивалент на пасивното пушене за плода. Тютюневият дим е замърсител на околната среда и в него се съдържат повече от 4000 различни вещества. Те са:

-драгнещи вещества и системни токсични агенти като водороден цианид, серен диоксид, амоняк, формалдехид

-канцерогенни и мутагенни (оказват влияние на гените) вещества: арсен, хром, нитрозамини, бензпирени

-вредни за репродукцията вещества: никотин, кадмий, въглероден оксид и др.

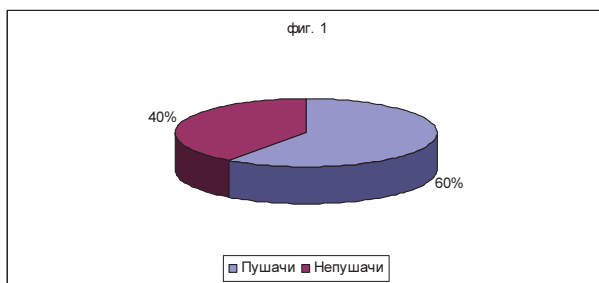
Повечето токсини се предават на зародиша през плацентата. Вредата, причинена на зародиша от цигарения дим, е свързана с количеството на изпушените цигари – колкото повече пуши жената – толкова е по-голям рискът. Ако откаже цигарите през първите три месеца, рискът за здравето на бебето е съизмерим с този при бебе на майка, която никога не е пушила. Още в утробата на майка си бебето може да абсорбира никотин от цигарения дим. Съдържанието на никотин в кръвта на зародиша е по-високо от това в кръвта на майката, която пуши. Доказано е, че никотинът ускорява пулса и повишава кръвното налягане в зародиша.

Белите дробове на плода не се развиват правилно, което може да доведе до Хиалинно мембранна болест, последвана от дихателни проблеми, астма и алергии.

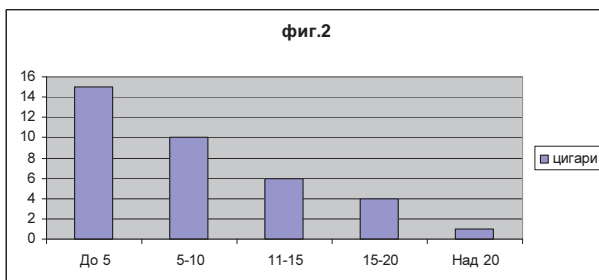
3. Влияние върху плацентата, пъпа и околоплодна течност

Тютюневият дим и по специално никотинът намаляват притока на кръв към плацентата, което от своя страна повлиява нейните важни функции (обмяна на кислород, детоксикация, хормонални възможности). Нивата на естриол (хормон, произвеждан от плацентата) са понижават. Плацентата започва да натрупва различни токсини, което от своя страна води до други токсични увреждания. [2]

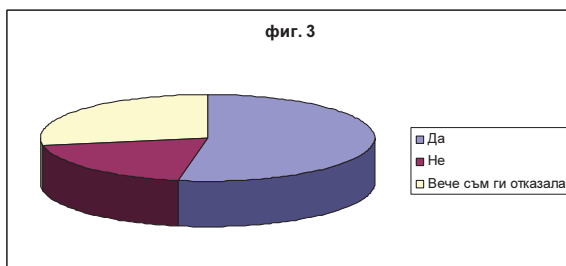
През месец Април 2016г. беше проведено анкетно проучване на 50 жени в репродуктивна възраст относно тютюнопушенето по време на бременност. Въпреки че повечето от тях са запознати с вредите, които носят на тяхното дете се установи, че 60% (36 жени) от анкетираните са пушачи, спрямо 40% (24 жени) непушачи (фиг.1).



Повечето от анкетираните са пушили до 5 цигари дневно, но има и такива които са пушили по много повече (фиг.2). Средно изпушените цигари са около 10 на ден.



Голяма част от анкетираните пушачи имат желание да откажат цигарите, но поради ред причини не могат. Едва 19% (7 жени) нямат желание, а 28% (10 жени) вече са спрели да пушат (фиг.3).



Направеното проучване показва колко съществен е делът на младите жени в репродуктивна възраст, които пушат, въпреки осъзнатата вреда от цигарите. Веднъж създаден навикът е трудно преодолим и задача на акушерките е да разясняват вредата от никотина, както върху организма на младата жена, така и върху ново зараждащия се живот.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Тютюнопушенето е порок, който носи редица усложнения за всеки човек, а в много по-голям риск са поставени децата на майки-пушачки. Направено проучване, макар и на ограничен контингент млади жени води до извода, че е необходима сериозна и задълбочена, упорита работа на всички ангажирани с опазването на тяхното здраве. Семейството и социалната среда играят съществена роля, но особено важна функция се пада на акушерката, която трябва да разясни, убеди, въздейства в максимална степен, за да интериоризира бъдещата майка негативните ефекти в резултат на тютюнопушенето върху нейното здраве и особено върху здравето на нейното дете. Тютюнопушенето трябва да бъде преустановено безапелативно още с появата на намерение за забременяване.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] Хаджиев, А., Карагьозов, И., Акушерство за студенти по медицина, Медицина и физкултура, София, стр. 82
- [2] <http://www.medicine.bg/novini/bremennost-i-cigaren-dim>
- [3] <http://www.mh.government.bg/bg/politiki/strategii-ikontseptsii/strategii/nacionalna-zdravna-strategiya-2014-2020/>
- [4] www.rzi-kn.net/tp_zdr._14g..doc

За контакти:

Анна Митева, I курс, Акушерка, Факултет Обществено здраве и здравни грижи,
РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе, e-mail: *anincet0_pc@abv.bg*

Научен ръководител: Доц. Иваничка Сербезова, РУ „Ангел Кънчев ” – гр. Русе,
iserbezova@uni.ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Своевременното хранване на недоносените – предпоставка за оптимално качество на живот

Автор: Айлин Хюсеин
Научен ръководител: Анка Несторова

The aim of this work is to conduct an inquiry if women are informed about the feeding of the prematurely born, as well as the need of organizing training courses.

Conclusion: Feeding the prematurely born in due time ensures optimal development of physical and mental potential in the coming years. In this way the initial bases of the correct eating habits are built as well as prevention of the development of certain chronic diseases.

Key words: new born, prematurely born, feeding in due time

ВЪВЕДЕНИЕ

През последните години неонатологията претърпя значителен възход. Немислимото в миналите години спасяване и отглеждане на деца под 1000 гр., вече е факт.

Поради това, че недоносените деца се раждат увредени по-често, отколкото доношените и че заболяемостта и смъртността сред тях е значително по-висока, те представляват един от основните контингенти, който определя нивото на детската и преди всичко на неонаталната смъртност в страната.

Недоносени са децата родени между 22 – 37 г.с., или съгласно препоръката на СЗО предтерминно родени са децата с телесна маса под 2500 гр.

Колкото по-малка е телесната маса на недоносеното дете при раждане, толкова по-незрял е неговият организъм.

Прогнозата и съдбата на тези деца зависят главно от гестационната възраст и наличието на възможност за интензивни неонатологични грижи.

Честотата на недоносените е около 12% за България и между 5 – 20% в различните страни.[1]

ИЗЛОЖЕНИЕ

Критерии за недоносеност

В практиката в зависимост от своето тегло при раждането недоносените деца се делят на:

- Новородени деца с ниско тегло – тегло при раждането, по-ниско от 2500 г (до и включително 2499 г).
- Новородени деца с много ниско тегло при раждане – тегло, по-ниско от 1500 г (до и вкл. 1499 г).
- Новородени деца с изключително ниско тегло при раждане – тегло, по-ниско от 1000 г (до и вкл. 999 г).
- Новородени деца с тегло, ниско за гестационната им възраст – теглото при раждане е под 10 перцентил или повече от две стандартни отклонения под средното тегло за съответната гестационна възраст.[5]

Външни признаци

Недоносените деца са видимо по-дребни, имат къси крайници, относително голяма глава и голямо коремче. Кожата им е по-червеникава, суха, набръчкана и през нея прозират подкожните кръвоносни съдове. Мускулният тонус е нисък. По кожата има повече фини косъмчета /лануго/. Детето има старчески вид. Ушните миди са с мек хрущял, още неоформени, и прилепват към главичката. Дишането е повърхностно и неправилно, белите дробове не са достатъчно разгърнати, гласът и плачът са слаби.[4]

Храносмилателната система на недоносеното дете е все още незряла, затова то трябва да се кърми на всеки два часа, по 8-9 пъти в денонощие.[6]

Коригирана възраст

Възрастта на детето, отчетена от деня на термина, а не от актуалната дата на раждане. Коригираната възраст се използва до 24 месеца при деца, родени под 1500 гр. и до 12 месеца при деца с тегло 1500-2000 гр.

Например, ако детето се роди в 32 гестационна седмица, 12 седмици след раждането то ще бъде на 1 месец коригирана възраст.

СЗО формулира четири основни принципа на захранването

1. Своевременно – да се проведе в най-подходящата възраст;
2. Адекватно – да осигури необходимата енергия и хранителни вещества;
3. Безопасно – определя се от подбора на продуктите, тяхното съхранение и начин на кулинарна обработка;
4. Правилно – следи се количеството и качеството на храната. Броят на храненията трябва да отговаря на потребностите на детския организъм. Най-подходящата възраст за захранване е в периода 16-24 седмици (4-6 навършени месеца). [2]

Препоръки за захранване

Съществуват много разнообразни методи в различните страни по отношение на: времето на захранване, най-често използвани храни, поредност на въвеждането им. Затова има универсални препоръки за захранване от Световната Здравна Организация (СЗО) и Европейското общество по гастроентерология, хепатология и хранене (ASPGHAN), включително и по отношение захранването на недоносените деца.[2]

Важно е да се отбележи, че недоносените деца следва да се захранват съобразно т.н. "коригирана възраст" – възрастта на детето отчетена от деня на термина на майката, а не от актуалната дата на раждане. (Ако детето е родено 1 месец преди термина – в 36 г.с., на 3 месеца календарна възраст отговаря 2 месеца коригирана възраст.

Затова препоръките са доносените деца да започнат да получават твърди храни като добавка към млякото около средата на първата година след раждането. Тези препоръки обаче не важат за недоносените, които имат специфични потребности.

Децата, родени преждевременно, страдат в различна степен от недостиг на редица важни елементи, сред които желязо, цинк, калций, витамин Д. Бебетата натрупват запасите си от желязо, калций и фосфор в последните седмици от бременността. Недоносените бебета се раждат по-рано и не успяват да се запасят с достатъчно количество от тези ключови елементи.

Твърде ранното включване на твърди храни обаче носи своите рискове като алергични прояви, проблеми с усвояването на храните. [3]

Ранно захранване.

Кърмата се усвоява по-лесно от всяко друго мляко, което не е без значение, тъй като храносмилателната система на недоносените е все още незряла. Ако кърменето е неуспешно вече има добри заместители на кърмата - **специални адаптирани млека за недоносени**, които са допълнително обогатени с ценни за недоносеното бебе вещества.

Въвеждането на твърда храна в менюто на недоносеното бебе е препоръчително да се започне спрямо **коригираната му възраст**. Въпреки това е важно да се ръководим от обективното състояние и развитие на детето. Твърде рано, т.е. преди 16-тата седмица от раждането на бебето, захранването може да повиши риска от алергия и храносмилателни проблеми, защото храносмилателната система все още е незряла.

Късно захранване

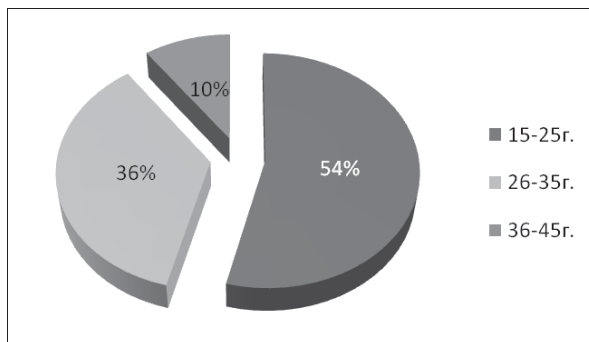
Твърде късното въвеждане на твърда храна (след 7-10 месеца от раждането на бебето) може да доведе до съпротива у бебето да приема в устата си нещо

различно от мляко. Късното хранене увеличава риска от анемия, тъй като бебето се ражда със запаси от желязо, които ще му стигнат до около шестия месец, а след това вече трябва да си ги набави чрез храната.[7]

Целта на разработката е да се проучи до колко жените са запознати със храненето на недоносените новородени, както и необходимостта от провеждането на обучителни курсове.

Материали и методи: Проучването е направено за периода януари 2016 г. – март 2016 г. и участието на анкетираните е на доброволен принцип.

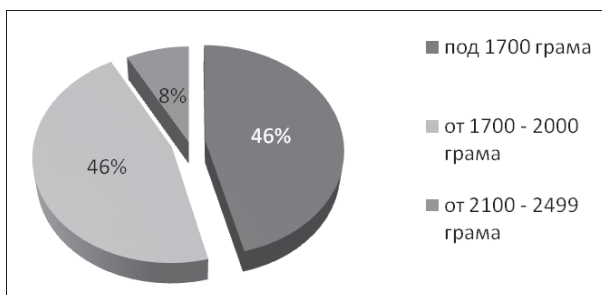
Поканата за участие е отправена към общо 50 жени. Инструментариумът за набиране на информация беше пряка индивидуална анкета, състояща се от 10 въпроса, повечето от които дават възможност за отговор в 3 аспекта. Извадката е формирана от листите на акушер-гинеколозите от доболничната помощ (женска консултация) в град Хасково и жени на които децата са за лечение в Микропедиатрия.



Фигура 1
Възрастови групи

Най-малък процент от респондентите 10% са на възраст до 45.

Висок процент 54% са на възраст от 15 - 25 години където честотата на преждевременните раждания драстично се увеличава. При млади жени на 14 – 18 години бременността се смята за рискова. (фигура 1)

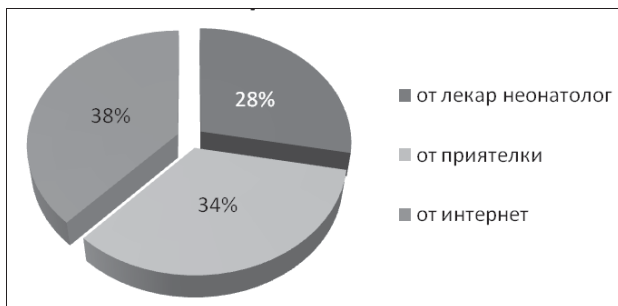


Фигура 2
С какво тегло са родени вашите деца?

Проучването показва, че голям процент от новородените се раждат с ниско тегло и с тежка степен на недоносеност. Първичната реанимация в родилна зала,

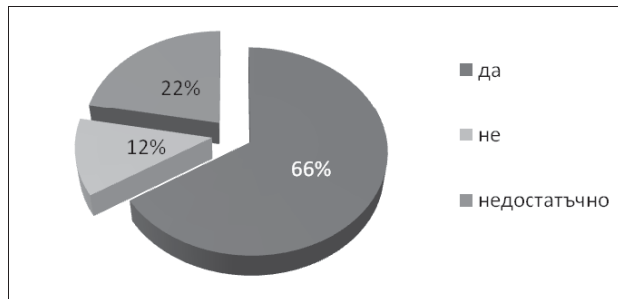
която се извършва по унифицирани правила е от много голямо значение за спасяването на недоносените бебета и за намаляване рисковете от увреждания.

Тези деца изискват много повече грижи, по съвременна апаратура и по-голям престой в болницата. Най-тежката степен на недоносеност изисква лечение с продължителност 2-3 месеца. (фигура 2)



Фигура 3
Откъде получихте информация за захранването?

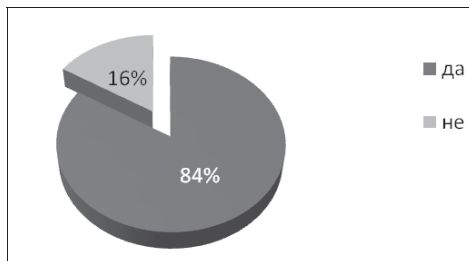
Най-висок е процентът на жените, които се информират чрез интернет и прителки, а относително малко са тези, които получават информация от лекар неонатолог. Това се дължи на факта, че в последните години раждаемостта при младите момичета от малцинствата е много голяма, а нивото на образование при тях е в ниска степен. (фигура 3)



Фигура 4
Оказана ли Ви беше подкрепа от персонала в отделениято?

На 66% от респондентите им е била оказана помощ и подкрепа от персонала.

В отделениято по неонатология се лекуват недоносени деца, преминавали интензивно лечение и недоносени, които се нуждаят от продължителен период на специални грижи, както и новородени без патологични състояния до достигане тегло за изписване. За децата се полагат грижи, лечение, хранене, изследвания от квалифициран медицински персонал от лекари и акушерки. (фигура 4)



Фигура 5

Бихте ли посещавали курсове свързани със захранването на недоносените деца?

Голям процент от анкетираните са съгласни да участвуват в курсове, свързани със захранването на недоносените деца. Така ще се повиши осведомеността на майките относно преимуществата на такова хранене и те ще получат отговори на въпросите, които ги вълнуват. (фигура 5)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Жените не са изцяло запознати със правилното захранване на недоносените деца и имат необходимост от провеждането на организирани курсове, докато техните деца са в отделение за новородени и недоносени деца.

- Съществува липса на диференциран подход към майките от проблемни (уязвими) групи – необхванати от рутинни медицински грижи, майките с ниска образователна степен или без образование, от по-ниските социални прослойки.

- Родителите имат право да решат как да хранят и отглеждат своите бебета.

- Болниците и техният персонал са отговорни да насърчават най-добрите практики и да осигурят на родителите точна, безпристрастна и подходяща информация, която да им позволява да направят информиран избор.

- Своевременното захранване при недоносените деца осигурява оптимално развитие на физическия и умствен потенциал в следващите години. По този начин се изграждат началните основи на правилните хранителни навици и профилактика на развитието на някои хронични заболявания.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] Димитров А., Акушерство, Медицинско издателство „АРСО“ – София, 2014 г.
- [2] Дренска Н., "Всичко за недоносените бебета", фондация Нашите недоносени деца, 2015 г.
- [3] Интервю с Д-р Детелина Стоичкова - Неонатолог в МБАЛ „Надежда“
- [4] Йонкова Л., Лекционен курс по Неонатология
- [5] Медицински стандарт по Неонатология
- [6] Мумджиев Н., Детски болести, издателска къща "Сиела", 2000г.
- [7] <http://www.premature-bg.com/polezna-informacia/hranene/zahranvane.html>

За контакти:

Анка Несторова, преподавател, катедра „Здравни грижи“, Филиал Хасково на Тракийски Университет Стара Загора, тел:0895757037, e-mail: ani507@abv.bg

Айлин Хюсеин, Филиал Хасково на Тракийски Университет Стара Загора, трети курс, специалност „Акушерка“, тел:0882261604, e-mail: akeronchy@abv.bg

Докладът е рецензиран

Секция „Здравни грижи”

Подсекция Специалност „Медицинска сестра“

Пресечните точки между специалност “Право” и “Медицинска сестра”

Автор: Боряна Алексиева

Научен ръководител: гл. ас. д-р Мария Радева

***A Training Model of a Law and Nurse:** The law and Regulation of National nurses association, The essential documents from the profession serve as the foundation for legislation and regulatory policy-making that help assure the public's safety. Interpretation of specific acts, not evident conclusively in the Nurse practice acts is provided by the regulatory body in the form of an opinion. For example, Who may perform micro-dermabrasion, under what circumstances? What are the parameters for participation in a radiologic procedure? That is system of Nursing world.*

Key words: Law and Nursing World.

ВЪВЕДЕНИЕ

Пресечните точки на двете науки- правото и медицината- не са малко. Това са две от най- важните, движещи човешкият прогрес науки. Въпреки различията в естеството си, те функционират на принципа „ръка- за ръка“. Още в Древен Рим се е отделяло изключително внимание на медицината и правото. В днешно време и правото и медицината говорят на древния римски език- латинския език.

С течение на времето двете науки търпят своето развитие. Медицината като основополагаща наука търпи множество разделения на различни дялове, появяват се и нови науки в допълнение на основната. Една от новопоявилите се науки и специалност към днешна дата е „Медицинската сестра“. Тя търпи своето развитие през историческите периоди. Първоначално е имало жени, които са се грижели за болните и нуждаещите се. През средновековието, с утвърждаването на християнството, в монашеските общности се появяват „милосърдните сестри“, а по-късно, след множество преобразования и голямо развитие, се изгражда и утвърждава названието „медицинска сестра“.

В исторически план фигурата на лекаря и лицето, обгрижващо болния са се развивали успоредно. Като и до ден днешен медицинската сестра подпомага работата на лекарите и оздравяването на болните, реализирайки своята основна функция.

Правото също се развива през различните исторически епохи. То търпи своето разделяне на отделни клонове, дялове, отрасли. Правните отрасли се обособяват в гражданскоправни науки, наказателноправни науки и публичноправни науки.

Между специалностите „Право“ и „Медицинска сестра“ могат да се открият прилики. Древногръцкият философ Целз определя правото като наука за доброто и справедливото. „Медицинската сестра“ запазва, възстановява и гради здравето на човека.

ИЗЛОЖЕНИЕ

На първо място, пресечната точка между двете специалности– „Право“ и „Медицинската сестра“ е националното законодателство. Правното регулиране се осъществява посредством действащите нормативни актове.

Законът за здравето урежда обществените отношения, свързани с опазване здравето на гражданите. Законът определя здравето на гражданите като състояние

на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а неговото опазване, гарантирано от държавата е издигнато в национален приоритет.

Законът за здравето (ЗЗ) е нормативен израз на обществените отношения, които се реализират в сферата на здравеопазването. При изпълнение на служебните си задължения, медицинската сестра е длъжна да съобразява поведението си с предписанията на правните норми. С чл. 28в от ЗЗ е въведена забрана за всички медицинските специалисти, включително и медицинската сестра, да разгласяват информация за пациента, която е получена при изпълнение на служебните им задължения.

Медицинската сестра подлежи и на административно наказване, съгласно Закона за здравето. Така например медицински специалист, който допуска системно нарушения при упражняване на професията си поради небрежност или незнание, допуска груби грешки в работата си или извършва неморални деяния, като използва служебното си положение, ако не подлежи на по- тежко наказание, се наказва с лишаване от право да упражнява професията си за срок от три месеца до две години. (чл. 222, ал. 2 от ЗЗ). По смисъла на цитирания административно-наказателен състав, в обобщаващото понятие медицински специалист се включват и лицата, упражняващи професията Медицинска сестра.

Установяването на нарушенията, включително и тези извършени от медицинска сестра, както и налагането на наказание се извършва по реда на Закона за административните нарушения и наказания.

Съгласно чл. 330, ал. 2, т. 1 от Кодекса на труда (КТ) работодателят може да прекрати трудовия договор без предизвестие когато служителът бъде лишен с присъда или по административен ред от право да упражнява професия или да заема длъжността, на която е назначен. Тук се включва и професията на медицинската сестра.

Законът за здравното осигуряване (ЗЗО) урежда здравното осигуряване в Република България и свързаните с него обществени отношения. Безспорно, медицинската сестра е осигурено лице по смисъла на ЗЗО. Но медицинската сестра, участва и в обществените отношения, свързани с предоставянето на здравноосигурителната престация. Формално, съгласно ЗЗО, изпълнителните на медицинска помощ (тоест лечебните заведения) оказват медицинските услуги на пациентите- здравно осигурени лица. Лечебните заведения за правни субекти, създадени по силата на Закона за лечебните заведения. Конкретните медицински дейности, грижите за пациента се осъществяват от конкретни физически лица, със съответната професионална подготовка- лекари, медицински сестри, акушерки и други.

Правото въвежда гражданскоправни, наказателноправни и административноправни способни за защита индивидуалното и общественото здраве.

През 1900 г. доктор Кръстю Георгиев Раковски /1873 - 1941 г./ е написал труда си „Престъпността– нейните причини и средства за изкореняването ѝ“^[1]. В Глава четвърта той прави обзор върху причините за израждането, проучва: “Що може да бъде причина за израждането?; Преуморяването като причина за израждането; Лошата храна– причина за израждането; Нездравите жилища и израждането”. В Глава пета разисква “Пиянството и израждането”. Разглежда, присъщите на криминологията^[2], понятията за: личността на престъпника, проявите на престъпна дейност и превенцията на престъпните деяния. В труда са описани и: здравето на човека, средата и начина на живот, появата на заболяванията и престъпните прояви във връзка с тях.

Направените от автора изводи, звучат актуално и днес. Той открива тясна връзка между „израждането“ и здравето. Според него непосредственото нарушение на здравето води до появата на престъпни деяния. Недохранването, заедно с болестите на стомаха и влошеното здраве в статистически аспект водят до нарастване на престъпността в статистически аспект. Появата на влошени битови условия способства за престъпното поведение и придобиването на болести. Алкохолизмът е причина за действия, които са противоположни, както в миналото, така и днес.

Изследването на д-р Раковски, свързано с проучването на въпросите за здравето и болестта, опазването на здравето и последиците от липсата на такова, може да бъде разглеждано и в наказателнонаправен аспект. Тук се установява пресечна точка между Криминологията и дисциплината „Философия и въведение в сестринските грижи“^[3]. Д-р Кръстю Раковски говори за „израждането“, като термин сочещ появата на редица болестни състояния станали първопричина за развитие на престъпността. Във връзка с това основна грижа и задача на медицинската сестра е да осъществява дейност срещу болестите.

Могат да бъдат посочени някои от основните нормативни актове, свързвани с упражняването на професията Медицинска сестра.

Съгласно, вече цитираният Закон за здравето медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти упражняват медицинската професия при условията на Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти (ЗСОМСААМС). Този закон урежда устройството, организацията и дейността на съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, условията за упражняване на професиите им, както и за поддържането на професионалния им регистър. Законът предписва задължително членство в съсловната организация за медицинските сестри, които упражняват професията си, за останалите – членството е доброволно. Този извод се извежда от нормата на чл. 3 от ЗСОМСААМС.

Членството на медицинската сестра в съсловната организация е предпоставка за съществуването на трудовото правоотношение. Съгласно чл. 330, ал. 2, т. 3 от КТ работодателят може да прекрати трудовия договор без предизвестие когато служителът е заличен от регистъра на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи по Закона за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти.

Съгласно ЗСОМСААМС при упражняване на професията си медицинската сестра осъществява диагностика на нуждите, промотивни, профилактични, клинични и рехабилитационни здравни грижи в съответствие с професионалните й компетенции, определени в подзаконов нормативен акт.

Наредба № 1 от 2011 определя професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно. С нормативен акт е определен обемът на професионалната компетентност на медицинската сестра, както и начина на извършване на съответните дейности – самостоятелно или по назначение от лекар.

Престъпните деяния, свързани с личността са основно в аспект увреждането на здравето и живота. В специалността „Право“ се изучават онези деяния, които Наказателния кодекс, дефинира като престъпни такива^[4]. Завършилите специалността „Право“, имат познания свързани с противодействието, ограничаването и реализиране на защита срещу уврежданията на живота и

здравето. В курса на обучението си, медицинските сестри изучават необходимите грижи за запазване на живота и здравето на пациентите. Опазването на живота и здравето са основни цели и за двете специалности. Макар и средствата за постигането им да са различни, според съответната професионална компетентност, живота и здравето са основни блага и за юристите и за медицинските професионалисти. Точно тук е основна пресечна точка между двете специалности.

Изготвянето и поддържането на документацията в лечебните заведения е едно от основните длъжностни задължения на медицинската сестра, реализиращо административна, гражданска и наказателна отговорност. В този смисъл, медицинска сестра може да бъде извършител на документни престъпления, дефинирани от Наказателния кодекс – подправки, съставяне на неистински документи и други^[5].

С днешна дата, ставаме свидетели на атентати и терористични актове. Увеличават се бежанските потоци, нарастват бежанските лагери. В тези условия, въпросите за запазване живота и здравето на бягащите от военните действия, става все по- актуален. Значението на медицинските сестри, които не веднъж са работили военно- полеви условия, нараства пропорционално на обществените нужди.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пресечните точки на специалностите „Право“ и „Медицинската сестра“ са в три основни аспекта: гражданскоправен когато говорим за медицинската сестра като гражданин; наказателноправен когато е извършено деяние нормативно установено като общественоопасно от Наказателния кодекс, от и срещу медицинската сестра и публичноправен при изграждането на нормите за здравен, осигурителен, административен, държавен ред. Реализацията на общите точки между правото и медицинската сестра е свързана със съответните права, задължения, защиты и санкции. Опазването на обществото ни в правен и медицински аспект е задача на всяко едно поколение. Различният аспект на реализация изгражда една добра всеобхватност за обществения просперитет. Добре свършената работа, с оглед професионалната квалификация, ще допринесат за положителни обществени резултати. Медицинската сестра и юриста целят доброто устройство на нашето общество. Грижата за обществото е основна цел на двете специалности.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Беленски, Радостин Георгиев. Разследване на документни престъпления - София, 2005. стр. 120.
- [2] Беленски, Р., Разследване на престъпления против личността. София, Сиела, 2010.
- [3] Раковски, Кръстю; „Престъпността нейните причини и средства за изкореняването ѝ“, Варна, 1993 г., стр. 58 – 71.

За контакти:

Боряна Александрова Алексиева, факултет „Обществено здраве и здравни грижи“, специалност „Медицинска сестра“, първи курс, факултетен номер 159202, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0885785711, e- mail: s159202@stud.uni-ruse.bg.

Гл. ас. д- р Мария Иванова Радева, Катедра „Публичноправни науки“, Юридически факултет, Русенски университет “Ангел Кънчев”, GSM: 0887 299 552, e-mail: mradeva@uni-ruse.bg.

Докладът е рецензиран.

Роля на медицинската сестра при парентерално хранене на възрастен критично болен пациент

Автор: Елица Иванова – Караджова
Научен ръководител: Теодора Недева

***The Role of the Nurse in Parenteral Nutrition of a Critically Ill Adult Patient:** The paper emphasizes the necessity of knowledge about the basic conceptions concerning parenteral nutrition of adult critically ill patients. The role of the nurse in the management of critically ill patient and in the nutrition support in particular is significant. This requires general learning and future education about the different types of enteral and parenteral nutrition, indications and contraindications, ways of administration, regimens, monitoring techniques and possible complications and their management. For the good outcome of the patients in the intensive care units the nursing care, including parenteral nutrition is one of the most important things.*

Key words: adult, critically ill, nurse, parenteral nutrition, management

ВЪВЕДЕНИЕ

За поддържане функциите и телесното тегло на човешкия организъм са необходими вода, източници на енергия и хранителни субстанции. При здравите хора вносът на храна и вода се осъществява системно и самостоятелно през храносмилателния тракт. При остро възникващи, тежки или продължителни заболявания този прием може рязко да се наруши, ограничи или да стане невъзможен. За да не гладува и загине в тези случаи, се налага всички необходими водни, електролитни, хранителни и др. вещества да се внесат в организма на критично болния човек по друг начин, а именно през венозен източник. При пациенти в тежко или критично клинично състояние (например, стомашночревни заболявания, включително лекувани с оперативна намеса, травма, кома, шок, онкологични болести и др.) понякога се налага престой в интензивно отделение, мониториране и лечение, включително и изкуствено хранене. При тези болни, подходящ метод е изкуственото лечебно хранене и в частност парентералното. То се различава от оралното или ентéralно хранене, поради необходимостта от осигуряване на съдов достъп, както и от клинично наблюдение за преодоляването на вероятни усложнения, както и за осигуряване на безопасно, адекватно и ефективно лечение. [1]

ИЗЛОЖЕНИЕ

В изложението по-долу ще направим опит да дефинираме парентералното хранене, да посочим индикациите и характерните му особености, както и да изясним спецификата на сестринските грижи.

Човек приема обикновено храната през стомашно-чревния тракт през устата или през сонда за хранене. Наричаме този прием, ентéralно хранене. При наличието на някои болестни процеси доставката на вода и храна по този начин е невъзможна за различен период от време, което налага всички нутриенти да се прилагат като се заобикаля стомашно-чревния тракт – парентерално. Удовлетворяването на пластичните и енергетични нужди на организма се осъществява интравенозно, докато се възстанови мотилитетът на гастроинтестиналната система и ентéralният прием стане отново възможен. Подобен вид хранене, който наричаме парентерално, се използва в случаи на частична или пълна чревна непроходимост, остър панкреатит, тежки продължителни разстройства, исхемия на черва, тънкочревни фистули, перфорации, кървене, коматозни състояния, големи тежки изгаряния, след хирургична намеса, травматични увреди, вродени дефицити и др. Поради възможността за рискове и

усложнения парентералното хранене трябва да се мониторира стриктно и да се следват предписанията на лекуващия лекар. [2]

Продължителността на парентералното хранене варира според клиничното състояние на пациента, енергийните му нужди и състоянието на храносмилателната система. Различават се два основни вида: краткотрайно и продължително. Основен принцип на лечебното хранене е максимално бързо да се постигне възстановяване на стомашно-чревната функция и да се премине към ентерален прием. При налична функция на стомах и черва се започва и поддържа ентерално хранене. Когато тези функции са нарушени, се прилагат: смесено – ентерално и парентерално или изцяло парентерално, което наричаме тотално. [3]

Чрез парентералното хранене се доставят хранителни вещества директно в кръвообращението по венозен път. Така химическите хранителни субстрати, които при нормално хранене се абсорбират в кръвта от смляната храна, при този метод се доставят през венозната система. Хранителните съставки са две групи: 1. макронутриенти: въглехидрати, белтъци, мазнини, вода и 2. микронутриентите: електролити, витамини и минерали. Те се комбинират в определени съотношения, без да причиняват нежелани реакции, опасни за пациента. Важно е тези продукти да се доставят в правилен, подходящ за конкретните нужди на пациента количествен и качествен състав и в последователност, която да предотвратява образуването на тромби.

При парентералното хранене е необходимо да се определят точните пропорции на хранителните елементи съобразно: индивидуалните нужди на пациента, теглото му; наличните рани; болестното му състояние; бъдещите медицински, в т.ч. и хирургически, намеси; баланса на течностите; евентуалната продължителност на парентерално хранене и др. [5,6] Енергийните нужди на организма, ориентировъчно се изчисляват по 25 килокалории на килограм тегло за 24 часа. Понякога са необходими и по-високи дози, в зависимост от заболяването, актуалното клинично състояние (висока температура, изгаряния или повръщане, диария) и предшестващото състояние на организма (стрес, гладуване, недохранване, затлъстяване и др.).

Решение за пропорциите на хранителните елементи се взема от медицински екип. Според отделението, в което е хоспитализиран пациентът, това се прави от екип, включващ диетолог, фармацевт, лекар и медицинска сестра. В интензивните отделения назначаването на вида и обема на хранене на критично болните е задължение и отговорност на лекаря, а скоростта и начинът на инфузия, както и поддържането на венозния източник – от медицинската сестра или акушерка. [7]

От съществено значение е изборът на подходящия венозен достъп за парентерално хранене. Когато се предвижда то да е кратковременно или смесено, може да се използва периферен венозен път. Достъпът е технически по-лесен, има по-ниска себестойност, по-ниска честота на усложнения и по-ранна диагностика в случай на възникване. При тотално и продължително инфузиране задължително трябва да се осигури голяма вена с бърз приток на кръв и нисък риск от тромбоза. Обичайно се канюлират вътрешните югуларни или подключичните вени, но е възможно при трудни достъпи да се използват и феморалните съдове. Всичко зависи от хранителните изисквания и клиничното състояние на пациента, продължителността на парентералното хранене, енергийните загуби и нужди. Поставят се временни или продължителни катетри по различни методи и техники за съдов достъп (перкутанти или субкутанти, които могат да се използват в продължение на години, при подходящо сестринско управление на възможните рани и късни усложнения и при правилното инфузиране на субстанциите, включително и лекарства). Необходимо е редовно наблюдение, за да се установят евентуални признаци за тромбоза, непроходимост, разместване на катетъра или инфекции (болка, зачервяване, подуване). Поведението на сестрата при подобни

ситуации е изключително важно. [6] Препоръчително е да се спазват стриктно определените в отделението алгоритми както за превенция, така и за лечение на вече възникнало усложнение от поставянето и използването на централен венозен катетър). [2,3]

Когато се използва периферна вена е необходимо честа смяна на достъпа. През такива вени се инфузираят разтвори с по-нисък осмоларитет (под 800 mosm/l, напр. въглехидрати (5%, 10%), аминокиселини (3%, 4%, 10%). Разтвори с по-висок осмоларитет (над 800 mosm/l) са хиперосмоларни и изискват приложение през централен венозен съд, през който се осигурява бързо разреждане от големия кръвен ток.

По отношение на използваните нутриенти, има два вида парентерално хранене – с предварително фабрично изработен продукт или направен по поръчка, съобразно индивидуалните нужди на пациента. Подборът на продукта зависи от опита, уменията и теоретичната подготовка на екипа, нуждите на болния, стратегиите и финансовите възможности на лечебното заведение.

Според състава на макронутриентите, фабричните разтвори са: монокомпонентни (съдържат един вид макронутриент – въглехидрат, аминокиселини, масти с или без електролити), бикомпонентни (представяват комбинация от аминокиселини, електролити и глюкоза), пълни формули („all in one” – в един сак са поставени масти, аминокиселини, въглехидрати и електролити)

Схемите за ПХ се базират на три основни типа режими:

1. Стандартен хипокалоричен режим – подходящ за кратковременно хранене, през периферен венозен път;
2. Стандартен нормокалоричен режим – с концентрирани хранителни разтвори, непрекъсната венозна инфузия през централна вена;
3. Специфични режими – индивидуално подбрани с адаптирани нутриентни формули.

Парентералното хранене [4, 5, 6] може да има животоспасяващ ефект, но съществуват и рискове, свързани с неговото приложение, с въвеждането на катетъра и с възникване на усложнения (ранни и късни): пункция на артериален съд, хеморагия, въздушна емболия, увреждане на нерв, образуване на хематом или емфизем, на хемо/пневмоторакс, тромбоза, размятане на катетъра, запушване, инфекция (сестрата трябва стриктно да сменя ежедневно по асептичен начин превръзката, да следи за белези на контаминация и възпаление – зачервяване, подуване, секреция от пункционното отворстие, уплътняване на съда, фебрилитет, които могат да доведат до развитие на бактериемия и катетър асоцииран сепсис. При тези случаи, катетърът се елиминира и върхът му се изпраща за микробиологично изследване. Канюлира се друг съд.) [7] Поддържането на периферен и централен венозен катетър е асептична техника и тя трябва задължително да се спазва от специалист по здравни грижи. Начинът на въвеждане на разтворите може да е чрез непрекъсната 24 часова инфузия на поликомпартиментни сакове, съдържащи всички нутриенти, през определени интервали на денонощието на фиксирани макронутриенти. Интермитентната изисква постепенно забавяне до пълното ѝ спиране, поради риск от хипогликемия. След приключване на инфузията, използваните системи се изхвърлят в контейнери за отпадъци, съгласно политиката на лечебното заведение за опазване на околната среда.

По време на всички процедури от медицинската сестра се извършва мониторинг, включващ проследяване на кръвно налягане, кръвна захар, температура, пулс, телесно топло, баланс на течности и на азот, урея, креатинин, албумин, лактат, електролити, включително магнезий, калций, фосфати и желязо, ензими за чернодробна функция, триглицериди, фактори на кръвосъсирването, кръвно-газов анализ. Скоростта на въвеждане на хранителните съставки, вида и

дозовия им режим се преоценяват и променят динамично според клинично състояние и нуждите на пациента. Когато е възможно, се препоръчва да се добави максимално бързо и ентéralно хранене. Медицинската сестра следи и телесното тегло на пациента (чрез него ориентировъчно се определя ефективността от ПХ. Увеличаването му ежедневно е добър прогностичен критерий за положителен хранителен режим, но може да се асоциира и със задръжка на течности в организма).

В сестринските грижи и задължения влиза и проследяването на евентуални усложнения от паренталното хранене, а именно: [3, 5, 6]

- Нарушения на въглехидратния метаболизъм – хипергликемия или хипогликемия, което налага стриктен ежедневен контрол на нивата на кръвната захар. Персистиращата хипергликемия може да доведе до осмотичен адиуреза с последваща хиповолемия; до хиперосмоларна хипергликемична кома. Необходимо е към разтворите да се добавя инсулин. Хипогликемия може да се индуцира от високо плазмено инсулиново ниво, липса на глюкозна инфузия или от прекъсване на инфузията – от прегъване или запушване на катетъра, от рязко спиране на инфузията). От инфузията на големи количества глюкоза и от нейното разграждане се повишава продукцията на CO_2 – развива се хиперкарбия. Това може да наложи интубация и преминаване към изкуствена белодробна вентилация (ИВВ) при болни с дихателна недостатъчност, както и да протрахира във времето – отвикване от респиратор на болни, които са на ИВВ;
- Нарушения на липидния метаболизъм – хипертриглицеридемия, дефицит на полиненаситени мастни киселини;
- Водно-електролитен, микроелементен и витаминен дисбаланс - медицинската сестра наблюдава и стриктно записва приема и отделянето на течностите на пациента и клиничното му състояние. Свърхowodняване се развива по-често при пациенти със съпътстващи сърдечни или белодробни заболявания. Контролират се часовата диуреза и централно венозно налягане (ЦВН). Следят се основните електролити и микроелементи, като при нужда се добавят в лечебната схема калий, натрий, хлор, калций; микроелементите – желязо, цинк, мед, селен; клинично се търсят белези на хиповитаминоза – добавят се поливитаминни препарати;
- Чернодробна дисфункция – парентералното хранене води до намаляване секрецията от стомашно-чревни хормони в резултат на интрахепатална холестаза, което може да предизвика хиперинсулинемия, холецистит и стеатоза на черния дроб;
- Инфекции - бактериална или гъбична;
- Азотемия, лактатацидемия;
- Метаболитна остеодистрофия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

От изложеното дотук могат да се направят следните изводи:

- Паренталното хранене е индицирано за лечение на интензивни, критични или хронично болни, при които е невъзможно да се приложи друг вид хранене;
- За адекватното и безопасно прилагане на паренталното хранене от голямо значение е определянето на точните пропорции на хранителните елементи, съобразно индивидуалните нужди на пациента;
- Паренталното хранене, освен положителните ефекти има и сериозни усложнения за пациента. Медицинската сестра има важна роля и отговорност в ежедневното: проследяване на жизнените показатели на болния; на

лабораторните му данни; в правилното асептично поддържане на венозния катетър и в установяване и лечение на възникналите усложнения

- Ролята на медицинската сестра в процеса на паренталното хранене с нейните знания и умения е изключително важна. Необходими са основни и допълнителни знания и обучения, спазване на наличните в интензивното отделение алгоритми за работа, с което ще се подобри менажирането на критично болните.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] Станчо Станчев, Кратко ръководство по анестезиология и интензивно лечение, Булвест Стандарт, ISBN: 978-954-92642-2-7, 2012
- [2] Никола Иванов, Николай Колев, Интензивна терапия при вътрешните болести, Ес Принт София, ISBN 978-954-914743-6-0, 2007
- [3] Николай Петров, Красимира Христова, Мария Абрашева, Ентерално и парентерално хранене, Анкос, София, 2004 ISBN 954-91359-3-4
- [4] Clinical Guideline for Adult Parenteral Nutrition in the Hospital Setting, 1-18.
- [5] Jane Fletcher, Parenteral nutrition: indications, risks and nursing care NS702 Fletcher J (2013) Parenteral nutrition: indications, risks and nursing care. Nursing Standard. 2016, 27, 46, 50-57.
- [6] Pierre Singer et al. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Intensive care. 2009 European Society for Clinical Nutrition and Metabolism. Clinical Nutrition 28 (2009) 387–400.
- [7] M. Pittiruti et al. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Central Venous Catheters (access, care, diagnosis and therapy of complications). Clinical Nutrition 28 (2009) 365–377.

За контакти:

Елица Емилова Иванова-Караджова, спец. Медицинска сестра, III курс, фак. № 139233, тел. 0887 79 65 65, e-mail: elicaeik@gmail.com

Научен ръководител: Доц. д-р Теодора Недева, д.м., ФОЗЗГ, Катедра “Здравни грижи”, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0887 468 695, e-mail: tsherbanova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Сестрински грижи при деца с ревматична болест

автор: Габриела Свиленова Нешева
научен ръководител: ас. Ирина Христова

Abstract: *rheumatic represents an infectious-allergic inflammatory disease affective tissue, primarily localization in the joints, and the central nervous system. The disease begins acutely chronic course and there are periods of exacerbation. Rheumatic disease is a consequence of an infection caused by streptococcus. Most often streptococci settle and develop in the nasopharynx, causing angina, sinusitis, scarlet fever.*

Key words: *rheumatism, bone, heart, skin, care, prevention, muscles, treatment, redness, swelling.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Ревматичната болест е хронично рецидивиращо инфекциозно-алергично заболяване, което протича на пристъпи с различна продължителност на междупристъпните периоди. Изразява се в увреждане на активния механизъм и клинични прояви от страна на сърцето, ставите, нервната система, а понякога и с прояви от страна на останалите вътрешни органи. Ревматизмът не познава възрастови граници: макар че повечето такива заболявания започват в по-зряла възраст, понякога са засегнати и децата. [2]

Сред болелите в детска и млада възраст се засягат предимно децата от училищна възраст и младите хора. В предучилищна възраст се наблюдава по-рядко, а при деца под 3 г. се среща по изключение. Причините за заболяването не са напълно изяснени. Една от хипотезите е, че болестта се дължи на специфичен възбудител от вирусно естество; други считат, че се причинява от хемолитични стрептококи, а трети поддържат тезата, че се касае за полиетиологично заболяване. За момента стрептококовата инфекция има най-много привърженици, а и разкрива най-широки диагностични, лечебни и терапевтични възможности.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Симптоми и прояви на ревматичната болест при децата.

Началото на заболяването при децата не винаги е ясно. Обикновено след боледуване от ангина или друго стрептококово заболяване здравето не се възстановява напълно. След преминаване на инфекцията следва латентен период от една до три седмици, преди да започнат проявите на ревматизма. [5] Детето остава бледо, загубва апетит и желание за игра, започва лесно да се заморява и изпотява. Появяват се едновременно или последователно и основните признаци на заболяването: фебрилитет до и над 38°C, поява на полиартрит, ревматичното увреждане на сърцето (ревмокардит) и по-рядко ревматична хорея, ревматични възли и кожни прояви. [1]

- **Ревматоиден полиартрит** – полиартритната форма на ревматоидния артрит протича незабелязано в ранния стадий. Постепенно се обхващат предимно малките стави. Температурата е субфебрилна, открива се леко-степенна анемия и неспокойствие, засегнатата става е болезнена и подута. В еволюцията на заболяването процесът може да обхване повече от една става, но белези на системно заболяване липсват. [3]

- **Ревмокардит** – по правило сърдечните увреждания се срещат по-често при по-малките деца. Могат да бъдат засегнати перикарда, миокарда и ендокарда, но ревматичният ендокардит е от най-голямо значение, тъй като може да предизвика тежки клапни пороци. Най-често се засяга митралната клапа и на второ място – аортната. При по-малки деца кардитът може да бъде единствения ранен признак на заболяването. [3]

• **Хорея** – хореята се счита за третият съществен, макар и не задължителен като полиартритът и кардитът, признак за ревматична болест. Тази форма се среща най-често при момичетата. Ранни прояви са емоционална лабилност, неволевите движения и мускулната слабост. Латентният период обикновено е дълъг (няколко месеца). Хореята се развива обикновено незабелязано, коварно, и родителите забелязват като първоначален симптом склонността на децата да разсипват храна, да изпускат предмети, което отдават на невнимание или небрежност. [5] Белесите на заболяването се появяват постепенно – от няколко дни до седмици. Почеркът става разкривен, а говорът – дизартричен. Движенията са разхвърляни, некоординирани, походката – нестабилна. В острия стадий на заболяването болните са приковани на легло. Всички симптоми се нормализират постепенно. [3]

• **Подкожни възли** – неболеснени възли с различна големина – от няколко милиметра до 1 сантиметър, разположени са на повърхността на ставите, гръбначния стълб, могат да бъдат открити и по главата. Срещат се и при другите колагенози, особено ревматоидния артрит и се считат като белег за тежко и хронично протичане на заболяването. [3]

• **Кожни прояви** – наблюдават се предимно под формата на малки или големи пръстеновидни зачервявания на кожата, често разположени гирляндовидно или на по-едри петна със засилени контури. В подкожието около ставите, по фасциите, се образуват характерните ревматични възли. За разлика от възрастните засягането на останалите вътрешни органи при децата е много по-често. [1]

Как се диагностицира ревматичната болест?

При наличието на характерни промени диагнозата на ревматизма не предизвиква затруднения. Пълната диагноза на ревматизма изисква да бъде регистрирана както активността, така и тежестта на болестния процес. Важно условие за правилното поставяне на диагнозата са внимателно снетата анамнеза и подробен статус на опорно-двигателния апарат, позволяващ да се установи мястото на болестното засягане (стави, сухожилия, мускули, кости). [4]

Какво лечение се прилага при ревматична болест?

Лечението на ревматичната болест в пристъпния период изисква прилагането на противоревматични, противоинфекциозни и сърдечно-съдови медикаментозни средства. Противоревматичното лечение се провежда със салицилови препарати, пирамидон и кортикостероидни хормони. Аспиринът има салицилов ефект, но при малките деца не е показан поради проява на токсични явления. [1]

Основната цел на лечението на ревматизма в детска възраст е предпазване от психически увреждания, физически деформации и инвалидизация. Това предполага обединяване усилията както на лекари, медицински сестри и рехабилитатори, така и на родители, учители и всички, които се занимават с отглеждането и възпитанието на заболялото дете. Лекарствената терапия има симптоматичен ефект и не повлиява съществено основния патологичен процес. Кортикостероидите не се прилагат продължително време, те са показани само при случаите с очни усложнения (увеит) или при поява на системни симптоми. Салицилатите облекчават някои клинични прояви и се считат като най-доброто медикаментозно средство при това заболяване. [3]

Профилактика

Профилактиката на ревматичната болест обхваща профилактиката срещу заболяването (първична профилактика) и профилактиката срещу рецидивите (вторична профилактика). Детето трябва да бъде предпазено преди всичко от стрептококовите инфекции – ангина, тонзилофарингити, скарлатина, стрептодермии, както и избягване на тяхното често преболеване.

Препоръчва се подобрене на битовите условия особено при наличие на влага в жилището. Богати на витамини храна, балнеолечение и климатолечение, закалителните процедури и слънчевите лъчи също действат ползотворно. За

правилното провеждане и контролиране на тези мероприятия са създадени противоревматични диспансери и детските поликлинични кабинети. Провежданата в България профилактика на ревматизма дава много добри резултати. Само около 3% от преболелите от стрептококова инфекция заболяват след това и от ревматизъм. [5] Тежките форми се заменят с по-леки и нетипични прояви. Голям успех представлява намаляването на рецидивите и най-вече на трайните сърдечни увреждания (ревматични сърдечни пороци). [1]

Ролята и задълженията на медицинската сестра при деца с ревматизъм са насочени в три аспекта:

1. Психологическа рехабилитация

- осигуряване тишина и спокойствие на детето.
- осигуряване на спокоен сън като се разпределя времето за игри, обучителни занимания, почивка и сън.
- отстраняване на всякакви дразнещи фактори като звук, светлина и някои вещи.
- осигуряване на емоционална подкрепа на детето и родителите с цел повишаване на самочувствието му.

2. Социална рехабилитация

- детето не трябва да се отдели от заобикалящата го среда. Поведението на учителите трябва да е еднакво както към здравите деца, така и към заболялото дете.
- сестрата помага на педагогът да изготви специален план за двигателната активност на детето, съобразен с неговото състояние.
- провеждане на любими занимания на детето като игри, пеене, разходки.

3. Медицинска рехабилитация

• голямата динамичност на явленията при ревматичната болест налага непрекъснато наблюдение на детето, всяка промяна в пулса и дишането се отчита и регистрира, спазва се часовия график за даване на пероралните медикаменти и инжекционните апликации. Поставянето на инжекциите се извършва винаги след психологическа подготовка, за да се избегне всяка излишна възбуда или движение от страна на детето.

• в първите дни както и при всички случаи на сърдечно увреждане, трябва да се спазва строго постелен режим. Такива деца могат да изпаднат в колапсни състояния или да развият остра сърдечна слабост, която да е провокирана от незначително физическо усилие, например при ставане от леглото. При застрашените от сърдечна слабост деца трябва бъде поставен сестрински пост. Детето трябва да се обслужва на легло – физиологични нужди, хигиенни тоалети и храненето се извършват в леглото.

• медицинската сестра обръща сериозно внимание на почистването и тоалета на кожата. Заради честото изпотяване и интоксикация на организма, вследствие на която част от токсините се отделят от кожата, грижите за почистване на кожата се полагат по-често.

• личното и постелно бельо се сменят винаги при нужда, независимо от часовете за сутрешен и вечерен тоалет.

• наблюдение на чувствителността на ставите, проверява подвижността им, измерва кожната температура в областта на засегнатата става и наблюдава за наличие на зачервяване.

- при болки в областта на ставите, придружени с тахикардия детето трябва да се успокои като същевременно се поставя в удобно положение. На болезнените стави се слага грейка с топла вода, а на сърдечната област – студен компрес (влажен студ).

- отстраняват се от менюто всички газообразуващи и трудно смилаеми храни и силни подправки.

- медицинската сестра стриктно изпълнява назначената лекарствена терапия – салицилати, витамини, кортикостероиди, болкоуспокояващи и др.

- при фебрилни състояния се прилагат назначените антипиретични медикаменти, а при необходимост и физиолечебни процедури.

- при стабилизиране на общото състоянието на детето се разрешава постепенно първо да сяда и после да става от леглото, като медицинската сестра следи сърдечната и дихателна честота след всяко физическо усилие.

- при миокардити и перикардити, съпроводени със задух, медицинската сестра полага грижи за облекчаването му – периодично аерира болничната стая и придава на детето ортопноично положение.

- при наличие на хорея минор сестрата трябва да внимава детето да не се нарани, да го подпомага при: хранене, извършване на личен тоалет, движение в леглото, при вървене и т.н.

- медицинската сестра наблюдава за появата на гълтателни и говорни нарушения и своевременно уведомява лекаря за наличие на нови такива.

- осигурява подходящ двигателен режим с цел щадене на засегнатите стави.

- медицинската сестра съдейства за осигуряването на помощни средства за придвижване и при нужда обучава детето или родителите за начина на използването им.

- обучава родителите по отношение на двигателния режим на болното дете и начините за предпазване от наранявания и усложнения – избягване на движения, свързани с усукване, изкълчване или продължителни статични положения на тялото и крайниците, както и ученическата раница да не се носи само на едното рамо, а винаги на двете и т.н. Препоръчва на родителите да сменят обикновените матраци, възглавници и обувки с ортопедични.

- при пълно стихване на процеса и изчезване на явленията се налага внимателна и контролирана лечебна физкултура. [1]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ролята на медицинската сестра при деца с ревматични заболявания е изключително важна, тъй като тя взема активно участие при профилактиката, диагностицирането, лечението и рехабилитация на това специфично заболяване. Всяка медицинската сестра трябва да е професионално компетентна, да има изградени комуникативни умения и да е търпелива за да оказва нужните грижи за болното дете. Една от компетенциите на сестрите е и да провеждат обучителни дейности на родителите, свързани с отглеждането на ревматично болно дете в дома. Тя провежда обучение на родителите относно базовите здравни грижи – това са основни грижи, полагани ежедневно и жизнено важни за тези деца.

Допълнителното обучение на медицинските сестри, работещи с деца с ревматизъм, под формата на курсове за следдипломно обучение, семинари, специализирани научни конференции и други са изключително наложителни и

полезни за повишаване квалификацията и полагането на високо специализирани здравни грижи.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Вапцаров, Ив., Михов, Хр., Ангелов, А. Детски болести, Медицина и физкултура; София 1978.
- [2] Вахтер, К., Саракади, К. Всичко за детските болести, Коала прес; Словакия 2011.
- [3] Ниньо, Ш., Антонова В. Детски болести, Медицина и физкултура; София 1979.
- [4] Иванов, Н., Кънев, К., Солаков, П. Ревматоиден артрит, Държавно издателство „ХР. Г. Данов“; Пловдив 1974.
- [5] Янгсън, Р., Как да се справим с ревматизъм и артрит, София 2005.
- [6] Ревматизъм, 2007, <http://www.doctorbg.com/page.php?id=2252>, (16.03.2016).

За контакти:

Габриела Свиленова Нешева, студент в Русенски университет „Ангел Кънчев“, специалност „Медицинска сестра“, тел: 0884445575, e-mail: gabriella1191@abv.bg

Научен ръководител: Ас. Ирина Христова – катедра Здравни грижи, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел: 0884582733, e-mail: ihristova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Проблеми на XXI век – Захарен диабет – превенция, същност и лечение.

Автор: Габриела Георгиева

Научен ръководител: ас. Ирина Христова

Abstract: *Diabetes is a chronic endocrine disorder characterized by high blood sugar. The hyperglycemia, leading to damage and complications that sooner or later lead to impairment of the whole organism. The consequences of the disease are durable, but early diagnosis and better control of blood sugar can prevent them.*

Keywords: *Diabetes, nature, treatment, prevention, chronic endocrine disorder*

ВЪВЕДЕНИЕ:

Захарният диабет (ЗД) е хронично заболяване, дължащо се на абсолютен или относителен инсулинов дефицит, характеризиращо се с нарушения във въглехидратната, мастната и белтъчната обмяна. [2] Тези нарушения водят до хипергликемия. Инсулинът е хормонът, който намалява кръвната захар, и когато панкреасът не произвежда достатъчно инсулин, високите нива на глюкоза в кръвта заедно с неадекватното снабдяване на клетките с енергия, пораждат симптомите и усложненията на захарния диабет. [5]

Според президентът на Международната федерация за диабета (International Diabetes Federation) Пиер Льофевр, светът е изправен пред глобална епидемия от диабет, която е реална заплаха за поне 400 милиона души. Нездравословната храна и заседналият начин на живот продължават да подмладяват тази болест, обхващаща все по-млади възрастови групи. Според изследванията на Международната федерация за диабета, на всеки десет секунди в света умира по един човек със захарен диабет. Ежегодно от диабет умират около 4 млн. болни - толкова, колкото и от СПИН. [7] Диабетът е водещата причина за смърт от миокарден инфаркт, мозъчен удар, слепота, ампутации и бъбречна недостатъчност. [8]

Нашето здраве в болшинството от случаите е в нашите ръце, но при захарния диабет - не е точно така. Всеки от нас носи своята наследственост, която за съжаление при диабета е доказана. Превенцията и ранното откриване на захарния диабет и неговите усложнения изисква активното участие на профилирани медицински сестри.

ИЗЛОЖЕНИЕ:

Съществуват два основни типа захарен диабет. Разликата между двата типа диабет е свързана с производството и чувствителността на организма към хормона инсулин.

В Таблица 1 е представена сравнителната характеристика между захарен диабет тип 1 и тип 2.

Захарен диабет тип I	Захарен диабет тип II
Абсолютен инсулинов дефицит	Инсулинова резистентност
Без отговор при третиране със СУП	Добър отговор при СУП
Остра манифестация на болестта	Бавно проявяване
Двата пола се засягат еднакво	Жените боледуват по-често

Проявяват се преди 40-годишна възраст	Проявява се след 40-годишна възраст
Честота 0,2%	Честота около 3% [6]

Таблица 1. Сравнителна характеристика на 3Д тип 1 и 3Д тип 2. [2,6]

Диабет тип 1 (Инсулинозависим) обикновено се развива при деца и млади хора, въпреки, че може да се появи във всяка възраст. [5] За увреждане на панкреаса най-голямо значение се отдава на автоимунните процеси в организма. Нормално имунната система защитава тялото от инфекция като разпознава и унищожава бактерии, вируси и други потенциално вредни чужди вещества. При автоимунните заболявания имунната система атакува собствените клетки на организма. При диабет тип 1 пълното деактивиране на бета-клетките на панкреаса може да отнеме няколко години, но симптомите на заболяването обикновено се появяват бързо и остро.

Диабет тип II (Неинсулинозависим) се среща по-често при хора на възраст над 40 години. Диабет тип 2 се дължи на недостатъчното производство на инсулин от бета-клетките на панкреаса в условия на инсулинова резистентност. [9] Тук проблемът не е свързан с разрушаването на бета-клетките, а в инсулиновата резистентност и дефицит на инсулин. Установено е, че затлъстяването намалява инсулиновото усвояване от клетките.

Гестационен диабет – диагностицира се по време на бременност и може да има сериозни краткосрочни и дългосрочни неблагоприятни ефекти върху бебето и майката.

Рискови фактори: [4]

- Наднормено телесно тегло и затлъстяване
- Наличие на първостепенни или други родственици със захарен диабет
- Високо кръвно налягане
- Повишени нива на мазнините в кръвта – холестерол, триглицериди
- Раждане на плод с тегло над 4 кг
- Установен по време на бременност захарен диабет
- Установявана по-рано повишена кръвна захар
- Установено сърдечно-съдово заболяване.

Симптоми: [4]

- Повишена жажда
- Често уриниране, включително и нощем
- Сухота в устата
- Редукция на теллото
- Отпадналост, лесна уморяемост
- Трудно заздравяващи рани по тялото.

Чести усложнения при диабета са хипертония, хроничен пиелонефрит, облитерираща атеросклероза, гангрена и др. Най-голямо значение имат диабетната кетоацидоза, прекомата и комата. Кетоацидозата настъпва след диетични грешки,

неправилно инсулиново лечение, резистентност към инсулина, миокарден инфаркт и мозъчен инсулт. [3]

Лечението на захарния диабет включва няколко основни елемента: хранителен режим, физическа активност, обучение на пациента и прилагане на медикаменти – антидиабетни таблетки или инсулин. Целта е създаване на условия за нормален живот, а при децата и юношите – и нормален растеж и телесно развитие. Лечението на захарния диабет зависи основно от типа на заболяването и неговата тежест. Тип 1 диабет се лекува с приложение на инсулин, хранителна диета и балансиран режим на физическа активност. Захарният диабет тип 2 се лекува първоначално със спазване на хранителен режим, регулиране на телесното тегло, при затлъстели пациенти, и балансиран режим на физическа активност, а когато тези мерки се окажат недостатъчни за контрол на повишената кръвна захар в лечението се включват лекарствени медикаменти, приемани през устата, и когато и те се окажат неефективни се преминава към лечение с инсулин. [3]

➤ **Хранителен режим/диета.** Хранителната диета е задължителна, както при лечение с инсулин така и при лечение с перорални средства. Храната трябва да бъде пълноценна и разнообразна. Определят се калоричните нужди на болния и количествата от основните хранителни вещества – въглехидрати, белтъчини и мазнини, които трябва да получи. [3] Тя трябва да е максимално близка до физиологичната и да осигурява: белтъчини – 10-15%; мазнини – до 30%, въглехидрати – 50-60% от общото количество на дневните калории. Вносът на животински мазнини е намален до минимум, а въглехидратите се осигуряват за сметка на полизахаридите. Препоръчва се повишен прием на пресни плодове, зеленчуци и храни, богати на фибри. Забранени за консумация са следните храни – захар, захарни и шоколадови изделия, сладки газирани напитки, сушени плодове, мед, сладолед, сладка, конфитюри, торти и т.н. При затлъстяване диетата трябва да е ниско калорийна с цел максимално нормализиране на теглото. Препоръчва се приемът на храна да е 4-5-кратен, да се консумират малки порции, за да се избегнат големи флуктуации на кръвната захар. [2]

➤ **Лечение с перорални медикаменти** – Използват се основно:

- Сулфанилурейни препарати (СУП) – стимулират инсулиновата секреция на панкреаса.

- Бигванидови препарати - намаляват инсулиновата резистентност на клетките и подобряват биологичния ефект на инсулина в периферните тъкани. [2]

- Съществуват и други перорални медикаменти.

➤ **Лечението с инсулин.** С него се цели да се постигне компенсация на обменното разстройство, да се понижи хипергликемията и гликозурията. [3] Инсулиноterapiaта се прилага основно при пациенти със захарен диабет 1 тип, при които липсва хормонът инсулин, затова лечението е да се внесе „отвън“, и за лечение на пациенти с диабет тип 2 при неефективност на лечението с перорални препарати, понижаващи кръвната захарта. Инсулинът трябва да се инжектира. Той не може да се приема перорално, тъй като се разгражда в стомаха. Съществуват различни видове инсулини - бързодействащи, интермедиерни (с по-голяма продължителност на действие) и инсулини с много голяма продължителност на действие. За инжектиране, освен обичайните спринцовки и игли, са създадени т.нар. инсулинови писалки, с които инсулинът се инжектира бързо и удобно. [10] Освен

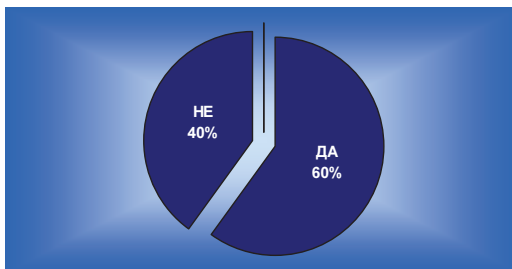
инсулинови писалки, съществуват и преносими електронни устройства, които доставят бързодействащ инсулин на организма и се наричат инсулинови помпи.

Инсулиновата помпа е малко апаратче, което имитира работата на здрава панкреасна жлеза, като осъществява непрекъсната подкожна инсулинова инфузия. От помпата излиза малък мек катетър, който завършва с фина канюла, която се въвежда под кожата в областта на корема. Катетърът и канюлата се наричат инфузионен сет, който трябва да се подменя на всеки два до три дни, за да се избегне рискът за инфекции. Инсулиновата помпа замества необходимостта от чести инжекции чрез осигуряване на прецизни дози инсулин, 24 часа на ден, точно съответстващи на нуждите на организма. Има размерите на мобилен телефон и може лесно да се закрепва на колан, в джоб и т.н.

Във връзка с разглежданата темата е проведено анкетно проучване на пациенти в МБАЛ Русе, хоспитализирани с диагноза ЗД тип 2 на лечение с инсулин. За периода от 04.04.2016 до 21.04.2016 г бяха анкетирани общо 40 болни. Анкетата е структурирана за конкретното проучване и съдържа 5 въпроса от затворен тип. Целта на изследването е установяване нивото на информираност на диабетно болните за лечението с инсулинова помпа.

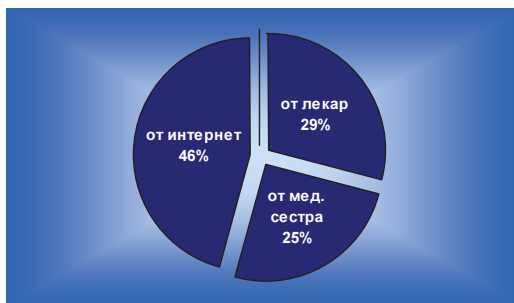
На въпроса „Използвате инсулинова помпа или инсулинова писалка?“ всички респонденти са посочили, че са на лечение с инсулин чрез инсулинова писалка.

На въпроса „Запознати ли сте с начина на лечение с инсулинова помпа?“ 60% от анкетираните отговарят положително, но значителен процент отговарят с „не“. Резултатите графично са показани на Фигура 1.



Фигура 1. Информираност за лечението с инсулинова помпа

Интересни са отговорите, дадени на въпроса „От къде получихте основната информация относно инсулиновите помпи?“, като на този въпрос са отговорили само тези респонденти, които са дали положителен отговор на предходния въпрос. Общо 54% от анкетираните са посочили, че са информирани от лекар или медицинска сестра. А във века на компютърните технологии и интернет 46% са отговорите в полза на виртуалното пространство, като източник за здравна информация. Разпределението на отговорите е: 46% отговарят „от интернет“, 29% отговарят „от лекар“, 25% „от медицинската сестра“ и 0% „друг източник“. На Фигура 2 графично е показано процентното съотношение на отговорите.



Фигура 2. От къде получихте основната информация относно инсулиновите помпи?

На въпроса „Бихте ли си закупили инсулинова помпа, ако е показана за вашето лечение?“ 75% от анкетираните посочват отговора „да, но нямам финансовата възможност“, 15% отговарят с „не“ и само 10% посочват отговор „да“. Цената на една инсулинова помпа у нас и задължителния консуматив за нея е доста висока, затова и основните мотиви за преобладаващия процент отговори е ограничената финансова свобода на диабетно болния пациент в България.

В превенцията, ранното откриване и адекватното лечение на диабета и неговите усложнения участва активно профилираната медицинската сестра. Паралелно с това т.нар. диабетна сестра има специална обучителна роля за провеждане на лечение с инсулинови писалки и инсулинови помпи от пациентите диабетници. При всеки преглед на диабетно болните в кабинета трябва да се провежда системно обучение относно цялостния контрол на заболяването, препоръки за лечебното хранене и физическата активност на пациентите. В нашата страна курсовете за профилирани диабетни сестри са недостатъчни. Такова обучение дава възможност за запознаване и прилагане на най-съвременните инструкции по грижите като цяло за болните от захарен диабет, в името на цялостното здравно подпомагане на пациентите.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Захарният диабет е един от сериозните здравни проблеми в обществото не само в България, но и по света. Проучванията върху разпространението на заболяването са важни за определяне на размера и за насоките на приоритетите в решаването му. В нашата страна населението намалява, но честотата на болните със захарен диабет е висока. Ето защо е необходимо да се въведат ефективни превантивни мерки срещу рисковите фактори и да се създадат условия за ранна диагностика и съвременен лечение. [1]

Разработването на програми за следдипломно обучение на медицински сестри за работа с диабетно болни пациенти, предполага оптимизиране на работата на медицинските екипи в стационарите и извън болничната помощ. Прилагането на здравни грижи с високо качество и сигурност за пациента е първостепенно за всички компетентни и квалифицирани медицински специалисти.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] Борисова, А., Шинков, А., Влахов, Й., Даковска, Л., Блажева, Е., Тодоров, Т., сп.Ендокринология, брой: 4/2012
- [2] Гавраилова, Д., „Ръководство по вътрешни болести със сестрински грижи“, ЕКС-ПРЕС, 2012.
- [3] Гъбев, Е., Стефанов, Г., „Наръчник на участъковия лекар“, 1978.

- [4] Захаријева С. „ Заболяването захарен диабет”, <http://www.mh.government.bg/bg/informaciya-za-grazhdani/zdravosloven-nachin-na-zhivot/zabolyavaniya/zaharen-diabet/informaciya-za-zabolyavaneto/>
- [5] Йорданова С., www.problem.framar.bg/диабет
- [6] Костов О., сп.“Сестринско дело”, брой: 1/2014
- [7] Льофер П.,(Международна федерация на диабета), „Всяка година числото на умиращите от диабет е равно на жертвите на СПИН”, 2006, www.zdrave.bg/?c=n&id=1870
- [8] Танкова Ц. ,”Рискови фактори и диагноза на захарен диабет, 2007, www.medinfo.bg/spisanie/2007/4/statii/riskovi-faktori-i-diagnoza-na-zaharen-diabet-215”
- [9] Maori L., Ezekiel D.and Bilal J., Prevalence of Diabetes in Zambuk General Hospital, 2012, ISBN 0-07-162243-8.
- [10]www.antidiabet.com/2008/06/blog-post_6807.html

За контакти:

Автор: Габриела Георгиева, I курс, специалност „Медицинска сестра”, Катедра „Здравни грижи”, Русенски Университет “Ангел Кънчев” , GSM: 0878 731270, e-mail: gabriela_georgieva1996@abv.bg

Научен ръководител: Ас. Ирина Христова, Катедра “Здравни грижи”, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0884 582 733, e-mail: ihristova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран

Степен на информираност на населението за Синдрома на Хътчинсън-Гилфорд – едно от редките заболяванията с поразяващи последици.

Автори: Невин Ахмедова Кязимова

Сибел Айдън Мустафа

Научен ръководител: доц. д-р Д. Георгиева

Awareness of the population syndrome Hutchinson-Gilford - a rare disease with destructive consequences. *Progeria-This disease is known also as the Hutchinson- Guildford syndrome and is an extremely rare hereditary disease, which affects the skin, muscles and circulatory system. It's characteristics are premature aging of the organism in very early childhood, and death (usually 20 years of age) as a result of the typical for advanced age atherosclerosis of the corroded and carotid arteries.*

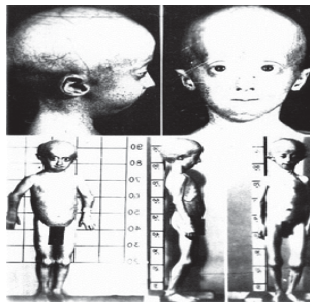
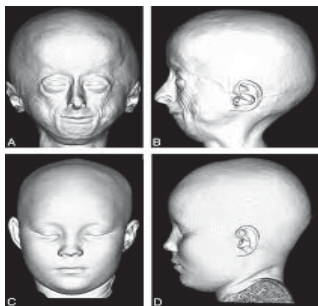
Key words: *progression, syndrome, rare, disease*

ВЪВЕДЕНИЕ

Според общоприетата европейска дефиниция – за рядко заболяване се счита такова с разпространение не повече от 5 на 10 000 души в ЕС. Синдромът Хътчинсън-Гилфорд - Прогерия е едно от редките заболявания, среща се около 1 на 8 милиона живи раждания [4]. Прогерията е вродено заболяване, но характерна особеност е, че при повечето пациенти, клиничните признаци могат да се проявят на 2-3 годишна възраст. До този период тези индивиди са видимо здрави и без никакви оплаквания. Растежът на детето рязко се забавя, наблюдават се и ярки атрофични изменения в дермата. Кожата става тънка, суха и сбръчкана. По тялото се появяват зони с хиперпигментация, започват да „прозират“ вените. В болните, по правило, главата е голяма, горната част на лицето е много голяма, докато в същото време долната част е недоразвита. Наблюдават се също атрофия на мускулите, дистрофични процеси по зъбите, костите, ноктите, косата. Забележими изменения в костно-ставната система, хипоплазия на половите органи, нарушения в липидната обмяна, атеросклероза. Други характерни симптоми са: обездвижване и слабост, загуба на вежди и мигли, изпъкнали уши, остър нос, тънки устни, централна и лицева цианоза (посиняване), изпъкнали очи, крушовиден гръден кош, тънки крайници с изпъкнали стави, бедрена дислокация, предразположеност към фрактури, хипертония. [1,4].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Синдромът Хътчинсън-Гилфорд представлява заболяване, което възниква в резултат на мутация в гена, който кодира ламините. Ламините са белтъчини, изграждащи специален слой в обвивката на клетъчното ядро. В някои семейства (кръвнородствени бракове) болестта била открита в децата, което свидетелства за възможността за автозомно-рецесивен тип наследяване. В клетките на кожата на такива пациенти били открити нарушения в работата на механизмите за възстановяване на ДНК в основните слоеве на кожата- дерма и епидерис. Друга особеност е отсъствието на подкожна мазнина [1].



Диагнозата най-често се поставя на възраст между 6 и 12 месеца, когато аномалиите се засилват и се появяват характерните лицеве белези, кожни и мускулно-скелетни изменения. Прогерията е извънредно рядко състояние, при което у малкото дете се появяват и започват да прогресират всички признаци на бързо остаряване, така че то достига „старост“, още преди началото на половото си съзряване. Прогерията поразява едногодишни деца, независимо от пола, расата или социалното им положение. Те развиват болести на сърцето, кръвоносните съдове, диабет. Средната продължителност на живота при синдрома Хътчинсън-Гилфорд е до 20-годишна възраст. Мислите на болните от това заболяване деца са насочени към смъртта. Техният ръст не надвишава 120 сантиметра. Най-удивителното е, че почти всички си приличат като близнаци. Все едно някой ги е клонирал или е докарал тук друга раса хора, които живеят на забързано темпо [5].

Интересни факти:

- На 14 години крал Лудвиг II Баварски имал гъста и пишна брада. На 15 години се обзавел със семейство. На 18 години посивял, а на 20 години умрял с всички признаци на остаряване.

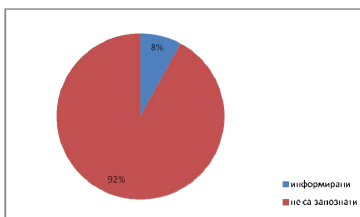
- Най-старото дете в света е момче на име Дени. Той е доживял до 20 години, но изглежда на 80. Тялото на Дени е изсъхнало, гърбът се е изкривил, движенията му са забавени и неуверени. Лицето на младия старец прилича на сбръчкан плод. Зъбите му са изпадали, няма коса... Той знае, че скоро ще умре. Дени е прекарал кръвоизлив в мозъка, страда от артрит, пръстите му са сгърчени. Ръстът на този 20-годишен човек е само 120 сантиметра. Придвижва се в инвалидна количка. Дени е оцелял толкова дълго, благодарение на изключителната сила на волята и любовта на приемните си родители, с които малкият старец живее в северната част на Лондон.

- Оури Барнет се е родил на 16 април 1996 г. На 5-годишна възраст страдал от исхемична болест на сърцето и всяко физическо натоварване го изтощава до краен

предел. Пристъпите следвали един след друг. Оури приличал на човек, прекарал инсулт: краката започнали да не го държат, движенията му били като на грохнал старец, очите му изгубили блясък, горната устна не се движела, по брадичката му се стичала слюнка, говорът му станал неразбираем [2,4]

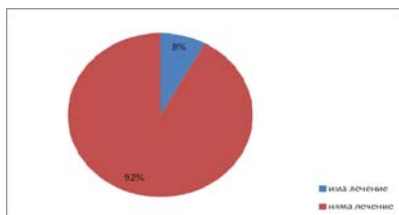
За целите на настоящото научно съобщение беше изследвана степента на информираност сред гражданите на град Русе. Изследването беше осъществено през м. април, 2016г. Анкетирани са 50 мъже и жени на различна възраст и социална ангажираност. Съотношението на анкетираните е както следва: 58% жени, 42% мъже, разпределени в следните възрастови групи: 18 до 25г.- (50%); между 25-30г.- (34%); от 30 до 50г.- (12%); над 50г. (4%)

Първият въпрос от анкетата е насочен към изследване на познанията на анкетираните за заболяването Прогерия. Голяма част от изследваните лица (92 %) не са чували за това заболяване и само 8% знаят за него. На фигура 1. са посочени данните за нивото на информираност.



Фигура 1. Ниво на информираност

Според 92% от анкетираните това заболяване няма лечение, а останалите 8% смятат, че такова съществува.



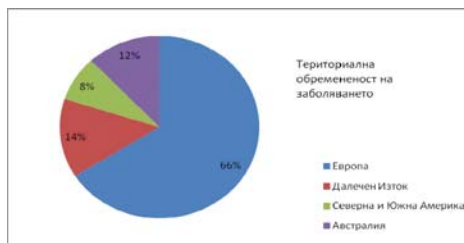
Фигура 2. Информираниост за наличието на лечение.

На въпроса, свързан с наличието на превантивни мерки, според 58% от изследваната група предполагат, че вероятно има превантивни мерки за предотвратяването на заболяването, 8% смятат категорично, че съществува, а 34% от анкетираните са отговорили с негативен отговор.

По отношение на честота на проявяване на заболяването, анкетираните допускат, че процентно съотношение на заболяелите в България е следното: 70% от хората са отговорили с 1-2%, а 30% от хората са дали отговор до 5 %. От получените

резултати като цяло изследваните са се ориентирали, че заболяването е от групата на редките болести.

По отношение на географската зависимост - 66 % от обществото смятат, че съществува известна географска обремененост на заболяването, а именно в Европа 66%; Далечен Изток 14%; Северна и Южна Америка-12%, Австралия-8%. Резултатите са отразени на фиг. 3



Фигура 3. Географска обремененост.

Според изследваните лица съществува полова зависимост на заболяването, 76% смятат, че заболяването Прогерия се проявява по-често при деца от женски пол.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

От проведеното изследване става ясно, че информираността на населението за синдрома на Хътчинсън-Гилфорд като цяло е много ниска, независимо от това, че протича много характерно и с драстични външни промени на засегнатите деца. Ниската информираност се обяснява с това, че заболяването е към групата на редките болести и не се среща често.

Необходимо е да се знае, че Националният алианс на хора с редки болести работи [3] за постигане на защита на правата на хората с редки болести, осъществява контакти и постоянен диалог с ръководните органи и инстанции в Република България, имащи отношение към редките болести (Министерство на Здравеопазването, Министерство на труда и социалните грижи, Национална здравноосигурителна каса, Агенция по лекарствата, Национална трудовоекспертна лекарска комисия и др.). Запознава обществото с особеностите на заболяванията, профилактиката, диагностицирането, лечението и рехабилитацията на редките болести, с физиологическите и психологическите последствия от тях. Работи за подпомагане, обединяване, насърчаване и информиране на хора с редки болести и адаптирането им към обществото.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] Биволарски И. Прогерия – *децата старци*, [zdrave-bg.eu /прогерия/](http://zdrave-bg.eu/прогерия/)
- [2] Момиче на 15 г. живее с тяло на 100-годишна старица, <http://www.politika.bg>,
- [3] Национален алианс за хора с редки болести (НАХРБ), <http://rare-bg.com/>
- [4] Прогерия-мистериозната болест на „децата старци“, <http://www.puls.bg>
- [5] Синдром на Хътчинсън-Гилфорд, <http://www.chudesa.net/>

За контакти:

Невин Ахмедова Кязимова специалност: „ Медицинска сестра“ - I курс
email: moonlight_96@abv.bg тел: 0896926190; Сибел Айдън Мустафа специалност: „
Медицинска сестра“- I курс, email: sibelmustafa_96@abv.bg тел: 0894035659
Научен ръководител : Доц. д-р Д. Георгиева, ФОЗЗГ, dpgeorgieva@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Влияние на психологическите фактори за възникването и прогнозата на злокачествените заболявания

Автор: Дияна Димитрова

Научен ръководител: доц. д-р Д. Георгиева

Impact of psychological factors on the occurrence and prognosis of malignant diseases. The diagnosis of cancer is changing the lives of patients, their families and loved ones. Their feelings during and after treatment will likely go through the whole range of emotions. How the sick mentally adjust to the diagnosis has a huge impact on their lives and on the disease. Dealing with the emotional aspects, as well as the physical symptoms, is an important part of treatment and recovery.

Key words: cancer diagnosis, emotional state, psychological adaptation, perception of the disease

ВЪВЕДЕНИЕ

Раковите образувания са сред най-честите заболявания за обществото в днешно време. Представяват едни от най-важните, все още неразрешени, биологични, социални и медицински проблеми на нашия век. Етиологията на злокачествените заболявания не е изяснена напълно. Съществуват разнообразни предразполагащи фактори за отключване на раковото заболяване. В резултат на редица изследвания е доказано влиянието на психическите фактори както за възникването, така за прогнозата на злокачествените заболявания. Диагностицирането на животозастрашаващата болест е свързано със силно стресово преживяване на пациента и неговите близки. Различават се два типа пациенти: такива, които успяват да се справят със страха и отчаянието и сами да преборят психическата бариера между тях самите и болестта, и други, които изпадат в състояние на безнадеждност и мъка и болестта ги преборва. Фактът, че на пациента се съобщава диагноза „рак“, извиква в съзнанието му мисълта за неговата възможна смърт. Изключителна важност има по какъв начин се поднася информацията за заболяването на пациента и на неговото семейство, както и придружаващата психотерапевтична подкрепа по време на медицинското лечение. За всеки заболял съобщаването на диагнозата е силно стресово събитие в живота [2]. Психическата адаптация на пациента и на неговите близки е от изключително значение за развитието на болестта. Емоционалното състояние играе важна роля както при възприемането на болестта, така и при последващото лечение.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Значимостта на проблема, обект на настоящото научно съобщение се определя от големия брой засегнати хора. Всяка година в света заболяват от злокачествени тумори над 6 млн. души, а около 4,5 млн. умират. Понастоящем всеки десети жител на планетата умира от рак, а ако тези тенденции се запазят, до края на века всеки пети или шести човек ще умира от това социално значимо заболяване [1]. В резултат от редица изследвания е доказано влиянието на емоционалното състояние на човека както за възникването, така и за протичането и прогнозата злокачествените заболявания. Връзката на рака с емоционалното състояние на човека е открита още преди повече от 2 хиляди години. Още през 2 век римският лекар Гален е обърнал внимание на това, че жизнерадостните жени по-рядко боледуват от рак, в сравнение с жените, които често са потиснати. През 1701 г. английският лекар Хендро в трактат, посветен на природата и причините за рака, посочва връзката му с "жизнените трагедии, предизвикали силни неприятности и мъка. Едно от най-добрите изследвания, които разглеждат връзката между емоционалните състояния и рака, е описано в книгата на последователката на Карл Юнг, Елида Ейвънс – "Изследване на рака от психологическа гледна точка". В предисловието на книгата К. Юнг отбелязва, че Ейвънс е успяла да разкрие много

тайни, свързани с рака, включително непредсказуемостта в развитието на това заболяването. Изследвайки 100 болни от рак, Ейвънс прави извода, че преди началото на болестта мнозина от тях са загубили важни емоционални връзки. Тя смята, че всички се отнасят към психологическия тип, склонен да се свързва с някакъв обект или роля (с човек, работа или дом), като не развива собствената си индивидуалност. Когато този обект или роля, с които човек се свързва, изчезнат, такива пациенти се оказват насаме със себе си, но им липсват навици, с които да се справят с подобни ситуации. За онкологичните пациенти е характерно да поставят на първо място интересите на другите. Освен това Ейвънс посочва, че ракът е симптом за неразрешен проблем в живота на болния [5]. Принос в изучаването на връзките на емоциите и здравето има и немският онколог д-р Хамър. Той изследва повече от 10 хиляди случаи на раково болни и открива, че буквално във всеки от тях първите признаци на заболяването от рак се появяват от 1 до 3 години след емоционална травма. Хамър описва емоционалния травматичен опит, който обикновено предшества рака: "...ти се изолираш и не се опитваш да споделиш емоциите си с други. Ти си тъжен, но на никого не казваш за това какво те мъчи. Това напълно променя твоя живот – ти никога няма да станеш предишния..." Иммунната система заради травмата не се бори с раковите клетки. Нещо повече, на това място раковите клетки дори не се разпознават от имунната система. Оттук произтича ключовият момент, че за пълно излекуване от рака е необходимо лечение на мозъка. Хамър смята, че психическите травми, получени в детството, не могат да бъдат причина за рака. Според неговите изследвания източникът винаги се намира в рамките на 1-3 години преди началото на заболяването. Но е важно да се разбере, че ранните травми "прокарват пътеката" за по-късните травми и усложнения. За лечение Хамър използва традиционните психологически методи на работа с травми. За да се предотврати напълно връщането на симптомите на заболяването, помага работата именно с първоначалния, както още се нарича, първичен инцидент или причината, която е отключила болестта. Защо един човек оздравява, а друг умира, след като прогнозите за болестта им са еднакви? [5]. В книгата си „Личност,болест,стрес и здраве“ д-р Карл Саймънтън и д-р Стефани Саймънтън описват своята дългогодишна работа с раково болни пациенти, спазвайки основния принцип за връзката между тялото и психиката. Базирайки се на своя дългогодишен опит те установяват, че ангажирането в голяма степен на пациентите, върата и нагласата им, че ще се справят и ще победят болестта, може да повлияе върху развитието на заболяването, ефектите от лечението и качеството на живот. Подходът на авторите за борба с рака и други болести съчетава традиционното медицинско лечение с психологичното себеизследване и самопознание. Така се създава най-благоприятната обстановка – и външна, и вътрешна – за преодоляване на заболяването и връщане към здравето. В много случаи техните пациенти постигат впечатляващи резултати по линия на продължителност на качество на живота, ремисии и окончателно оздравяване [6].

Емоционални реакции на болните при съобщаване на диагнозата рак. За всеки заболял съобщаването на диагнозата е силно стресово събитие в живота. Психическата адаптация на пациента и на неговите близки е от изключително значение за развитието на болестта. При съобщаване на диагнозата рак пациентът проявява защитни емоционални реакции, описани от Елизабет Кюблер-Рос в пет етапа (фази) на скръбта: Фаза на отричането; Фаза на гняв ; Фаза на пазарене (сделка); Фаза на депресия и Фаза на приемане [7] , [3]. Първата реакция е шокова, след първоначална обърканост, следва реакция на отхвърляне или отричане на диагнозата. Голяма част от болните са убедени, че има някаква грешка и започват

да търсят други лекари, които да подкрепят позицията им на отричане. Тази защитна реакция може да възпрепятства лечението, ако продължи твърде дълго. Важна е връзката и подкрепата на близките. През втория стадий пациентите изпитват гняв и протест, възниква въпроса “Защо точно аз?”. Изпитват чувство на фрустрация, раздразнение, протест към всичко и всички – медицински персонал, съдбата, Бог. При третия стадий- пациентът започва да търси връзки и приятели, които да ходатайстват за по-добро лечение, убеден е, че ако медицината у нас не е в състояние да се справи, то в чужбина това ще е възможно. Готов е дори да се “пазари” с Бога като дава различни обещания и обети. Други започват да търсят нетрадиционни методи на лечение, мисленето им става магическо и мистично. Четвъртият стадий е свързан с постепенно влошаване на състоянието, настъпва период на изчерпване и потъване в депресия. Тя може да се изрази с типичната триада – потиснатост на настроението, двигателна потиснатост и негативни мисли. Сънят е нарушен, мисълта за суицид може да ангажира съзнанието и има опасност от превключване към суицидно действие. Бдителността на грижещите се в този период трябва да е повишена. В този етап е наложителен консултация и терапия с психолог или медицинско лечение. В пети стадий настъпва приемане на фактите за заболяването и процесът на адаптиране към него [4]. В зависимост от стадия на болестта, личностовите особености, социалната ситуация и емоционалните потребности на пациента със злокачествено заболяване, психологическата подкрепа се осъществява по две линии: 1. Преосмисляне на болестта: възприемане на идеята, че болестта е сигнал за нуждата от кардинална промяна в начина на живот, необходимост от преоценка на ценностите, нагласите и взаимоотношенията, усвояването на нова система от убеждения, които позволяват да се намери смисъл в случващото се, болестта като предизвикателство към личностовото развитие или с други думи: ракът като симптом за неразрешен проблем в живота и шанс за справяне с него. 2. Подготовка за смъртта: приключване на недовършени дела, подписване на документи, завещания и уреждане на имотни въпроси, преосмисляне на миналото и целия житейски път по един смислен начин, преоценка на взаимоотношения, работа с вина и други негативни емоции, възстановяване на загубени контакти с близки и значими хора, прошка. [2]. През седемдесетте години К. Саймънтън си задава въпроса, защо при еднакъв вид рак, еднакъв стадий на развитие и еднакво лечение едни от болните умират, а други се излекуват. Започва да търси различни фактори и това което открива е, че решаващият фактор е психичната нагласа или както той пише-ниво на оптимизъм на болния. Степента на проява на депресията е от изключителна важност и изисква съответната специализирана помощ. През всички тези етапи в емоционалното и психично състояние на болния единственото, което дори и в минимални количества остава съхранено е надеждата или мисълта за бъдеще. Всеки болен се надява да бъде открито лекарството или терапията, което ще го избави. Тази надежда понякога се оказва единственото лечение [6]. Иън Джеймс Гаулър е австралийски автор, виден застъпник за терапевтичното приложение на дух-тяло медицина и медитация и създател на Фондация за борба с рака. Гаулър бил диагностициран с последен стадий на агресивен остеосарком. С помощта на добре познатия австралийски психиатър Ейнсли Мирърс, който вярва, че медитацията може да промени хода на лечение или дори да излекува рака, Гаулър приема режим на интензивна

медитация, последван от интензивна програма за научни изследвания, самонаблюдение и личностно развитие. Лекарите му давали само няколко седмици живот. Въпреки това той учудващо за всички успял и преборил болестта. Той споделя, че да си в ремисия на болестта е по-стресиращо от това да научиш, че си болен от рак. Защото когато се лекуваш имаш насока и цел, след това трябва да можеш сам да разчиташ на своите собствени сили и вяра [8].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Статистиката показва, че броят на заболялите непрекъснато расте и смъртните случаи се увеличават [2]. Всеки от нас познава, някой който е страдал от „неизлечимата болест“ – рак, която взема все повече жертви в наши дни. Едни се борят и преминават през стотици терапии и лечения, но безуспешно, а други просто вярват, че болестта не е по-силна от тях и се борят въпреки всичко. Емоционалната травма, която лежи в основата на онкологичното заболяване, може да бъде напълно незначителна за страничния поглед, но висок процент от заболялите признават, че са преживели тежка травма, която е отключила заболяването им. Много учени са открили че, причините за болестта са главно на психическа основа. Признават също и за съществуването на случаи на излекуване с психологическа подкрепа и психическата адаптация на пациента. В много случаи победата над болестта идва от волята, силата на мисленето, надеждата и от подкрепата на близките. За да успее да победи болестта, човек на първо място трябва да може да победи своята психика и мислене, които в голяма степен предразполагат към заболяване и да обедини волята, моралните и духовните си сили и да вярва в успеха си срещу болестта.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] Гълъбов, А., Световната конспирация срещу здравето, Раздел 3, Глава 7, София, 2001г.
- [2] Доклад за психотерапевтична интервенция на онкоболни пациенти проведена в клиника "Торакс", <http://thorax.bg/>
- [3] Кюблър-Рос Елизабет: "За смъртта и умираването"; "Наука и изкуство", София, 1996 г.
- [4] Петрова, К., Психологични аспекти на проблема за смъртта в третата възраст, НАУЧНИ ТРУДОВЕ НА РУСЕНСКИЯ УНИВЕРСИТЕТ - 2013, том 52, серия 6.2 – 85
- [5] Психологически предпоставки за възникването на рак, <http://centralhospital.bg/>
- [6] Саймънтън Матюс, С. , О. К. Саймънтън , Джеймс Л. Крайтън, Личност, болест, стрес и здраве, ISBN:978-954-28-0548-9, Януари 2012 г.
- [7] Elisabeth Kübler-Ross , David Kessler, On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss, Paperback, pages, Published June 5th 2007 by Scribner
- [8] Dr. Ian Gawler - official website, <http://www.iangawler.com/>

За контакти:

Диана Венциславова Димитрова, Специалност: „Медицинска сестра“- I курс Тел. за връзка: 0884740966, E-mail адрес: did4eto_96@abv.bg
Научен ръководител : Доц. д-р Д. Георгиева, ФОЗЗГ, dpgeorgieva@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Тревожна тенденция за увеличаване на затлъстяването в детска и юношеска възраст

Автор: Гамзе Яшарова

Научен ръководител: доц. д-р Д. Георгиева

Worrying trend of increasing obesity in children. Obesity is a chronic condition with accumulation of an excessive amount of body fat as a result of impaired energy balance. The purpose of this study is to evaluate the rate of frequency of overweight and obesity in 612 children aged 7 to 19 years attending school. The incidence of overweight and obesity is based on the BMI according to international criteria.

The results show that the majority of the tested children are obese. Appropriate recommendations for implementation of adequate preventive strategies to build healthy dietary behavior of students have been made.

Key words: obesity, overweight, child health, diagnosis, Body Mass Index energy balance

ВЪВЕДЕНИЕ:

Затлъстяването се определя като хронично състояние с натрупване на прекомерно количество телесна мастна тъкан в резултат на нарушен енергиен баланс – съотношението между енергийната стойност на храната и енергоразхода на човека. Излишните калории се складира в тялото под формата на тлъстини. За да се избегне затлъстяването е необходима превенция на населението и формиране на здравна култура по отношение на храненето [4].

Храненето е един от съществени фактори в превантивната стратегия за намаляване на риска от хронични неинфекциозни заболявания като сърдечносъдови болести, рак, диабет тип 2, остеопороза и др. Здравословното хранене на децата и юношите представлява приоритет в националната ни политиката, свързана с опазване на общественото здраве. Храненето и физическата активност са детерминанти на здравето и необходимо условие за осигуряване на оптимален растеж и развитие на децата и юношите - възраст, в която се формират навиците, свързани със здравословния начин на живот [9]. По данни на Регионална здравна инспекция, у нас с наднормено тегло са 2 650 000 души на възраст от 18 до 65 години и 100 000 ученици от 7 до 14 години. Причина за увеличаване на хората с наднормено тегло в България се крие предимно в нездравословното хранене. Преди 50-60 години България е била на първо място сред цивилизованите страни в света по брой на дълголетниците. На 1 млн. души от населението 1600 души са на възраст над 100 години, докато в САЩ столетниците са били 7 на 1 млн. души. В момента България е на едно от първите места по брой на починали от сърдечни инфаркти на второ място по починали от мозъчни инсулти. Като основната причина за резултатите от тази статистика е затлъстяването на населението. Освен това наднорменото тегло води до други здравословни проблеми, по-голямата част от които социално значими, основно захарен диабет тип 2, сърдечно-съдови, мозъчно-съдови и някои злокачествени заболявания [2].

ИЗЛОЖЕНИЕ:

Съществуват няколко вида затлъстявания, които се класифицират според различни критерии – **морфологични, клинични, етиопатогенетични**. Видовете затлъстяване според **морфологични критерии са:** *Хиперпластичен тип*, изразяващ се с увеличен брой на мастните клетки (адипоцити). Клинично този тип затлъстяване с проявява с ранно начало, преди 18-годишна възраст и протича като по-тежка форма. Често се среща сред индивидите с фамилна обремененост и се поддава трудно на лечение. *Хипертрофичен тип* затлъстяване е за сметка на

увеличаване на размера на адипоцитите в следствие на повишено отлагане, под формата на мастни капки. **Смесен тип** затлъстяване. **Видовете затлъстяване в зависимост от клиничните критерии** са: *Андройдното затлъстяване*, наричано още мъжки тип затлъстяване, централно затлъстяване или затлъстяване тип “ябълка”, се характеризира с натрупване на прекомерно количество мастна тъкан в горната половина на тялото, над ханша, предимно в подкожието на коремната стена. *Гиноидното затлъстяване* е известно още като женски тип затлъстяване или затлъстяване тип “круша”. Характеризира се с отлагане на мазнини предимно в долната половина на тялото. *Смесеният тип* затлъстяване представлява комбинация от характеристиките на андройдния и гиноидния тип затлъстяване. **Затлъстяване според етиопатогенетичните критерии може да бъде първично (просто) затлъстяване.** То е в основата на все по-нарастващата честота на артериалната хипертония и захарния диабет тип 2 в детско-юношеската възраст. **Вторично затлъстяване** е следствие на подлежащи ендокринни нарушения и нарушения в центровете на регулацията на апетита в хипоталамуса [1].

Степента на затлъстяване се изчислява чрез ИТМ. Открит е между 1830 и 1850 г. от белгийския математик и статистик Адолф Кетле. Добива популярност през 50-те и 60-те години на миналия век, когато проблемът със затлъстяването в западните общества започва да нараства. Индексът на телесната маса се измерва в килограми на квадратен метър и се определя по следната формула [9]:

$$\text{ИТМ} = \frac{\text{Телесно тегло (kg)}}{(\text{Ръст в m})^2} = (\text{kg/m}^2)$$

ИТМ според Световната здравна организация:

състояние	индекс на телесната маса
наднормено тегло	≥ 25,0
предзатлъстяване	25,0 — 29,99
затлъстяване	≥ 30,0
затлъстяване I степен	30,0 — 34,99
затлъстяване II степен	35,0 — 39,99
затлъстяване III степен	≥ 40,0

В основата си затлъстяването се дължи на по-висок прием на калории от изразходваните, прекомерно хранене и бездвижване. Съществуват и някои други фактори за свръхнорменото тегло [8]. Първият фактор е възрастта – с напредването на възрастта метаболизмът се забавя и намаляват потребностите на организма от калории. Ако след 35 за жените и 40 години за мъжете се задържи поглъщането на същото количество храна, то покачването на килограми ще е неминуемо. Вторият фактор е пол – при жените се наблюдава по-голяма склонност към наднормено тегло, в постменопаузата обмяната на веществата при жените се забавя. Наследствеността е третият фактор – при наличие на един родител със затлъстяване вероятността детето да развие затлъстяване достига 40%, при двама родители вероятността достига 80%. Без фамилен обремененост този процент е 10. **Психологически фактори:** при някои хора емоционалното състояние оказва влияние върху храненето. В тази група фактори се включват хранителните разстройства. Приема на някои *медикаменти* - антидепресанти, антиконвулсанти, някои хормонални препарати са предпоставка за затлъстяване. *Факторите на средата* -

стил на живот, стил на хранене, степен на физическа активност, навици и възпитание са от съществено значение, особено сред децата. Физическа активност-сама по себе си влияе и намалява апетита, като същевременно поддържа метаболизма и способства при наличие на над- и свръхнормено тегло. Проблемите от затлъстяването са резултат от намаляване на ежедневната физическа активност на населението, която се развива тенденциозно през последните няколко десетилетия заради съвременния стил на живот [1].

Дейностите по превенция на затлъстяването са насочени към неговото предотвратяване и формиране на навици за здравословно хранене на населението. Във връзка с настоящото научно съобщение беше проведено проучване след 612 ученика на възраст от 6 до 19 годишна възраст от СОУ „Васил Левски” град Ветово. Използваният метод в проучването е анализ на медицинска документация -"Схема за анализ на здравословното състояние на учениците"[6], предоставена от медицинската сестра на училището. Данните за период седем учебни години (2006 г. до 2015г.) са представени в Таблица 1.

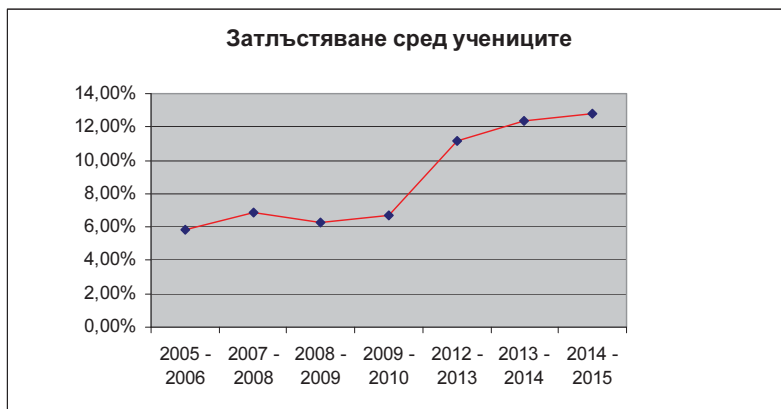
Таблица1:

Уч. година	Бр. ученици	Бр. ученика с наднормено тегло	% съотношение
2005 - 2006	612	36	5,88%
2007 - 2008	629	43	6,83%
2008 - 2009	575	36	6,26%
2009 - 2010	547	36	6,68%
2012 - 2013	466	52	11,15%
2013 - 2014	471	58	12,38%
2014 - 2015	421	54	12,82%

Както е видно от резултатите за периода 2006 - 2015г броя на децата с наднорменото тегло се увеличава почти два пъти.

На фигура 1. Ясно се визуализира тенденцията на увеличаване на телесното тегло при изследваните деца.

Причините за очертаващата се тревожна тенденция са нездравословното хранене и ниската физическа активност при децата в днешно време. В резултат на редица проучвания е установено, че храненето на учениците не отговаря на принципите на здравословното хранене. Според насочено изследване сред учениците в община Русе, от Регионална здравна инспекция в период 2013 година, обхващащо 793 деца от десет училища на възраст 14 - 18 години се констатира недостатъчна консумация на мляко, месо и варива. Децата не консумират или рядко консумират пресни плодове и зеленчуци . Повече от половината анкетирани консумират веднъж на ден тестени изделия, над 2/3 шоколад, бонбони и други. **С наднормена телесна маса и затлъстяване са 9,1% от момчетата и 9,3% от момичетата.** Само 30% от учениците съобщават за положителна промяна в модела на хранене през последната година [7].



Фигура1. Наднормено тегло в период от 2006-2015г.

Най-добрият подход за контрол и промяна на продължителния положителен енергиен баланс, водещ до затлъстяване е този, който повлиява и двете страни на енергийното равновесие - намаляване на вноса и увеличаване разхода на енергия. За целта е изследвана двигателната активност на учениците от община Русе. Над 30% от тях са с ниска двигателна активност, като този дял нараства с възрастта. Въобще не се занимават със спорт 7,3% от тях. При момичетата ниската двигателна активност е два пъти по разпространена в сравнение с тази на момчетата. Почти всеки ден през свободното си време спортуват 40% от учениците, а два – три пъти седмично 27,2% [5].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализираните документи и резултатите от настоящото проучване показват, че въпреки опитите за промяна в начина на хранене в детска и юношеска възраст с предприетите мерки чрез въведени програми в училищата „Училищен плод“, „Училищно мляко“ и др. се наблюдава тенденция на увеличаване на затлъстяването при децата. За да се постигнат дългосрочни и трайни резултати е необходимо въвеждане и реализиране на комплексни програми, включващи количествени и качествени промени в храненето, както и увеличаване на физическата активност. В програмите за превенция на затлъстяването освен децата е необходимо включване и на техните родители. Формирането на навиците за хранене и физическа активност започват от семейството, изградените в дома нездравословни модели на хранене се променят трудно, необходима е положителна мотивация и убеденост за промяна. В училищата чрез семинари за деца и родители, насочени към запознаване с принципите на здравословното хранене и предоставяне на подходяща информация може да се постигне здрава култура. Основните моменти на здравословното хранене се основават на достатъчен прием на питейна вода, за сметка на безалкохолни газирани напитки, ежедневна консумация на плодове и зеленчуци, силно ограничаване на храни с консерванти и оцветители, както и на консумацията на чипс, тестени изделия и сладки храни. Целта е здравословното хранене да се превърне в стил на живот с помощта на родителите, училището и други социални институции. Промяната в хранителното поведение е важно условие за успешна и дългосрочна резултатност в лечението на затлъстяването и предотвратяването на социално- значимите болести в бъдеще.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] Еков П. „Затлъстяването рисков фактор" Discover magazine
- [2] Димитрова Д. "Затлъстяване и диетолечение", Авангард Прима, 2014
- [3] Манолова А., Програма CINDI Здрави деца в здрави семейства, София 2011г.
- [4] Програма CINDI РИОКОЗ - Русе 2008 г.
- [5] Регионална Здравна Инспекция община Русе „Анализ на данните от изследването за носителство на фактори на риска за здравето сред учениците" Програма CINDI, Русе 2013 г.
- [6] Схема за анализ на здравословното състояние на учениците, СОУ "Васил Левски" Ветово, 2007-2015 г.
- [7] Дирекция „Опазване на общественото здраве" Профилактика и лечение на здравето <http://ncphp.government.bg>
- [8] www.zdrave.bg
- [9] www.Framar.bg

За контакти:

Гамзе Бейсинова Яшарова специалност: „ Медицинска сестра“ – I курс

e-mail: g_19@abv.bg тел: 0884467347

Научен ръководител : Доц. д-р Д. Георгиева, ФОЗЗГ, dpgeorgieva@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Прилагане на холистичен сестрински подход в грижите за емоционалното здраве на възрастните хора

Автор: Биляна Великова

Научен ръководител: доц. д-р Д. Георгиева

***Application of holistic nursing approach in caring for the emotional health of older people:** Adults and the elderly are one of the large strick groups in need of social and medical care. Defined as a risk group because of the variety of factors affecting health and the emergence of the disease. Social, psychological and biological factors specific to the elderly require a holistic approach to nursing. The nurse take more care of adult scompared to anyotherage group of patients. Holistic approach provides nurses business complexity and quality of care for the elderly. According holistic approach to the individual is seen as composed of key interrelated and influencing levels - physical, emotionally and spiritually.*

Key words: geriatrics, old age, role of nurse, communication, empathy, holistic approach

ВЪВЕДЕНИЕ

Възрастните и стари хора са една от най-големите рискови групи, нуждаещи се от социални и медицински грижи. Определят се като рискова група поради многообразието от фактори, влияещи върху здравето и възникването на болестта. Социалните, психическите и биологичните фактори, характерни за възрастните хора, налагат прилагането на холистичен подход в сестринските грижи. Поради демографската характеристика на обществото, днес медицинската сестра полага повече грижи за възрастни в сравнение с всяка друга възрастова група пациенти. Холистичният подход в сестринската дейност осигурява комплексност и качество на грижите за възрастните хора както при хоспитализираните пациенти, така и в дългосрочната грижа в дома или институция. Според холистичния подход човешкият индивид се разглежда като съставен от основни взаимосвързани и влияещи се нива-физическо, уствено-емоционално и духовно.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Основна цел на здравната помощ за старите хора е съхраняването на добро ниво на физическо и психическо функциониране, позволяващо автономен и независим от чуждата помощ живот за колкото е възможно по-дълго време. Водещите принципи при осъществяване на здравна помощ за стари хора включват индивидуализиране на грижите, уважение към автономността на стария човек, отчитане на био- психо- социалните аспекти на неговото здраве, комплексно оценяване и разрешаване на свързаните със здравето проблеми [3].

За да полага професионални гериатрични грижи, медицинската сестра е необходимо да притежава достатъчно теоретични знания за процесите на стареене и старостта, както и умения за общуване.

Съществуват различни теории на стареенето. Според една от тях в резултат на своята дейност във времето и пространството всяка система се подлага на изхабяване и с това се приближава постепенно към своята гибел. Привърженици на подобни теории аргументират своите възгледи с това, че между продължителността на живота и изразходваната енергия съществува определена зависимост. Те твърдят, че след спирането на растежа, всеки индивид изразходва приблизително еднакво количество енергия, но ако това количество се изразходва ускорено, то продължителността на живот се скъсява. Най-добрата теория за стареенето е, че то е биосоциално явление, влияещо се многопосочно от генетични, социални, икономически и психологически фактори. Съществуващото разнообразие в протичането на индивидуалното стареене обуславя значителна хетерогенност на старческата популация. Въпреки това хронологичната възраст е основен критерий за

навлизане в старостта и се използва за класифициране на лицата над 60-годишна възраст [3].

Старостта може да бъде хронологична, физиологична, психична и социална. Физиологичната старост е представена от външни и вътрешни признаци, част от които са посивяване и побеляване на косата, поява на бръчки по кожата, забавени рефлексии, понижена памет и концентрация. Настъпват изменения във всяка една от системите в човешкия организъм и именно това чувство за промяна виоизменя мирогледа на индивида и нарушава неговата адаптивност към новото и непознатото. У тези хора се наблюдава чувство за тревожност, те са предразположени към депресивни състояния [1].

Грижите за емоционалното здраве са част от комплексните сестрински грижи, основани на холистичния подход. Те са толкова важни, колкото и тези за физическото здраве при възрастните и стари хора. Психичното здраве се отнася до цялостното психическо благополучие, а не само отсъствие на депресия, тревожност или друго заболяване. Основните дейности, насочени към емоционалното здраве при възрастните хора имат отношение към създаване на силна мрежа за подкрепа, укрепване физическото здраве чрез подходящи за възрастта упражнения, насърчаване към любими занимания, както и формиране на устойчивост и способност за справяне със стреса и негативните емоции. Общуването се явява една от най-продуктивните дейности, чрез която се прилага личностно-индивидуален психологичен подход към възрастния човек. За целта медицинската сестра е нужно да притежава необходимите компетенции и познава стратегиите за преодоляване на страха и тревожността при хората от третата възраст, както и различни подходи и форми на комуникация. Емпатийното общуване в нейната практика цели съпреживяване болката на другия и „извървяване пътя заедно”. Познаването на различните функции на общуване позволява качествено изпълнение на дейностите и очертава нейния професионализъм[1].

С нарастване на възрастта нуждите на старите хора от медицинско обслужване и социална закрила се увеличават. Това се дължи на по- високата заболяемост, загубата на физически сили, отчуждението и липсата на активна комуникация. Много от възрастните хора са изправени пред самота и изолация поради смъртта на партньора, което подпомага развитието на психически проблеми. Старите хора са основния контингент на службите за социални грижи. Нуждата им от медицинска и социална помощ е безспорна, но също толкова голяма е и необходимостта от разбиране и търпение към техните проблеми и потребности [2].

В процеса на стареене нараства делът на старите хора, които се нуждаят от помощ и грижи в ежедневието. Тази потребност зависи от състоянието на психическото и физическо здраве на старите хора, от нивото на функциониране, възрастта, пола, икономическия статус, семейната структура и взаимоотношенията и др. Удовлетворяването ѝ се осъществява от неформална помощ, която е безплатна, неинституционална и основана на родство и близост. Основен източник на такава помощ е семейството. То осигурява директна и индиректна практическа, финансова, емоционална и информационна подкрепа. Когато неформалните източници на помощ са неефективни или липсват, те се допълват или заместват от съществуващата система за социална подкрепа [3].

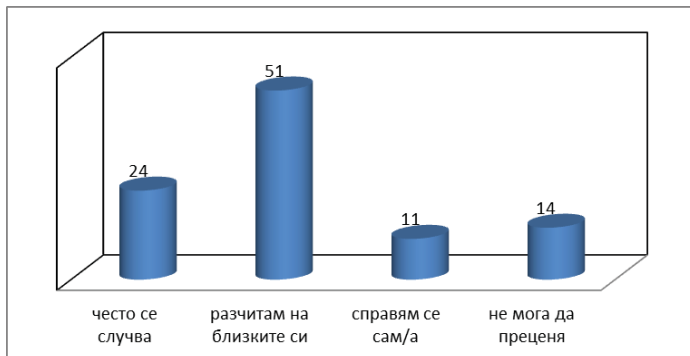
Във връзка с идентифициране на емоционалните проблеми, свързани с процеса на стареене, както и очакванията и разбирането на възрастните хора за старостта, е проведено проучване на 37 пациенти от МБАЛ- Русе и граждани на гр. Борово през м. февруари 2016г. Всички анкетирани са на възраст над 60г.

Резултати от проучването:

На въпроса „ Какво е Вашето място във възрастовата структура, как Вие се самоопределяте?” почти половината от анкетираните (46 %) отговарят, че не

откриват разлика между календарната и психологичната възраст. Самооценката на 24% от анкетирания е, че се чувстват по-млади за годините си, 14% са се определили като преждевременно остарели, а 16% не могат да преценят.

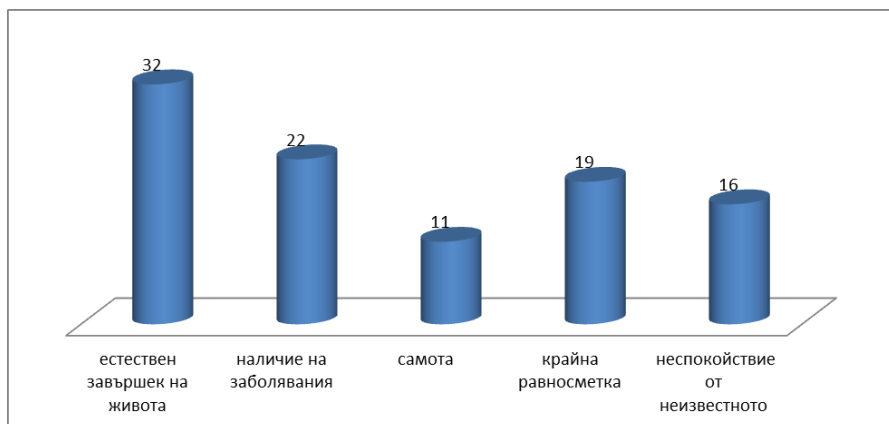
Важен момент за емоционалното здраве на възрастните хора е получаването на неформална помощ от семейството и близкото обкръжение, изразяваща се в проява на съчувствие и подкрепа. На фиг.1 са посочени резултатите от проученото мнение.



Фигура 1. Подкрепа от близки и приятели

Голяма част от анкетирания (51%) посочват, че разчитат на близките си за проява на съчувствие и подкрепа, 24% получават подкрепа и помощ не само от семейството си, а и от приятели и хора, с които поддържат социални контакти. Групата, посочили, че се справят сами са 11% от анкетирания. Според тях те не получават очакваната подкрепа и това е причината да я отказват.

На фиг.2 е представено разбирането на възрастните хора за старостта. На въпроса „Какво за Вас е старостта?“ 32 % отговарят, че е естествен завършек на живота, с наличие на заболявания и тревоги я свързват 22 %, със самота- 11%, като период на неспокойствие и страх от неизвестното я възприемат 16%, а 19% виждат в нея възможност за крайна равностетка.



Фигура 2. Преценка и разбиране на старостта

За хората, които възприемат старостта като естествен завършек на живота си и възможност за крайна равностетка, според теорията за развитието на Е. Ериксън се смята, че са приспособени и към триумфа, и към неуспеха на своя живот. Те приемат своето съществуване като нещо, което е трябвало да стане, нещо неизбежно, изживяно и смислено. В периода на старостта човек „събира плодовете“ от своя живот и ако е достигнал до извода „моят живот си струваше“, значи е емоционално интегриран човек и възприема смъртта като нещо нормално. Напълно противоположен е начинът на мислене на онези, свързващи старостта със самота, неспокойствие и заболяване. Тези хора се страхуват от смъртта, те чувстват недоволство и отчаяние от изминалия живот и загриженост за краткото останало време. Затварят се в себе си и това предразполага депресивно състояние. Животът за тях се разглежда като тотална загуба, а смъртта като жестока спирачка [1]. Тази част от възрастните хора се нуждаят от емоционална и социална подкрепа.

Последният въпрос от анкетата разглежда връзката между емоционалното здраве на изследваните гериатрични личности и наличието на пълноценни контакти. При 41 % от анкетираните емоционалната им стабилност се основава на общуването. Сравнително голям дял от анкетираните (35%) предпочитат по-често да остават сами, не търсят социални контакти, а 24% имат желание за социален живот и общуване извън дома, но нямат възможност поради заболяване или други причини. При осъществяване оценка на потребностите и съставяне план за сестрински грижи в дома, медицинската сестра е необходимо да включи дейности, насочени към преодоляване на идентифицираните проблеми.

Голям дял от анкетираните лица-общо 65% посочват, че имат желание и потребност да осъществяват социални контакти чрез общуване и срещи. Част от възрастните хора са възпрепятствани поради финансови и здравословни причини. Обект на сестрински грижи са възрастните хора, посочили липсата на желание за социални контакти и тези, които имат причини за възпрепятстването им.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сестринството е приложно-практическа наука, която използва принципи от физическите, биологическите и поведенческите науки. Основна грижа е холистичната грижа за човека. Сестринските грижи за възрастни се основават на геронтологията, възрастовата и личностна психология, герагогиката, философията

на сестринските грижи, общите и специални клинични сестрински грижи. Геронтологичните изменения поставят акцент върху начина на оценяване, планиране и осигуряване на научно-обосновани професионални сестрински грижи. Медицинската сестра има важна роля за повишаване качеството на живот, проявата на подкрепа и милосърдие, както и насочване мисленето и отношението на гериатричната група хора към философското възприятие за старостта и смъртта. Основната функция на медицинската сестра е не само да подпомага лечебния процес, но и да даде своята подкрепа и съчувствие, проявявайки всеотдайност и търпение в общуването с възрастните хора. Нейната дейност се основава на емпатия, разбиране, подкрепа и изграждане на доверие.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] Георгиева, Д., Сестрински грижи при възрастни-учебник, Русенски университет „Ангел Кънчев“, 2015 г.
- [2] <http://www.referati.org/gerontopsihologiq/905/ref>, Ангелов, А., Геронтопсихология.
- [3] <http://medicina-bg.info/?p=913>, Теория на стареенето, 19.08.2010 г.

За контакти:

Биляна Божидарова Великова, специалност: Медицинска сестра - II курс

e-mail: [bib_i_951208@abv.bg](mailto:bibi_951208@abv.bg) тел: 0883231995

Научен ръководител : Доц. д-р Д. Георгиева, ФОЗЗГ, dpgeorgieva@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Сестринското досие в практиката на медицинската сестра

Автор: Биляна Великова

Научен ръководител: доц. д-р Д. Георгиева

***Nursing record in the practice of nurse:** The nursing record is approach to provide nursing care. The existence of such a document allows control and establishing the quality of nursing work. It consists of five stages. The expansion of the powers of nurse required the implementation of new forms of work organization of nurses.*

Key words: nursing process, nursing diagnosis, clinical monitoring, clinical thinking

ВЪВЕДЕНИЕ

Съвременните схващания за сестринството са насочени към укрепване автономността и статуса на медицинските сестри. В днешно време пред специалистите по здравни грижи са поставени сериозни задачи, насочени към дейности, доказващи готовността на медицинската сестра за самостоятелна, научно-обоснована и професионална сестринска дейност. В Наредба I [3] компетенциите на медицинската сестра са групирани като самостоятелни и дейности по назначение и контрол лекар. В продължение на повече от петнадесет години в учебните програми на студентите от специалност *медицинска сестра* е включена за изучаване, но не е наложена в практиката сестринска документация, която да отразява дейностите на медицинската сестра, както при клиничните сестрински грижи за хоспитализирани пациенти, така и при домашните, хосписните и институционалните сестрински грижи.

Сестринското досие е подход за планиране, регистриране и отчет на сестринските грижи. Документът съдържа събрана и систематизирана информация за конкретен пациент. Документирането на сестринските грижи осигурява качество, цялостност, приемственост, контрол, отчетност и остойностяване на сестринските грижи. Отразява изпълнението на сестринския процес, който включва оценка на потребностите, сестринска диагноза, планиране на индивидуални подпомагащи или компенсиращи сестрински грижи [2].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Днес все повече се използват термини като „сестрински процес“, „сестринска диагноза“, „клинично мислене“, „клинично наблюдение“ [3]. Това е предпоставка за поставяне на различно от общоприетата досега роля на здравните грижи, както и функцията на медицинската сестра. Сестринските грижи са персонализирани и хуманизирани, те са изцяло подчинени на холистичния подход. Според В. Хендерсън „уникалната функция на медицинската сестра е да подпомага индивида, болен или здрав, в извършването на такива дейности, които допринасят за неговото здраве или възстановяване...“ [1].

Сестринският процес може да се приложи успешно при сестринските дейности, насочени към промоция, запазване, възстановяване на здравето и предотвратяване на болестта. Може да се прилага от медицинската сестра във всяка сфера от нейната дейност [2].

В настоящото научно съобщение е представен модел на сестринско досие на пациент, нуждаещ се от домашни грижи. Данните в досието са автентични, но с цел спазване принципа на конфиденциалност имената на пациента са представени с инициали.

Сестринско досие на

А.....

Б.....

В.....

за полагане на дългосрочни домашни грижи

Фамилия Име Презиме

Общи данни

Възраст: 54 г.**ЕГН:** 0000000000**Пол:** мъж**Гражданство:** българско**Образование:** средно**Професионална заетост:** пенсионер по болест**Религиозна принадлежност:** християнска**Клинична диагноза:** Хеморагичен мозъчен инсулт**Семейно положение:** семеен

Придружаващи заболявания: ТЧМТ. Тежка десностранна хемипареза. Левостранна централна лекостепенна хемипареза. Десностранна слепота. Симптомна епилепсия. Анкилозис коксе ет кубити дextrа.

Минали заболявания: Двустранна пневмония**Оценка на основните потребности, съгласно теорията на В. Хендерсън [1,2,4]:**

- 1. Дишане:** нормална честота, няма нужда от кислородотерапия и осигуряване на определено положение в леглото.
- 2. Хранене:** необходимост от лечебно и диетично хранене, съобразено с основното заболяване; не осъществява хранителен режим, консумира дразнещи храни, обича да се храни с пържени, панирани и мазни храни; приема вода само с лекарствата; разчита на помощ при пазаруване и приготвянето на храната; може да се храни сам.
- 3. Отделяне:** няма затруднения при уриниране, по отношение на дефекацията - наличие на констипация, поради намалена двигателна активност, намален прием на течности, независим е при осъществяване акта на дефекация, не съобщава за патологични макроскопски отклонения.
- 4. Осъществяване на движения и поддържане на желана поза:** установена е относителна независимост, има нужда от придружаване и поддържане при разходки на големи преходи, установена е необходимост от използване на помощни средства - бастун, който не желае да ползва.
- 5. Сън и почивка:** продължителността на нощния сън е около 6ч., причина за безсънието според пациента е непрекъснато негативно мислене за прогнозата на заболяването и липсата на възможност да работи поради заболяването си.
- 6. Избор на подходящо облекло, способност да се облича и съблича:** установена зависимост при обличане, нужда от помощ при обличане.
- 7. Да поддържа нормална температура на тялото чрез подходящо облекло и околна среда:** независимост при избора на подходящи дрехи за сезона и конкретен повод.
- 8. Да поддържа тялото си чисто и да пази кожата си от нараняване:** необходимост от помощ при къпане, сутрешни и вечерни тоалети, при бръснене.

9. **Да избягва опасности от околната среда и да не наранява другите:** непълноценно зрение; не се установяват проблеми със слуха.

10. **Да осъществява комуникация с другите:** контактува с роднини, има потребност от контакти с приятели, но рядко осъществява такива, установена е социална изолация, поради изказани притеснения от заболяването си.

11. **Да изповядва религиозните си вярвания:** има нужда от придружител при посещения в църква.

12. **Да извършва работа, която му доставя чувство за реализация:** има желаниа и потребности от осъществяване на труд.

13. **Да играе или да участва в различни развлечения:** изказва желание за посещения на театър, опера и концерти, но изпитва неудобство от уврежданията си.

14. **Да се обучава, да открива или да задоволява любознателността:** желае да се включи в различен тип обучение.

Сестринска диагноза: Нарушена физическа мобилност; Риск от нараняване; Риск от повторен инсулт; Социална изолация; Констипация

План за сестрински грижи:

1. Дейности за подпомагане пациента при дишане:

Изследване честота и типа на дишане	12.02.16г.- 8ч.- смесен тип дишане, 18 уд./м. 13.02.16г.-16ч.- смесен тип дишане, 20 уд/м. 14.02.16г.-8ч.- смесен тип дишане, 19 у/ м.

2. Дейности за подпомагане пациента при хранене и приемане на течности:

Изпълнение принципите на лечебното хранене- диета.	Да не употребява дразнещи храни, забранява се употребата на алкохол, газирани напитки, кафе
превенция на дехидратацията	Прием на вода до 1200мл на ден- минимум 6 чаши вода.

3. Дейности при подпомагане пациента по отношение на отделителната функция:

Наблюдение на отделителната функция: вид; количество и макроскопски характеристики на фецес и урина.	Ежедневно се изисква информация за количеството и консистенцията на фецеса и урината, регистрация на патологични отклонения. 12.02.16г. 13.02. 14.02. Диуреза/мл 1200 12001200 Дефекация 0 I I При наличие на констипация: лаксативни средства, клизми.
Промяна в начина на хранене при необходимост	12.02.2016г. Прием на по-течни и кашави и богати на фибри храни.

4. Дейности при осъществяване на движения и поддържане на желана поза:

Подпомагане на пациента в поддържане на желаната поза при ходене, седене и лежане	Подпомагане 12.02.16г.- при предвижване в градска среда 14.02.16г.-при изкачване или слизане по стълби

5. Дейности за подпомагане пациента да почива и да спи:

Прилагане на необходимите мерки за преодоляване на неспособността на пациента да почива и спи	Съвети за осигуряване пълно спокойствие и почивка, както и време за сън в предназначените за това часове.

6. Дейности при подпомагане пациента при избиране на облекло, при обличане и събличане:

Обличането с подходящи дрехи според сезона. Подпомагане при събличане на дрехите	Съвети и контрол от близките при подбор на подходящите дрехи за сезона. Подпомагане единствено при обличане- изпитва затруднение.

7. Дейности при подпомагане пациента да поддържа своята телесна температура в нормални граници:

Осигуряване на грейки, компреси или други подходящи процедури в зависимост от целта – охлаждане или затопляне на тялото	При необходимост на пациента да се осигури топла грейка или студен компрес.

8. Дейности при подпомагане пациента да поддържа тялото си чисто:

Осигуряване на необходимата обстановка	Да се осигурят всички необходими принадлежности, водата да е с подходяща температура, а температурата в банята и стаята да е нормална.

9. Дейности при подпомагане пациента да избягва опасностите в заобикалящата го среда:

Предпазване от: злополуки, механични наранявания, падане, огън, токсични химикали в дома;	Често да се напомня на болния да внимава при преминаване до горещи повърхности или остри предмети.
Придружаване, осигуряване на транспорт и подпомагане при придвижване в градска среда.	Пациентът да се придружава при разходки, като за по-дълги разстояния да се осигурява транспорт.

11. Дейности при подпомагане на пациента да общува с другите-да изразява потребностите и чувствата си:

Организиране на мероприятия за предотвратяване на социалната изолация	Да посещава театри, туристически забележителности, да участва в литературни клубове.

11. Подпомагане на пациента да изповядва религията си:

Медицинската сестра планира дейности насочени към подпомагане и осигуряване на възможности за удовлетворяване на тази потребност.	Пациентът да посещава редовно местната църква с осигурен транспорт или придружен от близък.

12. Подпомагане пациента по отношение на работата или творческата му дейност:

Наблюдение и насърчаване на интересите	Пациентът да решава самостоятелно ребуси, кръстословици, да чете вестници и при необходимост да се подпомага.
Осигуряване на условия за осъществяване на подходящ труд или творчество	Да се осигури добре осветена стая и добро осветление, които да благоприятстват извършването на трудова дейност според интересите му.

13. Подпомагане пациента по отношение на дейности, свързани с развлечение, отмора и възстановяване:

Осигуряване на възможности за слушане на музика	Да се осигури възможност за слушане на любимата музика.
Четене на книги или осигуряване на четене от друг – близки или доброволци .	Да му се осигури добре осветено място за четене, тъй като се затруднява поради десностранната си слепота.

14. Подпомагане пациента да се обучава:

Прилагане на консултативно-поддържаща система на сестринска помощ:	
Организиране и провеждане на здравно възпитание	Повишаване на здравното възпитание чрез беседи, лекции, съвети и разговори за заболяването му и осигуряване на консултация от специалист.
Обучителни програми по отношение на прием на медикаменти, обучения за здравословно хранене и прилагане принципите на лечебното хранене, обучения за работа с апарат за измерване на АН.	Провеждане на обучение на пациента и неговите близки за правилата при измерване на АН и приема на назначените медикаменти, съобразени с предписаната доза и указанията за приемането им.
Организиране и провеждане на обучения за справяне в ситуации, изискващи спешна намеса.	Провеждане на обучение за реагиране при повторен мозъчен инсулт, при гърч или фебрилитет.

Медикаментозна терапия в дома:

медикамент	12.02	13.02	14.02	15.02.	16.02.	17.02.	18.02.	19.02.	20.02.
Rutascorbin 3x 2 tb. /2 месеца/	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Trileptal 2x300 mg	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
DepakinHrono 500 mg/ 1-1/2-1/	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Изследване и регистриране на АН в дома

АН	8ч.	16ч.
12.02.2016г.	120/80	130/80
13.02.2016г.	125/80	130/90
14.02.2016г.	120/80	130/80
15.02.2016г.	135/85	130/80

Контролен преглед на 02.03.2016 г.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Сестринското досие е документ, осигуряващ визуализирането на планираните дейности, които е необходимо да извърши медицинската сестра. По този начин нейната работа се онагледява и се дава възможност за представяне широкия спектър сестрински грижи, предназначени за всеки пациент. Изготвената оценка и план за грижи дава възможност да се планират дейностите по часове и дни. При някои пациенти част от дейностите се изпълняват от самия пациент, под контрол на близките и медицинската сестра. За да се изпълни плана от медицинската сестра се очаква да проведе обучение на пациента за самоконтрол на заболяването си, да обучи близките за дейностите, които ще извършват сами, съгласно създадения план. Планирането на сестринските грижи ще даде възможност да се определи почасовата или 24ч. ангажираност на медицинската сестра с конкретен пациент при осъществяване на домашни грижи.

За изготвяне на представеното сестринско досие са приложени етапите на сестринския процес, включващи - събиране на информация, анализ и обработване ѝ, поставяне на сестринска диагноза, планиране и извършване на грижите, както и оценка на получените резултати. Тази последователност от дейности цели осигуряване на адекватни и качествени резултати, еквивалентни на очакваните. Сестринският процес е рамката за предоставяне на професионални здравни грижи.

ЛИТЕРАТУРА:

[1] Георгиева, Д., Сестрински грижи при възрастни - ръководство за практически упражнения, МЕДИАТЕХ, Плевен, 2015г.

[2] <https://stenobooks.com/product/390/prilagane-na-sestrinskia-protses-v-praktikata-na-meditsinskata-sestra.html>, Борисова, С., Прилагане на сестринския процес в практиката на медицинската сестра, Стено, Варна, 2013 г.

[3] Наредба № 1 от 8 февруари 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно

[4] <https://www.google.bg/webhp>, Прилагане на сестринския процес в практиката на медицинската сестра.

За контакти:

Биляна Божидарова Великова, Специалност: Медицинска сестра, II курс

e-mail:bibi_951208@abv.bg тел: 0883231995

Научен ръководител : Доц. д-р Д. Георгиева, ФОЗЗГ, dpgeorgieva@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Сестрински грижи при деца с аутизъм

Автор: Биляна Великова

Научен ръководител: гл.ас. д-р Даниела Константинова

Nursing care in children with autism: Autism is considered primarily a condition, not a disease. Nowadays there is an increasing number of autistic people. The cause of the disease is unknown, there are only assumptions. There is no prevention and treatment. The main goal is taking care of these children. Therefore they need special nursing care. As a medical specialist and professional nurse seeks socialization and care of people with autism to increase their quality of life and avoid subjecting them to isolation and alienation from society.

Key words: autism, isolation, integration, empathy, special nursing care

ВЪВЕДЕНИЕ

Аутизмът се смята преди всичко за състояние, а не заболяване [2]. Той се получава в резултат на засягане на нормалната мозъчна функция и влияе върху развитието на социалните и комуникативни умения на човек. Хората, страдащи от това заболяване, имат проблем с невербалната комуникация и с голяма част от социалните умения [4].

В днешно време все повече се увеличава броят на болните от аутизъм. Преди двадесет години на всеки 10000 деца е боледувало едно, а през 2010 г. е установено, че на 110 здрави, се пада едно болно дете [2]. Тази негативна тенденция претърпява все по-голям възход, който рефлектира трайно върху сериозната необходимост от грижи за аутистичните деца и нуждата от специални сестрински грижи. Като медицински специалист и професионалист, медицинската сестра се стреми към социализиране и обгрижване на хора, страдащи от аутизъм, за да се повиши тяхното качество на живот и да се предотврати подлагането им на изолация и отчуждение от обществото.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Все още е неясна етиологията на това състояние, но се смята, че причина за възникването на аутизма е замърсената околна среда, както и генетичната предразположеност, която, ако е налице, са необходими много по-малко фактори, провокиращи заболяването. Други причини са токсикацията, проблеми с имунната система, гъбични инфекции и чест прием на антибиотици. Голямо внимание се отделя на връзката между ваксините и аутизма. Това предположение се основава на две теории. Според едната ваксината за заушка и рубеола може да причини вътрешни проблеми, които да доведат до появата на аутизъм, а втората визира като основен причинител живачния консервант, съдържащ се в някои от ваксините. Недостигът на кислород по време на раждането и аномалиите в перинаталното развитие също се съотнасят към възможните причини за развиването на аутизъм [1].

Терминът аутизъм е от гръцки произход и в точен превод означава „съществуване сам по себе си“. Представлява усамотяване, изолиране. Аутистите изглеждат като хора, които живеят в свой свят. Много често се наблюдава стереотипното поведение, представено от клатене на тялото, пляскане с ръце, блъскане на главата и въртене. Тези действия се наблюдават при проява на щастие, възбуда, външение, но също така и когато са съдрити. Съществуват често срещани прояви на интерес към въртене около себе си и наблюдаване на въртящи се предмети. Замайването, което се предизвиква, може би радва аутистите, тъй като може да се елиминира останалата информация. Физическото усещане при някои стереотипи също може да достави удоволствие или да е интересно. Тези движения не предизвикват сами по себе си никаква вреда, освен когато застрашават от самонараняване или нараняване на околните, или когато те нарушават

способността за обучение или участие в общи дейности [3]. В допълнение към тези характеристики, някои деца имат свръхсензитивност към чуване, докосване, мирис и вкус [6].

Самонараняващото поведение е функционална роля при общуване. Това се дължи на факта, че тези действия предизвикват незабавни и значителни реакции у останалите хора. Обикновено това отношение се дължи на чувство на тревожност, гняв, страх или объркване. Характерно за аутизма е и избухливото поведение, при което може да липсва провокация. При аутистичните деца е налице вродена невъзможност да общуват адекватно и да реагират съобразно ситуацията. Типичен пример е липсата на контакт „очи в очи“ [3].

Според класификацията на психичните заболявания основните симптоми при аутизма са нарушение в социалните взаимоотношения и речта, която или липсва напълно, или е неразбираема за околните. Всеки аутист е различен, при тях няма еднакви клинични прояви. Някои са хиперактивни и деструктивни, а други спокойни и склонни към самоизолация [1].

Липсва профилактика и лечение за това състояние, но се смята, че има голям шанс за успех ако грижите и помощта, отправени към тези деца, се извършват навреме. Откриването на аутизма още в ранно детство би дало възможност за неговото овладяване.

За аутистите е много по-трудно да разбират чувствата на другите хора. Техните способности да бъдат съпричастни с останалите са много по-слаби. Въпреки това, ако редовно им се напомня, способността за разбиране на чуждите чувства значително се подобрява [4].

Родителите на децата с аутизъм се сблъскват ежедневно с трудности, дължащи се на неточни диагнози, както и проблеми, свързани с неприемливостта и нежеланието за ангажиране с болни от аутизъм. Независимо от заболяването си, те са обикновени хора, които се нуждаят от грижа и всеотдайност. Тук основна роля има милосърдието на медицинската сестра. Нейната функция е да обучава, но и да съпребива събитията в живота на пациента. Обучението не завършва в юношеството, нито изключва зрелостта [5]. Това състояние продължава до края на живота на болния.

Особено важно е да се увеличи публичната осведоменост за разстройствата от аутистичния спектър. Чрез получаването на надеждна и доброкачествена информация, обществото ще осъзнае по-добре живота с аутизъм, огромното многообразие в рамките на синдрома, правата на хората с аутизъм и трудностите при адаптацията им към консервативното общество. Точно това общество не успява да осигури обслужване, проектирано за техните различни и специфични нужди. Трябва да се предприемат действия в посока на повече интеграционна политика за хората с увреждания в области, обхващащи здравното обслужване, образованието, работата, остаряването и пожизнените нужди. Съществено е тези деца, превръщайки се след време във възрастни, да не бъдат лишавани от техните основни права да живеят пълноценно и смислено в рамките на своите уникални способности [5].

При децата с аутизъм емоционалната интелигентност се изгражда с помощта на много терапии, време, любов, приемане, доверие. Източници на тези важни ценности са семейството, учителите, съучениците, терапевтите и обществото. Отнема много време, през което аутистичните моменти и атаки в мозъка на аутистичното дете стават все по-редки и детето се превръща във все по-социален и пълноценен член на обществото [2].

Основните грижи, които трябва да извършва медицинската сестра, са насочени към развиване потенциала на всяко дете, облекчаване на родителите и обучение във воденето на самостоятелен и смислен живот. Най-съществената част от нейните цели представлява интеграцията. Основната задача е да бъдат приети от

обществото такива каквито са, да отстояват правата си, да се защитават и да могат да споделят своите идеи. Като всяка личност, те трябва да получат необходимата подкрепа, за да заемат своето достойно място в обществото, което трябва да осъзнае, че всеки е различен и всеки има своя принос в същото това общество. Трябва да се има предвид, че децата с увреждания също имат знания, умения и таланти [6]. Те се развиват само в една насока и стават гениални в нейните рамки. Всичко останало за тях е чуждо и непознато, дори плашещо. Една обикновена прегръдка би предизвикала у тях страх, защото те не са пригодени за разбиране чувствата на другия.

Затова медицинската сестра, която се включва в обгрижването на аутисти, трябва да бъде личност, притежаваща много морални и етични качества. Първото и най-важно от тях е любовта към децата, умението да ги предразполага и успокоява. Тя трябва да внушава респект и доверие, да бъде усмихната и винаги готова да помага. Необходимо е да бъде отговорна и да се отнася към децата с увреждания така, както би се отнасяла грижливата майка към собственото си дете. Нужно е да бъде еднакво любезна към всички деца, да ги познава по име, да уважава личността в него, да ги сплотява и развива в тях чувство за другарство и взаимно уважение [6].

Помощта, която се оказва за болните от аутизъм, е мултиинституционална и интердисциплинарна. Тя е насочена към децата и техните семейства, като грижите се извършват от лекари, социални и специални педагози, рехабилитатори и медицински сестри. Важно за медицинската сестра при работата ѝ с аутистичните личности е спечелването на доверие не само от страна на детето, но и неговите родители. Сестрата трябва да комуникира с него непрекъснато. Необходимо е да е осведомена за характера му, поведението в дома, някои привички като хранене, заспиване, игри. Този интерес поражда спокойствие у родителите и в същото време е най-късия път за изграждане на взаимното доверие. Медицинската сестра трябва да направи всичко възможно за подобряване самочувствието на детето. За целта трябва да му предоставя такива занимания, които са му интересни и с които се чувства уверено в себе си. Най-важното качество на сестрата е търпеливостта, с която е необходимо за подхожда към детето, имайки предвид затвореността и трудното общуване на аутистите. Задължително трябва да е запозната със същността на заболяването, причините и кризите, в които често могат да изпаднат тези деца. Въз основа на своите знания трябва да предприеме достоверно обучение на родителите и да им даде правилните отговори. Медицинската сестра трябва да може да предлага директна професионална подкрепа, но задачите ѝ са многобройни и отговорни. Затова те се диктуват от конкретната среда и обстановка и се решават в зависимост от медицинската и общата култура на родителите [6].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

От посочените по-горе дейности става ясно, че медицинската сестра е тясно свързана с грижите за аутистичните деца. Нейните действия дават смисъл на съществуването им, тъй като обучителната ѝ роля се превръща в основен фактор за подобряване на техните възприятия и преодоляване на изолацията и отчуждението от света. Действайки на принципа „извървявайки пътя заедно“, който се явява съществено определение за емпатия, тя споделя съдбата на аутистичното дете и неговите близки и помага за тяхната адаптация и интеграция към обществото и социалния живот.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] <http://www.alternative55.org>, Накратко за аутизма;
- [2] <http://autism-bg.free.bg/>, Аутизъм;
- [3] <http://www.copaste.net/materials/51022/autizam-sestrinski-grizhi/>, Аутизмът-сестрински грижи;

- [4] <http://www.mamatatkoiaz.bg/article/221/kakvo-e-autism-i-kakvo-go-prichiniava-chast-1>;
[5] <http://www.referati.org/deca-s-autizym/69348/ref/p19>, Деца с аутизъм;
[6] <https://zdr-parashkevov.alle.bg>, Задължения на медицинската сестра при работа с деца с увреждания в детските домове

За контакти:

Биляна Божидарова Великова, Специалност: медицинска сестра, II курс
е-mail: [bib_i_951208@abv.bg](mailto:bibi_951208@abv.bg), тел: 0883231995

Научен ръководител: гл. ас. Д-р Даниела Константинова – катедра Здравни грижи, Русенски университет „Ангел Кънчев”, е-mail: ddraganova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Специални сестрински грижи при когнитивни нарушения и деменция у стари хора

Биляна Великова

Научен ръководител: д-р Д. Константинова

Special nursing care for cognitive impairment and dementia in the elderly : Dementia is a progressive disruption of brain functions such as memory, thinking, language, problem solving, attention. This disease has a major impact on the daily activities of man. Observed predominantly in older people, but is not a natural part of aging. Most often caused by Alzheimer's disease, but not mandatory. The function of the nurse as a specialist in health care is to care for the patients with dementia to assist in carrying out daily activities, promotion and assistance in adapting to the change in personality and cooperation in the entry of that person into society.

Key words: *dementia, loss of independence, old age, communication, empathy*

ВЪВЕДЕНИЕ

Деменцията е синдром, който се характеризира с упадък на множество когнитивни функции, достатъчно значим, за да наруши ежедневните дейности на болните. Проявява се при нормална степен на съзнание. Проучванията в областта на деменциите придобиват изключително значение поради увеличаването на средната продължителност на живота на хората. Заболеваемостта нараства значително с възрастта, като се удвоява за всеки 5 години след 60 годишна възраст. В настоящия момент в света 3-6% от населението между 65 и 79 годишна възраст и 20-30% от населението между 80 и 95 години боледува от деменция [2].

Доказано е, че най-благоприятно влияние върху на хода на заболяването на пациенти с деменция, оказват индивидуалните сестрински грижи [1]. Функцията на медицинската сестра като специалист по здравни грижи се състои в обгрижване на дементно болни с цел подпомагане в извършването на ежедневните дейности, насърчаване и съдействие в адаптацията към настъпилата промяна в личността, както и сътрудничество във вписването на тази личност в обществото.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Деменцията е прогресивно заболяване, като симптомите му се влошават с течение на годините. Първоначално започва със загуба на памет. Постепенно все повече функции на мозъка отпадат до момента, в който пациентите не могат да извършват дори основни умствени и физически дейности. С развитието ѝ човек може да загуби способността си да разпознава своето семейство, да мисли критично, да извършва група от задачи, а понякога дори и да говори [4]. Деменцията обикновено се развива бавно. Затова поставянето на точна диагноза в ранните стадии е много трудно [2].

Тя може да бъде предизвикана от един или от няколко здравословни проблема. Сред основните причини са съдови заболявания, инфекции, травми, интоксикации, генетични, метаболитни и неопластични заболявания [2].

Макар между 50% и 70% от всички деменции да се дължат на болестта на Алцхаймер, двете понятия не са синоними. Деменция е много по-обширен термин и се отнася до всички мозъчни синдроми, които причиняват проблеми с паметта, ориентацията и комуникацията [2].

Когнитивните нарушения представляват смущения в познавателните способности и процеси на човешкото съзнание. Наблюдават се при много хора в напреднала и старческа възраст. Те са с различна степен на изразеност и могат да бъдат резултат от редица заболявания, включващи метаболитни нарушения, хипотиреоидизъм, депресивни състояния и др. Леките когнитивни нарушения включват проблеми с паметта, езика, мисленето и преценката. Приемат се като

междинен етап между очаквания когнитивен упадък на нормалното стареене и проявата на деменция. Повечето лонгитудинални проучвания сочат, че една голяма част от хората с леки когнитивни нарушения в продължение на няколко години развиват симптомите на деменция [1].

В зависимост от мястото на оказване сестринските грижи за болни с деменция се систематизират в три групи - в домашни условия, специализирана социална институция и стационар [1]. Най-често са съсредоточени в домашна обстановка, но ако няма кой да подпомага болните, източник на грижите се явяват специализирани социални институции. В крайната фаза на заболяването се хоспитализират.

Физическата активност оказва значително благоприятно влияние върху здравословното състояние на дементно болния. В ранните стадии на заболяването се запазват основни умения, които могат да бъдат използвани за повишаване на увереността в собствените възможности. Факт е, че много обикновени ежедневни дейности като разходки, работа в градината, слушане на радио или грижите за домашния любимец са полезни и могат да доставят удоволствие и да осмислят деня. Това би отвлякло вниманието от стреса на заболяването и би помогнало да се фокусира върху позитивната и забавната страна на живота. Някои видове дейности като слушането на музика или писането успокояват и помагат за изразяване на чувствата [3].

Окуражаването и ангажирането с извършване на малки задачи и прости дейности по предоставен еталон мобилизира физическите сили и психическите процеси - вниманието, паметта и волята на пациентите. Това ги кара да се чувстват полезни и удовлетворени от труда си. За целта обаче, трябва да се използват ясни и кратки изрази при обясненията и напомнянията какво и как да извършат. Много важна част от функцията на медицинската сестра при обгрижването на дементно болен в домашни условия е обучението на близките. Те трябва да бъдат запознати със същността на заболяването, с начина, по който трябва да се държат със своя близък, за да не влошават неговото състояние в стремежа си да помогнат. В никакъв случай не бива да се отнема функцията на пациента, като се извършва нещо вместо него при условие, че може да се справи сам.

Необходимо е да се обръща внимание и на ретроспективните моменти. Разговарянето за миналото, разглеждането на стари снимки и посещаването на любими места може да стимулира паметта и да предизвика приятни спомени. Трябва внимателно да се подбират случките, защото понякога миналото може да предизвика бурни емоции у човек с деменция [3]. В никакъв случай не трябва болните да се подлагат на изолация от собственото си семейство. Те трябва да прекарват колкото може повече време заедно. Общуването е жизнена потребност на хората. Дори и тяхната личност да е изменена до неузнаваемост, пациентите с това заболяване също се нуждаят от подкрепа и разговор. Затова е много важно да се запазят поне част от социалните контакти, които са имали. Затруднената комуникация с такива хора предполага необходимостта грижещите се за болния да умеят да боравят отлично с невербалните знаци. Съществен момент за успешно общуване е задържане на вниманието им и зрителния контакт.

Трябва да се има предвид, че деменцията може да увреди логическото мислене на човек и това, което е очевидно за един здрав индивид, би било обръкващо и непознато за болния [3].

Най-важната част от грижите е емоционалната подкрепа. В началната фаза на заболяването много по-често се наблюдава срам и уплаха от това, че животът им се променя изцяло и претърпява регресия. Чувстват се самотни и фрустрирани. Тук се откроява незаменимата функция на медицинската сестра. Нейната основа роля в грижите за пациент с деменция в домашни условия е едновременно да обучава, съветва, подпомага при извършване на тоалет и къпане, хранене, както и да проявява милосърдие и емпатия. Доверието в близките, което пораждат тези нейни

действия, помага за опознаване интересите на болния чрез допускане на нейната намеса в живота на семейството, който е обременен и утежнен именно в резултат на това заболяване. С появата му се променя не само личността, а коренно се видоизменя ежедневието на цялото семейство. Настъпват проблеми в отношенията между близките, които в някои случаи се налага да се откажат от собствените си задължения и автономния си живот в името на това да обгрижват и подпомагат своя близък.

Сред основните препоръки и изисквания при оказване на грижи при болни с деменция в специализирана институция е осигуряването на подходяща среда за обитаване. С това се визира осигуряването на безопасност чрез ограничаване на свободно напускане на институцията. Входната врата винаги се заключва. Необходимо е да се предоставят подходящи места за сядане и разходки в парка с придружител [1].

Изискване и специфични компетентности на медицинската сестра и останалите членове на екипа са проява на емпатия, отговорност, добросъвестност, точност и търпение; наблюдателност и познания за основното и придружаващите заболявания [1].

При постъпване в институция медицинската сестра, заедно с психолог и социален работник, осъществява оценка на потребностите на пациентите, когнитивните възможности, поведенчески навици и особености в ежедневието или събития, провокиращи агресия. Информацията, която е необходима, се набавя от пациентите, техните близки и наличните документи. Въз основа на получената информация и извършената оценка, изготвя план за сестрински грижи, които трябва да бъдат качествени и компенсиращи дефицитите при ежедневните дейности [1]. След извършването на планираните грижи прави оценка на получените резултати. Специфичните особености на сестринските грижи за възрастни хора с деменция в стационар се изразяват в създаване на условия за адаптиране на пациентите поради невъзможността от разбиране на необходимостта от лечение, проявата на отказ и съпротивление при осъществяване на манипулации и полагане на грижи. Увреждането на мозъчните функции допълнително увеличава възбудата, дезориентацията и объркването. В това състояние на пациентите възниква опасност от сериозни самонаранявания и извършване на неадекватни и опасни действия [1].

При постъпването на пациент с напреднала фаза на заболяването е необходимо да се направи оценка на риска с цел прилагане на мерки за безопасност. Медицинската сестра се информира за евентуални причини, провокиращи промяна в поведението, осъществява оценка на възможностите за хранене, сън, уриниране, дефекация. Следващ етап от дейността на сестрата в стационар е да изготви план, по който да се ръководи и да извършва адекватно и професионално своите задължения [1].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Деменцията е едно от най-мъчителните, трагични и „дехуманизиращи“ заболявания в напреднала и старческа възраст. Съществуващата демографска тенденция към увеличаване относителния дял на старите хора пред последните десетилетия определя дементния синдром като значим медицински, социален, психологичен и икономически проблем на съвременното общество.

Изключителната медико-социална значимост на това опустошаващо човешкия интелект заболяване е резултат както от високата заболяемост и прогресивната загуба на автономността на болните, така и от спецификата на необходимите за тях грижи [1].

ЛИТЕРАТУРА:

[1] Георгиева, Д., Сестрински грижи при възрастни, учебник, РУ „Ангел Кънчев”, 2015;

[2] <http://alzheimer-bg.org/dementia/>, Деменцията;

[3] <http://www.alzheimerbulgaria.org>, Грижа за болен от деменция у дома;

[4] <https://dom-zdravec.alie.bg>, Деменция- причинители, лечение, превенция

За контакти:

Биляна Божидарова Великова, Специалност: медицинска сестра, II курс

e-mail: bibi_951208@abv.bg, тел: 0883231995

Научен ръководител: гл. ас. Д-р Даниела Константинова – катедра Здравни грижи, Русенски университет „Ангел Кънчев”, e-mail: ddraganova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Медицинската сестра като фактор от мултидисциплинарния екип за оказване на квалифицирани медицински грижи за деца с церебрална парализа

Автор: Симона Светлинова Христова

Научен ръководител: гл.ас.д-р Кристина Захаријева

Cerebral palsy is a group of permanent movement disorders that appear in early childhood: Cerebral Palsy is the most common movement disorder in children. It occurs in about 2.1 per 1,000 live births. Cerebral palsy has been documented throughout history with the first known descriptions occurring in the work of Hippocrates in the 5th century BCE. Extensive study of the condition began in the 19th century by William John Little, after whom spastic diplegia was called "Little disease". William Osler first named it "cerebral palsy" from the German "zerebrale Kinderlähmung" (cerebral child-paralysis)

Key words: cerebral palsy, movement, disorders, childhood, nurse care

ВЪВЕДЕНИЕ

Детската церебрална парализа (ДЦП) се определя като най-разпространената причина за увреждане при децата. Децата, страдащи от ДЦП, подобно на децата с други увреждания, се нуждаят от повече внимание и грижи. Те имат специални нужди, свързани със стимулиране на тяхното психомоторно развитие, физическа активност и умения за комуникация. Голяма част от децата, страдащи от ДЦП имат ресурс за адекватно интелектуално и емоционално развитие при предоставяне на подходящи и навременни услуги [5]. С термина „Детска церебрална парализа“ се обособява комплекс от непрогресиращи двигателни промени - парези, неволеви движения, координационни нарушения и промени в мускулния тонус, които са резултат от мозъчни увреждания, настъпили в пренаталния, интранаталния и постнаталния период, обусловени от различни етиологични фактори. Епилептични припадъци и интелектуален дефицит са често придружаващи симптоми [4].

ИЗЛОЖЕНИЕ

ДЦП е симптоматична диагноза, която посочва мозъчно увреждане. Тя е диагноза, поставена чрез неврологично изследване локализиращо увредата, елиминираща възможността за прогресивен характер на състоянието и показваща необходимостта от лечение и интервенция на нейните вторични състояния, които могат да се променят, като във времето се подобряват, влошават или не се променят. [2]

През първите три месеца всички деца с ДЦП /Детска церебрална парализа/ си приличат. Те са вяли, не държат главата си изправена, липсва опора на крачетата. Към 5-ия – 6-ия месец настъпва динамика в мускулния тонус – развива се спастичитет в крайниците; успоредно с двигателния дефицит се наблюдават: сетивни нарушения; зрителни нарушения и очедвигателна непълноценост при 50%; епилептични припадъци при 30% от болните; говорни смущения; интелектуален дефицит при около 50%. Това определя голямото социално значение на заболяването [1].

Церебралната парализа може да включва една или повече от следните прояви:

- Липса на мускулна координация при изпълнение на волевите движения (атаксия);
- Сковани мускули и увеличени рефлексии (спастичност);
- Асиметрична походка с един крак или влачене на крака;

- Вариации в мускулния тонус от прекалено сковани към прекалено отпуснати състояния;
- Увеличена саливация, трудности с преглъщането, смученето или говоренето;
- Тремор;
- Трудности с прецизните движения / писане или закопчаване на копчета/;
- Набор от когнитивни увреждания;
- Невъзможност за ходене и необходимост от помощнисредства /проходилка или инвалидна количка/;
- Необходимост от интензивни и постоянни грижи;
- Гърчове [6].

Практиката показва, че грижите и услугите за деца, страдащи от ДЦП са комплексни, продължителни и включват физиотерапия и рехабилитация; терапия, провеждана от логопед за подобряване на речевите умения; терапия, която има за цел да развива умения необходими за самостоятелен живот в ежедневието; различни терапии, свързани с подобряване на зрението и слуха, предоставяне на подходящи помощни технически средства; разработване на включващи образователни програми. Включва се и лечение с медикаменти, както и оперативно лечение: ортопедична пластично - реконструктивна коригираща операция при необходимост [5]. Прогнозата зависи от тежестта на двигателния и интелектуалния дефицит; наличие на епилептични пристъпи; навременна диагноза и ранната рехабилитация. Грижите за деца страдащи от ДЦП са индивидуални и се полагат от мултидисциплинарен екип изграден от педиатър, детски невролог, психолог, физиотерапевт, кинезитерапевт, социален работник и медицинска сестра. Екипът съставя програма съобразена с интелектуалните възможности на детето и в зависимост от степента на увреждане [3].

Медицинската сестра в мултидисциплинарен екип има стратегическа позиция със специфични функции, насочени към овладяване на следните проблеми:

- **Физическа мобилност- медицинската сестра** планира дейности и следи за тяхното провеждане, които допринасят за подобряване на финните мускулни умения. Насърчава дейности като сядане, поддържане на баланс, пълзене и ходене.
- **Риск от нараняване – медицинската сестра** е необходимо да гарантира безопасна околната среда на детето, която се постига с осигуряване и използване на безопасни мебели / подплатени, странични релси на леглото и безопасни играчки/. Осигурява помощни средства, обучава детето и близките за правилно им използване. Възглавници в леглото, килими и силно полирани подове трябва да бъдат избягвани.
- **Нарушена вербална комуникация - медицинската сестра** осигурява консултация с логопед, следи за изпълнение на предписаните упражнения, съдейства за реализиране на невербална комуникация.
- **Самоуважение - медицинската сестра** осигурява емоционална подкрепа чрез която помага на детето да постигне по-добра представа за тялото си и да повиши самочувствието си. Извършва оценка на потребностите на детето по 14-те потребности на В.Хендерсон.
- **Социална изолация - медицинската сестра** включва детето в различни мероприятия, дори и само като пасивен наблюдател.
- **Хранене - медицинската сестра** насърчава децата да консумират високо калорични храни, да спазват назначената диета. Провежда обучение на семейството относно техники, които могат да бъдат използвани за подобряване/стимулиране способността на детето за самостоятелно хранене.
- **Медикаментозно лечение – медицинската сестра** стриктно прилага лекарските назначения /доза, начин на приложение/.

- **Физикална терапия и кинезитерапия - медицинската сестра** активно подпомага дейностите на кинезитерапевта и физиотерапевта.
- **Семейство - медицинската сестра** оказва емоционална подкрепа на близките; запознава родителите със специфичните грижи, които е необходимо да извършват за детето; обучава семейството за справяне с физическите и емоционални проблеми на детето.

ПРОВЕДЕНО ИЗСЛЕДВАНЕ:

Изследването беше мотивирано от информираността /от изучаваните дисциплини по учебен план, медии/ за специфичните отговорности, които има медицинската сестра в мултидисциплинарния екип провеждащ лечението на деца страдащи от Детска церебрална парализа (ДЦП).

Методология на изследването

Цел на изследването

Целта е да се проучи мнението на респондентите относно:

- ✓ Информираността им за формите на натоварване при работа с деца страдащи от ДЦП;
- ✓ Необходимостта от въвеждане на стандартни планове за полагане на грижи за деца страдащи от Детска церебрална парализа (ДЦП);
- ✓ Реализирането им като специалисти в Домовете за медико-социални грижи за деца (ДМСГД).

Обект на изследването

Студенти от специалност: Медицинска сестра.

Използван инструментариум: Анкетна карта.

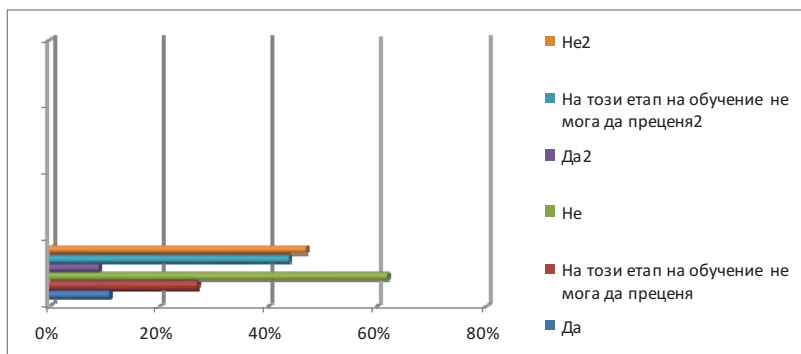
Материали и методи

Изследването се проведе през периода: февруари - април 2016. Проучено е мнението на 88 студенти - специалност медицинска сестра от втори, трети и четвърти курс, чрез анонимно анкетно проучване /резултатите от изследването за обединени, независимо, че студентите се намират на различен етап от обучението, тъй като отговорите на респондентите се различават от 2% до 4%./

Резултати от проведеното изследване

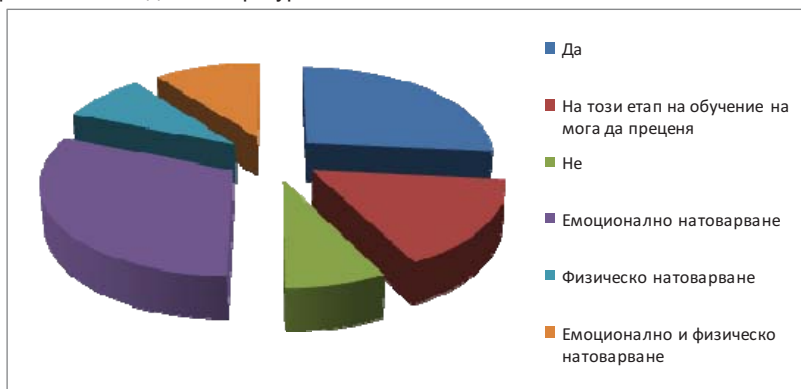
Резултатите са анализирани и представени чрез графики на фигура 1, 2 и 3.

На фигура 1, са представени резултатите от въпросите: „Считате ли, че имате готовност да се справите с проблемите на деца страдащи от Детска церебрална парализа (ДЦП)?“ и „След завършване на образованието си, имате ли желание да се реализирате професионално в Домове за медико-социални грижи за деца (ДМСГД)?



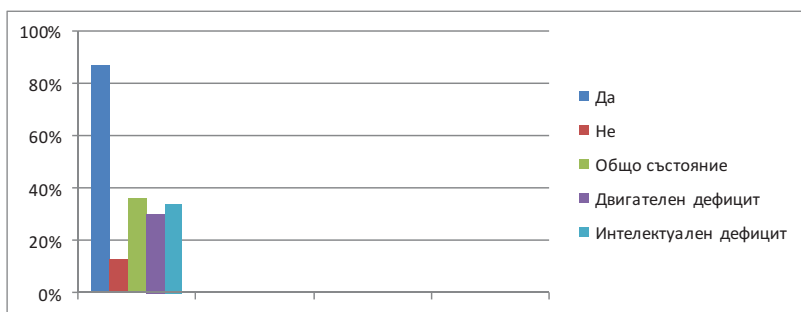
Фиг.1: Готовност за справяне с проблемите на деца с ДЦП? и реализация в ДМСГ

Отговорите на въпросите: „Считате ли, че въвеждането на стандартен план за обгрижване на деца страдащи от Детска церебрална парализа (ДЦП), ще подобри грижите полагани за тях?“ и „До какво натоварване водят грижите полагани за деца с ДЦП?“ са онагледени на фигура 2.



Фиг.2: Въвеждане на стандартен план за обгрижване и форми на натоварване при грижи за деца с ДЦП

Графиките на фигура 3 представят отговорите на следните въпроси: „Според Вас необходимо ли е провеждане на специализирани курсове за развитие на умения за работа с деца страдащи от ДЦП?“; „Според Вас кои са причините затрудняващи общуването/грижите за/ с деца страдащи от ДЦП?“



Фиг.3: Развитие на умения за работа с деца и причини за проблемите при общуването с деца страдащи от ДЦП

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализираните резултати от проведеното изследване дават възможност да се направят следните изводи:

- ✓ 62 % от респондентите са на мнение, че работата с деца страдащи от ДЦП предизвиква емоционално натоварване, отговор изискващ наличие на емоционална стабилност при работещите в Домовете за медико - социални грижи за деца;

- ✓ Повече от половината респонденти са отговорили, че с въвеждането на стандартни планове ще се подобри качеството на грижите за деца страдащи от ДЦП;
- ✓ Относно професионалната реализация на респондентите в Домовете за медико - социални грижи за деца, 47% са отговорили отрицателно, а 44% не могат да преценят на този етап на обучението, отговори които изискват по глобален анализ.

Всяко дете има възможности да се реализира, да учи, да участва в живота на обществото, ако са създадени предпоставки да развие своя ресурс.

Поставената диагноза „Детска церебрална парализа“ е трудна за преодоляване от родителите. Нормално е семейството да премине през болезнен период на приспособяване, научавайки, че детето се нуждае от по специално отношение. Ето някои насоки, които могат да достигнат / с активното съдействие на медицинската сестра/ до близките на детето и да им бъдат полезни:

- Имайте своите нови мечти за детето.
- Опознайте силните страни на детето, както и неговите ограничения.
- Фокусирайте се върху това да помогнете на детето да бъде най-доброто, което може да бъде.
- Избягвайте да сравнявате детето с другите деца.
- Потърсете помощ - квалифицирани медицински грижи и консултации.
- Допълнение към медицинската и здравна помощ, може да бъде и оказваната от други родители помощ. Те могат да осигурят една добра подкрепа, а и много от тях имат безценен опит и стратегии за справяне с ежедневните проблеми [6].

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] Бобев Д., Е. Генев, Педиатрия учебник за студенти по медицина, МИ „АРСО“, 1998
- [2] Детската Церебрална Парализа - Класическа концепция, <http://www.cpcentresof-bg.com/?cid=26>
- [3] Детска церебрална парализа, <http://www.doctorbg.com/page.php?id=2110>
- [4] Петков, Г., Учебник по детски болести, Стара Загора, 2009
- [5] www.bcnl.org/uploadfiles/documents/analiz_dcp_final.pdf
- [6] <http://adapt.bg/blog/2011/08/18>

За контакти:

Автор: Симона Светлинова Христова, специалност „Медицинска сестра“, II курс, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел.: +359890458410, e-mail: simonasvetlinova@abv.bg

Гл. ас. Кристина Захаријева, дп, Катедра „Обществено здраве и здравни грижи“, Русенски университет „Ангел Кънчев“ ;тел.: 0885 193 003; e-mail: kzaharieva@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Сестрински грижи при деца с витамин D-недоимъчен рахит

автор: Габриела Свиленова Нешева

научен ръководител: Даниела Константинова

Nursing care in children with vitamin D deficiency rickets: rickets is a disease of growing children organism. It is caused by deficiency of vitamin D, which leads to metabolism disorders of Ca and P and slows down skeletal ossification. If not detected early and did not take the treatment, rickets causes permanent deformities of the limbs, and pelvis. Most often children receive deformities if the lower limbs. Rickets is a disease of children throughout the body, not just the engine system.

Key words: rickets, vitamin D, deficiency, bones, prophylaxis, twist, children, attendance

ВЪВЕДЕНИЕ

Рахитът е заболяване, което се предизвиква от дефицит на витамин Д. Провитамините се образуват в човешката кожа под въздействието на ултравиолетовите слънчеви лъчи и в черния дроб се превръщат в същински витамин Д. Той подпомага натрупването на някои минерали като, калций и фосфор в костната система. Ако детето не получава провитамин Д с храната или не се излага достатъчно на слънчева светлина, настъпва дефицит на витамин Д в организма. Това води до намаляване на калций и фосфор в костите. Последствията са тежки костни и ставни деформации. Рахитът е заболяване на растящата кост, като най-често засегнати са децата в периода на бърз растеж, между 6 и 24 месечна възраст, когато организъмът има по-високи нужди от калций и фосфор. Съществуват няколко форми на рахит. Най-често срещан е **витамин Д-недоимъчният рахит**. Дължи се на дефицит на витамин Д поради непълноценно или недоимъчно хранене, недостатъчно ултравиолетово облъчване, както и на някои заболявания, които нарушават превръщането на витамин Д в неговите активни метаболити. Останалите форми на рахит, дължащи се на дефицит на фосфор, на недостатъчен прием на калций или на чернодробни, бъбречни и някои други заболявания се срещат сравнително по-рядко [2] [5].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Рисковите групи деца за витамин Д-недоимъчен рахит са продължително кърмените деца, на които не е осигурен своевременно допълнителен внос на вит. Д, деца, родени от майки с дефицит на вит. Д по време на бременността, деца с по-тъмна оцветка на кожата, поради по-голямото количество меланин, който ограничава проникването на UV-лъчите през кожата. Деца, които са лишени от достатъчно излагане кожата на слънчева светлина - родените през зимните месеци, живеещите в индустриални региони със замърсен въздух (смог) или при които се избягва излагането на слънце поради различни причини (религиозни, културни), както и при прекомерното обличане с липса на достатъчно открити участъци от кожата.

Основният източник на вит. Д за децата и възрастните е слънчевата светлина, поради това недостатъчното излагане на слънце се явява една от основните причини за развитието на вит. Д-недоимъчен рахит. Децата, които не се извеждат навън, а се отглеждат в затворени помещения, макар и огряни от слънчева светлина са рискови за развитието на рахит. Като по-рядка причина за рахит се явява недостатъчният внос на вит. Д с храната. В САЩ и Канада например млякото, някои видове хляб, зърнени храни, сокове и сирена се обогатяват с вит. Д [5].

Клиничните прояви на рахита условно могат да бъдат разграничени в три фази. Между тях няма рязка граница и те обикновено преминават една в друга. В

началния период – първите прояви на рахита са от страна на нервната система, те започват обикновено към края на втория месец. Детето става неспокойно и плачливо, сънят му е нарушен, обилно изпотяване по време на сукане и сън, изпотяването е особено изразено в тилната област, където се наблюдава опадане на косичката. Една от ранните прояви на рахита е краниотабесът. В **напреднал период** признаците се разпознават лесно, краниотабесът може да излезе през втората половина на годината, въпреки че рахитичният процес продължава, увеличени размери на голямата фонтанела и затварянето ѝ се забавя, образуват се издатини, които придават на главата квадратна форма, пробивът на млечните зъби закъснява. Настъпват промени в гръдния кош в стадий на напреднал рахит, изразяват се появата на т. нар. рахитична броеница; гръдния кош се сплесква в предно-задния диаметър, долната му апертура се разширява и той има вид на камбановиден гръден кош; гръдната кост може да изпъкне напред и тораксът добива вид на птичи гръден кош. Промените в **крайниците** се изразяват в рахитична гривна. Настъпват изкривявания на долните крайници във форма на О, Х, К, мускулите са с намален тонус. Поради слабост на коремната мускулатура, коремът става широк (жабешки корем). **Тежките форми на рахит** се съчетават много често с хипотрофия, без да се обуславят взаимно. Това съчетание на двете заболявания е по-скоро резултат на действието на едни и същи неблагоприятни фактори – лоши битови условия, неправилно или недоимъчно хранене, гладуване и инфекции [4] [5].

Диагнозата на рахита се поставя въз основа на анамнестичните данни за неадекватно приемане на витамин Д и на клиничното наблюдение, а се потвърждава от биохимичните изследвания на кръвния серум и рентгенографиите на костите [4]. Лечението на витамин Д-недоимъчен рахит се провежда в продължение на 4-6 месеца, като в началото се приемат и препарати съдържащи, калциеви соли. Витамин Д може да се приема на гладно или по време на хранене. Съществуват различни схеми на приложението му при лечение на рахит - прием на витамин Д: всеки ден, веднъж седмично или годишно. **Препоръчва се прием на витамин Д при деца:** от 0 до 1-месечна възраст - 1000 IU / дневно; от 1 до 12-месечна възраст - 1000 до 5000 IU / дневно; над 1 година - може да са необходими и дози над 5000 IU / дневно в продължение на 4 до 8 седмици. Впоследствие се преминава на поддържаща доза от 400 до 1000 IU витамин Д / дневно. **Останалите режими на приложение на витамин Д включват:** 50 000 IU, приети веднъж седмично за период от 8 седмици, или ударно лечение чрез еднократно аплициране на 100 000 до 600 000 IU витамин Д през устата или вътремускулно, след което се преминава на поддържащата доза. Обичайно в рамките на 6 до 10 дни от лечението се постига нормализиране на стойностите на калция и фосфора [5].

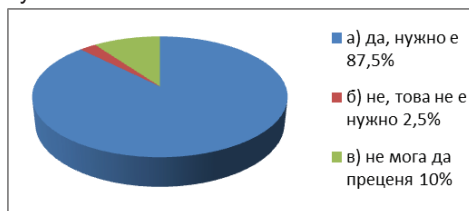
Профилактиката на рахита трябва да започне още във вътреутробния период. Бъдещата майка трябва да се излага достатъчно на слънце, дори да прави специални слънчеви бани. Храната на бременната следва да бъде разнообразна и богата на продукти, съдържащи витамин Д. На бременните, които ще родят „зимни“ деца, се дава в женската консултация през последните два месеца на бременността профилактично витамин Д в дневна доза 8000-10000 Е. Важно значение на профилактиката на рахит имат чистият въздух и слънчевата светлина. Витаминопрофилактиката също е важно средство в комплекса от противорахитични мероприятия. Тя започва към края на първия месец след раждането, като дневната профилактична доза е 5000 Е, при недоносените деца започва към 7-8 ден след раждането, като на тях се дават по-големи дози – до 10000 Е [2].

Медицинската сестра провежда обучение на близките, относно профилактиката на рахита.

Във връзка с информираността по въпросите, свързани с профилактиката на рахита беше проведена анкета с 45 жени, от тях 20 майки на деца в кърмаческа възраст, 15 бременни и 10 жени на възраст от 20-25 г. без деца. Периодът на проучването е от 01.03.2016 г. до 30.03.2016 г.

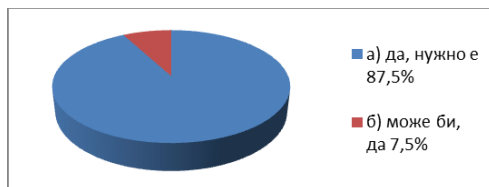
Резултати от анкетното проучване:

На въпроса „Според Вас нужно ли е майката да приеме достатъчно количество вит. Д по време на бременността?“ изследваните лица са посочили следните отговори, представени на фигура 1. Значителна част от анкетираните 87,55% смятат, че приемането на вит. Д по време на бременността е важно и едва 2,5% смятат, че това не е нужно.



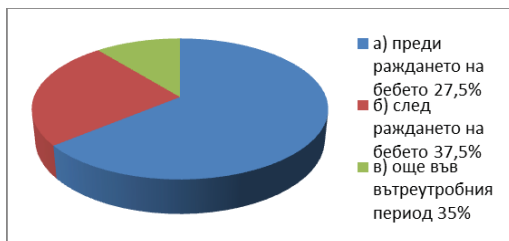
Фигура 1. *Необходимост от прием на вит.Д по време на бременността*

В следващата фигура са представени резултатите от проученото мнение за значението на излагането на слънчева светлина. Както е видно от резултатите, представени на фигурата 87,5% от анкетираните лица смятат, че това е важно за здравето на детето (фигура 2).



Фигура 2. *Значение излагането на слънчева светлина*

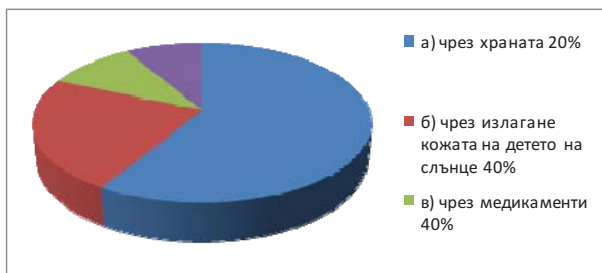
Данните за информираността на изследваните лица, кога трябва да започне профилактиката на рахита, са представени във фигура 3. По-голяма част от анкетираните (62,5%) са посочили преди раждането на бебето, а 37,5% са отговорили след раждането на бебето.



Фигура 3. *Период на начална профилактика на рахит*

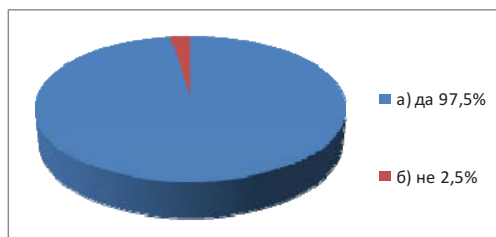
Интересни и разнопосочни са отговорите на изследваните лица относно начина на приемане на вит. Д от детето с профилактична цел. Една част от

анкетираните - 20%, считат, че нуждите от вит. Д при детето се набавят чрез храната, 40% от анкетираните са отговорили чрез излагане кожата на детето на слънчева светлина и 40% са отговорили чрез медикаменти (фигура 4).



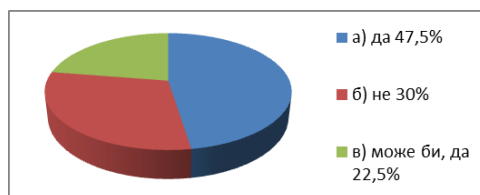
Фигура 4. Начини за прием на вит. Д

Висок процент от изследваните лица (97,5%) изказват положително мнение за здравословното хранене по време на бременността и за кърменето, като основна храна на детето. Само 2,5% от анкетираните са отговорили - „качеството на адаптираните млека е много добро и могат да заменят кърмата (фигура 5).



Фигура 5. Мнение за здравословно хранене

Голяма част от изследваните лица – 47,5% смятат, че в кърмата има достатъчно количество вит. Д, 30% от анкетираните отговарят с НЕ и 22,5% не са информирани (фигура 6).

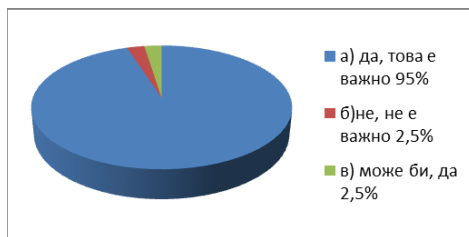


Фигура 6. Достатъчен прием на вит. Д с кърмата

На въпроса „Бихте ли посочили някои от признаците на рахита?“ 45% от изследваните лица нямат информация и 52,5% са посочили някои от основните симптоми на рахита, като повечето са отбелязали: изпотяване, изкривяване на крайниците, квадратна глава, опадане на косичката, неспокоен сън.

Повечето от анкетираните лица - 97,5%, ако забележат симптоми на рахит биха предпочели да се консултират с лекар-педиатър, а 2,5% предпочитат да потърсят информация от интернет.

Според проучването повечето от изследваните лица смятат, че е важно запознаването със семейното планиране, консултация с педиатър и редовно посещаване на консултациите. 95% смятат, че това е важно и 2,5% мислят, че това няма значение за здравословното състояние на бебето и 2,5% се колебаят в отговора си (фигура 7).



Фигура 7. Семейно планиране и консултации

Роля и задължения на медицинската сестра:

- Детето редовно трябва да се извежда на слънце или да се остави да спи на открито в количката, изнасянето на открито е полезно не само през хубавите слънчеви дни, но и при облачно време заради чистия въздух и действието на ултравиолетовите лъчи;

- Провеждане на слънчеви облъчвания – частични слънчеви бани, започват след третия месец с времетраене от 1-5 минути, на краката и ръцете, а след шестия месец се прави цялостно слънчево обгаряне по 5-7 минути на гърба, корема и гърдите с шапка на главата за 10-15 процедури. Могат да се провеждат през лятото на открито, а през зимата – в затоплена стая на отворен прозорец, кварцовата лампа също може да се използва, тъй като замества най-добре слънчевите лъчи;

- Родителите трябва да знаят, че кварцовите и слънчевите облъчвания се съчетават винаги с въздушни бани;

- Родителите не трябва да носят детето само на една и съща ръка – това създава условия за изкривяване на гръбнака;

- Обучение на родителите да провеждат физиолечебни и рехабилитационни мероприятия в домашни условия (местно приложение на суха топлина, влажни обтривания, масаж, гимнастика и други закалителни процедури);

- Детето трябва да се предпазва от слънце и студ чрез използване на шапка или слънцезащитни кремове и да не се излага на силно слънце;

- Челото и китките да се оставят непокрити;

- Да се осигури прием на достатъчни количества калций и фосфор с храната;

- Родителите трябва да знаят, че обездвижването на тялото оказва вредно въздействие върху опорно-двигателната система, особено при растящия организъм;

- С благоприятно въздействие върху растежа и развитието на костите и мускулите са игрите и разходките на чист въздух и слънце, плуването, бягането и редовните физически упражнения;

- В болничното отделение сестрата трябва да осигури време на рахитичното дете не само за назначените от лекаря физиотерапевтични процедури, но и вземане на ръце, аерация на стаята, игри, ласки [1] [3].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рахитът е болест на целия детски организъм. Когато при рахитично дете процесите на вкостяване в остеоидната тъкан се нормализират под влиянието на вит. Д, тогава рахитът се определя като витамин Д-недоимъчен. Ако не настъпи подобрение след лечение с вит. Д в обичайните дози, тогава това състояние се нарича витамин Д-резистентен рахит. Вит. Д-недоимъчен рахит най-често се среща в кърмаческа и ранна детска възраст.

Добре е още от първия месец на бременността бъдещите майки да приемат витамин Д. Също така е много важно детето да не се прехранва. Превенцията на рахита задължително трябва да започне още от вътреутробния живот на бебето. Тя е свързана с приемането на храни, богати на калций и витамин Д, разходки в парка, на морския бряг и спорт на открито [4].

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] Бакалов, Й. Грижи за болното дете и сестринска техника, Медицина и Физкултура; София 1986.
- [2] Вапцаров, Ив., Михов, Хр., Ангелов, А. Детски болести, Медицина и физкултура; София 1978.
- [3] Вахтер, К., Саракади, К. Всичко за детските болести, Коала прес; Словакия 2011.
- [4] Ниньо, Ш., Антонова В. Детски болести, Медицина и физкултура; София 1979.
- [5] <http://www.framar.bg/>

За контакти

Габриела Свиленова Нешева, студент в Русенски университет „Ангел Кънчев“, специалност „Медицинска сестра“, тел: 0884445575, e-mail: gabriella1191@abv.bg

Научен ръководител: гл. ас. Д-р Даниела Константинова – катедра Здравни грижи, Русенски университет „Ангел Кънчев“, e-mail: ddraganova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Ролята на медицинската сестра при интеграцията на хора с психични разстройства

Автор: Бисерка Василева Стилиянова–Тодорова

Научен ръководител: Даниела Константинова

The role of the nurse in the integration of people with mental disorders: Mental health is crucial to the wellbeing of individuals, societies and countries. Nurses are important providers of treatment and care. With education and support, nurses can contribute to the promotion of mental health and the prevention and treatment of mental disorders. Priorities. Long-term care for people with mental disorders.

Key words: nursing care in psychiatry, mental disorders, integration

ВЪВЕДЕНИЕ

Психичното здраве е повече от липса на психични разстройства. То предполага състояние на благополучие, при което индивидът разпознава своите способности и е в състояние да се справи с нормалните напрежения в живота, да работи продуктивно и да допринася за обществото. В световен мащаб над 450 милиона души страдат от психически или поведенчески проблеми и почти 1 милион души се самоубиват всяка година. Депресия, шизофрения и биполарно разстройство са сред десетте водещи причини за инвалидност в света. В повечето страни, медицинските сестри са най-голямата група от професионалисти, предоставящи психично здравеопазване.

ИЗЛОЖЕНИЕ

„Чувствата на някого се губят сами по себе си в думите, всички те трябва да бъдат трансформирани в действия, за да доведат до реални резултати.“ (Фл. Найтингейл)

Още през 19 век, тази велика жена е показала на света, как трябва да се грижи медицинската сестра за хората, нуждаещи се от подкрепа за възстановяване на тяхното физическо и психическо здраве, за да се интегрират отново в обществото.

Днес с високото ниво на образование и професионална подкрепа, медицинските сестри могат да допринесат за подобряване на психичното здраве, превенцията и лечението на психичните разстройства. Медицинските сестри имат най-голяма възможност за комуникация с пациентите, така че техните умения ще определят до голяма степен ефективността на установената терапевтична връзка с пациента. Те са заедно с пациентите през цялото денонощие и споделят ежедневието им: храненето, смяната на дрехи, гледане на телевизия и т.н. Друга важна задача на медицинската сестра се явява създаване и поддържане на „връзка с дома“, с роднини и близки на пациента: обезпечава срещите им, телефонното общуване, провежда беседи с пациентите, пробужда спомени за семейството и др. Освен това в задълженията на медицинската сестра влиза и провеждането на специални сесии с пациентите с цел обучение в ежедневни навици – битови навици за самообслужване, трениране поддържането на памет, внимание, мислене чрез използване на нагледни материали. Целта на такива занимания е намаляване на зависимостта от обкръжението. Поведението към пациентите изисква индивидуален подход и динамично наблюдение на състоянието на пациента. В процеса на наблюдение, медицинската сестра трябва да умеє да разграничи истинските от изкуствено предизвикани разстройства, суицидни състояния, симулации и др., които в психиатричната практика се срещат доста често. При редица психични заболявания, пациента може да бъде опасен както за себе си, така и за околните. Отчитайки това, медицинската сестра използва сестринския процес и заедно с формирането на партньорство с пациента, упражнява необходимия контрол за

осигуряване на безопасността на пациента, неговото обкръжение, както и личната си безопасност. Ето защо именно тя е специалистът, който може да помогне на пациента за неговата интеграция в обществото.

В САЩ и Западно Европейските държави, на практика се реализира концепцията за интеграция на хора с психични увреждания, в обществото. На болните с психични и поведенчески разстройства се гледа като на равноправни хора, които имат определени проблеми или ограничени възможности и потребност от подпомагане. Всички страни от ЕС имат разработени стратегии за преминаване от традиционния болнично базиран модел на психиатричната помощ към развитие на психично здравни грижи в общността за хора с тежки психични разстройства [4].

В Англия съществуват дневни центрове в общността и мултидисциплинарни екипи за психично здраве. Целта е потребителите на услуги да получат възможност да си възвърнат уменията за независим живот в по-малко "институционални" модели като сестрински домове, защитени жилищни домове и др. В Италия през 1997 г. е затворена последната психиатрична болница.

В Андалусия, Испания е създадена нова мрежа от специализирани психично-здравни услуги, базирани в общността. Подобна реформа е извършена и в Швеция, Франция и други европейски страни през 80-те и 90-те години. Общото в извършените реформи е деинституционализацията в социални услуги в общността, базирането на психиатричните грижи близо до пациентите, сформирание на мултидисциплинарни екипи със задължително участие на психиатрична медицинска сестра в тях като координатор на здравните грижи, работа в посока ресоциализация на пациентите и създаване на трудова заетост. Хоспитализация се извършва само при остри епизоди, които след проведените реформи са намалели 2 до 3 пъти [6].

Резултатите от проведено проучване в психиатрични лечебни заведения в България през 2014 година сред 109 болни с психично заболяване Шизофрения, включени в социални услуги в общността и 126 болни с психично заболяване Шизофрения, преминали през стационарни отделения за активно лечение са представени в таблица 1 [1].

Таблица 1. Хоспитализации по кратност и причини за обръщаемост

Хоспитализации	Болни в социални услуги		Болни в отделения	
	брой	%	брой	%
Хоспитализации в последната 1 година				
0 пъти	54	49,5	26	20,6
1-2 пъти год.	34	31,2	60	47,6
3-4 пъти год.	11	10,1	20	15,9
5 и повече пъти	10	9,2	20	15,9

Хоспитализациите в групата на болните в отделенията се характеризират с по-голяма кратност - 31,8% от болните в отделенията са хоспитализирани повече от 3 пъти годишно в сравнение с пациентите от социалните услуги 19,3%. Средната продължителност на хоспитализациите на 1 пациент от отделенията е 55,78 дни годишно, а от потребителите на социални услуги 1 пациент е пролежал средно 34,18 дни годишно (таблица 1). Като причини за обръщаемост към психиатрично лечебно заведение по-голяма разлика намираме само в принудително лечение – 10,3% от пациентите от отделенията [1].

Повече от половината потребители на социални услуги ползват услуги резидентен тип и показват висока степен на удовлетвореност от жилищните условия. Останалите включени в проучването пациенти, ползват дневни социални услуги - Дневен център и живеят с близки.

Удовлетворени от жилищните условия са 81,6 % от пациентите от социалните услуги и 68,3% от отделенията. По-високата удовлетвореност от жилищните условия на настанените в социални услуги – резидентен тип поражда необходимост от разкриването на повече услуги в общността за повишаване качеството на живот на болните с психически и поведенчески разстройства. По-голяма неудовлетвореност от жилищните условия от потребителите на социални услуги, показват живеещите със семейството си и живеещите с роднини и съвсем малка част (3,8%) от живеещите в социалните услуги. Като вероятна причина за това са ниските доходи и лошите битови условия за живота на болните в семейната среда [1].

Пациентите от СУ в по-голяма степен се изказват положително за нуждата от поддържаща терапия. Вероятно това се дължи на редовно провежданата психосоциална рехабилитация и контролирания прием на медикаменти.

След Англия, постепенно и в другите страни се въвежда специализация на обучаваните медицински сестри, като специално внимание се обръща на психиатричното сестринство.

Знанията по психиатрия са необходими не само на медицинските сестри в психиатрични здравни заведения, но също и в останалите здравни заведения, тъй като психичното заболяване често се маскира със соматични прояви, а също и някои соматични заболявания като ИБС например често водят до депресия и тревожност [1].

В Наредба №1 на МЗ от 8 февруари 2011 година за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно, чл.3, ал.1, т.4 сред много дейности, които медицинската сестра може да извършва самостоятелно, е и „психосоциална рехабилитация на пациенти със социално значими заболявания“ [9]. На този етап от предоставяне на здравни грижи в България, има сериозно разминаване между подготовката на медицинските сестри, нормативната база която им дава възможност за извършване на автономни дейности и реалната ситуация в която медицинските сестри се възприемат само като изпълнители на назначенията на лекаря.

В България, с приемането на медицински стандарт по психиатрия на основание чл. 6, ал. 1 от Закона за лечебните заведения се прилагат утвърдени принципи:

1. Минимално ограничаване на личната свобода и зачитане правата на пациента.

2. Намаляване на институционалната зависимост на лицата с психични разстройства.

3. Интегрираност и равнопоставеност на психиатричната помощ с останалите медицински направления.

4. Спазване на хуманитарните принципи и норми при осъществяване на лечебния процес и социална адаптация.

5. Стимулиране на самопомощта и осигуряване на активна професионална подкрепа на лица с психични разстройства [8].

Предлагането на психо-социални грижи за интеграцията на болни с психични увреждания в България е все още недостатъчно, но благодарение на различни социални програми започва да бележи ръст.

Работата на медицинската сестра в различните звена на психиатричната болница и извънболничната практика се характеризира с редица специфични особености, които я отличават значително от тази на другите медицински специалисти. Тя може да бъде синтезирана в две основни направления:

- Обща клинична подготовка - да притежава много добра обща подготовка по основните специалности и задачите при тях. Освен това основните манипулации и грижи за соматично болните намират пълноценно приложение и в психиатрията.

- Психиатрична клинична и терапевтична подготовка - трябва да бъде много добре запозната с психопатологията и клиниката на психичните болести, тяхното протичане и изход. В ежедневната практика се използват специфични методи на лечение – които изискват медицинската сестра да познава добре различните групи психо-фармакологични препарати, тяхното действие, начин на приложение, дозировка.

Използването на международния опит в прилагането на сестринството, за пореден път поставя акцент върху изключителната роля на медицинската сестра не само в клиничната психиатрична практика, но и в прилагането на социалната психиатрична практика. Авторитетът който притежават медицинските сестри в Европа и света се дължи и на възможността им самостоятелно да оценяват дадения клиничен случай. Това повишава възможността и в България да се предостави професионална свобода при наличие на нужната квалификация и допълнителни обучения на медицински сестри за самостоятелна оценка на съответния клиничен случай.

В България ролята на медицинската сестра в екипа за психосоциална рехабилитация е изследвана чрез анкета, проведена сред 154 специалисти, работещи в лечебни заведения и социални услуги и участващи в екипите за извън болнична и вътре болнична психосоциална рехабилитация.

Според мнението на специалистите, медицинската сестра е вторият по важност специалист след психолога, необходим да бъде включен в екипа за вътре болнична психосоциална рехабилитация – психолог 89%, медицинска сестра 77,9%. Посочилите друг персонал са уточнили специалности кинезитерапевт, трудо терапевт и педагог [1].

Анкетираните смятат, че е необходимо медицинските сестри работещи с психично болни да притежават специалност „психиатрична медицинска сестра“ [1].

Въпросът за ролята на медицинската сестра в екипа за психосоциална рехабилитация е представен в таблица 3, с възможност за повече от един отговор, което води до сбор на процентите по-голям от 100.

Отговорите отразяват мнението на специалистите за дейностите, които медицинската сестра може да изпълнява самостоятелно, както и в екип с други специалисти.

Резултатите показват промяна в нагласите за ролята на медицинската сестра в екипа за психосоциална рехабилитация и отразяват нетрадиционни за сестринството в нашата страна дейности (таблица 3).

Таблица 3. Ролята на медицинската сестра в екипа за психосоциална рехабилитация (ПСП)

Ролята на медицинската сестра в екипа за ПСП	Брой	%
Изпълнява назначенията на лекаря	116	75,3
Покрива графика за дежурства	64	41,6
Участва в оценката и плана за грижи на пациентите	102	66,2
Води случай	47	30,5
Участва в ПСП според компетенциите си	93	60,4
Грижи се за досиета и документация	85	55,2
Уведомява лекаря при влошено състояние на болния	130	84,4

Контролира спазването на режима и излизане от отделението	82	53,2
Организиране на групи за психотерапия и създаване на условия за провеждането ѝ;	37	24,0
Организира свикването с близки	62	40,3
Друго	2	1,3

Като друга роля на медицинската сестра е посочено организиране свободното време на пациентите, изразяващо се в разходки, културни мероприятия и др.

Не малка част от специалистите (64,7% от отговорилите на въпроса) проявяват готовност за извършване оценка на състоянието на болните. Едва 19,1 % от анкетираните специалисти отговарят, че не са достатъчно подготвени, без отговор са 49,2%, а 6,1% отговарят на въпроса с „не зная“. Останалите 5,2% отговарят, че не е прието лекаря да пита за тяхната оценка; липса на подобна практика; никой не се интересува от тяхната оценка; нямам затруднения –7,6 % ; неравномерно разпределение приема на пациенти; авторитарно наложени решения; проблем в сътрудничеството с други специалисти; липса на информация до къде са правата на медицинския специалист; липса на политика от страна на МЗ по отношение на психично болните; огромна бумащина [1].

Особено внимание следва да се обърне на психосоциалната рехабилитация и участието на медицинската сестра в нея.

Ефикасността на интегрирането зависи не само от опита и професионализма на медицинската сестра, но и от подкрепата на близките на пациента, както и от подкрепата на общността.

Извън периода на активно болнично или извънболнично лечение се прилагат програми за рехабилитация, поддържащи трайна връзка с пациента: [5]

- програма за поддържащо лечение при шизофрения
- програма за обучение в социални умения
- програма за социална защита;
- програма за семейно консултиране;
- програма за противорецидивно лечение при афективни разстройства;
- програма за медицински и психосоциални грижи при психоорганични

състояния (болест на Алцхаймер, мозъчно-съдова болест, епилепсия, алкохолизъм, изоставане в умственото развитие и други);

- модул за надомни грижи.

Животът на пациентите с дългогодишни хронични психични заболявания, извън стените на институциите не е лек и сигурен. В стационарите те намират приятели, участват в организирани занимания, имат подслон и храна и развлечения като TV, музика, различни игри и др. След изписването много от тях се оказват изхвърляни в недружелюбен свят и без възможност за справяне с мизерното си съществуване. За това той има нужда от подготовка и подкрепа. Основна роля в интегрирането играе рехабилитацията [5].

Основна цел на рехабилитацията при психично болните е обучението на болния в социални и професионални умения с възможност за социална реинтеграция, за повишаване качеството на живот и пълноценно използване на свободното време. Видовете рехабилитация според прилаганите методи и техники са следните:

- трудова терапия (например дейности по озеленяване, отглеждане на плодове и зеленчуци и др.);

- занимателна терапия - Провежда се няколко пъти седмично. Групата е отворена и може да е със смесен състав. Състои се от 10 до 15 пациента. Груповата активност се изразява в рисуване, моделиране, психодраматични техники, групово обсъждане на проблеми заявени от участниците и др.;

- кинезитерапия;

- музикотерапия;

- обучение в социални и лични умения и професионална преквалификация с цел да се стимулират социалните им контакти за опознаване на себе си и собствените си възможности;

- общуване - Да овладеят умения за общуване в група, да осъзнаят ролята на общуването в живота;

- познания за сексуално и репродуктивно здраве - да добият увереност в необходимостта от употреба на контрацептивни средства;

- превенция на полово предавани инфекции, на ХИВ/СПИН - да знаят начините за предпазване, да осъзнаят необходимостта от отговорно сексуално поведение, да разберат действията, които трябва да предприемат за да предпазят себе си и другите от заразяване;

- управление на свободното време с полезни и приятни занимания;

- придобиване на знания как да управляват парите си [3].

Приложената програма "Развитие и поддържане на социални умения и придобиване на навици за здравословен начин на живот" води до положителна и значима промяна след експерименталната работа в отношението към заболяването, макар че този факт при пациентите от социалните услуги не е особено тревожен поради ежедневно наблюдение и контролираният прием на медикаменти. Следващата фигура 3 ни представя обобщена собствена оценка на отношението към заболяването .



Фигура 3. Отношение на пациента към заболяването

Резултатите са показателни за значимата роля на медицинската сестра в екипа за психосоциална рехабилитация, изразяваща се освен в контрол върху приема на медикаментите, участие в системна обучителна дейност за необходимостта от провеждане на поддържащо лечение без прекъсване, както и за по-висока удовлетвореност от качеството на живот на пациентите с психически и поведенчески разстройства.

Все по-актуален става въпроса пациента не само да "оцелее", но и да постигне качество на живот, като мярка за оценка на успеха от лечение и рехабилитация. Наред с традиционните показатели за оцеляване, все повече

внимание се обръща на **субективната удовлетвореност** на пациентите, живеещи с болестта и лечението. Фокусът е върху психичното заболяване, но по-широкото понятие качество на живот включва субективното възприятие на заболяването и лечението на пациентите, субективно усещане за благополучие или лошо състояние [7].

Психосоциалната рехабилитация в тези случаи облекчава симптомите на страданието и болестта и е алтернатива за реинтеграция и подсибяване на макар и оскъдни, но собствени финансови средства, вследствие на придобитите знания и умения. Да работиш и да имаш работно място, повишава удовлетвореността от живота, личното самочувствие, автономността за самоопределяне и мястото в обществото.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В доклада си Хелеена Раунистола, експерт към СЗО по психиатрични сестрински грижи, отчита сериозни слабости в психиатричните сестрински грижи в България – липса на самостоятелност, недостатъчен брой психиатрични медицински сестри, прилагане на тесен биомедицински модел в лечението, не се работи с план и досие за сестрински грижи и препоръчва функцията, която изпълнява сестринския персонал в психично-здравната помощ да бъде дефинирана чрез изготвяне на длъжностна характеристика, в която да залегне съставяне на индивидуален план за сестрински грижи [2].

Ролята на медицинската сестра, при интеграцията на хора с психични разстройства е много важна. Тя е специалистът, който е денонощно до пациента и познава желанията, способностите и възможностите на пациента. Прилагането на холистичен подход при предоставяне на сестрински грижи подпомага правилната преценка и планиране на грижите, свързани с интеграцията на конкретния пациент.

Включването на медицински сестри в екипите за психосоциална рехабилитация ще подпомогне диагностичната оценка и изготвяне на терапевтичен план в динамика. Комплексната психосоциална рехабилитация, провеждана системно, повлиява положително качеството на живот и удовлетвореност на пациентите с психически и поведенчески разстройства от грижите на мултидисциплинарния клиничен екип.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] Константинова, Д., Роля на медицинската сестра в екипа за комплексна рехабилитация на психично болни, Дисертация, Варна, 2015 г.
- [2] Раунистола Х., Психиатрични сестрински грижи в България, доклад на експерт на страна член на ЕС, 2006
- [3] <http://www.doctorbg.com/page.php?id=2433>
- [4] <http://www.mentalhealth.org.uk/content/assets/PDF/publications/crossing-boundaries.pdf?view=Standard>
- [5] <http://www.mhg.ru/publications/A8847E6>
- [6] <http://psylist.net/pedagogika/00218.htm>
- [7] http://www.who.int/mental_health/policy/services/Nursing%20Matters%20Infosheet.pdf
- [8] МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТ "ПСИХИАТРИЯ", НАРЕДБА № 24 от 7 юли 2004 Г. за утвърждаване на медицински стандарт "ПСИХИАТРИЯ", МЗ, ДВ бр. 78 от 7 Септември 2004 г.
- [9] Наредба №1 на МЗ от 8 февруари 2011 година за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно

За контакти:

Бисерка Василева Стилиянова–Тодорова, Русенски университет “Ангел Кънчев”, специалност Медицинска сестра, II курс, e-mail: viv2609@abv.bg, Тел. 0878115135

Научен ръководител: гл. ас. Д-р Даниела Константинова – катедра Здравни грижи, Русенски университет „Ангел Кънчев”, e-mail: ddraganova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Социализация на хора с физически увреждания

Автор: Снежина Митева
Научен ръководител: ас. Грета Колева

*„ Не само да се добавят години към живота,
но и живот към годините.“
Акад. Д.Ф. Чеботарев*

Socialization of people with physical disabilities: *One of the most important criteria for maturity and humanism of a society is its attitude towards people with different disabilities. Its main task is the socialization of people with disabilities. This is the opportunity for the realization of these people in society, which is associated with the creation of harmony in the three main units of socialization – family, school and society (professional appearance) and determines the public status of the individual.*

Key words: *disability, socialization, rights, equality, rehabilitation, adaptation, integration.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Увреждането е проблем свързан със средата, а не с личността, което го прави по-скоро социален, а не медицински проблем и както всяко социално явление има индивидуално, политическо и финансово измерение. Правата на хората с увреждания са предмет на държавната политика, която може да бъде адекватна само ако се познава реалната ситуация. Основна цел на държавните органи и обществото като цяло е създаването на перспективи за пълно участие на хората с физически увреждания в различни сфери на обществения живот чрез равен достъп до образование, работна среда, религиозна дейност, развитие и живот на общността, политика и други, в зависимост от техните възможности, желания и избор [7].

Инвалидността е състояние на ограничение във възможностите на даден човек да взаимодейства с обкръжаващата го среда, създаващо му социални, интелектуални, физически или морални затруднения. Инвалидността може да е резултат от текущи или минали физически травми или от различни психически състояния [4,7]. Върху класификациите на инвалидността в отделните страни и организации оказват влияние целите и времето, когато се правят. Интерес представляват гледните точки на хората с увреждания, работодателите и правителството „ЗА“ и „ПРОТИВ“ определяне на даден индивид като инвалид. Често становищата са противоречиви. Това е и една от причините броят на инвалидите да варира в широки граници. У нас е прието на основата на понятието „инвалидност“ да стои трайната загуба на професионална трудоспособност, следствие на невъзвратими ограничения и функционални нарушения в организма. В някои случаи инвалидността се разглежда и като състояние за неспособност за осъществяване на дейности от ежедневието. Инвалидността поставя човека в нова социална позиция [5]. Всички тези промени, настъпили в живота на хората с физически увреждания, водят до редица нови права и задължения, които имат важно значение в културния и социалния им живот:

Човешки права. Човешките права трябва да бъдат еднакви за всички хора, без значение на расова, етническа, религиозна, езикова, полава принадлежност, без значение на здравословен статус, наличен физически или интелектуален потенциал.

Пълно участие на хора с физически увреждания в различни сфери на обществения живот - равен достъп на индивида или групата с увреждания до образование, работна среда, религиозна дейност, политика, развитие и живот в общността и други, в зависимост от техните възможности, желания и избор. [3]

Независим живот - право на избор, възможност за обучение, равен достъп до ресурсите на обществото, право на самоопределяне и участие в процеса на вземане

на решения в личния и в обществения живот. [3]

Социална интеграция - активно вграждане на индивида или групата хора с увреждания във всички сфери на обществения живот, при равен старт и при отсъствието на каквито и да е преки и косвени начини на дискриминация.

Достъпни обекти - учреждения, в които може лесно да се влезе или да се използва лесно от хората с увреждания [2, 3, 6].

Адаптирана физическа активност - комплекс от специални упражнения (физическо възпитание, рехабилитация, двигателна корекция и др.) за развитие на основните физически качества и умения на тази категория хора, с което се съдейства за тяхната социална адаптация. Целта е постигане на възможно най-пълна рехабилитация [2].

Лечебна физкултура - оказва функционално, психотерапевтично, структурно и морфологично въздействие върху тъкани, органи и системи [2].

Рехабилитация - цели да предпази, намали или компенсира заболяването или намалената функционалност на двигателния апарат и функционално-свързаните органи и регулаторни системи, както и появяващите се в по-късен етап ограничения и затруднения. Трудовата рехабилитация е насочена към хора, станали нетрудоспособни и е един от възможните варианти за тяхното по-пълноценно съществуване [5].

Мултидисциплинарни екипи осъществяват лечебната дейност при условията и по реда на Закона за лечебните заведения и на Закона за здравното осигуряване или така наречената медицинска рехабилитация. Тя включва: поддържаща медикаментозна и физикална терапия; говорна и зрителна терапия; кинезитерапия; ерготерапия; психотерапия; трудово лечение; назначаване на помощни средства и съоръжения. [3] Създаването на умения за водене на самостоятелен живот, чрез рехабилитация на зрението, слуха и говора, психологическа помощ, двигателна рехабилитация, предоставяне на социални услуги и други дейности, се уреждат от социалната рехабилитация [2,3]. Приоритетна форма за подпомагане на хората с увреждания трябва да бъде интегрирането им на пазара на труда.[3] Основни фактори, подпомагащи този процес са даването на преференции на работодатели, наемащи на работа лица с физически увреждания и полагането на разширени грижи относно защитата и професионалния напредък на работниците с инвалидност [1, 5]. Ако това не е възможно, трябва да бъдат намерени други видове дейности, които да предпазят тази категория хора от социална изолация.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Цели и задачи. Целта за разработване на настоящата тема е да се проучи отношението към хората с физически увреждания, начините за повлияване в положителна посока на толерантността спрямо тях и готовността за подпомагане на тяхната социализация.

Поставените задачи са:

1. Сформиране на целева група.
2. Разработване на анкета, за да се установи отношението на анкетираните към хората с физически увреждания.
3. Провеждане на анкетата.
4. Предоставяне на информация за нуждите на хората с физически увреждания.
5. Анализ на получените данни от анкетния метод. Изготвяне на графичен анализ.

Проведена е анкета с четиридесет човека, на възраст от 20 до 50 години в периода от 01-31.03.2016г.

Резултати от изследването:



Фигура 1. Разлика между правата на гражданите и гражданите с физически увреждания.

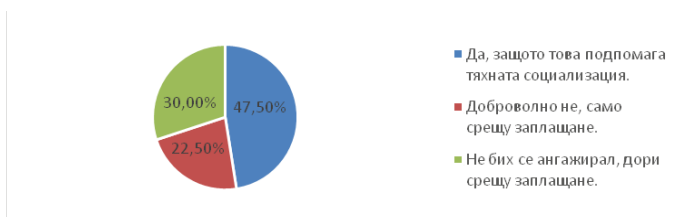
На въпрос, засягащ равнопоставеността в правата на гражданите с и без физически увреждания, 52,5% от респондентите са отговорили, че съществуват различия в правата, обусловени от специфичните потребности на хората с увреждания, 30% смятат, че всички са равнопоставени, а 17,5% считат, че хората с увреждания имат повече права.



Фигура 2. Назначаване на работа на хора с физически увреждания.

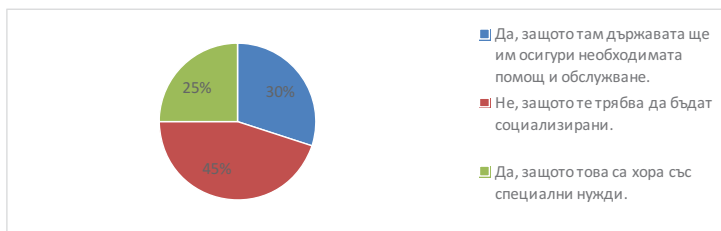
В отговор на въпрос дали биха назначили на работа хора с увреждания, ако зависи от тях 47,5% от анкетираните са отговорили положително, заради финансовата подкрепа от държавата, 32,5% защото са длъжни, а 20% считат, че ефективността ще намалее при наемане на работа на хора с увреждания.

Резултатите сред анкетираните относно готовността за съвместна работа с хора с физически увреждания са както следва: 92,5% изразяват такава, а 7,5% не желаят поради притеснението, че трябва да работят повече за да компенсират колегите си.



Фигура 3. Готовност за доброволно подпомагане на хора с физически увреждания

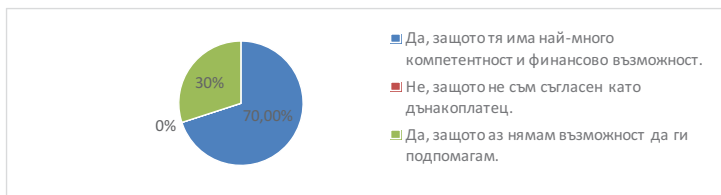
Готовност за подпомагане на хора с физически увреждания на доброволни начала (Фиг. 3) са изразили 47,5%, 22,5% са отговорили само срещу заплащане, а 30% отказват, дори и ако им се заплаща.



Фигура 4. Локализация на хората с физически увреждания в медицински центрове.

Фигура 4 изобразява мнението на респондентите относно това, дали трябва хората с физически увреждания да се настаняват в медицински центрове, 55% от тях считат за необходимо настаняването им в такива центрове, поради специфичните им потребности и задължението на държавата да им осигури помощ и обслужване, а останалите 45% считат, че социализацията би била от полза.

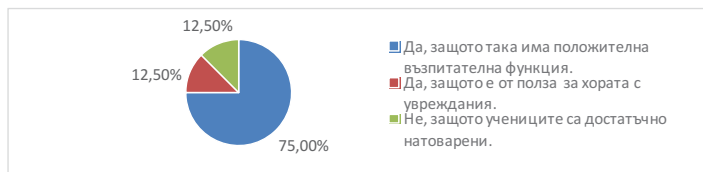
Голям процент от анкетираните (95%) изразяват готовност да отстъпят място в градския транспорт на човек с увреждане, останалите 5% отказват.



Фигура 5. Нагласи относно отговорността и грижите за хората с физически увреждания.

Мнението на 70% от анкетираните, показано на Фиг. 5 е, че държавата трябва да се грижи за хората с физически увреждания, поради наличието на повече компетентност и финансова възможност, останалите 30% нямат възможност да ги подпомагат, нито един от анкетираните не е посочил, че не е съгласен като данъкоплатец.

Голям процент от респондентите (82,5%) смятат, че като граждани е необходимо да сме ангажирани и да оказваме подкрепа на хората с увреждания чрез доброволчески или други неправителствени организации.



Фигура 6. Толерантността към хората с физически увреждания, като елемент от образователната програма.

Попитахме трябва ли толерантността към хората с увреждания да стане елемент на образователната програма, 75% от анкетираните са изказали мнение, че това би оказало положително влияние върху възпитанието на подрастващите, 12,5% считат, че ще е от полза за тази група хора, а останалите 12,5% от анкетираните изразяват несъгласие, поради голямата натовареност на учениците.

Последният въпрос се отнася до възпитаването на толерантност към хората с физически увреждания в семейната среда: 80% разговарят на тази тема и възпитават децата си на милосърдие и толерантност по отношение на хората с увреждания, останалите 20% са отговорили, че в къщи не разговарят на такива теми.

Изводи от анкетното проучване:

1. От страна на анкетиранияте съществува нагласа за работа с хора с физически увреждания.
2. Хората с увреждания се възприемат като равнопоставени от половината анкетирани.
3. От позицията на работодател е на лице готовност за назначаване на работа на хора с увреждания, но оставаме с впечатление, че е заради подпомагането на бизнеса от държавата.
4. Повече от половината от анкетиранияте считат, че мястото на хората с увреждания е в институции и за тях трябва да се грижи държавата.
5. Почти половината от респондентите изразяват готовност за включване в доброволни инициативи, подкрепящи хората с физически увреждания.
6. Голяма част приветстват въвеждането на темата толерантност към хората с физически увреждания, като елемент на образователната програма и същият процент заявяват, че възпитават такава в семейната среда.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Получените резултати показват необходимост от:

- ✓ Задължително въвеждане на темата за толерантност към хората с физически увреждания като елемент на образователната програма.
- ✓ Създаване на повече неправителствени организации, с цел обучение и създаване на социални ангажименти и контакти на хората с физически увреждания.
- ✓ Разкриване на повече места за трудова реализация на хората с физически увреждания, чрез осигуряване на привлекателни условия за работодателите.

Само правилният подход и адекватната интеграцията на хората с физически увреждания, биха могли да повлияят положително върху нагласата на обществото за толерантно и равнопоставено отношение.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] Агенция социално подпомагане, Проект „Съпричастност“, 20.04.2012 г., <http://www.asp.government.bg>
- [2] Димитров Д. Доц., Двигателен тренинг и лечебна физкултура за лица с увреждания, Академично издателство Тракийски университет, Стара Загора
- [3] Закон за интеграция на хората с увреждания, Чл 2, Глава 1, <http://www.bgstuff.net>
- [4] Инвалидност, <https://bg.wikipedia.org>
- [5] Паризов В. П., Рехабилитация на лица с физически увреждания, София, 2002г.
- [6] Правилник за прилагане на Закона за интеграция на хора с увреждания Чл.12 (1) (Изм.-ДБ, бр. 54 от 2006 г.), <http://mh-center.info>
- [7] Хора с физически увреждания в България и техните права, http://www.ime.bg/pdf_docs/disabled.bg

За контакти:

Снежина Михайлова Митева, Русенски университет “Ангел Кънчев”, спец.: „Медицинска сестра“, II курс, тел.: 0884 124 413, e-mail: snega090883@abv.bg
ас. Грета Колева, ФОЗЗГ на Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел.: 0882 517 173, e-mail: gkoleva@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Синдром на малтретираното дете

Автор: Снежина Митева

Научен ръководител: гл. ас. д-р Кристина Захариева

Abused-Child-Syndrom: Syndrome child abuse includes any form of violence against children committed by parents, other family members or educators. Statistical data: 80% in the case of physical violence; 15% of sexual abuse; 5% for intentional torture by starvation. For the most favorable terms of growth, development and deployment of the maximum potential of the child's essential take family and parents whose key role is to provide a safe, stimulating and supportive family environment that promotes its development in all aspects. A child's memory is like a white sheet: you will read what you have written.

Key words: abuse, violence syndrome, forms of violence.

ВЪВЕДЕНИЕ

Според Закона за закрила на детето „дете“ е всяко физическо лице до навършване на 18 годишна възраст. Дете, което се нуждае от закрила, е:

- дете, останало без надзор или родителска грижа;
- дете, което е жертва на злоупотреба, насилие, експлоатация или всякакво друго нехуманно или унижително отношение или наказание, в или извън семейството;
- дете, за което съществува опасност от увреждане на неговото физическо, психическо, нравствено, интелектуално и социално развитие;
- дете, за което съществува риск от отпадане от училище, или което е отпаднало от училище [5].

Малтретирано е това дете, чиито родители или настойници:

- причиняват или позволяват да бъдат причинени на детето сериозни физически увреди;
- създават или позволяват да бъде създаден съществен риск за сериозни психически увреди на детето;
- предприемат или позволяват върху детето да бъде предприето действие на сексуално малтретиране [3].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Малтретиране на деца най-често се извършва в семейства, в които самите родители са били жертва на насилие през детството си. Значителна част от родителите са алкохолици, наркомани, психично болни, разведени, налице е мащеха или втори баща. Важна роля играят и материалните неблагоприятности, особено безработицата. По-често на насилие са подложени нежелани деца, хронично болни деца, деца с аномалии, церебрално увредени деца, родени преждевременно деца, деца с ниска телесна маса. Във всички тези случаи значение имат нарушените взаимоотношения между родители и дете.

В 90% от случаите насилието е дело на родителите; в 5% на приятел на майката; в 4% на друго лице, което се грижи за детето и в 1% на братя и сестри. Сексуалните насилия се осъществяват от случайни лица, от втория баща и по-рядко от приятел на майката. Различават се следните форми на насилие върху детето:

- Физическо насилие с последица травми, които далеч надвишават границата на наказанието с възпитателна цел.
- Сексуално насилие, чиято жертва са обикновено малки момичета.
- Умишлено измъчване с глад на хронично болни деца и деца инвалиди с цел постепенно умъртвяване.
- Недостатъчни грижи за безопасността на детето.

- Емоционално насилие, което може да се съчетае с физическо насилие, но се прилага и самостоятелно под формата на постоянни упреци и заплахи.

- Умишлени отравяния, като много рядко срещана форма на насилие.

- Безотговорно поведение при лечение на болни деца, като тук трудно може да се разграничи дали действията на родителите са следствие на ниска култура или на умишъл.

Физическите травми са под формата на хематоми, лацероконтузни рани, хеморагии, изгаряния и фрактури. Важен е фактът, че са разположени на необичайни места – седалището, бузите, шията, ушите, страничните части на гръдния кош, а не по лактите, челото, носа и подбедриците, където се локализира случайните самонаранявания. Често синините повтарят формата на предмета, използван при насилието. Характерни са и следите от изгаряне (наблюдават се при 10% от децата, подложени на насилие). По тяхната форма, която е необичайна за злополука, може да се съди за причината: изгарянията от цигара са окръглени, дълбоки с надигнат вал, което ги отличава от обикновеното импетиго. Много съмнителни за насилие са изгаряния по долната част на корема или по седалището, породени от желанието на родителите да лекуват детето си за нощно напикаване или да го принудят да седне на тоалетно гърне. Попарвания под формата на „чорап“ и „ръкавица“ са следствие от насилствено потапяне на крайника в гореща вода.

Разкъсвания на меките тъкани се срещат рядко, но скъсан френулум на езика може да се дължи на насилствено хранене с шише.

Следите от ухапване от човек са винаги преднамерени, но трудно може да се прецени дали са причинени от дете или възрастен.

Особено опасни са травмите на главата, които могат да се съпровождат с вътречерепен кръвоизлив. Травмите на корема нерядко водят до руптура на вътрешни органи: стомах, черен дроб или слезка.

При сексуално насилие се установяват травми или разкъсвания в гениталната област.

При емоционален тормоз децата са страхливи, тихи, кротки или неспокойни, непрекъснато очакващи неприятности и пазещи се дори от ласки. Тези деца често страдат от заекване, нощен страх и неволно нощно уриниране.

Подозрения за насилие върху детето възникват при трудно обяснение на установени физически увреждания. Най-често се дават неправдоподобни обяснения. Много характерно е, че при тези травми родителите късно търсят медицинска помощ (на следващия ден, дори след няколко дни).

При съмнение, че детето е малтретирано, задължително трябва да бъдат прегледани и неговите братя и сестри, тъй като често и при тях се откриват следи от насилие.

При контакт със самото дете се установява, че то е тихо, апатично, страхливо и недохранено. Често облеклото му е мръсно, неподходящо по размер и за сезона, а личната му хигиена е лоша. Задълбоченият преглед доказва наличие на физическо насилие.

За диагностициране на Синдрома на малтретираното дете се използват следните фактори:

- Лицето, извършило насилието признава, че е малтретирал детето;
- Детето съобщава за насилие, упражнено върху него;
- Някой друг член от семейството обвинява насилника;
- Обективната находка не отговаря на описанието, дадено от възрастния, придружаващ детето в лекарския кабинет;

- Характерен вид на контузията или нараняването, особено ако е налице при кърмаче или малко дете.
- Бързо възстановяване на теловния дефицит при правилно хранене на детето на възраст под две години, при което се наблюдава необяснимо измършавяване.
- Характерен рентгенов образ.

При подозрение, че върху детето е упражнено насилие, независимо от тежестта на пораженията, то трябва да се хоспитализира. Това позволява детето да бъде защитено, а диагнозата да се изяснява в спокойна обстановка. Ако близките откажат хоспитализация, лекарят следва да се обърне за съдействие към съответните правни органи. Само при деца над шест годишна възраст, без тежки увреждания, лечението може да се извърши в домашни условия.

При предствения по-горе проблем се изисква внимателно наблюдение от педиатър, особено при децата с висок риск за малтретиране. Това са деца от семейства, в които липсват нормалните взаимоотношения между родителите, семейства на алкохолици, на лица с други противообществени прояви, семейства, в които има деца с вродени аномалии или деца с детска церебрална парализа (ДЦП). Още при първите признаци на небрежно или жестоко отношение спрямо тях, трябва да се информират съответните власти и да се пресекат всякакви по-нататъшни опити за физическо, морално или сексуално насилие [1].

Всеки родител се стреми да отглежда децата си здрави. Когато детето е здраво, то тича, играе, пада, става, прави пакости, но когато се разболее – има нужда от повече внимание, грижи и подкрепа! Децата трябва да бъдат уважавани и да им се дава право на избор! С тях трябва да се общува, а не да се изисква непрекъснато подчинение и послушание. Императивният тон не трябва да е доминиращ. Трудностите при отглеждането на децата би следвало да се възприемат като нещо временно, което отминава [2].

Резултати от проведено изследване

За мотивация на даденото изследването послужи големият обем информация, относно малтретираните деца в семейства и социални домове, както и непрекъснато нарастващата агресия в училищата.

Методология на изследването

Цел на изследването

Целта е да се проучи нивото на информираност на респондентите относно:

- Синдрома на малтретираното дете;
- Формите на насилие спрямо децата;
- Институциите, оказващи помощ при наличие на форми на насилие.

Обект на изследването

Лица, избрани на случаен принцип, на възраст от 25 до 45 години.

Използван инструментариум

Анкетна карта, интервю.

Материали и методи

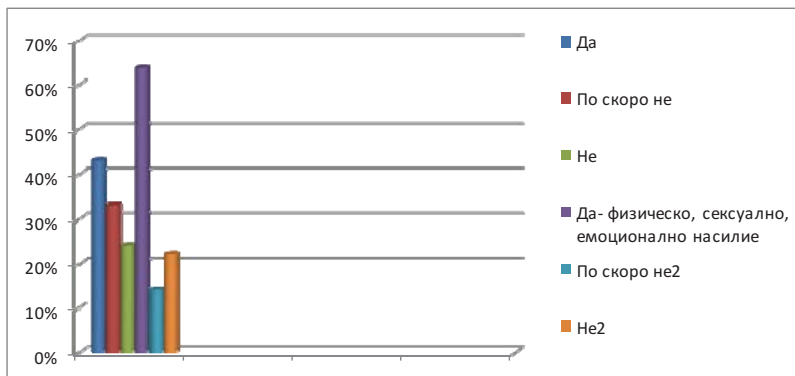
Изследването се проведе в периода 15.02.2016 -15.04.2016.г. Проучено бе мнението на 96 души /58 жени и 38 мъже/ на случаен принцип, чрез анонимно анкетно проучване. Изследването се подпомогна от екипите на детска ясла (ДЯ) и общопрактикуващ лекар (ОПЛ).

Резултати от проведеното изследване

Получените резултати са анализирани и онагледени чрез графики.

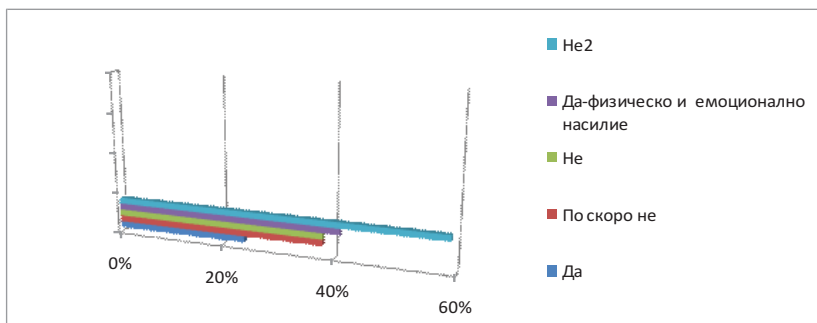
На фигура 1 са представени отговорите на респондентите на въпросите: „Имате ли информация за синдрома на малтретираното дете?“, „Запознати ли сте с

формите на насилие при децата?“



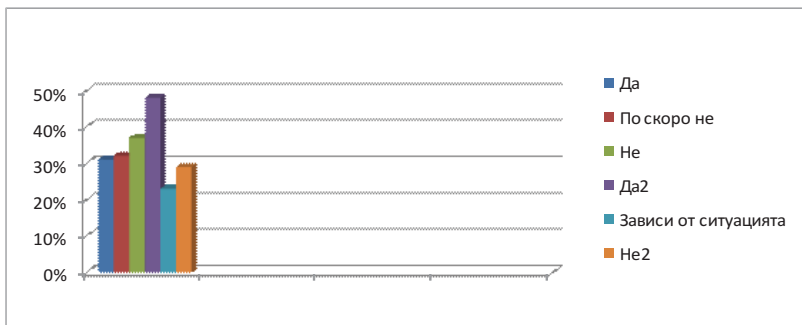
Фиг. 1 Информация за синдрома на малтретираното дете и формите на насилие.

Резултатите от въпросите: „Имате ли близки (съседи, приятели, роднини) в чиито семейства сте убедени, че има насилие спрямо децата?“, „Кагато сте били на разходка с Вашето дете, наблюдавали ли сте насилие над дете и под каква форма?“ са онагледени на фигура 2.



Фиг. 2 Информация за насилие при познати или случайни семейства.

Отговорите на въпросите: „Имате ли информация от коя институция може да потърсите помощ при констатирано насилие?“, „Ако станете свидетел на насилие, ще окажете ли помощ на малтретираното дете?“ са онагледени на фигура 3.



Фиг. 3 Информация за институциите, оказващи помощ при насилие над деца и своевременно отзоваване при констатирано малтретиране на дете.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

Изводи

- Налице е недостатъчна информираност сред респондентите за синдрома на малтретираното дете и формите на насилие при деца;
- Недостатъчна информираност на участниците в изследването, относно институциите, които биха съдействали за преодоляване и преустановяване на насилието над деца;
- Макар и нисък процент, наличие на анкетирани, които не биха оказали помощ на малтретирано дете.

Препоръки

При констатирана, каквато и да е, форма на насилие, незабавно трябва да се уведомят:

- Държавна агенция за закрила на детето;
- Министерство на вътрешните работи – сигналът се подава до най-близкото Районно управление „Полиция“;
- Дирекция „Социално подпомагане” - отдел „Закрила на детето“;
- Институт по социални дейности и практики (ИСДП);
- Гореща линия за деца: 116 111 [4].

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] Бобев Д., Е. Генев, „Педиатрия, учебник за студенти по медицина“, трето издание 2000 г.
- [2] Дичева Д., „Голямата книга на мама и татко, отглеждане на детето до 7 год.“, Колхида 2008 г.
- [3] <http://www.puls.bg>
- [4] <http://social.framar.bg/>
- [5] <http://pravatami.bg/4132>

За контакти:

Снежина Митева, Русенски университет „Ангел Кънчев“, специалност: „Медицинска сестра“, втори курс, редовна форма на обучение, тел.: 0884124413, e-mail: snega090883@abv.bg

Гл. ас. д -р Кристина Захаријева, ДП, Катедра „Обществено здраве и здравни грижи“, Русенски университет „Ангел Кънчев“ ;тел.: 0885 193 003; e-mail: kzaharieva@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Остра бъбречна недостатъчност

Автор: Снежина Митева

Научен ръководител: Теодора Тодорова

Acute renal failure: One of the most important goals for everyone is the protection of health. Activities for health promotion, disease prevention, measures to increase the health awareness of people would contribute to the preservation of health as long as possible, but in case of health – for its rapid and complete recovery. Kidney disease can lead to de-socialization, prolonged treatment, impair quality of life, cause irreversible consequences. Periodic medical examinations and tests are the main factors for preserving and maintaining good health. One of the methods for early diagnosis of kidney disease is regular follow-up of renal function by measuring levels of creatinine.

Key words: kidney, symptoms, diseases, prophylaxis.

ВЪВЕДЕНИЕ

Острата бъбречна недостатъчност е внезапна, бърза и често обратима загуба на бъбречните функции [4]. Редица заболявания и състояния могат да доведат до развитие на остра бъбречна недостатъчност. При ненавременна диагностика и лечение тя е животозастрашаващо състояние. За предпазване от остра бъбречна недостатъчност се вземат мерки за намаляване на травмите, за предотвратяване на инфекциите, отравянията и тежките остри заболявания на бъбреците [6]. При обмяната на веществата се образуват множество крайни продукти-метаболити. Метаболитите се отстраняват от организма посредством органите на отделителната система, играещи важна роля и при регулацията и поддържането на постоянството на осмотичното налягане и на химичната реакция в организма. Голяма част от разпадните продукти, получени при обмяната на веществата, се отделят в урината чрез органите на пикочната система. Бъбрекът е основен орган на отделителната система, в който става образуването на урината, а за събирането и изхвърлянето ѝ служат бъбречното легенче, пикочопроводът, пикочният мехур и пикочният канал [5].

Веднага след раждането бъбреците поемат поддържането на хомеостазата на организма, осигурявана до този момент от плацентата. Бъбречната функция достига стойностите на зрелия бъбрек към края на първата година от живота на човек [1].

Острата бъбречна недостатъчност е клиниколабораторен синдром, изразен с внезапно и продължително намаление на гломерулната филтрация, на диурезата или и на двете. Характеризира се с повишаване на азотните тела – урея и креатинин в кръвта, нарушения във водно-електролитния и алкално-киселинния баланс на организма [2].

В зависимост от мястото на специфичното нарушение и патофизиологичния механизъм на настъпване острата бъбречна недостатъчност се класифицира като:

Предбъбречна (преренална) остра бъбречна недостатъчност, възникваща при всички състояния, които могат да доведат до бъбречна хипоперфузия, а оттам до намалена гломерулна филтрация при повишена тубулна реабсорбция, водещи до азотемия и отделяне на малко количество концентрирана урина, бедна на натрий. Най-чести причини за възникването ѝ са: преливане на групово-несъвместима кръв, шок, шок, операции, инфекции, тежки инфекции, сепсис, фебрилитет, прием на диуретици, загуба на големи количества течности и соли, следствие на обилни диарии.

Бъбречна (ренална, паренхимна) остра бъбречна недостатъчност, наричана още истинска, поради наличието на разнообразни структурни изменения в бъбречната тъкан, водещи до тежки функционални нарушения. Може да е резултат от: токсично увреждане или исхемия на тубулите и интерстициума от медикаменти, рентгеноконтрастни вещества, остър, бързопрогресиращ гломерулонефрит, от

отравяне с нефротоксични отрови – тежки метали, емболии и тромбози на бъбречни съдове и други.

Следбъбречна (постренална) остра бъбречна недостатъчност - настъпва при механична обструкция на уринния ток дистално от нефрона поради нарушена проходимост на пикочните пътища, в резултат на запушване от камъни, тумори, аденом на простатата, карцином на пикочния мехур и други. Патофизиологичният отговор на обструкцията е повишаване на хидростатичното налягане в Баумановата капсула и намаляване на гломерулната филтрация. Внезапно настъпила анурия насочва към пълно блокиране на уринарния ток [2, 3].

Клиничната картина на острата бъбречна недостатъчност протича в четири стадия:

Начален стадий (фаза на увреждане). Преобладават проявите на основното заболяване, предизвикващо остра бъбречна недостатъчност (инфекция, интоксикация, травма, шок и др.). Продължителността е 1 – 3 дни, през които диурезата рязко намалява.

Стадий на олиго-/анурия. Поради рязко намалялата диуреза, болният навлиза в олиго-/анурична фаза, през която урината е с количество под 500 мл./ 24 часа или настъпва анурия. Статусът се влошава прогресивно. Болните са отпаднали, сънливи, губят апетит, получават гадене, повръщане, хълцане, появява се уремичен дъх. Настъпва азотемия, следствие на повишените азотни тела в кръвта. Развива се хиперхидратация, изразена с периферни отоци, белодробен и мозъчен оток. Нивата на калия в кръвта се повишават, резултат на което са отслабване на рефлексите, парези, парестезии, ритъмни нарушения в сърдечната дейност, ЕКГ промени. Дишането на Кусмаул е признак на развиващата се метаболитна ацидоза. Постепенно настъпва състояние на прекома и кома. При преживяване на този стадий, с продължителност 2 – 5 дни, болните преминават в стадий на полиурия.

Стадий на полиурия. За него е характерна 3 – 4 седмична продължителност, през която диурезата постепенно се увеличава и може да достигне до 10 литра / 24 часа. Азотемията може да нарастне, поради ниското относително тегло на урината и непълноценното излъчване на остатъчните продукти на белтъчната обмяна. Болните са застрашени от дехидратация и електролитни нарушения, поради значителната загуба на соли и вода.

Стадий на възстановяване. Продължителността му е 3 – 12 месеца. За около 6 месеца концентрационната способност на бъбреците постепенно се възстановява – пълно или частично [2].

Лечението на острата бъбречна недостатъчност може да е успешно при своевременно диагностициране на обратим механизъм на състоянието [4].

Лечението се провежда в болнична обстановка, при строг постелен режим.

При неуспешно медикаментозно лечение се провежда хемодиализа [2].

Затруднения при провеждане на хемодиализното лечение, могат да възникнат предимно при възрастни хора в следствие на нестабилност в хемодинамиката, хипотония или сърдечна недостатъчност [3, 7].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Цели и задачи.

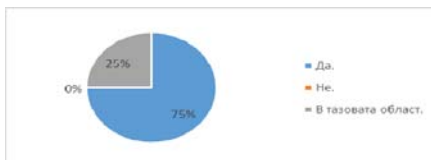
Целта за разработване на дадената тема е да се проучи степента на осведоменост на дадена група хора относно знанията им за бъбречните заболявания и профилактиката спрямо тяхната поява. Да се повиши здравната им култура и профилактичната грижа към собственото им здраве. Да се напомни, че подценяването на проблеми, свързани с жизнено важни органи, води до сериозни, а понякога и до фатални последици.

Поставените задачи са:

- Сформиране на целева група.
- Разработване на анкета за проучване настоящите знания относно бъбречната функция, патология, усложнения и профилактика на бъбречните заболявания.
- Провеждане на анкетата.
- Предоставяне на нужните знания, относно значимостта на бъбречната патология.
- Анализиране на получените данни от анкетния метод. Изготвяне на графичен анализ.

Проведена е анкета с четиридесет човека, на възраст от 30 до 55 години в периода от 20.02.2016 г. до 20.03.2016 г. Анкетирания не са с медицинско образование.

Резултати от изследването:

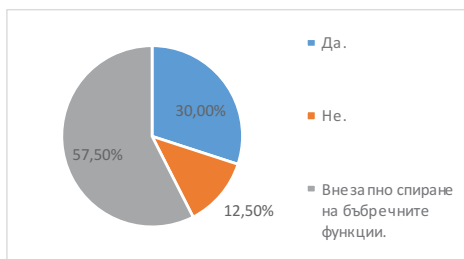


Фигура 1. Знания за разположението на бъбреците в човешкото тяло.

На въпрос знаят ли къде се намират бъбреците в тяхното тяло (фигура 1) 75% от анкетираните отговарят с положителен отговор, 25% отговарят, че бъбреците им са разположени в тазовата област, нито един не е посочил отрицателен отговор.

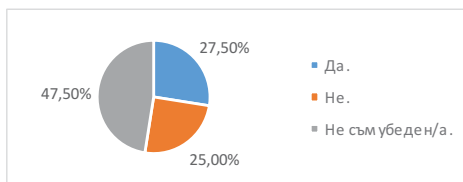
На въпрос знаят ли как функционират бъбреците 40% от респондентите отговарят, че знаят, 7,5% посочват отрицателен отговор, а 52,5% отговарят, че бъбреците отделят токсичните вещества от кръвта чрез урината.

На въпрос знаят ли кои са най-важните функции на бъбреците 55% са отговорили, че знаят, 2,5% са отговорили отрицателно, а 42,5% не са убедени, че са запознати с най-важните бъбречни функции.



Фигура 2. Знаят ли какво е бъбречна недостатъчност?

Фигура 2 изобразява отговорите на анкетираните на въпроса знаят ли какво е бъбречна недостатъчност, 30% отговарят, че знаят, 12,5% отговарят, че не знаят, а 57,5% посочват, че острата бъбречна недостатъчност е внезапно спиране на бъбречните функции.



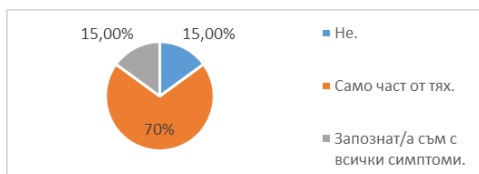
Фигура 3. Състояния, водещи до бъбречна недостатъчност.

27,5% от анкетираните отговарят, че знаят кои състояния водят до остра бъбречна недостатъчност, 25% отговарят, че не са запознати, а останалите 47,5% не са убедени относно знанията си.

На въпрос искат ли да научат повече за острата бъбречна недостатъчност, 87,5% отговарят положително, 5% не желаят, а 7,5% не смятат, че е важно.

На въпрос, касаещ редовните профилактични прегледи 32,5% от респондентите отговарят, че ги провеждат задължително, 20%, че не правят редовно прегледи, 37,5% само понякога, а 10% считат, че трябва да потърсят медицинска помощ само при оплаквания.

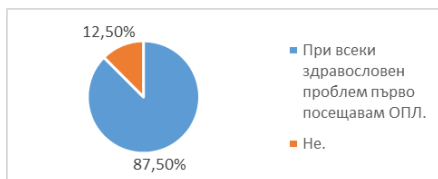
На въпроса знаят ли как могат да разберат имат бъбречно заболяване 15% отговарят, че не са запознати, 7,5% считат, че прегледът при общопрактикуващия лекар е достатъчен, за да разберат дали имат бъбречно заболяване, 67,5% отговарят чрез лабораторни изследвания, а 10% от анкетираните посочват като отговор ултразвуковата диагностика.



Фигура 4. Симптоми на бъбречните заболявания.

На въпрос, отнасящ се към симптоматиката на бъбречните заболявания, (фигура 4) 70% от анкетираните отговарят, че са запознати само с част от симптомите, 15% не знаят какви са симптомите на бъбречните заболявания, а останалите 15% са запознати с всички симптоми.

Респондентите бяха попитани дали биха потърсили своевременно специалист ако се съмняват, че имат болни бъбреци. 70% изразяват такава готовност, 7,5% биха посетили специалист само ако усещат болка, 22,5% биха отишли при общопрактикуващия лекар.



Фигура 5. Към какъв специалист трябва да се обърнем при съмнение за болни бъбреци?

На въпроса знаят ли към какъв специалист да се обърнат при съмнения за болни бъбреци 87,5% от анкетиранияте отговарят, че при всеки проблем първо посещават общопрактикуващия лекар, а 12,5%, че не знаят какъв специалист да посетят.

Изводи от анкетното проучване:

При анкетиранияте се наблюдава:

1. Недостатъчна здравна култура относно разположението на бъбреците и техните функции.
2. Слаби познания относно симптоми и синдроми на бъбречните заболявания.
3. Незаинтересованост от профилактични прегледи.
4. Пасивност при наличие на ранни и периодични симптоми на бъбречно заболяване, поради непознаването им.
5. Липса на познания относно специалистите в конкретна област.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Получените резултати показват необходимост от:

Повишаване на здравната култура, чрез предоставяне на информация за разположението на бъбреците и техните функции.

Предоставяне на информация относно симптомите и синдромите на бъбречните заболявания.

Представяне на факти, доказващи, че ранното диагностициране е основен фактор за пълно излекуване.

Запознаване на анкетиранияте с компетенциите на специалистите от различните медицински области.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] Бобев Д. Проф., д-р, д.м.н., Генов Е., Педиатрия, МИ „АРСО-2000.
- [2] Гавраилова Д., Ръководство по вътрешни болести със сестрински грижи, МУ София, 2013.
- [3] Григоров Ф., Ръководство по гериатрия, ИЦ МУ-Плевен 2005
- [4] Остра бъбречна недостатъчност, <https://bg.wikipedia.org/wiki>
- [5] Попов Ст., Пенев Д., Анатомия и физиология на човека, София 1976
- [6] Профилактика на бъбречни заболявания, <http://patient.bg>
- [7] <http://forummedicus.com>

За контакти:

Снежина Михайлова Митева, Русенски университет “Ангел Кънчев”, специалност: „Медицинска сестра“, втори курс, редовна форма на обучение, тел.: 0884124413, e-mail: snega090883@abv.bg

Ас. Теодора Тодорова Тодорова, Катедра „Здравни грижи“, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел.: 0897-083-403, e-mail: tetodorova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Злополуки в детска възраст

Автор: Снежина Митева

Научен ръководител: ас. Татяна Атанасова

„ В цивилизования свят
борбата за всеки един човешки живот
е приоритет.“

(Хр.Григоров, 2011)

Accidents in childhood: According to the World Health Organization accidents are events beyond the control of man, which are caused by external, fast-acting forces and manifest with physical or mental disability of the victim. In our accidents killed more children than all infectious diseases combined.

Key words: accident, child, poisoning, suffocation, burns, drowning, injuries.

ВЪВЕДЕНИЕ

Злополуките са важен и актуален проблем на детското здравеопазване. Социалната им значимост се обуславя от това, че са едни от най – честите заболявания в детска възраст, при тях често се налага стационарно лечение, те са основна причина за смърт при деца над една година и биват главна причина за детска инвалидност. Перспективата за ограничаване на злополуките, на тежестта им и последиците от тях изисква знания и адекватни действия, не само от системата на здравеопазването, но и от страна на цялото общество [4].

Всяко дете често е изложено на опасността да стане жертва на някои от следните видове злополуки: задушаване (асфиксия), термично или химическо изгаряне, удавяне, удар от електрически ток, битов или транспортен травматизъм, отравяне. Обстановката, в която попада детето – в дома, в детска ясла или градина, училището или извън тях, не винаги е безопасна. Съществуват ситуации, за които смятаме, че не са рискови, но всъщност могат да представляват реална заплаха за нашите деца [4,5, 7].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Асфиксията е злополука, характерна за малките кърмачета. Получава се едновременно запушване на носа и устата от майчината гърда, при заспиване или от завивките. Риск от асфиксия има и при повръщане и аспириране на повърнатите материи, особено когато бебето е оставено да спи по гръб. Смърт от асфиксия е възможна и при пожар в затворено помещение, вследствие намаляване на околния кислород и отравяне с въглероден окис и токсични газове, образувани от горенето на домашна мебелировка [1]. Задушаване у дете може да предизвика и монета, която то е сложило в устата си. По статистически данни всяка година повече от двеста деца умират от задушаване, причинено от поглъщане на дребни играчки и части от предмети или от хранителни продукти като ядки, парче морков и други [7]. **Изгаряне** е злополука, характерна предимно за бита. Най-често място е кухнята, а причината заливане с гореща течност. Изгаряне може да стане и от достъпен за детето нагревателен уред. Голяма част от смъртните случаи са резултат на пожар в жилището, а жертвите най-често са на възраст под пет години. Изгарения, причинени от запалителни течности или кибритени клечки се наблюдават често при по-големи момчета [1]. Най-леката степен на изгаряне се характеризира със силно зачервена и болезнена кожа. При втора степен са на лице мехури, пълни с бистра течност. При трета степен има умъртвяване на цялата кожа, а при четвърта умъртвяване и на подлежащите меки тъкани. Кожата на един горен крайник представлява около 9% от кожната повърхност, на долен крайник - 15%, на тялото отпред - 18%, а на гърба също около 18%.

Изгаряне на повече от 25% от кожата повърхност е състояние, застрашаващо живота. Действията при изгаряне се предприемат бързо и без паника и зависят от причинителя на изгарянето.

При възпитанието на деца, с цел предотвратяване на злополуки от изгаряния е важно не да плашим детето с огъня, а да му помогнем да разбере, че той е опасен [3].

Удавяне е злополука в резултат на която ежегодно, в различни охраняеми и предимно неохраняеми водни басейни, у нас загиват десетки деца, главно в училищна възраст. За да настъпи удавяне не е необходимо потапянето във вода на цялото тяло, достатъчно е да се потопи само главата или лицето. Основен проблем при удавяне е мозъчната хипоксия, причинена от ларингоспазм, който предпазва навлизането на вода в белите дробове, така нареченото „сухо удавяне“. В по-голяма част от случаите на удавяне, навлязлата вода предизвиква оток на белите дробове. Ниската температура на водата също може да е причина за летален изход [1,2].

Ефикасна помощ може да бъде оказана чрез бързо почистване на дихателните пътища от вода и тиня. Пострадалото дете се поставя с корем надолу като се придържа. При това положение главата и гърдите увисват и с притискане върху корема се провокира издишване, което спомага за изпразване на водата от дихателните пътища. Пристъпва се към изкуствено дишане. Трябва да се внимава езикът да не пролабира назад и да не закрива гърлото. Изкуственото дишане е най-важният елемент при спасяването от удавяне. Трябва да продължи дълго време (6-8 часа) или до пристигане на специализирана медицинска помощ за по нататъшно лечение [2].

Удар от електрически ток е злополука, която в повечето случаи е смъртоносна. Основни предпоставки за този вид злополуки са случайно поставяне на метален предмет в електрически контакт от малки деца или игра на по – големи деца с оголени електрически проводници. Смъртта при тези случаи настъпва от асистолия [1]. При този вид злополуки се изисква незабавно прекъсване на електричеството, отстраняване на детето от контакта с електрическата мрежа, чрез избутване на ръката му с дървена пръчка или летва. При липса на дишане се предприема дихателна реанимация, прилага се и сърдечен масаж. Оказването на помощ продължава до пристигане на спешна медицинска помощ. Лекарска помощ е нужна дори и ако пострадалото дете е изведено от шока [6].

Битов травматизъм е понятие, което включва падания и наранявания в домашна обстановка. Често при децата битовите травми настъпват в следствие на тяхното любопитство, например при игра с остри предмети, невнимателно отваряне и затваряне на врати, качване на места, от които могат да паднат (стълби, парпети, маси, столове, шкафови, дървета, огради и т.н.). Основни предпоставки за предотвратяването на на този вид злополуки са предварителното обезопасяване на опасните за децата места и елементът на наблюдение [7].

Транспортен травматизъм са най-честото злополуки, предизвикани при пътнотранспортни произшествия. По време на улични игри децата нерядко стават жертва на тежки или смъртоносни травми. Тази тенденция е по- характерна за градовете, където има по интензивно автомобилно движение. На уличното платно могат да попаднат както деца от предучилищна, така и деца в ранна детска възраст [1]. От особено значение за намаляването на злополуките, случващи се на улицата е запознаването на децата още от ранна възраст с правилата за улично движение и наблюдателността на родителите, участниците в движението и гражданите като цяло.

Отравяне е злополука, предизвикана от попадането в организма, по различни пътища, на едно или повече вещества, които предизвикват или могат да предизвикат болестни смущения. Дали едно вещество ще окаже отровно въздействие или не зависи от редица фактори, някой от които са: доза, възраст на индивида, концентрация, състояние на организма в момента на въздействие, критерии за

оценка на токсичното въздействие. За отравяне трябва да се мисли, когато при здраво дете внезапно или бързо се появят болестни симптоми от страна на храносмилателната, нервната или сърдечно-съдовата системи, а обективното изследване не открива признаци, насочващи към друго заболяване. Когато отровата е неясна се търсят някои характерни признаци като специфична миризма на дъха, нарушено равновесие, ширина на зениците, мускулен тонус, гърчове, кома и други, които насочват към определени отрови. Лечението на отравянията е по-лесно ако се знае каква е отровата, но винаги изисква спешна медицинска помощ [1,4].

1.Цел:

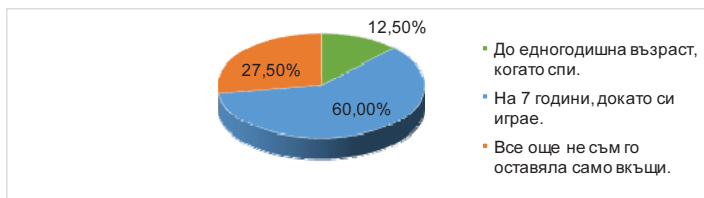
Целта на настоящето изследване е да се проучи мнението на родители на деца в училищна възраст, относно превенцията на злополуките в детска възраст и да се установят потребностите от допълнителна информация и обучение за първа помощ при злополука.

2.Материал и методи:

Извършено е репрезентативно проучване на мнението на 40 родители на деца от първи клас от СОУ „Васил Левски” – гр. Русе, като е използвана анонимна анкета. Изследването е проведено от 01.04. 2016г. до 30.04. 2016г. и резултатите са обобщени и представени чрез диаграми.

3.Резултати от анкетното проучване

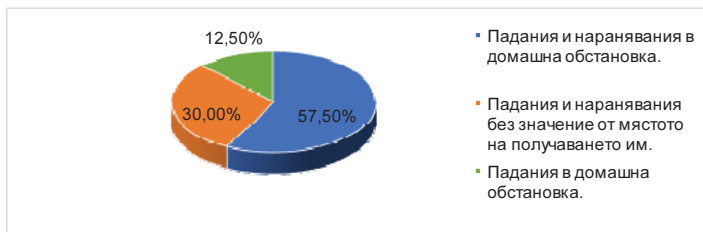
На фигура 1 са представени отговорите на респондентите на въпроса на каква възраст е било детето им, когато са го оставили за първи път само вкъщи: 12,5% са оставяли детето си само вкъщи до навършване на 1 година, но по време на сън; 60% от родителите на 7 годишните ученици, са оставяли детето си само докато играе; 27,5% от респондентите все още не са оставяли детето си само вкъщи.



Фиг. 1 Кога за първи път са оставяли детето си само вкъщи?

На въпрос в каква поза трябва да спи новороденото дете. 87,5% считат, че новороденото трябва да спи подпряно, в стабилно странично положение; 5% отговарят, че положението на новороденото трябва да е както при възрастните; 7,5% отговарят, че новороденото трябва да спи по гръб.

На фигура 2 са онагледени отговорите на респондентите на въпрос какво включва понятието битов травматизъм. 57,5% считат, че понятието включва падания и наранявания в домашна обстановка; 30,00% отговарят падания и наранявания без значение от мястото на получаването им; 12,5% отговарят, че понятието битов травматизъм включва падания в домашна обстановка.



Фиг. 2 Какво включва понятието битов траматизъм?

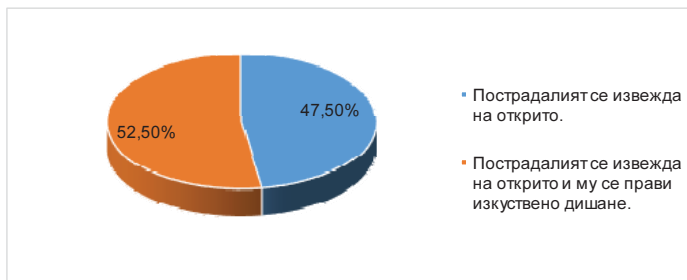
На въпрос дали са обезопасили контактите в дома си, когато детето им е започнало да се движи самостоятелно, 12,5% от анкетиранияте отговарят, че не са ги обезопасили, тъй като не са изпускали детето си от поглед; 87,5% са обезопасили контактите; 100 % са съгласни, че необезопасените контакти са опасни за децата.

Анкетиранияте бяха попитани случвало ли им се е детето им да попадне само на уличното платно (при игра или други случаи) на възраст под 7 години. На 10 % от респондентите се е случвало 2 – 3 пъти, на 22,5% се е случвало само веднъж, 67,5% отговарят, че детето им не е попадало само на уличното платно нито веднъж.

На въпроса колко пъти са търсили медицинска помощ поради злополука с детето им. 20% отговарят веднъж, на 47,5% от анкетиранияте не им се е налагало, а 32,5% от анкетиранияте са търсили медицинска помощ поради злополука с детето им повече от един път.

На въпроса къде се съхраняват лекарствените средства в дома им 72,5% от анкетиранияте отговарят, че съхраняват лекарствените средства във висок затворен шкаф, място недостъпно за деца; 27,5% отговарят, че съхраняват лекарствата на достъпно за всички място, тъй като 7 – 8 годишното дете трябва да знае, че не трябва да употребява лекарствени средства без родителски контрол.

На фигура 3 са онагледени отговорите на респондентите на въпрос в какво се изразява оказването на първа помощ при пожар в затворено помещение. 47,5% от респондентите отговарят, че пострадалият се извежда на открито; 52,5% считат, че пострадалият се извежда на открито и му се прави изкуствено дишане.



Фиг. 3 Първа помощ при пожар в затворено помещение.

Останалите въпроси в анкетата дават информация за компетенциите на родителите относно справянето им с някои ситуации, изискващи помощ за пострадалия. Например 37,5% от родителите при изгаряне причинено от гореща течност, ще потърсят медицинска помощ; 87,5% от анкетиранияте са съгласни с твърдението, че само потапянето на лицето и главата на детето във вода е

достатъчно, за да се увеличи риска от удавяне; 65% от родителите на удавено дете биха оказали първа помощ чрез дишане „уста в уста“ или „уста в нос“; 60% от родителите ще избутат бръкналото в контакта с метален предмет дете с помощта на дървен предмет; 57,5% от родителите осъзнават, че битовият травматизъм включва инциденти настъпили в дома, поради не добро обезопасяване на мястото за игри и занимания, както и при недостатъчен родителски контрол върху децата по време на игра, но знаят, че най доброто при счупване на крайник за детето е обездвижване (65%), че при пожар в затворено помещение, пострадалият се изнася на открито и се прилага изкуствено дишане (52,5%), че при наличието на обилно кървяща травматична рана се прави пристягаща привръзка (87,5 %).

Изводи от анкетното проучване:

1. Сравнително висок е процентът на родителите, които оставят в дома си непълнолетни деца без надзор, въпреки високия риск за тяхното здравно благополучие – 72,5%, дейност от страна на родителите, за която в другите държави се налагат санкции на родителите.

2. 2/3 от родителите (87,5%) подкрепят тезата, че стабилното странично положение на новороденото по време на сън е превантивна мярка за предотвратяване на асфиксия.

3. 100% от анкетираните подкрепят тезата, че откритите, необезопасени контакти са предпоставка за инцидент, водещ до изгаряне или пожар.

4. 67,5% от родителите проявяват отговорност при определяне на мястото за игри и занимания и при придружаване на детето до училище и обратно до дома му, което понижава риска от пътно-транспортни произшествия и травматизъм.

5. Тревожен е факта, че 32,5% от анкетираните родители са потърсили медицинска помощ повече от 1 път, поради настъпила злополука с детето им.

6. Тревога буди и факта, че почти 1/3 от анкетираните родители (27,5%) не осъществяват контрол върху лекарствата в дома им и negliжират потенциалната възможност да бъдат използвани от децата.

7. Средно статистически 55,5% от родителите имат информация за инцидентите, които могат да се случат на техните деца и притежават умения (от 52,5% до 87,5% за различните ситуации) да оказат първа медицинска помощ. Останалият процент от анкетираните родители притежават прекалено доверие към децата си относно тяхната отговорност, сигурност и безопасност, което за първокласниците е твърде рисково поведение от страна на родителите им.

8. 75% от анкетираните родители са съгласни да получат допълнителна информация и да бъдат обучени, така че винаги да са в помощ при настъпила злополука.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Снижаването на заболяемостта, смъртността и инвалидизацията от злополуки са дейности, осъществявани чрез промоция на здравето и обучение на родителите за осигуряване на безопасни условия при отглеждане на своите деца с цел предотвратяване на злополуки включително и такива водещи до тежка инвалидизация или летален изход.

Получените резултати показват необходимост от:

Обучение на родилките относно грижите за детето в ранна детска възраст.

Провеждане на мероприятия за оказване на първа помощ при различните злополуки.

До навършване на пълнолетие грижата за сигурността, здравето и благополучието на детето трябва да е отговорност основно на родителите.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] Бобев Д., Генов Е., Педиатрия, МИ „АРСО“, 2000.
[2] Бъчварова В., Проф., Бобев Др., Проф., Спешна терапия в педиатрията, София, 1973.
[3] Дичева К., д-р, Голямата книга на мама и татко отглеждане на детето до 7 години, ИК Колхида, 2008.
[4] Михов Хр., Проф., Шмилев Т., Доц., Отравяния и злополуки в детска възраст, МИ ЕТ „Васил Петров“, Пловдив.
[5] Хайдар Г., д-р, Злополуки и детето Христоматия, ИК Димант.
[6] [http:// kak – da.com](http://kak-da.com) < Злополуки и отравяния >.
[7] www.rifkoz-vt.com.

За контакти:

Снежина Михайлова Митева, Русенски университет “Ангел Кънчев”, специалност: „Медицинска сестра“, втори курс, редовна форма на обучение, тел.: 0884124413, e-mail: snega090883@abv.bg.

Научен ръководител: Ас. Татяна Атанасова, Катедра „Обществено здраве и здравни грижи“, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел: 0885 635 514, e-mail: nursing_russe@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Болест на Крон – същност, диагностика и лечение. Принос на медицинската сестра.

Автор: Татьяна Балчева

Научен ръководител: ас. Иринка Христова

***Crohn's disease** is a chronic inflammatory disease of the digestive tract. Symptoms include diarrhea and abdominal pain, sometimes bleeding from the digestive tract bleeding from the gut and weight loss. Crohn's treatment consists of lifestyle changes, such as exercise and a healthy diet, as well as over-the-counter antidiarrhetics and prescription anti-inflammatory medication. This is a rare disease with chronic course. The nurse is part of a way of diagnosing and treating the most close to the suffering person.*

Key words: Crohn's disease, diagnosis, treatment, contribution of nurse.

ВЪВЕДЕНИЕ

Болестта на Крон е автоимунно заболяване, при което имунната система на тялото се активира и предизвиква възпаление. При тази болест възниква чревно възпаление, при което стените на един или повече сегменти на гастроинтестиналния тракт се възпаляват и задебеляват. Задебеляването може да доведе до стесняване на червото в засегнатата област. Всяка една част от гастроинтестиналния тракт – от устата до ануса, може да бъде засегната, като е възможно и възпаленията да са разположени в различни части по едно и също време. Най-често бива поразявана най-крайната част от тънките черва – илеума, но също така може да бъде засегната част или цялото дебело черво, самостоятелно или заедно с илеума. Болестта на Крон засяга всички слоеве на червото. Възпаление в или около ануса също е често срещано. То може да бъде под формата на фисури по кожата на аналния канал, фистули (малки отвори, отделящи секрет) около ануса или изразъчии непосредствено извън ануса [5].

ИЗЛОЖЕНИЕ

През 1932 г. Крон, Гинзберг и Опенхаймер (от тук и името болест на Крон) описват това заболяване и акцентират на неговата локализация в сегментите на илеума. По-късно се уточнява, че могат да бъдат засегнати и други части от стомашно-чревния тракт [8]. Етиологията остава неизяснена.

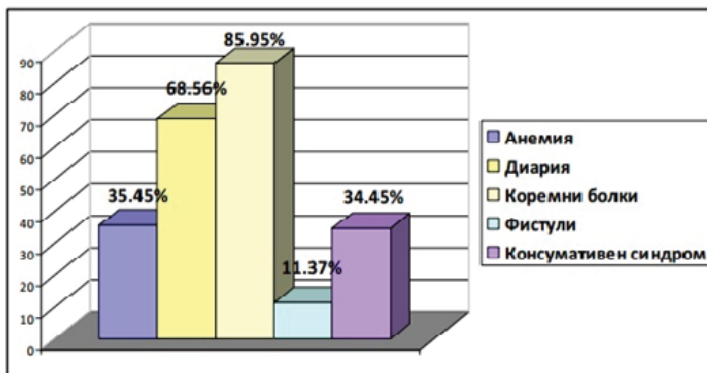
Най-честите симптоми са:

- коремна болка, локализирана най-вече около пъпа;
- болка при дефекация;
- диария, в някои случаи с наличие на кръв в изпражненията;
- липса на апетит и отслабване на телото;

Други прояви са:

- промени на кожата около ануса (разявявания, фистули и др., евентуално с изтичане на секрет);
- фебрилитет (висока телесна температура);
- обща отпадналост;
- при деца-изоставане в растежа и половото съзряване [3].

Диарията може да бъде непрекъсната или епизодична, обикновено е водниста и се появява през нощта, понякога изпражненията съдържат кръв. Ректалното кървене може да се наблюдава в случаите в случаите с проктит. Понякога се установява и стеаторея. Коремна болка, която е лека, коликообразна, локализирана около пъпа, но може да бъде и тъпа и постоянна да се локализира в илеоцекалната област, по хода на колона, долния кореман етаж и обикновено се облекчава след изхождане [1].



Фиг.1. Начални симптоми[6]

Съществува национален регистър на пациенти с болест на Крон. През 2012г. е направена последна актуализация на епидемиологичните данни. Според него в България жените са по-засегнати от мъжете. Жителите на по-големите населени места са с по-честа заболяемост от тези в селата. Вероятно е хората с висше образование да са с по-висок социално-икономически статус, да водят сравнително здравословен начин на живот и да обръщат повече внимание на здравословното си състояние, защото процентът при тях е по-нисък от този на останалите. Трудовата заетост има негативно влияние, поради предполагаем стресов фактор [6].

Пол	Мъж 43.10% Жена 56.90%
Възраст	Средна 44.75 г. (стандартно отклонение 14.68 г.) Минимална 15.02 г. Максимална 85.59 г.
Местоживеене	Град 86.62% Село 13.38%
Етнос	Български 83.21% Турски 11.07% Ромски 5.00% Друг 0.72%
Образование	Висше 31.82% Средно 57.19% Основно 10.23% Без 0.76%
Трудова заетост	Работещ 61.07% Неработещ 36.07% Учащ 2.86%
Възраст на поставяне на диагнозата	Средна 36.69 г. (стандартно отклонение 14.33 г.) Минимална 8.00 г. Максимална 78.00 г.

Табл. 1. Социално-демографска информация [6]

Диагнозата се поставя на базата на клиничните данни и коло- и илеоскопия с вземане на материал - биопсия за хистологично изследване.

Основни диагностични процедури:

1.Оглед на дебелото черво – при УК и целия ГИТ – при БК: ендоскопия с биопсия, рентгенография.

-Колоноскопия, при невъзможност за извършването ѝ – сигмоидоскопия (ректоскопия) с иригография;

-При ангажиране на тънко черво – в комбинация с ентероклиз/капсулна ендоскопия (ентероскопия) – при болест на Крон;

-При ангажиране на горните отдели на ГИТ – в комбинация с езофаго-гастро-дуоденоскопия (ФГС). Контрастно рентгеново изследване на горния ГИТ.

-Хистологично изследване и /или цитологично изследване.

-Други рентгенови изследвания: обзорна рентгенография на корема, белите дробове и сърцето; фистулография - при показания;

2.Абдоминална ехография, КАТ, МРТ.

При показания:

-ехография на малък таз и ретроперитонеум;

-доплерово изследване;

3.Ендолуменна ехография – при суспектни данни за перианоректални фистули и абсцеси.

4.Клинико–лабораторни изследвания по клинична пътека № 70 [7].

Лечението на болест на Крон се състои в:

1. Диета: храната трябва да е с ниско съдържание на баластни вещества, да се избягва употребата на млечни продукти. Препоръчва се употреба на храни с високо белтъчно съдържание, богати на желязо, калций, магнезий, витамини В 12, D и К.

2. Медикаментозна терапия

3. Хирургично лечение - предприема се при неуспех от медикаментозното лечение и при рецидивиращи случаи.

Основната цел на консервативната терапия е достигане и поддържане на ремисия на заболяването [1].

Пълният контрол върху чревното възпаление със своевременно включване на подходящи медикаменти може да подобри прогнозата чрез минимизиране на усложненията и чревното увреждане и по този начин вероятно да промени и хода на БК. Пациентите също трябва да осъзнаят, че отзвучаването на симптомите не означава, че лечението трябва да се прекрати. Затова през последните години целта на лечението при БК включва не само постигане на клинична ремисия, но и на мукозно оздравяване, наречено наскоро с термина „дълбока ремисия“. По този начин би могло да се предотврати прогресирането на заболяването до структурни промени в червото, както и значимо да се подобри качеството на живот и да се намали необходимостта от хоспитализации [4].

За медикаментозно лечение се използват:

- Аминосалицилати Aminosalicylates (5-ASA) - към тази група се причисляват лекарства, които съдържат 5-аминосалицилова киселина (5-ASA). Примери са такива са sulfasalazine, mesalamine, olsalazine, and balsalazide. Тези лекарства действат върху вътрешността на стомашно-чревния тракт (GI tract) и се стремят да намалят възпалението. Счита се, че са ефективни при лечението на леки до средно-тежки форми на болестта, както и като поддържаща терапия, предотвратяваща повторното появяване на болестта.

- Кортикостероиди – използват се за лечение на умерена до тежка форма на болестта на Крон, като подтискат имунната система.

- Имуномодулатори - тази група медикаменти модулира или подтиска имунната система на тялото, за да не може да причини възпаление. Имуномодулаторите основно се използват при хора, при които аминосалицилатите или кортикостероидите не са дали желаните резултати или са били ефективни само частично.

- Антибиотици - могат да бъдат използвани когато се появят инфекции (напр. абсцес). Те също така, могат да бъдат от помощ при наличие на фистули. Антибиотиците, които най-често се използват при лечение на бактериални инфекции в храносмислателната система (GI) са metronidazole, ampicillin, ciprofloxacin и други.

- Биологични средства - познати като anti-TNF агенти, представляват най-модерното лечение използвано за хора с умерена до тежка болест на Крон. Тези агенти са протеини, които се свързват със специфичен химикал произвеждан от нашите тела (отговорен за развитието на възпаления - т.нар. Tumor necrosis factor или TNF) и позволяват на тялото да унищожи химикала и да намали възпалението [2].

Медицинската сестра е в най-голяма близост до страдащият пациент във всеки един етап от диагностиката чрез лабораторни и инструментални изследвания и лечение – медикаментозно или хирургично. Изпълняването на нейните задължения изисква да познава спецификата на всяко заболяване, дори и рядко, симптомите, за да може да се регистрират, вземат под внимание за поставянето на диагноза и коригират. Извършването и отчитане на коректни резултати от изследванията е невъзможно без вземането на информирано съгласие от пациента, административно участие при планиране и изписване на необходими консумативи, подготовка на болния преди изследването според специфичните изисквания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Болестта на Крон притежава своята специфичност и както всяка друга предизвиква страх, стрес, чувство за несигурност, въпроси от стана на болния за състоянието му и бъдещите мерки и последици. Медицинската сестра е лицето, което освен изпълнение на назначения, манипулации, регистриране на жизнено-важни функции и наблюдение, осъществява и пряк личностен контакт с болния и трябва да го успокои, окаже морална подкрепа и насърчи страдащия в лечението и поддържане на пълноценен начин на живот. Знанията, компетентностите, уменията за комуникация с болния и наблюдателността допринасят за осъществяване на лечебно-диагностичния план и я превръщат в пълноценна част от медицинския екип.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] Болест на Crohn [Регионален ентерит] МКБ K50, www.medpedia.framar.bg, (18.04.2016г.)
- [2] Възможности за лечение на болест на Крон, Медикаментозно лечение , www.babkuk.org, (25.04.2016г.)
- [3] Лалева М., Болест на Крон, www.puls.bg, (17.04.2016г.)
- [4] Наков Р., Герова В., Медикаментозно лечение на болест на Крон, www.spisaniemd.bg, (25.04.2016г.)
- [5] Наръчник за хора, диагностицирани с болест на Крон или улцерозен Колит, Да живееш с хронично възпалително чревно заболяване, София, 2013г.
- [6] Национален регистър на пациенти с болест на, Актуализиране на епидемиологичните данни от регистъра към Ноември 2012, www.raredis.org, (18.04.2016г.)
- [7] Проект на НРД 2016 за медицински дейности, Приложение №16 „Клинични пътеки“, Клинична пътека № 70, Диагностика и лечение на болест на Крон и улцерозен колит, www.nhif.bg, (02.05.2016г.)
- [8] Шипков Х., Болест на Крон, www.raredis.org, (01.05.2016г.)

За контакти:

Татяна Красиминова Балчева, специалност: Медицинска сестра, III-ти курс, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0897 393 361, e-mail: balchevi@abv.bg

Ас. Иринка Христова, Катедра “Здравни грижи”, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0884 582 733, e-mail: ihristova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Състояние на кома, дефиниция, видове. Процедури при прием на коматозен пациент.

Автор: Татьяна Балчева

Научен ръководител: ас. Иринка Христова

***Coma** is a state of unconsciousness in which a person: cannot be awakened; fails to respond normally to painful stimuli, light, or sound; lacks a normal wake-sleep cycle; and does not initiate voluntary actions. A person in a state of coma is described as being comatose. There are two types of coma and different types of assessment of this condition. It is extremely important that the patient should receive a medical help as soon as he/she lose consciousness.*

Key words: coma, definition for coma, coma types, Glasgow–Liège scale

ВЪВЕДЕНИЕ

В медицината кома (от гръцки: кома – дълбок сън) е особено състояние на безсъзнание. Коматозният пациент не може да бъде събуден и обикновено не реагира на болка или светлина, също така няма сънни цикли и не може да извършва действия по собствена воля. Комата може да настъпи в резултат по ред причини, включително интоксикация, метаболитни абнормалности, заболявания на централната нервна система, остри неврологични травми като инсулт и хипоксия.

Комата не е болест. Това е отговор на нанесена вреда на мозъка или метаболитни проблеми в мозъка. Тя може да бъде временна и да продължи седмици (дори и години), или може да бъде постоянна. Хора, които страдат от редица заболявания, които нарушават кръвообращението в мозъка могат да изпаднат в кома.

По време на кома, мозъкът е дезорганизиран. Всеки пациент в кома може да има различни нива и видове мозъчни функции. Като цяло при пациентите в кома има някои части на мозъка, които все още могат да работят, но по-голямата част от тях вече не са в състояние да обработват каквато и да е информация [3].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Причини за коматозно състояние:

1. Токсично – метаболитни

- Електролитен дисбаланс: хипо- и хипернатремия, хиперкалцемиа, бъбречна недостатъчност;
- Ендокринни разстройства: хипогликемия, некототично хиперосмолярно състояние, диабетна кома, микседемна кома, Адисонова криза (хипоадrenalизъм);
- Съдов процес: васкулит, дисеминирана интраваскуларна коагулация – ДИК синдром, хипертензивна енцефалопатия ;
- Токсикоза: алкохолизъм , предозиране на опиати, отравяне с олово и въглероден окис;
- Инфекциозно-възпалителни: менингит , енцефалит, сепсис, синдром на токсичен шок;
- Неопластични: мозъчни тумори;
- Недоимъчни: вит. В₁, В₁₂-недостатъчност – пернициозна анемия ;
- Вродени метаболитни заболявания: порфирия, лактацидоза;
- Органна недостатъчност: уремия, хипоксемия, хепатална енцефалопатия, синдром на Reye;
- Епилепсия: статус или следприпадъчно състояние

2. Структурни увреждания:

- Съдов процес: двустранни мозъчни инсулти (инфаркти); запушване (оклузия) на съдове, хранещи двете хемисфери (двустранна каротидна стеноза); двустранни таламични инфаркти; мозъчни кръвоизливи (хипертензивна интрацеребрална хеморагия);
- Инфекция: абсцес, субдурален емпием, herpes simplex енцефалит;
- Травми: хеморагична контузия, едем;
- Мозъчна дислокация (напр. тумор, епи-, субдурален хематом);
- Повишено вътречерепно налягане, намален мозъчен кръвоток [2].

Заболявания, имитиращи кома:

- Locked-in синдром: Синдромът на „заклучването“ или на „затварянето“ е неврологично състояние, което се среща твърде рядко. За първи път е описано през 1966 година от проф. Fred Plum (Cornell University College of Medicine) и проф. Jerom Posner (New York – Presbyterian Hospital). Те описват напълно парализирани пациенти (и с четирите крайника) с билатерална лицева парализа и неспособност за говорене [4];
- Психогенна ареактивност: напр. кататоничен тип шизофрения;
- Невромускулна слабост: myasthenia gravis, Guillain-Barre;
- Персистиращо вегетативно състояние: болните демонстрират спонтанно отваряне на очите и цикъл на бодърстване и сън, но не осъзнават заобикалящата ги действителност. Най-често инцидент със хипоксична или анемична аноксия (обезкървяване, кардиален арест) и по-рядко тежка мозъчна травма или съдов инцидент причинява глобална мозъчна исхемия и хипоксична енцефалопатия (кома). Последващото възстановяване на сърдечната дейност води само до частично възстановяване на стволните, но не и на висшите корови функции [2].

Причината на комата трябва да е известна и да съответства на клиничната картина. Необходимо е да бъдат изключени състояния, които могат да наподобят картината на мозъчна смърт, но при които неврологичното възстановяване е все още възможно (хипотермия под 32.2°C, интоксикация със седативни средства, невромускулна блокада, шок) [2].

Видове кома:

В зависимост от причините, които са довели до появата ѝ, видовете кома се делят на две групи – коматозни състояния вследствие дифузно увреждане на главния мозък и коматозни състояния вследствие настъпили огнищни увреждания на главния мозък.

Комата появила се следствие на увреждане на главния мозък, се появява при протичане на заболявания с ендегенни интоксикации и нарушена обмяна на веществата. Такива са диабет, хипогликемия, тиреотоксикоза и други. В резултат от тях, пациентите изпадат в диабетна кома, тирео-токсична кома, хиперосмоларна кома, чернодробна кома, лактацидна кома и други.

В други случаи комата е резултат от екзогенна интоксикация с алкохол, наркотици, сънотворни, медикаменти, въглероден окис, препарати и други.

Често пъти се появява при сърдечен инфаркт, ритъмни сърдечни нарушения, белодробна емболия, астматичен статус. Тежките заболявания на кръвта, черепно – мозъчните травми, хипотермична кома, топлинният удар, също причиняват кома. При проблем с централната нервна система (менингит, енцефалит, малария и други)

и при наличие на неврологични и психиатрични заболявания, съществува голям риск от засягане с кома, при болните пациенти.

Видовете кома следствие от настъпили огнищни увреждания на главния мозък са два вида. Първият вид се наблюдава при мозъчно-съдови нарушения (тромбоза, емболия, аневризъм), а вторият при процеси, които заемат мозъчното пространство (тумори, абцеси, кисти).

Всички видове кома са резултат от настъпили биохимични и морфологични промени в мозъчните клетки и мозъчната тъкан [1].

Оценка на коматозното състояние. Количествена оценка на степента на комата по скалата на Glasgow–Liège

При скалата на Glasgow–Liège се контролират три различни аспекта на поведенческите реакции: отваряне на очи, двигателен отговор и вербален отговор с прибавена точкова оценка на стволите рефлекс. Възможният общ брой точки се движи от 3 до 20. Критичният прогностичен праг отговаря на 8 точки. Ако общият сбор на точките е < 8, прогнозата най-често е песимистична, а ако той е > 8, прогнозата в повечето случаи е благоприятна [5].

Изследвани функции и системи	Точки
Отваряне на очи	
• Спонтанно	4
• На повикване	3
• На болка	2
• Няма отговор	1
Словесен отговор	
• Ориентиран	5
• Объркан	4
• Неадекватен	3
• Неразбираем	2
• Няма отговор	1
Моторен отговор	
• Подчинява се	6
• Локализира	5
• Отдръпва се	4
• Абнормна флексия	3
• Абнормна ексетензия	2
• Няма отговор	1
Мозъчно-стволови рефлекс	
• Фронтно-орбикуларен	5
• Вертикален окулоцефален (окуло-вестибуларен)	4
• Зенична реакция на светлина	3
• Хоризонтален окулоцефален (окуло-вестибуларен)	2
• Окуло-кардиален	1
• Няма отговор	0

Таблица 1. Скала на Glasgow–Liège [5]

Процедури при прием на коматозен пациент:

- Осигуряване на свободни дихателни пътища, кардиоваскуларна стабилизация, евентуално кардиопулмонална ресусцитация;
- Кръвни лабораторни изследвания;
- Неотложна парентерална медикация (глюкоза при хипогликемия, налоксон при наркотично предозиране и флумазенил при бензодиазепиново отравяне, вит. В1 при алкохолна енцефалопатия тип Wernicke);
- Основно неврологично изследване: честота и ритъм на дишане, зенични размер и реакции, отклонения на зрителните оси (конюгирана и едностранна девиация), спонтанни и рефлексни движения на очните ябълки, вкл. окулоцефаличен и окуловестибуларен рефлекс, мускулен тонус и постурални рефлекс, реакция на болка, Бабински, асиметрия, цилиоспинални рефлекс;
- При симптоми на вклиняване или на субтенториален обемен процес със стволова компресия се започват мерки за третиране на интракраниалната хипертензия, при подобрене да се мисли за КТ-изследване; да не се прави лумбална пункция;
- При съмнения за менингит – лумбална пункция след изключване на застойни папили, антибиотици;
- Третиране на генерализирани епилептични припадъци (ако са налице);
- Третиране на евентуални метаболитни аномалии (алкално-киселинно равновесие, електролити, възстановяване на нормална телесна температура);
- След като жизнените функции са стабилизирани – събиране на по-пълни анамнестични данни;
- Започване на специфично лечение [2].

Лечението на комата започва с оказване на помощ при дишането и кръвообращението, и с установяване на причините за появата ѝ. Ако тези причини (отравяне, бъбреци, диабет, чернодробно заболяване и други) могат да бъдат лекувани, съществува реална възможност пациента да се събуди от комата. Ако обаче мозъчното увреждане е тежко, пациентите могат да имат дългосрочни увреждания и дори да не излязат от коматозното състояние. В някои случаи може да се приложи оперативно лечение, с което да се облекчи натиска върху мозъка или да се премахне тумор. Но най-често лечението на кома е поддържащо [1].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Навременната медицинска помощ от квалифициран медицински екип има жизнено важно значение за лечението на пострадалия. Вида на комата и причината за нейната поява, дават насоки към последващата терапия. Изпълнявайки своите професионални задължения медицинската сестра е не само изпълнител на лекарските назначения и указания, но и лицето, което е в най-голяма близост до пациента постоянно през целия ден. Тя следи всяка една промяна в неговите жизнено важни показатели, съзнание, цвят на кожата, проследява симптомите и наблюдава за нови, грижи се изцяло за личната хигиена на болния и извършва профилактика против декубитус и белодробни усложнения. Полаганите грижи и мониторирането на състоянието на пациента са ключ към точното диагностициране, лечение, бързо излизане от състоянието и последващо оздравяване.

ЛИТЕРАТУРА:

[1] Биволарски Ил., Кома – видове и лечение, www.zdrave-bg.eu, (16.04.2016г.)

- [2] Биволарски Ил., Кома и мозъчна смърт – критерии, www.zdrave-bg.eu, (17.04.2016г.)
- [3] Кома, www.bg.wikipedia.org, (24.04.2016г.)
- [4] Синдромът на "Заклучването" (Locked-in Syndrome) се диагностицира със закъснение, www.doctorbg.com, (22.04.2016г.)
- [5] Шотеков П., Неврология, МИ Арсо, София, 2010, 123–124 стр.

За контакти:

Татяна Красимирова Балчева, специалност: Медицинска сестра, III-ти курс, Русенски университет "Ангел Кънчев", тел.: 0897 393 361, e-mail: balchevi@abv.bg

Ас. Иринка Христова, Катедра "Здравни грижи", Русенски университет "Ангел Кънчев", тел.: 0884 582 733, e-mail: ihristova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Хемофилия – съвременен начин на живот

Автори: Милена Манова, Кристина Кожухарска
Научен ръководител: ас.Виолета Димитрова, др. Галя Кондева

Resume: *Haemophilia is the most often inherited coagulopathy, caused by the deficiency or defect structure of coagulation factor VIII (Haemophilia A) or factor IX (Haemophilia B) as a result of gene mutation. It is a rare inherited disease, recessive X-linked. Women are carriers, only men develop the disease. Frequency - 1:10 000.*

Key words: *Haemophilia, nurse, home treatment, education*

ВЪВЕДЕНИЕ

Хемофилията е най-разпространената вродена коагулопатия. Наименованието на заболяването хемофилия произхожда от гръцките думи *haima* кръв и *pnilein* любов, описано от F.Norff през 1828 г. в неговия трактат върху заболяването. Заболяването е известно още като заболяване, засягащо кралските фамилии- най-известна е фамилията на кралица Виктория. [3] Първите данни за вродена коагулопатия – хемофилия датират от второто столетие на нашата ера. Наследствено заболяване, предавано по полово рецесивен път. Дължи се на дефицит или на дефектна структура на коагулационния фактор VIII (Хемофилия А) или фактор IX (Хемофилия В) в резултат на мутация в гена на съответния коагулационен фактор, разположен върху дългото рамо на половата X хромозома. Боледуват само мъжете, а жените са носителки на хемofilната наследственост. Синовете на болните от хемофилия са винаги здрави, а дъщерите им – винаги носителки (кондукторки). [1] В зависимост от степента на намаление на фактор VIII (респективно IX), всеки тип хемофилия се дели на три форми:

- Тежка форма – фактор VIII (IX) под 1%
- Средно тежка форма - фактор VIII (IX) между 1 и 5%
- Лека форма - фактор VIII (IX) между 6 и 40%

Нормални стойности фактор VIII (IX) - между 50 и 200%.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Клинични прояви на заболяването:

➤ При новородени с тежка форма на хемофилия, клиничните прояви могат да започнат още след самият акт на раждане, като кръвоизливи в областта на главата и шията, мекотъканни и мускулни хематоми, които са живото застрашаващи състояния и често имат летален край. Честотата на кръвоизливите у децата е по-висока, отколкото при възрастните болни и се проявяват още преди навършване на 1год. възраст. [1, 3]

➤ Хемартроза е най-типичната проява, засягаща най-често коленните, глезенните и лакетните стави - настъпва бавно, а болката, отокът и паренето са основни клинични белези. [1, 3]

➤ Мекотъканни и мускулни хематоми – най-често се изявяват след травма. [1, 3]

➤ Хематурия, епистаксис, гингиворагия и др. [1, 3]

Клиничните прояви са различни за различните форми на хемофилия. Няма разлика в клиничните прояви на двата типа, ако са една и съща форма. При тежката форма на хемофилия живото застрашаващи са кръвоизливи в черепната кухина – най-често след удари, в меките тъкани и мускулите около устната кухина, стомашно-чревни кръвоизливи и ретроперитонеални кръвоизливи.

Диагноза:

- Снемане на анамнеза за хемофилно носителство
- Изследване на нивата на фактор VIII и фактор IX
- Хемостаза
- Титър на инхибитори срещу съответния фактор
- ПКК, Биохимия, Кръвна група
- Серологични изследвания – HIV, HBs Ag, HCV
- Установяване на точния генен дефект

Лечение : Хемофилията е нелечимо заболяване , лекуват се успешно и дори може и да се предотвратят неговите основни клинични изяви – кръвоизливите. Овластяването на кръвоизливите се осъществява, чрез вливане на дефицитния фактор в доза индивидуално изчислена на базата на телесната маса на пациента. Заместващата терапия се осъществява с плазмени препарати, които са високо пречистени и вирусно инактивирани и рекомбинантни препарати продукт на генното инженерство. [1]

В детската възраст се провежда профилактично вливане на заместващата терапия с цел подобряване качеството на живот на децата, което дава възможност за правилно развитие, ограничаване на броя на кръвоизливите, по малко отсъствия от училище и възможност за избор на подходящ спорт. Отглеждането на дете с хемофилия е сложен процес, зависещ от съвместните усилия на специалистите в тази област и членовете на семейството, за да израства и води доколкото е възможно нормален начин на живот и да се опази от травми водещи до инвалидизация още в ранна детска възраст. [2]

Основна цел е да се разработи план за теоретично и практическо обучение на пациенти с хемофилия за провеждане на адекватно лечение и грижи в домашни условия, водещ до подобряване качеството на живот и намаляване степента на инвалидизация, чрез свеждане до минимум броя, честотата и тежестта на ставните кръвоизливи. Основен метод за реализирането на този план е:

- Теоретично обучение, включващо индивидуална доза, живото застрашаващи кръвоизливи, правилен хигиенно - диетичен режим, психологическа подкрепа;
- Практическо обучение по отношение на интравенозното приложение на препаратите за заместителната терапия и грижи при хемартроза в домашни условия

Разпространение на заболяването:

- 1 на 10 000* в света
- Според годишно проучване 2012 г. на Световната федерация по хемофилия броят на болните от хемофилия в света е около 400 000. [4]
- В България (октомври 2014): 651
- Хемофилия A + B -529
- Болест на *Willebrand* - 91
- Дефицит на фактор VII - 7
- Дефицит на фактор X – 3
- Дефицит на фактор XIII на кръвосъсирването - 3
- Дефицит на фактор II на кръвосъсирването - 1

Домашно лечение при хемофилия – избор и начин на живот.

В сравнение с болничното лечение, лечението на хемофилия у дома намалява икономическата тежест върху болничната система и води до подобряване качеството на живот, както на човека с хемофилия, така и на неговото семейство. В домашни условия заместителната терапия може да се приложи веднага след започване на кървенето, още при усещането на първите продроми и често пъти това може да се окаже животоспасяващо. Резултатът е намаляване на посещенията

в болницата, ограничаване големината на кръвоизлива, намаляване степента на инвалидизация в краткосрочен и дългосрочен план и позволява на децата и възрастните с хемофилия да водят нормален начин на живот, доколкото е възможно. Домашното лечение и самостоятелното поставяне на необходимата инфузия, дават възможност на страдащите от хемофилия да пътуват свободно.

За успешното провеждане на домашното лечение е необходимо:

- ▶ Желание от страна на пациента и неговото семейство
- ▶ Провеждане на теоретично обучение
- ▶ Провеждане на практическо обучение за вливане на заместителна

терапия

▶ Провеждане на обучение за поведение при настъпващ кръвоизлив – кога да се търси специализирана болнична помощ

▶ Воденето на документацията е съществена част от домашното лечение – по-голям контрол и разумна употреба на скъпите ресурси

Теоретично обучение по отношение на провеждане на домашно лечение

включва:

- ▶ Кои кръвоизливи са спешни и налагат търсенето на специализирана болнична помощ
- ▶ Индивидуална доза от заместителната терапия – изчислява се на базата на телесната маса на пациента
- ▶ Здравословно хранене – всеки килограм отгоре допълнително натоварва ставите и създава предпоставка за хемартрози и води до промяна в индивидуалната доза от заместителната терапия
- ▶ Оказване на психологическа подкрепа на пациента и неговото семейство при нужда консултация с психолог
- ▶ Прием само на разрешени лекарствени средства нямащи, отношение към кръвосъсирването
- ▶ Пълна забрана на мускулни инжекции
- ▶ Избор на подходящ спорт

Практическо обучение:

Практическо обучение на пациента и неговото семейство се провежда от специално обучена медицинската сестра или сестра с опит в съответната област и включва:

- ▶ Запознаване на пациента с изискванията за правилното съхранение на препаратите за заместващата терапия с цел запазване на тяхната активност
- ▶ Правилното разтваряне и подготовка на препаратите за вливане – алгоритъм на действие
- ▶ Техниката на венозна вливане – правила и усложнения, избор на подходяща вена
- ▶ Спазване на правилата на асептика и антисептика, поради високия риск от бактериално замърсяване, особено при приложението на плазмени препарати
- ▶ Обучение на пациента и неговите близки за грижите, които се прилагат при лечението на хемартрозите в домашни условия: [2]
 - Преливане на липсващия фактор възможно, най-рано още в първите 30 мин.
 - Покой на ставата за 24 часа
 - Поставяне на компрес с лед на засегнатата става
 - Компресивна превръзка
 - Болкоуспокояващи препарати, ако е необходимо
 - Ранно раздвижване на ставата, още след първите 24 часа и спирането на кръвоизлива

- Провеждане на физиотерапия и рехабилитация от специалист с цел максимално опазване на засегнатата става

Представеният план се основава на предимствата и ползите от домашното лечение: максимално рано, максимално ефикасно, максимално икономично и включва теоретично обучение и практически тренинг при пациенти с хемофилия и техните семейства за максимално ранно овладяване на ставните кръвоизливи в домашни условия, основаващ се на индивидуален подход към пациента и неговото семейство.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лечението в домашна обстановка при пациенти с хемофилия има приоритетно значение с доказани здравни, социални и икономически предимства. То води до подобряване качеството на живот чрез свеждане до минимум броя, честотата и тежестта на кръвоизливите и намаляване степента на инвалидизация. Ролята на медицинската сестра като част от екипа провеждащ обучението на пациентите е голяма, тя координира по-голямата част от ежедневните грижи. Цялостното лечение, предоставяно от мултидисциплинарен, специализиран екип, е крайъгълен камък в лечението на хемофилия – Център за лечение на хемофилия.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] Тодоров В., Вътрешни болести, Издателски център, Медицински университет - Плевен, 2012.
- [2] Лисичков Т., Д-р Андреев А., ДМ, Ставни проблеми при хемофилия, Център за комплексно лечение на хемофилия София, 2007.
- [3] Лисичков Т., ДМН, Домашно лечение на вродените коагулопатии, Център за комплексно лечение на хемофилия, София, 2007.
- [4] Laudenbach Lori, RN, MScN, Nursing guidelines for the treatment of hemophilia & other inherited bleeding disorders, London, 2012.

За контакти :

1. Научен ръководител: ас. Виолета Димитрова, МУ- Плевен, Факултет „Здравни грижи“, Катедра „Сестрински терапевтични грижи“, тел.:0879555463, e-mail: villi_77dimitrova@abv.bg
2. Кристина Иванова Кожухарска, МУ- Плевен, Факултет „Здравни грижи“, тел.: 0899599827, e-mail: kristina_kojuharska@abv.bg
3. Милена Христова Манова, МУ- Плевен, Факултет „Здравни грижи“, тел.: 0878151549, e-mail: manova_4050@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Донорство и трансплантация – възможност за нов живот

Автори: Кристина Кожухарска, Милена Манова

Научен ръководител: ас. Виолета Димитрова

Консултант: д-р Марияна Симеонова - Изпълнителна агенция
по трансплантациите към МЗ

Summary: *Organ transplantation is a set of medical activities related to removal of organs, tissues and cells of the human body or by a live person (donor), and their implantation to another person (recipient) with curative intent. In this process are involved doctors, health care professionals, as well as people without medical education, according to the law.*

Keywords: *donor, transplantation, chance of live*

ВЪВЕДЕНИЕ

Трансплантацията е съвкупност от медицински дейности, свързани с вземане на органи, тъкани и клетки от човешки труп или от живо лице и присаждането им на друго лице с лечебна цел. В този процес взимат участие лекари, специалисти по здравни грижи, както и не медицински персонал съобразно законовите норми.

Темата е изключително актуална в България, защото органното донорство, като брой донори спрямо населението е на много ниско ниво в сравнение с останалите европейски страни. Даряването на органи, тъкани или клетки е абсолютно необходимо условие за извършване на трансплантации. Без донори няма органи и тъкани за трансплантация, а без трансплантация не може да бъде спасен животът или да бъдат облекчени страданията на стотици чакащи болни хора. Хуманният и благороден акт на донорството прави трансплантацията не само уникален медицински метод, но и дейност имаща освен медицински, много социални, морално – етични и правни измерения.[2]

ИЗЛОЖЕНИЕ

Настоящият доклад е изготвен с цел да се повиши информираността сред обществото и специалистите упражняващи медицинската професия и предоставящи здравни грижи за този високо хуманен акт на действие и значението на здравословния начин на живот, като превантивна мярка. За реализирането на проекта е използван статистически метод - представяне на актуални към момента данни, предоставени от Изпълнителна агенция по трансплантация към МЗ и анализ на информация от литературни и електронни източници;

Основни понятия:

- Донор (дарител)- лицето, от което се взимат органи, тъкани или клетки;
- Реципиент (приемател) - лицето, на което се присаждат органи, тъкани или клетки. [4]

Видове трансплантации:

- Хетеротрансплантация (Ксенотрансплантация) - орган или тъкан от един биологичен вид се присажда на друг биологичен вид; [4, 5]
- Хомотрансплантация (Алотрансплантация) - орган или тъкан от един биологичен вид се присажда на същия биологичен вид; [4, 5]
- Изотрансплантация - орган или тъкан от един близък се присажда на друг близък; [5]
- Автотрансплантация- тъкан от един индивид се присажда на същия индивид; [4, 5]
- Биотрансплантация- неорганични трансплантанти се присаждат в човешко тяло. [5]

Органи, които подлежат на трансплантация: сърце, бял дроб, черен дроб, бъбрек, панкреас, черва.

Тъкани, които подлежат на трансплантация: кости, кожа, сухожилия, хрущали и др.

Клетки, които подлежат на трансплантация: хемопоеитични стволови клетки.

Морално – етични и законови норми

Когато донорът е жив морално - етичните проблеми се свеждат до опасността, на която се излага той. Възниква етичен конфликт между принципите за благодеяние и нанасяне на вреда. Тоест, до каква степен е редно един здрав индивид да се подложи на процедура, от която той самият няма пряка медицинска полза. Решаването на етичния конфликт става чрез получаване на информирано съгласие. На дискусия подлежи и въпроса дали родител е подходящ за донор на детето си, тъй като той е поставен на кръстопът между това да представлява детето си и да решава за себе си. Един от най-сериозните проблеми възниква при използването на деца за живи донори, поради принципа, че недееспособна личност не може да бъде обект на медицински интервенции, които не са в негова полза. Възникването на морално- етични дилеми е неделима част от процеса. Именно затова лекарят, който получава информирано съгласие от жив донор или негов родител (в случай, че донора е непълнолетна личност) не трябва да бъде част от екипа, който ще извърши трансплантацията. [5]

Мозъчната смърт е тема от съществена важност в процеса на реализиране на един органен донор. За да бъде успешна една органна трансплантация е необходимо органът да бъде взет от дарител в състояние на мозъчна смърт. Мозъчната смърт е биологична смърт на индивида и се определя като цялостно и необратимо спиране на всички мозъчни функции. Мозъчната смърт и според закона и според медицинската наука представлява смърт на човека, независимо, че кръвообръщението на покойния може да се поддържа още известно време изкуствено, с апарати и медикаменти. Двете най-чести причини за настъпване на мозъчна смърт са черепно-мозъчна травма вследствие от катастрофа или нещастен случай и мозъчно-съдови инциденти (инсулт, руптура на аневризма, съдови аномалии и др.) В успешната подготовка на пострадалия за изземване на органите му, от голямо значение е и работата с неговите близки, които трябва да дадат съгласието си пострадалия да стане донор на органи. Българското законодателство не изисква изрично изразена воля за даряване на органи и тъкани след смъртта (Закон за НЗ, чл.33, 33а, 34), както от покойния, така и от неговите наследници, при условие, че починалият е бил пълнолетен, дееспособен, български гражданин и не е правил отказ за даряване на органи и тъкани след смъртта си. Въпреки това от морално – етична гледна точка е прието при всеки отделен случай задължително да се иска съгласието на близките и ако те твърдо се противопоставят на идеята за даряване на тъкани и органи, да не се пристъпва към вземането им. Точно тук се включва и проблема, свързан хората, които окончателно трябва да решат дали починалият човек ще стане донор. Изборът е изключително труден още повече, ако преди това не е говорено за тези неща и не се знае точното мнение на покойния. [8] Не се допуска вземане на органи, тъкани и клетки за присаждане, ако лицето приживе е изразило писмено несъгласие за това, а също и в случаите, когато починалото лице е под 18-годишна възраст или на поставено под запрещение лице, освен с писменото съгласие на неговите родители, настойник или попечител. Животът на донора или самото му тяло може да притежава за членовете на семейството по-голяма стойност, отколкото за него самия. В преживяването на скръбта, решението за даряването на едно тяло може да се окаже по-трудно от това за даряването на собственото тяло. Нежеланието на близките да се съгласят с даряването на тялото поради лични, емоционални или дори философски причини, следва да се приема с абсолютно уважение. [8] Всички големи религии по света –

източно православие, католицизъм, мюсюлманство, протестантство, юдаизъм и някои клонове на будизма, одобряват и поощряват даряването на органи.

Когато специална комисия от лекари констатира мозъчна смърт, няма изразен отказ от донорство и има съгласие на близките, се пристъпва към вземането на органите. Процедурата, която се следва в България, е идентична с тази във всяка развита държава и отговаря на световните медицински стандарти. За да докажат, че няма пропуски при установяването на смъртта, лекарите са длъжни да попълват подробен протокол, утвърден от Министерството на здравеопазването. [7] Изземването на органи се извършва от специално обучен екип от специалисти в оторизирана от ИАТ болница при пълно уважение към достойнството на покойния дарител. Взетите органи се поддържат в студено състояние в консервиращ разтвор. Последващото присаждане трябва да се извърши в максимално кратък срок, тъй като времето за консервация е много кратко и с увеличаването му качеството на органите се влошава. Изборът на реципиент се прави по много строги правила – тъканна съвместимост, размери на органа, географска близост и пр.

Лица, които приживе са изразили несъгласие за вземане на органи, тъкани и/или клетки към 06.04.2016 г.- 2778 бр. [6]

Табл. 1. Списък с нуждаещи се от трансплантация в България. [6]

Нуждаещи се от трансплантация на:	Брой:
Бъбрек	967
Черен дроб	43
Сърце	25
Бял дроб	17
Панкреас	8
Тънко черво	1

Табл.2. Разпределение и данни за трансплантации по години в България.[6]

Данни по години:	2013	2014	2015
Бъбречни трансплантации от трупен донор	брой	брой	брой
	17	44	38
Бъбречни трансплантации от жив донор	11	12	13
Общо бъбречни трансплантации	28	56	51
Сърдечни трансплантации	4	4	7
Чернодробни трансплантации от трупен донор	7	18	15
Чернодробни трансплантации от жив донор		1	1
Общо чернодробни трансплантации	7	19	16

Законови норми:

Към Министерския съвет се създава Етична комисия по трансплантации, която се състои от 9 членове и включва задължително лекари, психолози, теолози и юристи. Съставът на комисията се определя с решение на Министерския съвет по предложение на министъра на здравеопазването за срок 5 години. [3]

Донор може да бъде само лице, което е съпруг или роднина на реципиента по права линия или по съребрена линия до четвърта степен, включително при родство, възникнало въз основа на осиновяване, но не по-рано от три години от осиновяването, в случаите, когато реципиентът е осиновител. По изключение с разрешение на Етичната комисия по трансплантация се допуска донор на органи и тъкани да бъде лице, което: 1. фактически съжителства с реципиента без сключен граждански брак в продължение на повече от две години и за това са налице безспорни доказателства; 2. е биологичен родител на реципиента и не го е припознал по установения от закона ред. [3]

Вземане на самовъзстановяващи се тъкани от лица под 18-годишна възраст се извършва само когато трансплантацията е предназначена за родител, съпруг, брат или сестра, син или дъщеря. [3]

Хемопоеични стволови клетки и костен мозък могат да се вземат от всяко дееспособно лице, независимо от родствената му връзка с реципиента, след получаване на неговото писмено информирано съгласие. Хемопоеични стволови клетки могат да се вземат от малолетно лице, независимо от родствената му връзка с реципиента, след получаване на писмено информирано съгласие от двамата родители или настойници. [3]

Вземането на амниотична тъкан, тъкани и клетки от пъпна връв и плацента се извършва за целите на алогенна и аутоложна трансплантация, след получаване на информирано съгласие от бременната или родилката. [3]

Социално – медицински измерения

Промоцията на здравето е лично и обществено задължение, въпреки че се обосновава, дефинира и насочва от медицината. Начина на живот остава личен избор на индивида. Превантивната медицина, със съдействието на обществото, разкрива рисковите фактори за здравето, обосновава принципите на здравословен начин на живот и търси начини за отстраняване на екологичните вредности. Създаването на здравни навици е продължителен процес, протичащ през много нива – родителското възпитание, училищната среда и обществото. Грижите за собственото телесно и психическо здраве и благополучие чрез здравословен начин на живот са част от ценностната система на индивида. Медицината и обществото научават хората, че те са в известна степен отговорни за собственото си здраве.

Несъмнено идват моменти, в които всеки човек заболява, претърпява психически стрес или физическа травма. Този факт служи за оправдание на някои индивиди за безотговорното им или фаталистично отношение към собственото здраве и има за цел да оневини безсилието им да се справят със собствени вредни навици. Никой не е в състояние да наложи правилата за здравословен начин на живот, ако те не са станали дълбоко личностно убеждение, до степен да се превърнат в необходимост и навик.

Хронично протичащите заболявания на сърдечно –съдова, отделитена и дихателна система, както и тези на черния дроб и панкреаса, са сред заболяванията, които в напреднал стадии се нуждаят от трансплантация с цел подобряване качеството на живот и увеличаване на неговата продължителност.

Оказването на психологическа подкрепа на болелите и техните близки е задължение на екипа участващ в осъществяването на грижите. Информацията за тежестта на заболяването, чувството за непълноценност, нуждата от адаптирането към съвсем различен начин на живот, изпълнен с физически, финансови и други ограничения, невъзможността за справяне с ежедневните дейности и социалната изолация могат да доведат до различна степен на безпокойство и депресия на пациентите и техните семейства, което оказва значително влияние върху начина на живот и ги оставя безпомощни и объркани. Хронични и особено инвалидизиращи заболявания налагат пълна или частична промяна в нагласи, мотивацията и планове за бъдеща социална реализация, промяна в социалния статут. Това е

едно рухване на изграждани и желани ценности, което не може да не даде отражение върху цялостната личност, колкото и силна да е тя. Медицинският екип със своя опит и познания не бива да допуска пациента да го завладяват отрицателни емоции, а да сигнализира за тяхната поява и да спомогне за вземането на адекватни мерки за овладяването им. При необходимост пациента може да се насочи към професионална помощ от страна на психолози, психиатри и социални работници.[1]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Промоцията на здравето и воденето на здравословен начин на живот са отговорност както на обществото, така и на самият индивид. Те водят до намаляване заболяемостта от хронични и прогресиращи заболявания на различни органи и системи в човешкия организъм. Трансплантацията е единственият шанс за живот на тези, които се нуждаят от нея. Списъкът на чакащите е дълъг, а донорите не са достатъчни. Даряването на орган е проява на огромно благородство, чрез него частица от човека продължава да живее след самия него, за това този акт на действие трябва да се приема с голямо уважение и признателност и да бъде поощряван от обществото.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

- [1] Ачкова М. Приложна психология, КОТИ София, 2001 г.
- [2] Димитров Г., Мозъчна смърт и органно донорство, Четвърта национална студентска сесия „Здравните грижи през XXI век – тенденции и перспективи“, Сборник доклади, ИЦ МУ- Плевен, 2016 г.
- [3] Закон за трансплантация на органи, тъкани и клетки. Обн. ДВ. бр.83 от 19.09.2003г, последно изменен и допълнен ДВ, бр 15 от 15.02.2013г.
- [4] Лисаев П., Деонтологично - правни въпроси на медицинската практика., ИЦ МУ- Плевен, 2008 г.
- [5] Янкуловска С., Биоетика., ИЦ МУ- Плевен, 2014г.
- [6] <http://bgtransplant.bg/iat/registers%20and%20statistics.php>
- [7] <http://www.mh.government.bg/bg/informaciya-za-grazhdani/donorstvo-i-transplantacii/donori-i-nuzhdaeshi-se-ot-transplantaciya/>
- [8] <http://www.bg-patriarshia.bg/index.php?file=transplantation.xml>

За контакти:

1. ас. Виолета Димитрова, МУ- Плевен, Факултет „Здравни грижи“, Катедра „Сестрински терапевтични грижи“, тел.: 0879555463, e-mail: villi_77dimitrova@abv.bg
2. Кристина Иванова Кожухарска, МУ- Плевен, Факултет „Здравни грижи“, тел.: 0899599827, e-mail: kristina_kojuharska@abv.bg
3. Милена Христова Манова, МУ- Плевен, Факултет „Здравни грижи“, тел.: 0878151549, e-mail: manova_4050@abv.bg

Докладът е рецензиран.

СЕКЦИЯ

„Здравна превенция и социални дейности”

Ролята на социалния работник в групите за самопомощ

автор: Онур Зайкъров

научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев

Summary: *In contemporary conditions more popular and marking successes in helping society and every individual in dealing with arising difficulties and problems in life and social functioning are self-help groups. Self-help groups have their historical ideological foundations set back in time, although their sustainable practical implementation began in the 30s of XX century. The aim of self-help groups is to enable members of the group by discussing issues, sharing their concepts stopped and tried to help themselves. But nowadays in self-help groups involved and the social workers who support the group members, give ideas and methods to address a wide range of social, health, behavioral and emotional problems of the people.*

Keywords: *Self-help groups, a social worker, roles of social worker.*

ВЪВЕДЕНИЕ

В съвременните условия все по-популярни и бележещи успехи в подпомагането на обществото и на всеки отделен индивид при справяне с възникнали трудности и проблеми в живота и социалното функциониране са групите за самопомощ. Групите за самопомощ имат своите исторически идейни основи, поставени назад във времето, независимо че устойчивата им практическа реализация започва едва през 30-те години на XX век. Целта на групите за самопомощ е предоставяне на възможност членове на групата чрез обсъждане на проблеми, споделяне на техни концепции за спаряване и опити да си помогнат сами. Но в днешно време в групите за самопомощ участват и социалните работници, които подкрепят членовете на групата, дават идеи и методи за справянето в широк обхват от социални, здравни, поведенчески и емоционални проблеми на хората.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Началото на групите за самопомощ, изразяващо се в целенасочена и осъзната дейност за справяне с определени проблеми на основата на самопомощ и взаимна подкрепа, е поставено през май 1935 година от групата „Анонимни алкохолици“, създадена от Бил У., който взел решение да помогне на други хора, имащи сериозни проблеми с употребата на алкохол [1].

Но групите за самопомощ имат своите исторически идейни основи, поставени назад във времето.

Първообразът на идеята за самопомощ е изведен от Джордж Комб (1788 – 1858 година) – шотландски юрист, основател на френологичната общност в Единбург и общественик с интереси в образователната и социална сфера. В своя труд „Конституцията на човека“, издадена през 1828 година, той акцентира върху необходимостта от „лична отговорност“ и „естествено санкционирано самоусъвършенстване чрез образование и самоконтрол“ [3].

След това идеята за самопомощ е доразвита по оригинален начин от американския есеист, мислител, създател на движението за трансцендентализъм в САЩ в средата на XIX век и водеща фигура в утвърждаването на идеите и философията на индивидуализма и индивидуалната свобода, Ралф Уолдо Емерсън (1803 – 1882 година). В своето есе, озаглавено „Компенсация“, той представя виждането, че всеки човек трябва да е благодарен за допуснатите грешки в

живота, защото силата му израства от неговата слабост и придобитите умения за самопомощ [4].

Съществен принос в развитието на идеята за самопомощ има Самюел Смайл (1812 – 1904 година), който е шотландски писател, реформатор и една от най-известните обществени фигури през Викторианската епоха. Неговата книга „Self-Help with illustrations of conduct and perseverance“ – 1859 година („Самопомощ с илюстрации за водене и постоянство“) е първото издание, което ориентира към себеусъвършенстване и активиране на личностния потенциал на човека и е предшественик на съвременната литература за самопомощ, въпреки че нейната визия е значително по-обхватна в идеен и социален план [1].

Всъщност, днес групите за самопомощ са обединения с **доброволен характер** на хора, които имат сходен проблем, който ги е мотивирал да се съберат заедно, за да обменят опит. Целта на групите за самопомощ е да даде полезна информация за защита на своите права, обезпечава се нуждата от общуване с хора с аналогични проблеми, повишава се мотивацията за борба с проблеми. Групите за самопомощ предоставят възможност на своите членове да открият и взаимодействат с хора, които преживяват сходни на техните проблеми, да направят преценка доколко ефективно се справят със своя проблем и да усвоят нови и работещи подходи за справяне, които използват другите членове на групата. *В теорията и практиката са известни два основни модела на групи за самопомощ* [1]. Първият е **модел на „професионалния експерт“** [5] – характерното за този модел е, че се използват помагачи специалисти като консултанти и посредници при осигуряване на ресурси. Вторият е **модел на „участието на равни“**. *“Характерното за този модел е, че не се допуска включването на професионалисти, освен ако те не споделят проблемите на групата и присъстват като нейни членове или ако не са поканени като лектори за среща с образователна цел”* [6]. Концепцията на привържаниците на този модел е, че придобитите от чрез преживяване знания и умения от членовете на групата са по-важни, отколкото формалните и специализираните знания и умения при **модела на „професионалния експерт“**. Според тях равнопоставеността и взаимопомощта са от по-голямо значение за доброто функциониране на групите за самопомощ, а не ролите на властовите отношения между социален работник и член на групата.

Важна роля в групите за самопомощ и взаимопомощ в съвременните условия играят социалните работници. Социалният работник може да е посредник (медиатор), консултант в групата, инициатор, фасилитатор, защитник, лидер. В ролята на инициатори социалните работници дават идеи на своите клиенти със сходни проблеми да основат група, в която да споделят своите проблеми и техните виждания за излизане от негативната ситуация, в която са попаднали. Но като **инициатори**, те трябва внимателно да подберат членовете на групата, като се вземе предвид сходството в проблема.

В ролята на **насърчаващ лидер** социалният работник стимулира членовете на групата за целенасочени и упорити действия за справяне с проблема, но без да употребяват принудително влияние или официална власт. *Така те гледат завладяваща визия, променяща начина, по който членовете гледат на проблемите около тях и начина, по който взаимодействат по между си* [2]. В тази си роля социалният работник използва уменията си да бъде обаятелен. Това е способността позитивно да се влияе на другите при физическо, емоционално и интелектуално взаимодействие.

В ролята на **консултант** социалният работник дава съвети и насоки на членовете на групата за самопомощ. Съвети и насоки да развиват умения, да получат достъп до ресурси и необходимите спомагателни услуги, за да се справят с проблеми. Социалния работник приема роля на консултант, експерт в социалната област участва в разговора от позицията на професионалист и задачата му не е да

реши проблема на член от групата, а да му окаже помощ така че той сам да се справи с проблема си. Помощта му е насочена към по-добро разбиране на проблема на от страна на члена на групата в контекста на собствената житейска ситуация, промяна на гледната точка за оценка на проблема, с цел формиране на различни възможности и варианти за справяне със ситуацията. Придобиване на увереност в собствените сили за да може той да взема решение и да го реализира. Социалните работници предоставят консултативни, терапевтични и посреднически услуги в групата за самопомощ, за да им помогнат да развият умения и да придобият необходимите познания за справяне със социални или лични проблеми. Също анализират ситуацията в групата и предлагат алтернативни подходи за разрешаване на проблема. Социалните работници адекватно удовлетворяват потребностите на клиентите от консултиране.

В ролята на **посредник** в общуването социалният работник разрешава споровете в групата. Тази роля включва интервенция в споровете между членовете на групата с цел да им се помогне да постигнат консенсус. Също така посредничеството може да се изразява в осигуряване на еднакви права и възможности на всички членове на групата за самопомощ, за получаване на помощ. Социалният работник прилага своите ценности, ориентации и уникални умения в разнообразни форми на посредничество между спорещите страни, като се стреми да запази неутрално позиция.

Ролята на социалният работник като **фасилитатор** се изразява в улесняване на член от групата да осъществи контакт (взаимодействие) с останалите членове на групата, за да могат да си помогнат взаимно. В тази си роля той приема ролята на специалист който обезпечава успешна групова комуникация. Съблюдава правилата на срещата, нейните процедури и регламент, като позволява на участниците, да се концентрират на целите и съдържанието на срещата. Улеснява работата на групата, организира я, ръководи я, с цел по-голяма ефективност. Съпричастността и доверието стоят в основата на взаимозависимостта между членовете на групата. Взаимодействието и взаимната подкрепа между тях допринася за постигане на неподправеност, равнопоставеност, съпричастност, сътрудничество и взаимна помощ, водещи не само до по-устойчиво личностно и социално функциониране, но и до подобряване на психосоциалното благосъстояние на участниците и до позитивиране на очакванията и действията им при решаване на проблема.

Една от най – активните роли на социалния работник в една група е ролята му на **застъпник (защитник)**. Социалните работници защитават правата както на всеки отделен член на групата за самопомощ, така и на самата група, като цяло. Осигуряват защита при справянето в широк обхват от социални, здравни, поведенчески и емоционални проблеми на членовете на групата за самопомощ. В зависимост от вида на групата и целите, които си поставили членовете на групата, социалните работници се застъпват за правата и интересите на участниците в групата чрез търсене на възможности за законодателни, политически и социални промени пред различните видове власти.

Терапевтични фактори в дейността на групите за самопомощ

В дейността на групите за самопомощ присъстват терапевтични аспекти, изразени посредством принципа на терапията на помагачия, който е изведен в средата на 60-те години на XX век от изследователя Франк Рийсман на основата на наблюдения и проучвания на групите за самопомощ в областта на социалната работа [1]. Посредством изследванията и проучванията му се разкрива терапевтичния ефект от взаимоотношенията между помагач и подпомаган в групите за самопомощ. Това се определя като терапевтична концепция, чрез която се обяснява полезността на отношенията на взаимопомощта между членовете на групата и ролята на предоставящи помощ и получаващи помощ. В терапевтичния

процес могат да се включат социалния работник (с клинична ориентация) и груповия терапевт (клиничен психолог и др. подобни).

Кога и как се включва социалният работник в терапевтична група?

Социалният работник може да води групова терапия, единствено когато има допълнителна подготовка по групова психотерапия, най-често това са клиничните социални работници. Социалният работник може да участва във воденето на терапевтична група като ко-водец съвместно с професионален терапевт в дадената област. В работа с група социалните работници често използват отделни техники, които са заимствани от групова психотерапия. Социалният работник може да организира и провежда групова терапия единствено, ако е наясно с проблемите на членовете на групата и от какво точно се нуждаят.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Социалната работа е помагача професия и дейност, която дава допълнителен жизнен ресурс на хора, групи и общности, които са в криза и социална изолация, хора с различни физически и ментални дефицити, които са нетрудоспособни, социално слаби и отхвърлени, хора с девиантно поведение.

Всички тези роли на социалния работник предоставят на членовете на групата комплекс от помагачи дейности, насочени към постигане на по-добро качество на живот, достойнство и отговорност в цялостното битие на хората в група за самопомощ, на основата на индивидуалните му способности, междуличностните отношения и ресурсите в общността.

Основната роля на социалният работник в групите за самопомощ намира израз в емоционална подкрепа, създаване на усещане за удовлетвореност и сигурност у членовете на групата, мотивиране, направляване и решаване на проблеми.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Нунев, С., Лекционен курс по Методи на социална работа – втора част., 2015.
– Web Site: <http://socialaffairsru.tk>
- [2] Каменов, К., Хаджиев, Кр., Асенов, А. Човек-екипи-лидери. ИК „Люрен“, София, 2000.
- [3] Combe, G. (1828). The Constitution of Man Considered in Relation to External Objects. J Anderson jun. (reissued by Cambridge University Press), 2009.
- [4] Garvey, G. T., ed. The Emerson Dilemma: Essays on Emerson and Social Reform. Athens: University of Georgia Press, 2001.
- [5] Gartner, A., Riessman, F., eds., (1977). Self-Help in the Human Services. San Francisco: Jossey-Bass.
- [6] Stewart, M. J., (1990). “Professional Interface with Mutual-Aid Self-Help Groups: A Review.” Social Science and Medicine 31:1143-1158

За контакти:

Онур Зайкърв, студент – редовно обучение, Специалност „Социални дейности“, Катедра „Обществено здраве и социални дейности“, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел.: 0896 175 110, e-mail: populqr3nn@abv.bg

Научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев, Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра „Обществено здраве и социални дейности“, e-mail: sasho_nunev@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Зависимото поведение като вид девиантно поведение

автор: Гизям Чолакова

научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев

Addictive behavior as a form of deviant behavior: *This report explores addictive behavior as a form of deviant behavior. An addictive personality is a set of personality traits that make addiction more likely. Addictions can come in a wide range of forms, including drugs, alcohol, gambling, exercise, pornography and more. Deviance and addiction combined can be a very dangerous and damaging thing.*

Keywords: *deviant behavior, addictive behavior, drugs addiction, food addiction, gambling addiction.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Ако светът днес трябва да бъде описан с една дума, то най-вероятно тя би била динамика. Днес съществува нещо, но утре ще бъде създадено друго, много по-добро, много по-бързо, по-лесно, по-ефективно. Затова може би едни от най-важните характеристики на съвременния свят са интензивността, с която той се развива, глобализацията, динамичността на процесите и непрекъснатата поява на нови технологии и открития.

В днешното ежедневие, изпълнено със стрес и напрежение, често търсим спасение или бягство чрез средства, които ни вредят. Ставаме зависими и колкото и да ни се иска да се откажем, не можем или не знаем как. Най-често не осъзнаваме или просто не искаме да си признаем и да се изправим срещу нашите зависимости. Като цяло пристрастяванията се свързват със сериозни психологични проблеми. Пряко или не, злоупотребата с наркотици, цигари и алкохол се свързва с една трета от приетите хора в болниците, с една четвърт от смъртните случаи и с болшинството от сериозните престъпления. Известно е, че основните фактори, които допринасят за развитието на зависимостите, са генетичното предразположение и социалните контакти.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Зависимото поведение (адиктивно поведение) на личността е един от видовете на понятието „девиантно поведение“. Свързано е със злоупотреба от страна на личността и желанието му да се избяга от реалността. Тежестта на зависимо поведение може да бъде различна - от почти нормално поведение до тежка зависимост, придружено от тежки физически и умствени отклонения.

Няколко фактора водят до зависимо поведение:

- фактори на външната (социалната) среда;
- социални групи и групова динамика;
- семейството;
- индивидуални особености.

Този вид поведение има няколко подвидове, които се определят от обекта на зависимост и форма на активност [4]:

- химическа зависимост – алкохол, кофеин, никотин, психоактивни вещества;
- зависимост от лекарствени вещества – зависимост към барбитурати, характеризираща се със злоупотреба със сънотворни; зависимост към стимулатори на нервната система за повишаване на работоспособността, преодоляване на умора, стимулиране на мозъчна дейност;
- зависимост от храна – анорексия, булимия;
- зависимост от игри – компютърни, интернет и хазартни игри;
- сексуална зависимост – натрапчиви сексуални мисли и действия, водещи до неспособност за контролиране на сексуалните импулси;

- зависимост от деструктивни религиозни и други култове – религиозен фанатизъм, сектантство;
- кръстосани зависимости – системна злоупотреба с две и повече психоактивни, принадлежащи към различни групи.

Друга класификация на зависимостите представя:

- химическа зависимост - наркомания токсикомания, алкохолизъм и др.;
- нехимическа зависимост - зависимост към хазарт, зависимост в отношенията (любовна зависимост, сексуална зависимост, зависимост на избягване), работохолизъм, зависимост от покупки, комуникационна зависимост, религиозна зависимост, зависимост от недостиг на време, интернет-зависимост.

В своята разработка ще разгледам само някои от видовете зависимости.

1. Зависимост от психоактивни вещества

Злоупотребата с психоактивни вещества и свързаните с нея проблеми, отразяват сложните взаимоотношения между човешката биология, индивидуалните психологически характеристики, социалните традиции и норми. Многобройни фактори са идентифицирани като потенциални причини за злоупотребата с психоактивни вещества. При някои личности може да преобладава само един фактор, а при други - няколко фактора взаимодействат едновременно. Освен това, стресиращо събитие може да се окаже отключващо и да постави началото на цикъла на пристрастяване и зависимост. Остри стресови събития (травмиращо жизнено събитие - смърт, телесна болест, раздяла и др..) понякога служат като катализатор за началото на една злоупотреба, водят до засилена употреба на психоактивни вещества като механизъм за справяне с последващата тревожност и депресия, отключвайки по този начин цикъла на пристрастяване и зависимост. От своя страна, злоупотребата с психоактивни вещества, веднъж довела до психологична или физиологична зависимост, сама предизвиква биомедицински, психологични и социални последствия.

Психоактивните вещества (наречени още психотропни вещества) биват:

- психостимуланти – амфетамини, кокаинови тип, кхат тип (листа, които се дъвчат) и др.
- халюциногени- ЛСД, мескалин, т.нар. божествена гъба, хавайска роза и др.
- инхалатори – етер, ацетенови лепила, разреждители и др.

Под психоактивна субстанция се разбира природно дадено или синтетично получено вещество, което може да повлиява психичния живот на човека. В този смисъл кофеинът, тютюнът и алкохолът също могат да се нарекат психоактивни вещества.

Според МКБ-X сигурна диагноза за зависимост може да се постави само ако най-малко три от следните показателя са били заедно налице по някое време през последните 12 месеца:

- Силно желание или чувство на вътрешна принуда да се приемат психоактивни вещества;
- Затруднен контрол върху приема на психоактивното вещество по отношение началото, края или нивото на употребата;
- Физиологично състояние на абстиненция при прекъсване или намаляване употребата на веществото, което се проявява с типичния за веществото абстинентен синдром или употребата на същото (или сродно) вещество с цел облекчаване или премахване на абстинентните симптоми;
- Данни за повишен толеранс, което означава нужда от по-високи дози за постигане на ефект, който първично се е постигал с по-ниски дози. Дозите могат

постепенно да нараснат до такива равнища, че биха били смъртоносни за непривикнал човек;

- Прогресивно отпадане на алтернативни удоволствия или интереси поради употребата на психоактивното вещество. Изразходва се много време за дейности, необходими за набавяне на веществото, за приемането му или за възстановяване на ефекта му;

- Продължаване на употребата въпреки наличието на очевидни вредни последици като чернодробно увреждане от прекомерно пиене, депресии поради употребата на психоактивни вещества и т. н.

Абстиненцията представлява група от симптоми, които се появяват след спиране или намаляване на приема на веществото, употребявано редовно и обикновено за дълъг период от време и/или във високи дози. Абстиненцията има начало и край, като нейните симптоми и тяхната тежест зависят от типа на приеманото вещество и от дозата, достигната непосредствено преди спирането. Абстиненцията е важен белег за това, че функционирането на организма вече е зависимо от присъствието на веществото в обмяната на веществата и симптомите на абстиненцията сигнализират за неговото отсъствие.

Повишеният толеранс към пристрастяващото вещество е състояние, при което организма показва висока поносимост към определена субстанция - медикамент, алкохол, наркотик, химическо вещество. Обикновено се постига след чест и продължителен прием на даденото вещество. Не винаги, но в повечето случаи това е признак за настъпила физическа зависимост.

2. Хранителна зависимост

Отдавна е ясно, че има хора, за които храната е като наркотик. Тя им помага да подобрят настроението си, да намаляват стреса от ежедневието, да получават удоволствие. Няма нищо лошо да получаваш удоволствие от храненето. Погрешно е да се смята, че хранителна зависимост имат само хора с наднормено тегло. Тя може да се прояви при всеки, без оглед на това дали има излишни килограми или не.

Крайните форми на зависимостта от храна се проявява като анорексия невроза и булимия невроза. В Международната класификация на болестите – 10 ревизия; психични и поведенчески разстройства, в рубриката “Разстройства на храненето”(F-50) са представени като:

- анорексия невроза - “разстройство, което се характеризира с предумишлено намаляване на теглото, като този процес е предизвикан или поддържан от самия пациент. Разстройството се среща най-често при момичета в юношеска възраст и млади жени, но по-рядко могат да заболяят юноши и млади мъже, както и деца, навлизащи в пубертета и по-възрастни жени, навлизащи в менопауза”;

- булимия невроза – „синдром, характеризиращ се с повтарящи се пристъпи на преяждане, при които мисълта на пациента е изцяло ангажирана с контрола на телесното тегло и това го кара да използва крайни мерки за ограничаване “затлъстяващите” ефекти от погълнатата храна. Нарушението може да се разглежда като последица от персистираща анорексия невроза (въпреки, че и обратната последователност също е възможна). Пациентът с анорексия невроза може да прояви признаци на подобрене в резултат на увеличаване на теглото си и възстановяване на менструалния цикъл, но в следствие е възможно да се възприеме злокачествената форма на поведение, характеризираща се с преяждане и повръщане. Повтарящото се повръщане може да доведе до нарушения на електролитния баланс, както и до някои телесни усложнения (тетания, епилептични гърчове, аритмия, мускулна слабост) и последваща остра загуба на тегло.“

Това, което свързва тези две разстройства, са определени характеристични тревоги за формата и теглото на тялото. Тези тревоги и obsесивни (натрапчиви) мисли са особени за анорексия и булимия и са от голямо диагностично значение.

Главна предпоставка за диагнозата – анорексия невроза или булимия е обстоятелството, че нарушението представлява витална заплаха, има проява на сериозни соматични и психични разстройства, нарушава се социалното функциониране на засегнатия човек.

3. Зависимост от хазарт

В Международна класификация на болестите – 10-та ревизия разстройството се характеризира с „чести, повтарящи се епизоди на хазартна игра, които доминират в живота на лицето в ущърб на социалните, професионалните, материалните и семейните ценности и ангажменти. Тези хора могат да рискуват работата си, затъват в дългове, лъжат или нарушават закона, за да се сдобият с пари или избягват плащането на дълговете. Лицето описва интензивен подтик към хазарт, който трудно контролира, като същевременно е погълнато от мисли и представи за акта на хазартната игра и придружаващите я обстоятелства. Тази свръхангажираност на съзнанието и подтиците често се усилва при стресогенни житейски обстоятелства.”

Типичните черти на зависимия от хазарт са:

- Неспособност и нежелание да се приеме действителността такава, каквато е. Оттам идва бягството в света на мечтите и фантазиите, свързани с хазарта.

- Емоционална лабилност - зависимите споделят, че се чувстват емоционално комфортно, когато играят. „Единственото място, където се чувствам добре е пред рулетката. Там ми е удобно, спокойно и защитено. Никои нищо не очаква от мен. Знам, че унищожавам себе си, но едновременно с това имам чувството за безопасност”.

- Инфантилност (незрялост) - желание да се притежава всичко най-добро в живота без да се вложи никакво усилие – като че ли това е обща черта на зависимите играчи.

- Изграждане на илюзорен свят.

Хазартното поведение преминава през няколко фази [2]:

- Стадий на оптимизма, при който има големи надежди за печалба;

- Стадий на загубите – характеризира се със срам, тревожност, желание за анонимност и др.;

- Стадий на отчаянието с пълно отдаване на играта и съпътстващи финансови проблеми;

- Стадий на разрухата, при който пациентът губи социални контакти, семейство, работа и всичко.

Много често, хората които са пристрастени към хазарта в комбинация с това имат и други зависимости – от психоактивни вещества или алкохол. Някои хазартно-зависими имат и придружаващи други психологични проблеми – депресия, тревожност, паника, безсъние, мисли и даже опити за самоубийство.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблемът за различните зависимости е част от ежедневието ни, с него се сблъскваме всеки ден. Проблем, който може да почука и на нашата врата. А най-лошото е, че той дори не почуква, той търси съвсем тесен процеп, толкова малък, че да успее да се промуши и да влезе в нечие съзнание – обикновено объркано, обикновено изтерзано от проблеми, от недоимък, претъпкано с информация или беднота и преживявания.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Десета ревизия на Международната класификация на болестите (МКБ-10)

[2] Иванов, П. Приложна психотерапия - том 2, част 1.Изд. „Ахат“, 2010.

[3] Куценок, И., Злоупотреба и зависимост от психоактивни вещества, С., 2004

[4] Нунев, С. Социална работа с хора с девиантно поведение. Лекционен курс. Русе, 2016

[5] Хомич, А. Психология девиантного поведения. Учебное пособие (http://khomich.narod.ru/DEVIANTNOE-POVEDENIE/Deviantnoe-posobie.htm#_Toc244441241)

За контакти:

Гизям Бафирова Чолакова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, специалност „Социални дейности“, III курс, редовна форма на обучение, тел.: 0883 200 666, e-mail: gizyam_cholakova@abv.bg

Научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев, Русенски университет „Ангел Кънчев“, катедра „Обществено здраве и социални дейности“, тел: 0886 802 466, e-mail: sasho_nunev@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Основни подходи и методи на социална работа с деца в риск

автор: Гизям Чолакова

научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев

Abstract: *The purpose of this article is to report, what "children at risk" means. This report also presents what methods are used to working with children at risk. Some would argue that all children are at risk in some way or another, while others emphasize that some children face much higher risks than do other children.*

Keywords: *social work with children, children at risk, approach to social work practice with children, methods of social work with children.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Социалната работа с деца в риск е сравнително самостоятелно теоретик-приложно направление в сферата на социалната работа. Има своя съдържателна, функционална и методическа специфика и обвързва използването на три понятия: „дете в неравностойно социално положение“, „дете в особено трудни обстоятелства“ и „дете в риск“ [2].

В своята разработка ще разгледам по-подробно понятието „дете в риск“ и принципите и методите, които се използват при реализиране на социална работа с тази целева група.

ИЗЛОЖЕНИЕ

В българското законодателство, а по-конкретно в Закона за закрила на детето, терминът "дете в риск" се представя като дете:

- чиито родители са починали, неизвестни, лишени от родителски права или чиито родителски права са ограничени, или детето е останало без тяхната грижа;
- което е жертва на злоупотреба, насилие, експлоатация или всякакво друго нехуманно или унижително отношение или наказание в или извън семейството му;
- за което съществува опасност от увреждане на неговото физическо, психическо, нравствено, интелектуално и социално развитие;
- което страда от увреждания, както и от труднолечими заболявания, констатирани от специалист;
- за което съществува риск от отпадане от училище или което е отпаднало от училище.

Краткото определение не дава достатъчно ясна представа за сложния характер на риска, на който са подложени тези деца, по отношение на удовлетворяване на основните им потребности, дефинирани в Конвенцията на ООН за правата на детето от 1989 година.:

- Физически потребности – хранене, жилищни условия, транспорт, здравословен начин на живот, безопасност и защита;
- Емоционални потребности – любов, щастие, чести и други;
- Социални потребности – семейна среда, приятелски отношения, общност, национална принадлежност и други;
- Потребности за развитие – живот в семейството, благоприятстваща развитието среда, образование, подготовка за живота на възрастния човек;
- Духовни потребности – свобода на мисълта, съвестта и религията, доброта, красотата, любов, мир и други.

Може да направим извода, че всички деца до известна степен се сблъскват с риск поради незадоволяване на основните групи потребности.

Основните принципи на закрила на детето, разгледани в чл. 3. от Закона за закрила на детето са следните:

- Зачитане и уважение на личността на детето;
- Отглеждане на детето в семейна среда;
- Осигуряване по най-добър начин на интересите на детето;
- Специална закрила на дете в риск или с изяви дари;
- Насърчаване на доброволното участие в дейностите по закрилата на детето;
- Подбор на лицата, пряко ангажирани в дейностите по закрила на детето, съобразно техните личностни

- И социални качества и грижа за тяхната професионална квалификация;
- Временен характер на ограничителните мерки;
- Контрол по ефективността на предприетите мерки.

В своята разработка ще разгледам по-подробно основните подходи в сферата на социалната работа с деца в риск за превенция на изоставането и деинституционализацията на деца от специализирани институции и реинтеграцията им в общността са, а именно:

- Подход за превенция на изоставането на деца и настаняването им в социални услуги я общността или специализирана институция за предоставяне на социални услуги

- Подход на реинтегриране на дрте от специализирана институция за предоставяне на социални услуги в биологичното или разширеното семейство

1. Подход за превенция на изоставането на деца и настаняването им в социални услуги я общността или специализирана институция за предоставяне на социални услуги

Този подход цели да се окаже съдействие, подпомагане на детето и предоставяне на услуги в семейна среда за да може да се предотврати настаняването му в социална услуга в общността (приемна грижа или социална услуга в общността от резидентен тип) или в специализирана институция за предоставяне на социални услуги. Прилага се при съществуващ реален риск от изоставане на детето. рискът се разглежда в две основни направления, които се отнасят до социалния и здравния статус на семейството и неговите членове и изразеното отношение и намерения или предприети конкретни действия за изоставане на детето. Гореспоменатите рискове са представени в таблица 1 [2].

Таблица 1

<i>Риск, свързан със социалния и здравния статус на семейството и неговите членове</i>	<i>Риск, свързан с изразеното отношение и намерения или предприети конкретни действия за изоставане на детето</i>
• починали родители; • съжителстващи на семейни начала родители с проблеми във взаимоотношенията; • разделени родители, които не поддържат връзка помежду си; • човек, който полага сам грижи за отглеждането и възпитанието на детето; • хронично заболяване или увреждане на детето; • сериозни здравословни проблеми или увреждане на родител; • липса на целогодишни финансови доходи от трудови възнаграждения;	• членовете на семейството реагират противоречиво на поставени въпроси относно важността за извеждането на детето от семейна среда; • възрастен член на семейството коментира в близкото обкръжение или в общността възможността за настаняване на детето в социална услуга в общността или в специализирана институция; • семейството е настанявало друг свое дете в социална услуга в общността или в специализирана институция; • семейството обсъжда необходимостта от настаняване на

• жилище под наем и честата му смяна поради финансови проблеми; • непоемане на отговорност за образователните потребности на детето; • липса на подкрепяща социална мрежа от близки и приятели; • недобра атмосфера в семейството; • семейството не е в състояние да осигурява основните жизнени потребности на детето.	детето си в социална услуга в общността или в специализирана институция; • родителите предприемат конкретни действия.

Технологичният процес се изразява в :

- получаване на информация или заявление за ползване на социална услуга;
- проверка на сигнала или преглед и оценка на заявлението;
- изготвяне на доклад и оценка;
- отваряне или затваряне на случая в зависимост от анализа и оценката на ресурсите на семейството и нивото на риск;
- изготвяне на план за действие;
- реализиране на плана за действие по стъпки;
- окончателен преглед и оценка на плана за действие и постигнати резултати;
- приключване на случая.

2. Подход на реинтегриране на дете от специализирана институция за предоставяне на социални услуги в биологичното или разширеното семейство

Ориентиран е към реализиране на процес на връщане на дете от специализирана институция за предоставяне на социални услуги в биологичното или разширено семейство след извършването на определен обхват от действия.

Технологичният процес за реализация на този подход включва следните етапи на социална работа:

- Работа със семейството – извършва се оценка на риска на детето в семейството; оценка на потребностите и капацитета на родителите да се грижат за детето; подходяща жилищна среда, трудова заетост и доходи на родителите за задоволяване на потребностите на семейството;
- Работа с детето- получаване на първоначална информация за детето; оценка на детето и оценка на потребностите на детето;
- Изготвяне на план за грижи;
- Прединтеграционна дейност – подготовка на детето за връщане в биологичното семейство или разширено семейство; директна работа с родителите или на разширеното семейство;
- Реализиране на реинтеграцията;
- Постинтеграционна дейност – изготвяне на план на постинтеграционна работа; включване на детето в групи за работа с деца; включване на родителите или на разширеното семейство в групи за работа с родители на реинтегрирани деца.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение мога да кажа, че е необходимо подпомагането на децата в риск, чрез насърчаване на социалната им интеграция и личностна реализация, подобряване на условията на живот на децата в риск, оказването на подкрепа и осъществяването на сътрудничество с обществени институции и други организации, с цел промяна живота на децата в риск, както и тези, които са лишени от родителска грижа, тяхното извеждане от анонимност и помощта те да се превърнат в здрави,

независими и продуктивни членове на своята общност и на света. Важна е и ролята на семействата в постигане на благополучие и добро развитие за деца, живеещи в ситуация на риск. Необходимо е и тяхното мотивиране да участват в справянето с проблемите, да партнират на социалните центрове и да бъдат активни носители на промяна.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Закон за закрила на детето

[2] Нунев, С. Социална работа с деца в риск. Лекционен курс. Русе, 2016.

За контакти:

Гизям Бафирова Чолакова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, специалност „Социални дейности“, III курс, редовна форма на обучение, тел.: 0883 200 666, e-mail: gizyam_cholakova@abv.bg

Научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев, Русенски университет „Ангел Кънчев“, катедра „Обществено здраве и социални дейности“, тел: 0886 802 466, e-mail: sasho_nunev@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Същност и принципи на социалната работа с групи

автор: Ивайло Любенов

научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев

Abstract: *In my scientific work i am going to present you the main point of the social work connected with the content, the technological specificities, consisted of groups and proper classification, depending on the aim. The process of forming those groups, their structure and the content of that activity has also been taken into account. It is an interesting fact, that the social work has been divided as a separate professional activity since 19th century in the USA. There, the social work connected with groups has been admitted as an independent method of the social activity since 1930. Briefly presented, it is a helping activity, which uses the group process as well as the dependence between the members of that group. On the whole, the interaction between the members and the group work rely on the general interests and the aims of the whole group, which leads to unification of the efforts of similar referring problems.*

Keywords: *social work, social group work, groups, social worker.*

ВЪВЕДЕНИЕ

В моя научен труд ще Ви представя същността, съдържанието, технологичните особености на социалната работа с групи и класификацията в зависимост от целта. Разгледан е и процесът на формиране на групите, структурата и съдържанието на тази дейност. Формира се като професионална дейност още от XIX век в САЩ. Там тя е призната като самостоятелен метод на социалната работа през 1930 година. На кратко представена тя е помагача дейност, използваща груповия процес, както и зависимостта между членовете на групата. Взаимодействието между членовете и груповата работа като цяло се уповават на общите интереси и цели на цялата група, което води до обединяване на усилията за справяне със сходни по характер проблеми. Социалната работа с групи е изключително често използван модел на социална работа. **Тя е хуманен, демократичен и динамичен начин да бъдат подпомогнати хората в постигането на желани от тях промени в живота** [1]. Днес социалните работници активно използват групата като среда и система за взаимопомощ при хора от различни възрасти и области на живота, за да подобрят социалното си функциониране и да се справят по-успешно с проблемите си. Изключително важна е ролята на социалния работник в груповия процес и взаимодействие. **Социалният работник, като агент на промяната и предоставящ подкрепа и помощ на хора от определени целеви групи, притежава образователно-квалификационна подготовка, която му позволява да работи с индивиди, семейства, групи и общности и да допринася за реализиране на промени в обществото** [1]. Дейността му се характеризира с осъществяване на планирана промяна на отделните равнища на социална работа и с различни групи клиенти [1].

ИЗЛОЖЕНИЕ

В наши дни социалната работа с групи се разглежда като професионална дейност за подпомагане на **индивиди, групи и общности**, която изисква **познаване на човешкото развитие и поведение в социалната среда**, както и **социалните, икономическите, здравните и образователните институции** и тяхното функциониране в контекста на обществената система. Тя представлява практика, чрез която се прилага система от техники, принципи и ценности, които се прилагат в социалното подпомагане чрез предоставяне на различни видове социални услуги и помощи, както и индивидуално, семейно или групово консултиране, закрила на детето, социална рехабилитация и интеграция на хора с

увреждания, стимулиране на заетостта, интегрирани здравни и социални услуги, национално и локално нормотворчество в сферата на социалните дейности.

1. Разгърнато определение за социална работа с групи

В разгърнат вид социалната работа с групи може да бъде представена като **целенасочена дейност с малки групи** за предоставяне на подкрепа и помощ насочена към задоволяване на точно фиксирани потребности и разрешаване на определени проблеми. Тази дейност е ориентирана, както към отделните членове, така и към групата като среда за взаимопомощ в рамките на системата за предоставяне на социални услуги. Водещи в тази насока, от една страна са помощта за клиентите да се социализират и да постигнат промяна и развитие, а от друга страна – групата да се формира като подкрепяща и насърчаваща развитието микросреда [1]. Социалната работа с групи се осъществява от специалисти и професионалисти квалифицирани за осъществяването на дейността, а именно социални работници с добра професионална практика, предоставящи този вид социална услуга. Тя има предназначението да окаже помощ в индивидуален и групов план за справяне с проблеми, решаване на задачи и е възможно да бъде с терапевтична насоченост. В зависимост от спецификата на трудностите, за чието решаване е формирана групата, тя има видове своеобразие – например, за обучение, за усвояване на социални умения, за терапия, и други [пак там]. Реализира се в условията на малка група и предоставя възможност на членовете да си взаимодействат и да осъществят **обмен на опит, мисли, чувства и преживявания** изправени очи в очи един с друг по вербален и невербален начин, както и чрез помощта на съвременни средства и технологии, като компютърни мрежи, аудио и видео връзки и т.н.. Дейността на социалния работник в условията на група е с двуаспектна насоченост - към отделните членове и към групата като цяло. Някои автори и изследователи поставят различен акцент, определяйки като основна система на клиента групата или нейните членове [2]. В тази насока е необходимо да се отбележи, че и двата субекта имат своите истории, модели на развитие, потребности, цели и характерни модели на поведение, които са от значение за социалния работник. Това означава, че както на отделните членове, така и групата, изискват неговото професионално внимание и активност [1]. Групите съществуват в рамките на дадени системи като техни подсистеми, а заедно с това те функционират съвместно с други системи в общността и обществото и в тези условия директно или индиректно те търпят и паралелно с това оказват влияние върху тях. Съществено въздействие върху целите и реализацията им оказва определената социална услуга, представляваща подсистема от системата на социалните услуги. От друга страна не трябва да се пренебрегва влиянието на групите върху мисията, целите, ресурсите и политиката на социалната услуга, в която се осъществява социална работа с тях. Една група може да стане катализатор за промени в политиката и процедурите на дадена социална услуга [пак там].

2. Ценности на социалната работа с групи

При реализирането и участието на и в социална работа с групи трябва да се спазват определени **ценности** на дейността, както и етични принципи между членовете на групата и груповия водещ:

А. Базови ценности на социалната работа с групи [1]:

- **проява на уважение и зачитане на достойнството** – от съществено значение е зачитането на достойнството на членовете на групата, независимо от това в каква степен те са приемани или отхвърляни от

обществото. Оценяване и приемане на приноса членовете за функционирането и развитието на групата и съобразяване с етичните принципи на социалната работа;

- **солидарност и взаимопомощ** – помагащите взаимоотношения в групата са важни за промяната, растежа и развитието на нейните членове. Те задоволяват нуждите им от човешки контакти и свързаност и заедно с това насърчават чувството за единство и принадлежност към общността;
- **овластяване** – групата притежава ресурси да помогне на своите членове и тя създава среда и предоставя възможност да си помагат взаимно и да изпитат удовлетворение от постигнатите индивидуални и групови резултати;
- **разбирателство, уважение и приятелство между хората от различни среди** – групата притежава среда и възможности за обогатяване на своите членове, запознавайки ги с хора от различни среди и култури. Уважението и разбирателството нарастват при развитие и задълбочаване на взаимоотношенията в групата. В тази насока един от значимите аспекти на социалната работа в група е, че допринася за ограничаване на противоречията, неразбирателството и предразсъдъците сред хората от различни социални и културни среди.

Б. Ценности на социалната работа с групи [1]:

- участие в позитивни и недискриминиращи взаимоотношения с хора от различна раса, религия, култура, възраст, пол, произход, социален статус и пр. в групата;
- партниране и съвместно вземане на решения, базиращи се на принципите на демокрацията и социалното включване;
- предоставяне на възможност за проява на индивидуална инициатива в рамките на групата;
- право на свобода на участие, включително и на изразяване на мислите и чувствата по въпроси, които засягат отделни членове или групата като цяло, както и право на участие в процеса на групово вземане на решения;
- високо ниво на индивидуализиране в група, позволяващо отчитане на спецификата на потребностите, проблемите и личностното своеобразие на всеки член.

В. Етични принципи на социалната работа с групи [3]:

- използване на процедури за избор на членове на група, които позволяват потребностите и целите им да се изпълнят в условията на груповата работа;
- подпомагане на членовете на групата да реализират приетите цели в груповата работа;
- осигуряване на условия за поверителност на информацията, споделяна и придобивана в груповата работа;
- защита от физически заплахи, шантаж, налагането на позиции и ценности от страна на социалния работник и членове на групата, както и други форми на принуда и натиск, които не съответстват на целите и ценностите на груповата работа;
- формиране на взаимоотношения в групата, характеризирани със справедливост и равнопоставеност;
- неизползване на членовете на групата от социалния работник в личен интерес;

- *подходящо насочване на член, когато потребностите му не могат да бъдат удовлетворени в групата;*
- *ангажиране на социалния работник с текущи прегледи, оценяване и оценки на развитието на членовете, за да се гарантира, че груповата работа допринася за удовлетворяване на потребностите и постигане на целите им.*

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Социалната работа с групи е един от най-често използваните методи на социална работа. Тя е един изключително хуманен и ефективен начин да бъдат подпомогнати хората в постигането на желаните от тях промени.

В съвременната динамика на социалната работа специалистите социални работници активно използват групата като среда и система за взаимопомощ при хора от различни възрастови групи и области на живота и обществото, за да подобрят качеството си на социално функциониране и да се справят по-успешно с проблемите си.

Социалната работа с групи се използва в различни видове направления на социалните услуги, както и в областта на социалните и здравните дейности, в които се реализира и социалната работа.

ЛИТЕРАТУРА:

[1] Нунев, С., Лекционен курс по Методи на социална работа – втора част. 2015. – Web Site: <http://socialaffairsru.tk>

[2] Rose, S. D., & LeCroy, Craig W. (1991). Group methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping People Change: A Textbook of Methods*, New York: Pergamon Press.

[3] Douglas, T. (1976). *Group Work Practice*, International Universities Press, New York.

За контакти:

Ивайло Любенов, студент – редовно обучение, Специалност „Социални дейности“, Катедра „Обществено здраве и социални дейности“, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел.: 0877 368 456, e-mail: ivailolubenovv@abv.bg

Научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев, Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра „Обществено здраве и социални дейности“, e-mail: sasho_nunev@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Кинезитерапия при фрактури на раменната кост

автор: Мейлин Сали

научен ръководител: ас. д-р Юлияна Пашкунова

The socially – economic aspects of these injuries, their high frequency and frequent complications determine a physiotherapy treatment as highly actual. All of this, as well as increased requirements for faster healing, raises the issue of making rational approach to treatment of these fractures. The purpose of this is the full physical and mental restoring the health of patients for short periods.

Keywords: injuries, humerus (shoulder bone), physiotherapy, treatment.

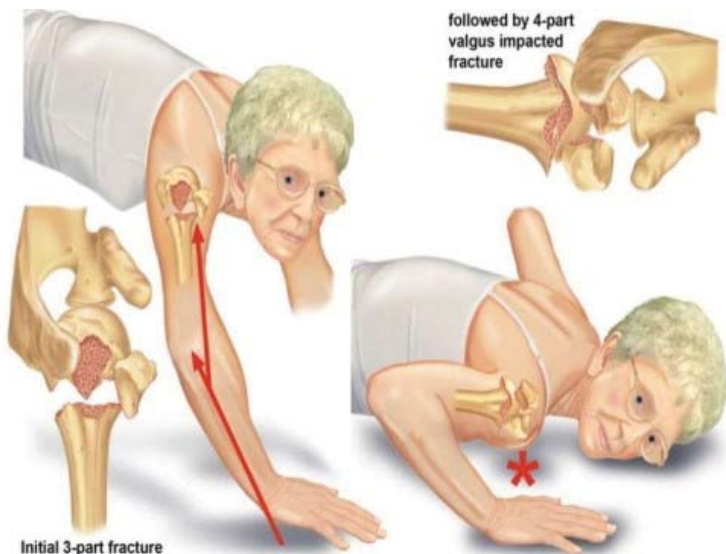
ВЪВЕДЕНИЕ

На счупването на раменната кост се падат около 6% от всички фрактури. Те са разпределени приблизително равномерно в трите основни части на костта – по 1/3 в проксималния участък, в диафизата и в дисталния край. Те могат да бъдат разместени и неразместени. Освен това, тези в областта на проксималната и дисталната епифиза могат да бъдат втреставни и извънставни.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Счупвания в проксималния край на раменната кост

Счупванията в проксималния край, засягат раменната кост от ставата до залавното място на m. pectoralis major. Имат характерно възрастово разпределение – между 20- и 30- годишна възраст и над 60-годишна възраст. При първата група преобладават мъжете, а при по-високата възрастова група – жените. При децата могат да се наблюдават епифизиолизи. Предизвикващата ги травма може да бъде директна и индиректна. Към директна травма се отнася най-често падане върху рамото, а при индиректна – върху лакътя или ръката, при изправен в лакътната става крайник - фиг. 1.



Фиг. 1. Счупване в проксималния край на раменната кост

Те биват 4 вида [1, 2]:

Счупвания на главата на раменната кост и анатомичната шийка: това са вътреставни счупвания предизвикани от индиректна травма. Този вид фрактури са сравнително по редки и могат да бъдат многофрагментни или да се отнасят само до фисури без размествания. Това, че са вътреставни вече определя тяхната тежест и прогноза [1].

Клинична картина: Понякога тя може да бъде сходна с тази при тежка контузия на рамото. Наблюдава се значителен оток, силна болка, както при натиск, така и при опит за движение. Налице са данни за хемартроза. Могат да се доловят крепитации. Няма данни за скъсяване на крайника [1,2]. Рентгенографията дава данни за точната локализация, вида на фрактурата и разместването на фрагментите.

Лечение: Когато няма данни за разместване на фрагментите, е необходимо крайникът да се имобилизира с абдукционна шина за около 2 седмици. Особено при възрастните хора е необходимо раздвижването да започне сравнително рано, веднага след сваляне на имобилизацията, поради опасност от развитие на абдукционна контрактура [3]. При разместени счупвания се налага репозиция и имобилизация. Тук също важи правилото за ранно раздвижване, особено при възрастните хора, като се има предвид вътреставния характер на тези счупвания. При фрактури-луксации следва едновременно да се репонират луксацията и фрактурата и при неуспех от безкръвното наместване се прибегва към оперативна репозиция [3].

Счупване в областта на хирургичната шийка:

Те възникват по индиректен механизъм, при падане върху отведен горен крайник. В зависимост от получената дислокация на фрагментите се различават *абдукционни* и *аддукционни* фрактури. Обикновено те са вклинени и поради това са относително стабилни [1,2]. При абдукционния тип ъгълът, който сключват двата фрагмента, е отворен навън и назад, а при аддукционните – медиално и също назад.

Клинична картина: Тя носи белезите на едно счупване: болка, оток и функционална немощ. При вклинените фрактури могат да липсват крепитации. В зависимост от разместването на фрагментите могат да се наблюдават и допълнителни клинични белези. *При абдукционния тип* ъгловата деформация предизвиква изпъкване на делтовидния мускул отпред под акромиона. Това може да прилича на предна луксация. Но за разлика от нея главата на раменната кост е на мястото си в гленоидалната ямка, а и рентгенографията потвърждава това. *При аддукционните счупвания* също се наблюдава изпъкване на делтовидния мускул поради съществуващия и тук ъгъл, отворен назад, но крайникът е по силно приведен към тялото. *При вклинени счупвания* без дислокация тази симптоматика по понятни причини е по бедна и може да наподобява контузия. Рентгенографията дава точна представа за локализацията и вида на счупването, както и за степента на разместването [1,2].

Лечение: То е в зависимост от степента и вида на разместването, както и от възрастта на болния. При вклинени и неразместени или незначително разместени фрагменти се прави имобилизация с превръзка на Дезо (Desaux) или с митела за 2-3 седмици [3]. При аб- и аддукционните фрактури, които преобладават при по възрастните хора, се налага първо да се репонират фрагментите под обща или локална анестезия. След постигането на репозицията крайникът се имобилизира с гръдно-ръкавен гипс за 45 дни или оперативно с различни остеосинтезни средства [1].

Кинезитерапия при фрактури в проксималния край на раменната кост:

Кинезитерапията се разделя на три периода.

Първи период (максимално протективна фаза) - около седмица след сваляне на имобилизацията.

Целта на кинезитерапията е преодоляване на болката в покой и при движение и потискане на защитния мускулен гард.

Задачи на кинезитерапията:

1. Намаляване на следтравматичния оток, болка и подобряване на трофиката на травмираното рамо. *Средства:* криопроцедури, съчетани с лечение с положение и упражнения тип мускулна помпа на ръката по 2-3 пъти на ден за 4-6 мин.
2. Намаляване на мускулния гард и възстановяване на контрола върху мускулното действие. *Средства:* мануално инхибиторни техники за остър период без стречинг във фазата на релаксация с внимателно, дозирано мануално съпротивление и добра фиксация. Както и релаксиращи упражнения и техники (осцилаторни движения – трептения, пружиниране в крайния сектор на движение) [4].
3. Профилактика на ставните мекотъканни контрактури, поддържане подвижността и трофиката на гленохумералната става. *Средства:* внимателни контролирани пасивни движения в равнината на скапулата при добра стабилизация, пендуларни упражнения, суспендирани активно-асистирани упражнения от облекчено изходно положение в клетката на Роше и на стенна макара, внимателни ставно-мобилизационни техники 1,2 степен – тракция на гленохумералната става.
4. Поддържане на обема на движение и мускулната сила на съседните стави. *Средства:* активни упражнения, упражнения тип мускулна помпа.
5. Намаляване на мускулната атрофия и поддържане на мускулите двигатели на мишницата, сухожилията и ставната капсула. *Средства:* мануални, изометрични контракции, съобразени с типа фрактура.
6. Профилактика на порочната стойка и поддържане на цялостно функционална активност. *Средства:* обучение в постурален контрол при ДЕЖ пред огледало, обучение на пациента да избягва противопоказни позиции и движения в ДЕЖ, ходене пеша с умерена интензивност, като се фокусираме върху по-голям размах на ръцете и постурален контрол на тялото [4].
7. Възстановяване на нормалния скапуло-хумерален ритъм. *Средства:* мануална мобилизация на лопатката във всички посоки от страничен лег върху здравата страна, активни и резистивни упражнения за скапулоторакалните мускули, които пациентът изпълнява няколко пъти дневно [4].

Втори период (умерено протегтивен период) – около две седмици след сваляне на имобилизацията до втория месец. Основните фактори, които са характерни за тази фаза са ограничен обем на движение и мускулен дисбаланс.

Целта на кинезитерапията е възстановяване на нормалната артрокинематика на травмирания горен крайник.

Задачи на кинезитерапията:

1. Възстановяване мобилността на меките тъкани и преодоляване на остатъчния мускулен гард и дисбаланс. *Средства:* мобилизационен, позиционен автостречинг, мануални мобилизационни техники, активни мускулни инхибиторни техники (ПИР).
2. Подобряване стабилността на ставата и развиване на адекватна мускулна стабилизация и контрол. *Средства:* ритмична стабилизация, мултиангуларни изометрични контракции, ексцентрични упражнения в отворена кинетична верига.
3. Възстановяване на нормалната артрокинематика на раменния комплекс. *Средства:* мобилизации на Mulligan, ставно мобилизационни техники съчетани с движение.

4. Възстановяване на обема на движение. *Средства*: суспензионна терапия, активни упражнения, изотонични упражнения в отворена кинетична верига, пендуларни упражнения с лека тежест с постепенно изправяне на трупа.
5. Нормализиране на скапулохумералния ритъм. *Средства*: ставни мобилизации.
6. Възстановяване на нормалния синергизъм между двигателите и стабилизаторите в раменния комплекс. *Средства*: упражнения в затворена кинетична верига, активни упражнения.
7. Увеличаване на мускулната сила. *Средства*: резистивни упражнения, диагонали по Kabbat, ДЕЖ.

Трети период (минимално протективен) – започва от края на втория месец и продължава до края на 6-7 месец след сваляне на имобилизацията.

Целта на кинезитерапията е възстановяване на нормалната функция на горния крайник и връщане трудоспособността на пациента.

Задачи на кинезитерапията:

1. Преодоляване на остатъчния двигателен дефицит. *Средства*: стречинг, ритмична стабилизация и/или ПИР.
2. Увеличаване на мускулната сила и баланс. *Средства*: упражнения с уреди и на уреди в затворена кинетична верига, резистивни упражнения в отворена кинетична верига с постепенно увеличаване на съпротивлението.
3. Възстановяване на функционалната цялост на горния крайник. *Средства*: диагонали на Kabbat срещу съпротивление, Вгуггер упражнения.
4. Увеличаване на издръжливостта на горния крайник, чрез увеличаване продължителността на времето на процедурите.
5. Подобряване на координацията, бързината и скоростта на движение. *Средства*: плиометрични упражнения (хвърляне и ловене на топка) [4].

Счупване в областта на диафизата на раменната кост

Тези фрактури са характерни за зрялата възраст. Причина за възникването на този чест тип счупвания са директни или индиректни травми. При директна травма най-често се наблюдава напречна фрактура на диафизата, докато при индиректна травма се наблюдават коси или спирални фрактури. Разместването може да бъде различно. То зависи не само от посоката на действащата сила, но и от мястото на фрактурата, тъй като залавящите се за костта мускули играят съществена роля за вида на дислокацията на фрагментите [1,2].

Клинична картина: Тя се характеризира с болка, патологична подвижност и крепитации. Вижда се деформация в мястото на фрактурата, чийто изглед се определя от начина на разместване на фрагментите. Още в първите часове се появява голям хематом, който отцветява в синьо-виолетово околната кожа и се спуска към лакътната област [1,2].

Лечение: Консервативното лечение е с гърдноръкавен гипс, при абдукция в раменна става от 45 градуса, флексия 30 градуса и лека външна ротация, 90 градуса флексия в лакътна става и неутрално положение спрямо супинация и пронация. Оперативното лечение се осъществява с плаки, винтове, интрамедуларна остеосинтеза [3].

Кинезитерапия при фрактури на диафизата на раменната кост:

Целта на кинезитерапията е максимално функционално възстановяване на пострадалата част.

Имобилизационен период:

Задачи на кинезитерапията:

Общо тонизиране и психоемоционално повлияване на пациента, стимулиране на калусообразуването, подобряване на трофиката на тъканите, кръво- и лимфоток, обучение в ДЕЖ. *Средства*: общо развиващи упражнения, дихателни упражнения, контралатерална тренировка, лечение с положение, почукване по

надлъжната ос на костта, масаж за свободните от имобилизацията стави, след десетия ден изометрични контракции за мускулите под гипс.

Ранен следимобилизационен период: Продължава до две седмици след сваляне на имобилизацията. На лице са болка, оток, мускулна слабост, мускулна хипотрофия, намален обем на движение.

Задачи на кинезитерапията:

Общо тонизиране и психоемоционално повлияване, намаляване на болката и резорбция на отока, преодоляване на мускулния дисбаланс, подобряване на обема на движение, увеличаване на мускулната сила. *Средства:* масаж, криотерапия, водолечение, пасивни упражнения, автоасистирани упражнения, активно асистирани упражнения, упражнения от облекчено изходно положение, ПИР, реципрочна инхибиция, елементи от ПНМУ, изометрични и изотонични упражнения, стречинг на меките тъкани, ДЕЖ. Процедурите се провеждат по един, два пъти дневно с продължителност от 20/45мин.

Късен следимобилизационен период: Продължава до пълното функционално възстановяване на пациента. Характеризира се с болка след тъканно съпротивление, наличие на ставни или мекотъканни контрактури, не пълно възстановен обем на движение, мускулна слабост и невъзможност за изпълнение на определени дейности.

Задачи на кинезитерапията:

1. Увеличаване на мекотъканната, ставна и мускулна мобилност. *Средства:* пасивен стречинг и масаж за меките тъкани, пасивни ставномобилизационни техники за стави, ставна капсула и лигаменти, ПИР и реципрочна инхибиция за мускулите.
2. Корекция на нарушената ставна механика. *Средства:* стречинг за хипертоничните мускули и резистивни упражнения за хипотоничните. Упражнения в затворена и отворена кинетична верига, за възстановяване на правилния двигателен стереотип.
3. Увеличаване на мускулната сила и баланс. *Средства:* активни упражнения с уреди и на уреди, упражнения срещу съпротивление, упражнения в отворена и затворена кинетична верига.
4. Тренировка на издръжливостта, чрез увеличаване времето и броя на упражненията.
5. Връщане трудоспособността на болния. *Средства:* ДЕЖ, трудотерапия, спорт [4].

Счупване в дисталния край на раменната кост

Причина за тези счупвания почти винаги е индиректна травма. Те се делят на две основни групи: извънставни (супракондилни) и вътреставни [1].

Извънставни (супракондилни) счупвания: те са най-честият и характерен тип фрактури в дисталната част на мишничната кост. Локализирант се в метафизарната зона над мишничните епикондили. Наблюдават се по-често у деца между 5- и 10-годишна възраст [1]. В зависимост от механизма на травмата и разкъсването на фрагментите супракондилните фрактури биват екстензионни и флекссионни. Съотношението между двата типа е 14:1.

Клинична картина: Болният държи увредения крайник със здравата си ръка. Областта на ставата е отточна. Движенията в лакътна става са силно болезнени. В началото, преди отокът да е много голям, се вижда напречна бразда отзад над олекранона, поради типичното раз местване на дисталния фрагмент назад. Необходимо е спешно изследване на пулса на а. radialis. Той е показател за това, дали има увреждане на а. brachialis от проксималния фрагмент, което може да доведе до възникване на исхемична контрактура на Фолкман. Точната диагноза се поставя чрез рентгенографичното изследване в две перпендикулярни плоскости – фас и профил [1,2].

Лечение: Особено при екстензионния тип, лечението трябва да започне по спешност, като се имат предвид възможностите за съдови и нервни лезии от разместените фрагменти. При разместените фрактури се налага по спешност репозиция на разместените фрагменти под обща анестезия и задържане на постигнатата корекция с гипсова лонгета или гръдно-ръкавен гипс [1,3].

Вътреставни счупвания:

Този вид фрактури в дисталната мишнична епифиза са сравнително чести, разнообразни и представляват тежко травматично увреждане, което завършва с различни по тежест нарушения в функцията на лакътната става. Причина за това са сложната анатомична конструкция на ставата, която трудно се възстановява с точност след фрактурата, както и предразположението към образуване на параартикуларни осификати, блокиращи след това движенията ѝ. Най-честата причина е директната травма.

Клинична картина: тя показва признаци на едно вътреставно счупване. Това включва значителен оток в областта на ставата с невъзможност за движения в нея, усещане за крепитации и силни болки. При пункция на ставата се открива кръв с мастни капки от фрактурираната спонгиозна кост [1].

Лечение: когато фрактурата е неразмествена или разместването е незначително, особено при деца, които имат големи адаптационни способности, лечението е безкръвно. За 20 дни се поставя гипсова шина от аксиларната ямка до основата на пръстите при флексия в лакътна става от 90 градуса и предмишницата в положение между пронация и супинация. При дислокация на фрагментите се налага точното им анатомично релониране. Това може да стане или чрез директна екстензия през олекранона, или при деца чрез перкутанно заигляне с киршнерови игли [1,3].

Кинезитерапия при фрактури в дисталния край на раменната кост:

Максимално-протективна фаза на възстановяване /непосредствен следимобилизационен период/: този период започва след сваляне на имобилизацията и продължава около една седмица. В лакътната става е налице оток, болка и мускулен гард, които са основните фактори за нарушената ставна подвижност и мускулна сила [4].

Задачите на кинезитерапията през този период са насочени главно към преодоляването на тези проблеми:

1. Преодоляването на следтравматичния оток и болка, и подобряване на трофиката на травмирания лакът.
2. Преодоляване на рефлекторния болков мускулен гард и възстановяване на контрола върху мускулното действие.
3. Възстановяване функцията на раменна и киткена става на засегнатия крайник.

Средства: лечение с положение, криотерапия и/или водолечение с температура на водата 37 градуса, внимателни контролирани пасивни движения, ставна тракция и ставна игра, изометрични контракции от безболезнена позиция, ПИР, активно-асистирани движения, свободни активни упражнения в пълен обем и упроявения срещу съпротивление за раменна и киткена става.

Умерено-протективна фаза на възстановяване /ранен следимобилизационен период/: след провеждане на първите 4-5 процедури спецификата на функционалния дефицит се променя. Според капсулния модел на лакътната става флексията се ограничава повече от екстензията. Отокът и мускулният гард са значително редуцирани и обемът на движение е възстановен, но не е в нормални граници. Основният фактор, ограничаващ пълното възстановяване на ставната подвижност са формираните по време на имобилизацията контрактури и сраствания [4].

Задачите на кинезитерапията през този период са:

1. Преодоляване на остатъчния мускулен гард и недопускане на прояви на мускулен спазъм.
2. Възстановяване на нормалната артрокинематика на лакътния комплекс.
3. Преодоляване на мекотъканните контрактури и увеличаване на обема на движение на лакътната става.
4. Възстановяване на мускулната функция.
5. Предотвратяване на следоперативните сраствания и ретрахирането на цикатриксите.

Средства: мобилизационен стречинг; мобилизации по Mulligan; активни упражнения; мускулно-инхибиторни техники (постулеснителен стречинг по Janda, реципрочна инхибция, ритмична стабилизация за лакътна става); изотонични упражнения срещу мануално съпротивление в отворена кинетична верига за всички основни движения на лакътния комплекс; упражнения срещу съпротивление от уреди; упражнения срещу съпротивление по комбинирани оси на движение и в няколко стави от кинетичната верига на горния крайник едновременно; упражнения за мускулите на китката с включване на изометрична компонента и ексцентрично усилие; упражнения от вис и опора.

Минимално-протективна фаза на възстановяване /късен следимобилизационен период/: тази фаза започва 4-5 седмици след сваляна на имобилизацията и продължава до максимално функционално възстановяване на увредения крайник [4]. Периодът се характеризира с двигателен дефицит, свързан предимно с невъзстановена мускулна сила и ограничена подвижност в крайните сектори на движение. Може да се наблюдава различна степен на ставна нестабилност. Невъзможно е пълноценното извършване на ДЕЖ.

Задачите на кинезитерапията са:

1. Максимално увеличаване на активния обем на движение в лакътната става.
2. Възстановяване на силата и на физиологичния синергизъм на мускулите на раменна, лакътна и киткена става.
3. Интегриране на травмирания лакът в активните движения на целия горен крайник.

Средства: прогресирането на силовата тренировка се основава на плавно преминаване от субмаксимално към максимално съпротивление при изпълнение на упражненията. Преминаване от контролирани към свободни концентрични и ексцентрични упражнения за координационно взаимодействие в отворена и затворена кинетична верига. Увеличаване на времетраенето на лечебните процедури и скоростта на изпълнение на упражненията [4]. За преодоляване на остатъчните мекотъканни контрактури прилагаме освен мобилизационния стречинг и директна мекотъканна мобилизация от позиция на максимална флексия или екстензия. За поддържане и увеличаване ефекта от кинезитерапевтичната процедура включваме автостречинг. За максимално ефективно възстановяване на комплексния функционален интегритет в цялата кинетична верига на горните крайници и раменният пояс, прилагаме упражнения срещу съпротивление в затворена кинетична верига, при достигнат безболезнен функционален обем на движение и адекватна мускулна стабилизация. Използваме упражнения на гимнастическа стена – приближаване и отдалечаване, латерално изместване и ротации на трупа. Първоначално увеличаваме натоварването чрез промяна на изходното положение на пациента, а в последствие чрез прилагане на външно съпротивление от наша страна, докато пациентът се опитва да задържи позицията си [4].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ранното кинезитерапевтично лечение дава възможност за оптимално възстановяване на функционалното състояние на крайника и бързо възвръщане на трудоспособността на болния, както и за предотвратяване развитието на усложнения.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Владимирев, Б. Ортопедия, Травматология и Ортотика. „Знание“ ЕООД, Ст. Загора., 2000.
- [2] Ганчев, М. Травматология на опорно-двигателния апарат. К&М, С., 1995.
- [3] Тивчев, П. Фрактурите - диагностика и лечение. Венцил, С., 2002.
- [4] Попов, Н., Ев. Димитрова. Кинезитерапия при ортопедични заболявания и травми на горния крайник. НСА, С., 2007.

За контакти:

Мейлин Сали, Русенски университет „Ангел Кънчев“, Специалност „Кинезитерапия“, е-mail: meylinbenan@gmail.com

Научен ръководител: ас. д-р Юлияна Пашкунова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, Катедра „Обществено здраве и социални дейности“, тел. 0889/255301, е-mail: urashkunova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Детерминанти и социални фактори на девиантното поведение

автор: Дияна Пеева

научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев

Abstract: *The report examines the determinants of deviant behavior, social factors for the emergence and its formation, as well as some of the sociological theories of the formation of deviant behavior. Are considered internal and external factors that may deterministic deviant behavior. Are analyzed and some of the theories about the behavior of some of the most prominent representatives of structural functionalism in sociology. Discusses the concept of anomie theory of voltage - anomie theory of differential association. Described possible ways of adaptation related to acceptance or rejection of social objectives, legal and institutionalized means to achieve them.*

Keywords: *determinants of deviant behavior, social factors of deviant behavior, sociological theories for the formation of deviant behavior.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Човешкото поведение представлява осъществяване на непосредствен контакт на субекта със средата. То е относително самостоятелно по отношение на психиката, регулирайки се автономно. Поведението има биогенетични предпоставки, но в своята същност е повече придобито и социокултурно обусловено.

Поведението е в тясна връзка със социализацията. Социализацията е процес на формиране на индивида като личност, което включва биологично, социално и психично развитие. Съществен факт е, че човек се променя под непрекъснатото влияние на социалната среда, т.е. поведението на индивида е продукти функция на тази среда.

Социалното поведение е „съвкупност от действия и постъпки, които са социално утвърдени и са в синхрон с действащите в дадено общество норми и ценности“ (И. Карагъзов). Когато е налице поведение, излизащо от рамките на действащите социални норми, говорим за девиация. Самият термин „девиация“ има латински произход – от *deviare* и означава „отклонение от социалните норми“. Този тип поведение има широкоспектърно значение за обозначаване на действия насочени към отхвърляне на общоприети правила и норми, установени в обществото. Девиациите се появяват в резултат на психически деформации или нарушено взаимодействие със социалната среда. Чрез тях може да се опише и направи оценка на индивидуалния начин на живот, както и на стила на живот на дадена социална група. [1].

ИЗЛОЖЕНИЕ

1. Детерминанти на девиантното поведение

В съвременната теория и практика девиантното поведение се разглежда като специфична и сложна форма на социално поведение на човека, която се определя от множество взаимосвързани помежду си фактори. Детерминантите на девиантното поведение представляват съвкупността от тези фактори, които го пораждат, усилват и поддържат, и са от съществено значение при разглеждането и анализирането му. Те действат на различни нива в обществото и неговата организация, в чиято среда човекът е една от участващите подсистеми. Личността, като подсистема може да се разглежда като функционираща на определени равнища:

- Физическо (географско, климатично, екологично)
- Социално (макро-, мезо- и микроравнище)
- Психофизиологично равнище

В зависимост от тези равнища, могат да се диференцират следните фактори, детерминиращи девиантното поведение:

- 1.1. *Външни фактори*, които се отнасят до *физическата среда* в географски, климатичен, екологичен аспект – наличие на шум и замърсяване на околната среда, малко физическо пространство, геомагнитни колебания, които в ролята на неспецифични фактори е възможно да предизвикат стрес и да породят агресивно и друго социално неприемливо поведение, включително и девиантно.
- 1.2. *Външни фактори*, които са свързани със *социалната среда* и нейните условия. Тук се включва въздействието на обществените процеси (социалната, икономическата и политическата ситуация; провежданите политики; въздействието на средствата за масова комуникация), характеристики на социалната група, към която принадлежи личността (расова, етническа и класова принадлежност, расови или етнически нагласи и предразсъдъци, специфична субкултура, социален статус на групата, идентифициране на групата с определени ценности), социалната микросреда;
- 1.3. *Вътрешни фактори*, отнасящи се до *наследствено-биологичното и телесната конституция* (комплекс от анатомични, физиологични и общи характеристики) на човека;
- 1.4. *Вътрешни фактори*, свързани с *психологическите особености на личността*. Към тях спадат *основните качества на личността* (общителност, аналитичност, енергичност, емоционална устойчивост, организираност, кооперираност, самостоятелност, действеност, последователност, толерантност и др.), *темперамент* (индивидуални психологически особености, които характеризират личността на човека по отношение на динамиката на неговите психични процеси, изразяващи силата на психичните преживявания, скоростта на протичане на психичните процеси и степента на емоционална възбудимост, придаваща специфичност на човешкото поведение; основните типове темперамент – сангвиник, холерик, меланхолик и флегматик), *характер* (съвкупността от психични свойства на личността, които определят нейното поведение и отношение към обкръжаващата действителност, към другите и към самата нея и я отличават от останалите с индивидуално-психологическо своеобразие), *черти на характера* (целенасоченост, инициативност, активност, дисциплинираност, решителност, твърдост). [2].

2. Социални фактори на девиантното поведение

Социологическите теории разглеждат девиантното поведение в контекста на обществените процеси, социалните групи и нормите, които са утвърдени в дадено общество. Социалното отклонение се интерпретира като определено от социални закономерности, зависещо от времето и обществото, в което възниква, както и като социално явление, което би могло да бъде прогнозирано и управлявано при определени условия.

Френският социолог от 19 век Емил Дюкрем – един от известните представители на структурния функционализъм в социологията, анализирайки проблеми на престъпността и самоубийствата, обяснява социалните отклонения посредством своята концепция за *аномия*. В превод от френски (anomie) означава липса на закони и на организация, беззаконие). Тя се свързва с такова състояние на обществото, характеризиращо се с намаляване на приетите от него норми (социални, морални, правни и др.) и ценности, и наличието на индивиди, групи и общности, които не се съобразяват с тях и ги нарушават. Аномията се определя от Емил Дюкрем, като състояние на „социална дезорганизация“ или „социален вакуум“, при което старите норми и ценности вече не съответстват на новите социални отношения, а възникващите нови са в състояние на приемане и утвърждаване. Той

разглежда социалните отклонения като естествена част от функционирането на всяко общество и „фактор на общественото здраве“. Социологът отбелязва, че тези отклонения са необходими за нормалното развитие на морала и правото, и подготвят за социални и морални промени. Виждането на Емил Дюкрем е, че социалните отклонения са следствие от нормативната и ценностната дезорганизация в обществото. Чрез изследване и интерпретиране на социалните отклонения като естествена и необходима част от социалната организация и функционирането на обществото, той извежда следните техни функции:

- Отклонението води до утвърждаване на културни норми и ценности. Всяко определение за добродетел има своята противоположност. Невъзможно е да съществува добро без наличието на зло и няма справедливост без престъпност;
- Отклонението определя морални граници и хората се учат да различават доброто от злото, чрез определяне на хора, като такива с отклоняващо се поведение;
- Сериозните форми на отклонение принуждават хората да се обединят и да реагират по същия начин срещу тях;
- Отклонението упражнява натиск върху моралните граници в обществото, който от своя страна води до социална промяна.

Друг виден представител на структурния функционализъм, който изследва девиантното поведение, е Робърт Мъртън. Той е последовател на Емил Дюкрем и разработва теорията за напрежение-аномия (*strain-anomie theory*), според която социалните структури в рамките на обществото, могат да оказват натиск върху гражданите, за да се ангажират с отклоненията и престъпността. Той отива по-далеч от виждането за аномията на Емил Дюкрем и го обвързва с държава, в която културните и социалните цели и законните начини за постигането им не съответстват. В този контекст той интерпретира девиантното поведение като резултат от наличието от една страна на несъгласуваност между определените от културата и социалната структура цели и стремежи, и от друга – използваните средства за постигането им.

Колективните действия се разглеждат от Робърт Мъртън като мотивирани от напрежение, стрес или от чувство на неудовлетвореност от страна на хората, които възникват в резултат на разминаване между целите на обществото и приетите начини за постигането им. Той отбелязва, че в редица случаи причина за „нерутинно колективно поведение“, намиращо израз във въълнения, бунтове и други прояви, са икономическите фактори и възникващото в резултат на тях напрежение. Според Робърт Мъртън визираните аспекти определят *адаптирането* на човека към обществото, в съответствие с културните и социалните цели, и законните и институционалните средства, чрез които той може да реализира стремежите си за постигането на тези цели. В съответствие с това виждане, той представя следните възможни начини на *адаптиране*, свързани с приемането или отхвърлянето на социалните цели, и законовите, институционализираните средства за постигането им:

- Конформизъм – намира израз в приемане на одобряваните от обществото цели и социално приемливите средства за постигането им;
- Иновация – свързва се с приемане на цели, които отхвърлят социално приемливи средства за постигането им. Според Робърт Мъртън иновативността се отнася до хора, които са били социализирани с подобен на конформистите светоглед, но са им отказани възможностите от които се нуждаят, за да са в състояние със законови средства да постигнат приетите от обществото цели;

- Ритуализъм – невъзможността за постигане на дадена културна или социална цел, като по този начин индивида изпуска от погледа си по важните цели и не се чувства уважаван. Хората ритуалисти отхвърлят целите на обществото, но приемат институционализираните средства за постигането им. Често те попадат в безизходица, тъй като не се чувстват в състояние да постигнат целите на обществото, но все още се придържат към социално приемливите средства за постигането им, както и към социалните норми.
- Ретреатизъм (от „retreat“ - отстъпление) – изразява се в отхвърляне на културно предписаните цели и социално приемливите средства за постигането им и оттегляне от обществото (отчуждение). Робърт Мъртън го определя като действително отклонение, защото действията за постигане, не съответстват на обществените цели и ценности. Характеризира се с пасивно бягство от изпълнение на социалните норми и използването на палиативни средства за това – напр. употреба на алкохол или наркотици.
- Метез – наподобява в известна степен ретриатизма, тъй като свързаните с него хора, отхвърлят културно предписаните цели и одобряваните от обществото средства за постигането им. Те отиват още по-далеч, като атакуват културата и нормите, които поддържат социалния ред. Бунтуващите се хора не само отхвърлят целите на обществото и законните средства за постигането им, но вместо тях създават нови, за да заменят съществуващите. По този начин те формират нови цели и използват нови начини за постигането им, които се одобряват и приемат от другите бунтовници.

Конфликтът между цели и средства за постигането им е в състояние да предизвика напрежение и аномия, фрустрация и търсене на намиращи се в конфликт със законите начини на адаптиране. Това обяснява в известна степен, относително високото ниво на девиантност и престъпност, сред нисшите социални слоеве.

Девиантното поведение, като социално явление, се разглежда и от представители на *символичния интеракционизъм*, в лицето на известният социолог и изследовател на престъпността Едуин Съдърланд, със създадената от него теория на *диференциалната асоциация*. В нея той извежда идеята, че учене се реализира в условията на взаимодействие между индивиди и групи в социалната среда, посредством комуникация с помощта на символи и идеи. В случаите, когато символите и идеите с отклонение от приетите от обществото норми са доминиращи и възприемани като по-благоприятни от индивида, тогава той ги възприема като позитивни за него, реализира ги в отклоняващо се поведение и прибегва все повече до него. Виждането на социолога е, че по подобие на всеки друг вид поведение и девиантното поведение, като мотивация и инструментариум, се учи.

Теорията на неутрализацията на Гришам Сайкс и Дейвид Маца интерпретира девиантното поведение, също от позициите на символичния интеракционизъм. Авторите обясняват девиантното поведение на индивидите с оправданието им за него посредством *алтернативни определения на собствените действия* и даване на обяснения на себе си и на другите за *неизпитване на чувство за вина* за предприетите действия в конкретни ситуации. Базирайки се на тази позиция, те извеждат следните *типове неутрализация*:

- *Отказ от отговорност* – индивидът с девиантно поведение изтъква, че не е имал друг избор в дадената ситуация и че всеки друг при същите обстоятелства, би предприел същите действия.

- *Отказ от нанесена вреда* – човекът с девиантно поведение е уверен, че действията му не са причинили вреда на други хора или на обществото, което не прави поведението с отклонение морално неприемливо;
- *Отказ от виктимизиране* (превръщане на човека в жертва на престъпно посегателство) – индивидът с девиантно поведение вярва, че лицето, което е понесло последствията от това му поведение, е заслужило резултата от него поради липса на сила и морал;
- *Осъждане на осъждащите* – осъществяващият девиантно поведение е уверен, че при правораздавателните органи или жертвите, има тенденция да са също с отклоняващо се поведение или корумпирани, като в резултат на това проявяват лицемерие, изправяйки се срещу него;
- *Отправяне на призив за по-високо ниво на лоялност* – индивидът с девиантно поведение притежава ценности, които излизат извън рамките на законите. Морал, приятелства, доходи или традиции могат да бъдат по важни за лицето с девиантно поведение, отколкото установените от социалните, юридическите и моралните рамки [3].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблемът за отклоненията в социалното поведение има своята значимост за редица научни области. С решаването му се занимават педагогиката и психологията, социологията и психиатрията, правните науки и криминологията. [1]

Широко разпространени в днешно време явления, като престъпност, психопатии, наркомании, алкохолизъм, самоубийства, скитничество, проституция, са прояви на девиантно поведение. В този смисъл девиациите са такива социални отклонения, които се характеризират с еднопосочност в рамките на сродни групи и сродни условия, и спомагат за формирането на субкултури с антиобществен стил на поведение и начин на живот в рамките на макрообществото. [2].

Девиантното поведение е своеобразен тип социална аномалия, която обединява широк кръг от явления, разпространени както в широката социална действителност, така и в педагогическата практика. [1]

ЛИТЕРАТУРА

[1] Гърбачева, А. Психология на девиантното поведение. Изд. „Абагар“, Велико Търново, 1996.

[2] Демирева, Т., Будева, С. Девиантно поведение. Изд. „Абагар“, Велико Търново, 2002.

[3] Нунев, С. Социална работа с хора с девиантно поведение. Учеб-базиран лекционен курс. Русе, 2016. <http://socialaffairsru.tk/>

Докладът е рецензиран.

Концепция за въздействието на Светлинната терапия Биоптрон

автор: Ивалина Русева

научен ръководител: гл. ас. д-р Ирина Караганова

Summary: *The BIOPTRON Light Therapy System is a worldwide patented light therapy medical device with a specific optical unit emitting light that is similar to the part of the electromagnetic spectrum produced naturally by the sun but with no UV radiation.*

BIOPTRON Light Therapy can act in a natural way by supporting the regenerative and rebalancing capacities of the body and therefore help the body release its own healing potential. Once delivered to the tissues, the light energy promotes the process of biostimulation (which means that it stimulates diverse biological processes in organisms in a positive manner and thereby enhances body functions).

Keywords: *BIOPTRON Light Therapy System, biostimulation, healing potential, light energy.*

ВЪВЕДЕНИЕ

През изминалите две десетилетия, както професионалистите, така и пациентите приветстваха многобройните промени и подобрения в здравеопазването. Научният свят беше въодушевен от иновационни открития, свързани с изследвания, хвърлящи нова светлина върху ефикасността на различни нови форми на лечение. Някои от тях използват най-съвременни техники, докато други се обръщат към източници и механизми от природата, които съществуват, откакто свят светува.

Както експертите в медицината, така и другите хора, разчитат все повече на холистичния подход в превантивното здравеопазване и методи на лечение. Светлинната терапия Биоптрон е едно добре прието допълнение в тази област.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Целта на съобщението е да представи въздействието на светлинната терапия Биоптрон върху човешкия организъм, като по този начин разшири кръгозора на предлаганите методи за рехабилитация и лечение.

1. Светлинната терапия, позната от хиляди години

Светлинната терапия има много дълга история. От хилядолетия хората по целия свят отдават значение на важноста на светлината за нормалното функциониране на човешкия организъм.

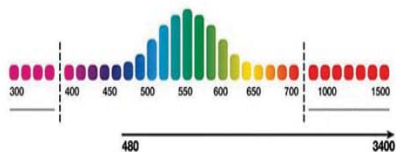
Първият източник на светлина използван с лечебна цел е слънчевата светлина. Слънцето е много важна предпоставка за нормалната жизнена дейност на организма, за нормалното физическо и психично развитие, за запазване на здравето и за работоспособността на човека. Използването на слънчевата светлина за лечение е известно като хелиотерапия.

Светлината се е използвала с лечебни цели още от античността. Индуси са лекували пациенти, страдащи от кожни заболявания, използвайки различни растения, чрез излагане под въздействието на слънчевите лъчи. Хипократ е препоръчвал слънчевата светлина, като средство за лечение на много заболявания. Древните египетски, гръцки и арабски лекари са включвали светлинната терапия към общите методи за лечения. Въпреки че много древни лекари са вярвали, че терапевтичният ефект на слънчевата светлина се дължи на топлината, излъчвана от слънчевите лъчи, по това време не е съществувало научно обяснение за терапиите със слънчева светлина.

Днес е известно, че човешкият организъм трансформира светлината в електрохимична енергия, която стимулира метаболизма и засилва имунитета.



Фиг. 1 Ниелс Рибберг Финсен



Фиг. 2 Биоптрон светлина

2. От хелиотерапията към фототерапията

През 1893 година, датският лекар Ниелс Рибберг Финсен (Фиг.1) разработва един от първите уреди, способни да произвеждат технически синтезирана „слънчева светлина“, чиито предимства се свеждат до контрол върху интензитета и излъчвания светлиннен спектър. Финсен постига забележителни резултати при лечението на пациенти, страдащи от специфичен вид кожна туберкулоза и в началото на XX век получава Нобелова награда за медицина, за това свое откритие.

В началото на развитието на фотомедицината са били използвани предимно инфрачервените и ултравиолетовите лъчи от спектъра. През 80-те години изследователски екип от учени създава източник на светлина, който първоначално бил изграден на основата на лазерната терапия, но в действителност работел с почти целия диапазон на видимата и част от инфрачервената светлина (Фиг. 2). Изследването разкрило определени характеристики, които били от съществено значение за ефективността на светлинната терапия. Въз основа на тази технология била създадена системата за светлинна терапия.

3. Какво представлява светлинната Биоптрон

Системата за светлинна терапия Биоптрон е световно патентован медицински уред със специфичен оптичен блок, който излъчва светлина, подобна на част от електромагнитния спектър, естествено излъчвана от Слънцето, но без ултравиолетовото лъчение.

Действа по естествен начин, като стимулира регенеративните и балансиращи възможности на тялото и по този начин му позволява само да упражни своя лечебен потенциал. След като е достигнала до тъканите, светлинната енергия стартира процеса на биостимулация (Фиг. 3). Това означава, че стимулира позитивно различни биологични процеси в организма и по този начин засилва функциите му.

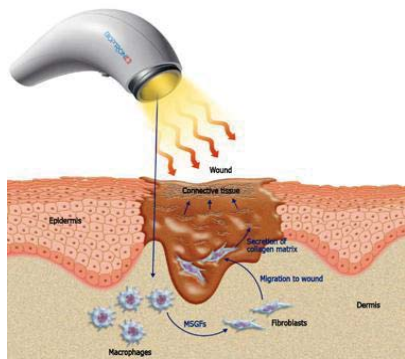
Когато се приложи върху кожата, стимулира чувствителните на светлина вътрешноклетъчни структури и биомолекули. Това дава началото на верига от клетъчни реакции и ускорява т. нар. второстепенни реакции, които не се ограничават само до участъка на третиранията кожа, а включват целия организъм (Фиг. 4).

Най-малките градивни частици на нашия организъм са клетките и всичко в нас (кожа, нокти, косми, вътрешни органи) е изградено от клетки. Необходимо условие за функционирането на клетките, също както и на целия организъм, е обмяната на веществата. Това означава, че клетката постоянно се нуждае от постъпването на нови, пресни хранителни вещества и кислород. В същото време е необходимо да се изхвърлят и ненужните отпадъчни материали. Всички тези процеси се осигуряват от

кръвообращението, а главното въздействие на терапията е именно върху подобряването на кръвообращението и обмяната на веществата.

Гледано обобщено светлинната терапия:

- Подобрява микроциркулацията;
- Стимулира производството на аденозин трифосфат;
- Засилва имунната система;
- Увеличава фагоцитозата и активността на лимфната система;
- Стимулира гранулацията на тъканите, производството на колаген и пролиферацията на съединителна тъкан;
- Подпомага зарастването на рани;
- Облекчава болката и намалява нейната сила.



Фиг. 3 Механизъм на действие на светлинната терапия



Фиг. 4 Въздействие на светлинната терапия върху организма

Тези лечебни въздействия дават основание за приложението на терапията Биоптрон при много медицински състояния. Тук обаче ще се фокусираме предимно върху обезболяващият ефект на системата, защото в опита ни като кинезитерапевти знаем, че именно болката стопира движението и предизвиква затварянето на един порочен кръг, в който освен опорно-двигателният апарат страдат всички системи в организма.

Заради болката болните често избягват да движат засегнатите места. Това от своя страна забавя кръвообращението, в резултат на което се натрупват значителни количества неизхвърлени отпадъчни и токсични вещества. В същото време хранителните вещества, необходими за възстановяването и регенерирането на клетките не успяват да достигнат до там.

Светлинната терапия възбужда разположените в кожата нервни окончания, които предават това дразнение до съответния мозъчен център. В резултат на това започва отделянето на ендорфин – хормон, отговарящ за успокояването и подтичането на болката.

Ендорфинът потиска и успокоява болката от всякакъв характер. Това означава, че приложението на светлинната терапия ще ограничи и намали приложението на аналгетици и придружаващите ги негативни ефекти като стесняване на кръвоносните съдове, проблеми със стомашно-чревния тракт и др.

Трябва да се знае, че под въздействието на светлинната натрупаните токсични вещества ще се насочат към кръвоносната и лимфната система, поради което е

възможно в първият етап от третирането болката да се засили. Това разбира се е съвсем естествено и нормално съпътстващо явление при протичането на оздравителния процес.

Светлината успешно може да се комбинира с кинезитерапевтичните средства и методи, и съответно увеличи техният ефект при състояния като остеоартрити, ревматоидни артрити, артрози, мускулно-скелетни наранявания, разкъсвания на лигаменти и мускули, тендинити, навяхвания, контузии, луксации и др.

Отстраняването болката като ограничаващ фактор ще даде възможност за приложение на повече методики и упражнения, което пък от своя страна ще ускори регенеративните и оздравителни процеси.



Фиг.5 Приложение на светлинната терапия



Фиг. 6 Видове уреди за светлинна терапия

Изключително предимство на фототерапията е влиянието ѝ върху рани от различен произход (Фиг. 5). Третирането на раните ускорява тяхното лечение и води до бързо възстановяване на епитела в краищата и дълбочината на раната. Това означава, че можем да приложим терапията при различни посттравматични и постоперативни рани, като с това скъсим срока за тяхното оздравяване и в същото време намалим силата на болката.

Успешно можем да третираме варикозни и декубитални рани, като освен за лечение бихме могли да използваме терапията и за профилактика срещу тяхното образуване и по такъв начин избегнем част от усложненията.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Още бащата на медицината Хипократ е казвал да почитаме лечебната сила на Природата, а именно върху това е фокусирано и приложението на светлинната терапия.

Светлинната терапия Биоптрон е революционна технология, която можем да използваме като компонент в терапиите на широк спектър от медицински състояния. Това позволява да разширим кръгозора на физикалната медицина и с това да скъсим срока на възстановителните, регенеративни и оздравителни процеси.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Finsen, R. N. Phototherapy. London: Edward Arnold, 1904.
- [2] Mester, E., Mester, A. The biomedical effects of laser application. Laser Surg Med 1985.
- [3] Fenio, M. Theoretical and experimental basis of biostimulation.
- [4] Karu, T. Primary and secondary mechanisms of action of visible or near-IR radiation on cells.

[5] Iordanou, P., Baltopoulos, G., Giannakopoulou, M., Bellou, P., Ktenas, E. Effect of polarized light in the healing process of pressure ulcers, 2002;

[6] Bjordal, J.M., Couppe, R.C., Chow, R.T., Tuner, J., Ljunggren, E.A. A systematic review of low-level laser therapy with location-specific doses for pain from chronic joint disorders 2003.

[7] <http://www.bioptron.com/>

За контакти:

Ивалина Русева, студент по специалност „Кинезитерапия“, Катедра „Обществено здраве и социални дейности“, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел. 088 351 3073, e-mail: ivalina.24@abv.bg

Научен ръководител: гл. ас. д-р Ирина Караганова, Катедра „Обществено здраве и социални дейности“, Русенски университет „Ангел Кънчев“, e-mail: ikaraganova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Алгоритъм на кинезитерапевтичен подход при пациенти с гонартроза

автор: Ивалина Русева

научен ръководител: гл. ас. д-р Ирина Караганова

Summary: *This article represents how physiotherapy affects the treatment of arthrosis of the knee (gonathrosis). Gonarthrosis is most frequently defined as the change involving damage of the articular cartilage of the knee joint, emergence of abnormal knee tissue, reactive changes in synovial membrane, and pathological synovial fluid. In case of arthrosis, the cartilage deteriorates and the bones start rubbing directly against each other. The result is joint pain, which worsens day and limits motion.*

Keywords: *Physiotherapy, arthrosis of the knee (gonathrosis), joint pain.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Дегенеративните ставни заболявания са най-често срещаните ставни увреждания. До голяма степен те се определят като неизбежни състояния, които са резултат от хода на времето.

Причиняват се от износването на ставите в ежедневието – понижаването на съдържанието на протеогликани и вода в тях. В резултат на това при движение на костите се получава триене, което е силно болезнено и никога не настъпва в здрави стави. Това е етап на напреднала ставна дегенерация, която е една от най-характерните черти на старостта, [5].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Целта на съобщението е да предложи алгоритъм на кинезитерапевтичната програма при пациенти с гонартроза на колянна става, която чрез изпълнението на конкретни задачи и използването на подбрани средства, да доведе до подобряване функционално състояние на крайника.

Анатомо-функционална характеристика на коляното

Коляното е аналог на лакътя в горния крайник. Неговата подвижност позволява относително скъсяване и удължаване на долния крайник (Фиг. 1).

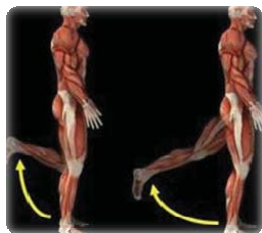
В отворена кинетична верига това скъсяване и удължаване дава възможност ходилото да бъде поставено точно в желаната точка от пространството. В затворена кинетична верига движенията в коляното чрез относително скъсяване и удължаване на долните крайници да се смъква и издига общия център на тежестта.

Както в затворена, така и в отворена кинетична верига коляното работи в тясно взаимодействие с тазобедрената става и глезена. Това обяснява и множеството двустранно действащи мускули в кинетичната верига на долния крайник, [1].

От кинезиологична гледна точка коляното се разглежда като комплекс от две стави, обвити от обща ставна капсула – тибioфеморална и пателофеморална.

Тибioфеморалната става свързва обширните и конвексни кондили на фемора с малките и плоски ставни повърхности, оформени върху тибиялното плато. Разграничават се медиален (между медиалния бедрен кондил и медиалната част на тибиялното плато) и латерален (между латералния бедрен кондил и латералната част на тибиялното плато) отдели на ставата.

Тибioфеморалната става е модифицирана шарнирна става. Тя е с малка конгруентност и поради това няма сериозна костна стабилизация. Стабилността ѝ се определя от капсуло-лигаментарния апарат, менисците и мускулно-сухожилните структури (Фиг. 2).



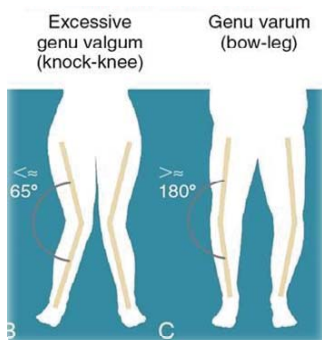
Фиг. 1 Флексия в колянната става



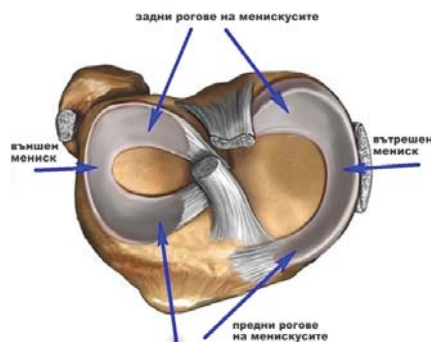
Фиг. 2 Тибеофеморална става

Диафизата на бедрената кост е наклонена медиално поради шийно-диафизарния ъгъл в проксималната част на бедрото. Компенсаторно медиалният ъгъл се спуска по-дистално, за да може да се изравни с нивото на латералния кондил и така да влезе в контакт с почти хоризонталното тибиялно плато. По този начин между оста на бедрото и подбедрицата се образува валгусен ъгъл около $170-175^\circ$. Отклоненията в този ъгъл не са рядко срещани. Увеличението му се нарича *genu varum*, а намаляването – *genu valgum* (Фиг. 3).

Проксималната ставна повърхност се формира от големите латерален и медиален бедрени кондили, а дисталната ставна повърхност на тибеофеморалната става се оформя от двете малки асиметрични вдлъбнатини върху тибиялното плато. Несъответствието между силно изпъкналите ставни повърхности на кондилите на фемура и плитките ямки на тибията се компенсира от два фибро-хрущялни полупръстена – мениски. Тяхната основна функция е да намаляват компресионния стрес в тибеофеморалната става като освен това стабилизират ставата по време на движение (Фиг. 4). В ролята на стабилизатори влизат и кръстните връзки. Предната кръстна връзка стабилизира коляното при пълна екстензия или при позиции близки до нея. Тя осигурява в най-голяма степен резистивността на тибията срещу вентрално изместване. Задната кръстна връзка осигурява резистивността на тибията срещу дорзално изместване като освен това оказва стабилизиращо въздействие върху фемура срещу вентрално изместване при фиксирана тибия.



Фиг. 3 Патологичен валгусен ъгъл



Фиг. 4 Мекотъканни структури, разположени върху тибиялното плато

Пателофеморалната става свързва коляното капаче с междукондилния улей. Тя се стабилизира от сухожилието на *m. quadriceps femoris*, от конфигурацията на ставните повърхности и от пателарните ретинакули. При флексия на коляното

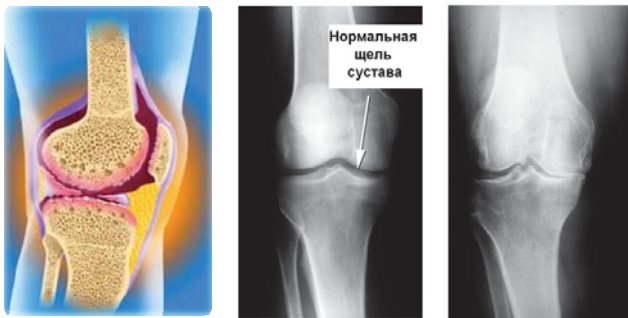
пателата се плъзга каудално спрямо бедрените кондили, а при екстензия се плъзга краниално, [2].

Гонартроза на колянна става

Гонартрозата е хронично заболяване на опорно-двигателния апарат, като изменението започват още от ставния хрущял и постепенно обхващат ставната капсула и връзките, като се въвличат и костите, формирайки колянната става.

Боледуват предимно жени с наднормено тегло. По-често се засягат и двете коленни стави, макар и в различна степен. Като причина за поява на гонартрозата са вродените аномалии (предимно статични аномалии), при които се отклоняват осите на бедрото и подбедрицата. Голямо значение се отдава и на повтарящите се травми, имащи най-често професионален характер. Прекарани вътреставни фрактури на колянното и недобре репозирани, увреда на менискус, ставна нестабилност, възпалителни заболявания, хормонални заболявания при жените, съчетани с повишено наднормено тегло, имат важно място в етиологията на гонартрозата. Според съвременната биомеханика истинската гонартроза се получава, когато се стигне до механично несъответствие между натоварването на ставата и способността на хиалиновия хрущял да понесе това натоварване.

Промените при гонартрозата са най-отчетливи във вътрешната страна. Появяват се костни разраствания по ръбовете на ставата. Ставната капсула фиброзира, установява се недостатъчност на връзковия апарат (Фиг. 5)



Фиг. 5 Характерно износване на ставния хрущял при гонартроза

Първоначалните оплаквания при гонартроза са болка при преумора и промяна на времето. При покой болките изчезват. С напредване на процеса ставата става по-силна и по-продължителна. Болните се оплакват от бърза уморемост, оток на ставата с преходен хидропс и постепенно ограничаване на движенията. Развива се хипотрофия на четириглавия бедрен мускул, при опипване и раздвижване на ставата може да се усети и чуе триене. Установява се болка при палпация по вътрешния ръб на ставата около пателата и задколянната ямка, [3].

За поставяне на диагнозата се прави рентгенова снимка, при която се констатира стеснение на ставната междина и костни израстъци по ръбовете.

Лечението на гонартрозата е комплексно. В началото се започва с консервативно лечение, което включва отбременяване на ставата (избягване на продължителното натоварване на ставата, намаляване на телесното тегло, използване на помощни средства за придвижване), покой в леглото. При болни, при които се налага системно лечение, се препоръчва балнеолечение, физиотерапия, обезболяващи и нестероидни противовъзпалителни средства. При наличие на

статични аномалии, оперативното лечение трябва да започне рано за коригиране на осите на натоварването. В напреднали случаи се прилага ендопротезиране на колянната става. А след оперативната интервенция се прилага строго дозирана индивидуална кинезитерапия, [4].

Роля на Кинезитерапията в лечението на заболяването

Кинезитерапия може да се приложи, както в консервативното, така и в следоперативното лечение на заболяването. Нейна основна цел е подобряване функционалното състояние на ставния апарат.

Задачи:

1. Намаляване на субективните оплаквания и нормализиране на опорно-двигателната функция на долните крайници.
2. Профилактика на застойните явления и процеси в долните крайници чрез подобряване на трофиката им.
3. Възстановяване обема на движение на ставите, предотвратяване на атрофията на мускулите и запазване на техния баланс.
4. Преодоляване на контрактурите в колянна става и поддържане обема на движение в незасегнатите стави.
5. Поддържане на правилното телодържане и походка, запазване на подвижността в гръбначния стълб и тазобедрените стави.
6. Профилактика на плоскостъпието.
7. Възстановяване на самообслужването и дейностите от ежедневиия живот.

Средства:

Използват се всички средства на кинезитерапията: водолечение, басейн, вани, подводен масаж, лечебна кал, криотерапия, процедурите по ЛФК включват упражнения от разтоварено положение на долните крайници. Прилагат се пасивни упражнения за подобряване обема на движение, активни упражнения с помощ и суспензионна терапия за намаляване на мускулния тонус, активни упражнения срещу съпротивление и пултитерапия за засилване на слабата мускулатура, масаж и ПИР за намаляване на болката, упражнения за ДЕЖ и ходене за подобряване на самообслужването и професионалните дейности.

Физикалната терапия при гонартрози е богата: електрофореза, диадинамични токове, радар, ИМП, ултразвук и други, [3].

Примерни упражнения при гонартроза:



Фиг. 6, 7, 8 Водене на швейцарска топка по стена



Фиг. 9 – 15 Упражняване с флексия и екстензия от отбременено изходно положение



Фиг. 16, 17 Флексия и екстензия в колянна става срещу съпротивление от пясъчен маншет



Фиг. 18 – 21 Механотерапия

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Имайки предвид сериозността на заболяването, водещо до влошаване качеството на живот и затрудняване дейностите от ежедневието на болния, смятаме кинезитерапевтичните похвати и методи за основни и ключови в процеса на подобряване състоянието на опорно-двигателния апарат.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Ванков, В., Вл. Овчаров, Анатомия на човека, София, МИ Арсо, 2008.
- [2] Николай Попов, Кинезиология и патокинезиология на ОДА, 2009.
- [3] Пенка Баракова, Кинезитерапия и травматични увреждания и заболявания на опорно-двигателния апарат, 2005.
- [4] <http://rehabilitation.bg/20110808-rehabilitation-us-programi-ovchamogila-bg.pdf>
- [5] http://www.puls.bg/illnes/issue_285/part_2.html

За контакти:

Ивалина Русева, студент по специалност „Кинезитерапия“, Катедра „Обществено здраве и социални дейности“, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел. 088 351 3073, e-mail: ivalina.24@abv.bg

Научен ръководител: гл. ас. д-р Ирина Караганова, Катедра „Обществено здраве и социални дейности“, Русенски университет „Ангел Кънчев“, e-mail: ikaraganova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Промени в някои антропометрични показатели след приложението на кинезио - тейп в ранен постоперативен период след тотално колянno ендопротезиране

автор: Ваня Райкова

научен ръководител: ас. д-р Деница Василева – Дечева

Summary: *The aim of the next report is to representative the changes in some antropometric indexes in patient with total knee arthroplasty after kinesiotaping application. The clinical work is with two groups of 6 patients in each. The physiotherapy program is described and the conclusions for practice are made.*

Keywords: *total knee arthroplasty, kinesitaping application, early postoperative period of recovery.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Ако до преди 20 – 30 години колянното ендопротезиране е била рядка ортопедична интервенция, то днес вече се е превърнала в рутинна такава, на която се подлагат между 15% – 21% от хората в България на възраст над 65 години, страдащи най – вече от дегенеративни ставни заболявания /гонартроза/, [4].

Макар и вече често прилагана, тази интервенция се причислява към групата на тежките оперативни хирургии, тъй като изисква дълбок ставен достъп, отстраняване на костна тъкан и свързаната с това голяма кръвозагуба. В резултат се наблюдава постоперативна болка, оток и ограничение в обема на движение на реплицираната става. Тези ранни следоперативни компликации и пониженият рехабилитационен потенциал налагат необходимостта от приложението на ефективна кинезитерапия за елиминирането на тези лимитиращи нормалните движения на ендопротезирания крайник фактори, [1].

Една от предпоставките за бързото възстановяване на пациентите, преминали процедура по колянна артропластика е елиминирането на болковия синдром и постоперативен оток, които пък от своя страна спомагат за увеличаването на ставния обем, [2].

В достъпната ни научна литература като отлично средство за борба с болката и едема след колянна хирургия е описано приложението на кинезиотейп ленти в максимално протективната фаза на възстановяване.[3]

ЦЕЛ

Целта на настоящото съобщение е да се проследи и оцени ефекта върху някои антропометрични показатели от апликирането на кинезиотейп върху възстановяването на пациенти след тотално колянno ендопротезиране в максимално протективната фаза.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА

Настоящото изследване бе проведено при практическата ни работа в отделение по „Ортопедия и травматология“ към МБАЛ – Русе в периода ноември 2015г. – март 2016г. В него бяха включени 12 пациента, разпределени в две групи – контролна и работна, които проследихме от непосредствения постоперативен период - първите процедури стартирахме на 2ри – 3ти следоперативен ден при добро общо състояние на болния, липса на противопоказания за приложение на кинезитерапия и по преценка на хирурга – ортопед, до момента на изписване от отделението – средно до 25-ти следоперативен ден. Контролната група бе съставена от 4 жени и 2 мъже, на средна възраст 67,5 год., а работната – от 3 мъже и 3 жени, със средна възраст 65,8год.

Кинезитерапевтичната методика и на двете групи бе изградена от следните средства: масаж, съчетан с криотерапия по методиката една минута намазване с

ледено блокче, една минута масаж с обща продължителност 10 мин. в областта на реплицираната става, мануални пасивни движения и такива, изпълнявани на артромод, изометрични упражнения, изпълнявани в серии за m.gluteus maximus, m. quadriceps femoris, ишиокруралната мускулатура, m.triceps surae; активни упражнения в „отворена“ и „затворена“ кинетична верига.

Разликата в методиката на двете групи бе апликирането на кинезиотейп ленти при работната група. След проведената ЛФК тренировка отново се прилагаше масаж с криотерапията по описаната методика, след което апликирахме кинезиотейп лентите в областта на предната и страничните повърхности на ендопротезираната колянна става. Лентите, които поставяхме бяха от типа „октопод“ с котви нагоре, чиято таргетна цел бе осигуряване на по – добър лимфен дренаж, а оттам и редукция на постоперативния оток. Апликираните ленти поставяхме върху минимална стерилна превръзка, покриваща оперативния цикатрикс, които подменяхме на интервал от 2 – 3 дни.



Сн. 1 – 4 Апликиране на кинезиотейп ленти след колянно ендопротезиране /собствен материал/

АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

В хода на работа за проследяване ефекта от приложението на кинезио - тейпинга отчитахме регулярно промяната в стойностите на някои антропометрични показатели като сантиметрия, ъглометрия, мануално – мускулно тестване /MMT/ и визуално – аналогова скала /BAC/ и при двете групи.

Табл.1 Средно – аритметични стойности на показателите обиколка на крайника, обем на движение, мускулна сила и сила на болката, отчетени при двете групи

Показател		Контролна група					Работна група				
<i>Постопер. ден</i>		<i>1 ден</i>	<i>5 ден</i>	<i>10 ден</i>	<i>25 ден</i>	<i>Здрав крак</i>	<i>1 ден</i>	<i>5 ден</i>	<i>10 ден</i>	<i>25 ден</i>	<i>Здрав крак</i>
Сантиметрия	<i>бедро</i>	45,4	46,5	45,6	45,2	44,5	43,5	43	42,5	42,5	42,6
	<i>коляно</i>	40	43	43,5	42,1	38,5	39,5	38	37	36,5	36,8
	<i>подбедр</i>	37,5	38	38,5	39	36,5	34,7	34,5	34	34	33,5
Ъглометрия	<i>флексия</i>	15,5°	23,2°	43,5°	70,5°	95,5°	15,2°	25,1°	50°	78,5°	94,5°
	<i>екстензия</i>	10,5°	10°	6,5°	3,5°	0,5°	12°	10°	5°	2°	0°
ВАС	<i>покой</i>	7	5	4	2,5	0	6,5	3	1	0	0
	<i>движение</i>	10	8,5	7	4	0,5	10	7	3	1,5	0,3
ММТ	<i>флексор и екстензори</i>	3 -	4 -	4	4 +	5 -	3	4 -	4	4+	5
		3	4	4	4 +	5	3	4	4	4	5

Както е видно от получените резултати, стойностите от сантиметрията на ниво бедро, колянна става и подбедрица показват значително по – добри резултати при пациентите от работната група, където още след първото приложение на кинезиотейп лентите - 5ти постоперативен ден са значително по – добри, в сравнение с тези, отчетени при пациентите от контролната група. Тази тенденция се наблюдава през целия период на проследяване на максимално протективната фаза - до 25 - ти следоперативен ден, където стойностите за обиколките на същите нива са приблизително сходни с тези на здравия крак при работната група, докато показателите на пациентите от контролната дори на 25 - тия постоперативен ден показват по – високи стойности от тези на здравия крак. Тези резултати ни дават основание да считаме, че кинезиотейпа повлиява благоприятно резорбцията на следоперативния едем.

По - добри резултати се отчитат при работната в сравнение с контролната група и при стойностите, регистриращи обема на движение в алопластираната става. Както е отразено в таблицата с резултати показателите за флексията и екстензията се приближават до тези на здравия крак по – бързо при работната група. Ние считаме, че по – бързото възстановяване на движенията в реплицираната става при тази група е тясно свързано с по – бързото редуциране на постоперативния оток и респективно се повлиява от апликирането на кинезиотейпинга благоприятно.

По отношение чувството за болка при покой и движение отново при приблизително еднакви първоначални стойности за двете групи, още след първото отчитане пациентите, включени в работната група съобщават значително по – ниски стойности. Тази тенденция се запазва до края на проследявания период, където за контролната група на 25-ти следоперативен ден оценката по ВАС е 2,5 при покой и 4 при движение, а за работната – 0 при покой и 1,5 при движение. Значителната разлика, отчетена при двете групи според нас категорично доказва, че приложението на кинезиотейп в ранния следоперативен период след колянна ендопротезиране сигнификатно редуцира болковата симптоматика както в покой, така и при движение.

При отчитане възстановяване на мускулната сила, основни двигатели в ендопротезираната колянна става очаквано от нас не се регистрира значима разлика в оценките, получени при ММТ от началото до края на проследявания период. На тази база може да твърдим, че апликирането на кинези-ленти в областта

на реплицирана колянна става, няма пряко значение върху възстановяването на мускулната сила след такъв тип оперативна интервенция.

ИЗВОДИ

Въз основа на получените резултати от проведеното изследване можем да кажем, че приложението на кинезиотейп в максимално протективната фаза от възстановяването на пациенти с тотална колянна ендопротеза е високо резултатно в няколко направления. Кинезиотейпът спомага за елиминирането на постоперативния оток със значителни темпове, което от своя страна макар и в малка степен повлиява положително увеличаването на ставния обем в ендопротезираното коляно. Освен по отношение на отока и ставния обем, апликирането на кинезиолентите дава отлични резултати и като средство за редуциране на болковата симптоматика при покой и при движение. Изразен ефект от приложението на кинезио - тейпа не бе установен единствено по отношение на възобновяване силата на мускулните групи, осъществяващи флексията и екстензията в реплицираното коляно.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Василева – Дечева Д., Сравнителна характеристика на съвременните кинезитерапевтични методики при колянна ендопротезиране по повод на гонартроза и избор на най – ефективните от тях – дисертационен труд; Печатна база Русенски университет, 2015

[2] Василева – Дечева Д., П.Баракова; Промени в някои функционални показатели при пациенти с тотално колянна ендопротезиране след проведен кинезитерапевтичен курс на лечение, Сборник от СНС, 2014

[3] Граматикова М.; Приложение на кинезио – тейп след колянна хирургия, Сборник с научни трудове РУ и СУ, 2014

[4] Косев П.; Първична тотална колянна артропластика, Печатна база Русенски университет, 2016

За контакти:

Ваня Райкова, студент специалност „Кинезитерапия“, ОКС „магистър“, Катедра „Обществено здраве и социални дейности“, Русенски университет „Ангел Кънчев“, e-mail: vaniaraikova@abv.bg, тел. 0894470550

Научен ръководител: ас. д-р Деница Василева – Дечева, Катедра „Обществено здраве и социални дейности“, Русенски университет „Ангел Кънчев“, e-mail: ddecheva@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Алгоритъм от практики използвани за повлияване на стреса в Спа центровете

автор: Светла Шопова

научен ръководител: гл. ас. д-р Йордан Гавраилов

Summary: *The knowledge necessary to compose an algorithm of practices for stress control of clients of Spa centers is not complete. Purpose is to elaborate a sequence of relaxing practices. To study all the existing means for stress influence. The approbation of the algorithm will contribute to the possible complications prophylaxis and to the faster recovery of the psycho-emotional balance. In perspective it is necessary to widely apply the strict sequence of relaxing practices in the range of Spa centers.*

Keyword: *algorithm of relaxing practices, stress influence, integration, psycho-emotional balance.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Съвременният динамичен начин на живот поставя човека като социален и биологичен индивид в различни стресови ситуации, което поражда необходимостта от психическо и физическо възстановяване, което е свързано с прилагане на ефективни антистрес въздействия. Те са съвкупност от дейности целящи подобряване на здравословното, психоемоционалното и физическото състояние на човека със средствата, методите и формите на Спа (здраве чрез вода).

Релаксиращите практики са насочени към здравите хора с цел профилактика, релаксация, освобождаване от стреса и пълноценна почивка. В общоевропейски план Спа услугите допринасят за „подобряване на качеството на живот на европейските граждани“ („Харта на фундаменталните права на европейският гражданин“ ЕК 2007) [2]

ИЗЛОЖЕНИЕ

През последното десетилетие СПА практиките навлязоха широко в индивидуалния график на съвременния човек. Много разпространено, особено сред хората в активна възраст е прилагането в специализирани центрове на Спа методи, аква дейности или древни източни практики в търсене на ефективни антистрес въздействия.

Липсват достатъчно пълни познания за съставяне на алгоритъм от практики повлияващи стреса сред потребителите в Спа центровете.

Целта на доклада е изработване на подходяща последователност от релаксиращи практики за повлияване на стреса сред Спа потребителите.

Задачите, които си поставяме са:

1. Проучване на основните средства приложими в Спа центровете за повлияване на стреса.
2. Изработване на подходящ алгоритъм от Спа практики за повлияване на психоемоционалното равновесие.

Алгоритъмът, който предлагаме е в следната последователност:

1. Аква гимнастика (водна гимнастика) и нейните разновидности.
 - Аква спининг
 - Аква фитнес
 - Аква зумба
 - Аква гимнастика за бременни
2. Арома масаж
3. Прилагане на естествени природни лечебни фактори [3]
 - Климатолечение
 - Балнеолечение

- Лечение чрез движение
 - Лечебен масаж
4. Йога практики

Аква гимнастиката

Водната гимнастика е съвкупност от ритмични движения, изпълнявани във вода под музикален съпровод(фиг.1). Подходяща е за различни възрасти и е съобразена с индивидуалното спортно ниво. Има редица предимства, които я превръщат в лесен и приятен начин за поддържане на добър тонус и намаляване на натрупания стрес в ежедневието. [4] Предлагаме аква гимнастиката като първа антистрес процедура разчитайки на разтоварващия елемент от музикалния съпровод в комбинацията с физически упражнения във водна среда ,което ще доведе до подобряване на реактивните способности на организма.



Фиг.1.Група водна гимнастика

Арома масаж

Ароматерапевтичният масаж съчетава натуралните терапевтични свойства на етеричните масла в комбинация с класически,нервно-мускулен и точков масаж. Арома масажът стимулира обмяната на веществата,подобрява кръвообръщението, спомага за пълното отпускане на мускулатурата,снима умственото и физическото напрежение,стимулира лимфообръщението. Масажите с етерични масла са задължителна част от процедурите във всеки Спа център.Съществуват много видове масла които помагат за намаляване на стреса. Към тях се причисляват: бергамон, мента, ела, жасмин, кедр, кориандър, лавандула, иланг-иланг, мандарина, роза, розмарин. Ароматерапевтичният масаж – е профилактична, оздравителна, напълно натурална методика за поддържане на добра емоционална и физическа форма. [1] Масажната процедура се извършва в съчетание с тиха и дозируваща музика, аромалампа, и свещи и го поставяме като второ терапевтично въздействие.

Прилагане на **естествени природни лечебни фактори** под формата на климатолечение, балнеолечение, лечение чрез движение, масаж, лечение чрез движение, водолечение с различните разновидности като хидромасажна вана, подводно-душов масаж, перлена вана, вана с луга и др.Назначаването и дозируването е строго индивидуално при всеки, изхождайки от здравния му статус и психоемоционалното състояние.

Йога практики комбинират правилни упражнения (асани), дишане (пранаяма), релаксация, диета и позитивно мислене, и медитация (фиг.2). Буквално думата „йога" означава „съединение" - съединението на чистото съзнание и на индивидуалното съзнание в човека. Йога учението разглежда човека като цялостна система от тяло, ум и душа. Изпълнявайки някакви физически йога-практики се

повлиява на цялата тази система. Физическите практики постепенно правят тялото по-силно, по-гъвкаво, по-здро и стабилно. Така те балансират и активизират свързаните с функционирането му енергийни потоци, което от своя страна постепенно довежда до хармонизиране и пробуждане на неизчерпаемия потенциал на човешкия ум, и душа. [5] Като завършваща процедура прилагаме йога практиката, защото разчитаме на релаксиращото и седативно въздействие на медитацията, и дихателните техники.



Фиг.2. Йога клас

Предложената последователност от средства в комбинация с подходяща музикотерапия, дихателни техники и релаксация ще доведе до по-оптималното им въздействие при хора подложени на стрес, и ще благоприятства за пълноценна рекреация и почивка.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Апробирането на алгоритъма ще допринесе за профилактика на възможните усложнения и по-бързото възстановяване на психоемоционалното равновесие. Необходимо е в перспектива по-широко приложение на строгата последователност от релаксиращи практики в мрежата от Спа центрове. По този начин ще се проследи ефекта от нашата научно-приложно методика. В бъдеще е нужно съставяне на тестова батерия и анкети за отчитане на резултатите в национален мащаб.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Бъртън, В. Спа ритуали у дома, Изд. "Аугуста" С., 2009
- [2] Димитрова, Б. Спа култура и аква практики, Изд."Авангард" С., 2009
- [3] Краев, Т. Учебник по лечебен масаж и постизометрична релаксация, С., 2005
- [4] http://www.bb-team.org/articles/4057_vodna-aerobika#ixzz483enUFB4
- [5] <http://www.yogabg.com/what-is-yoga.php?page=faq>

За контакти:

ас. Светла Шопова, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, Университет "Проф. д-р Ас. Златаров" Бургас, e-mail:svemix@abv.bg

Научен ръководител: гл.ас.д-р Йордан Гавраилов, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, Университет "Проф. д-р Ас.Златаров" Бургас

Докладът е рецензиран.

Интегриране и модифициране на Аюрведа тест за определяне на вида и подходящите Спа процедури

автори: Стела Арабаджиева, Гьокчен Зейфи, Светла Шопова
научен ръководител: гл. ас. д-р Йордан Гавраилов

Summary: *It is necessary to integrate and modify an Ayurveda test in order to define the type of suitable Spa procedures among Spa users. The purpose is elaborate a modified test for definition of signs which correspond most to the qualities, senses and predisposition of the Spa user. The test modification determines the dosha type and the medical values. This way is tested the finest level of conscience as well as a number of exact and incontestable medical results. The modified questionnaire will assist the selection of alternative health techniques as well as standard Spa procedures.*

Keywords: *Ayurveda, modified test, medical values, dosha, Spa procedures.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Аюрведа е лечебна система на повече от 5000г., която произхожда от Древна Индия. Тя определя живота като цялост между тяло, ум и дух, които са част от Космическото съзнание, обгръщащо цялото сътворение.

Аюрведа е наука и нейната цел е да лекува и поддържа здравето и дълголетието на човека. Тя предлага задълбочено познание за уникалността на всяко човешко същество-познание, което стои в основата на здравето и щастието. В нейния широк диапазон влизат всички здравни дисциплини, които тя съчетава в уникален план за лечение на всеки отделен индивид. [1]

Необходимо е интегриране и модифициране Аюрведа тест за определяне на вида от подходящите Спа процедури сред потребителите на Спа услуги. Спряхме се на въпросник за определяне на индивидуалната конституция. Използвайки този тест преди Спа процедурите, уточняваме прецизно подбора на подходящите Спа въздействия.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Аюрведа е постигането на съвършено здраве за човека, обществото и околната среда. Именно заради това основните принципи на Аюрведа са хармонизирани на душата, съзнанието и тялото. В основата ѝ са заложени опитът и рецептите утвърдени от много поколения последователи. Това е една добре обмислена система за поддържане естествения баланс между тялото и ума. Аюрведа не е философия и не е медицина – тя е начин на живот, който прави човека щастлив, бодр и млад. [2]

Цел и задачи. Изработване на модифициран тест за установяване на онези белези, които най-много се приближават към чертите, усещанията и склонностите на Спа потребителя.

Материали и методи. Изследване на външни белези, емоционален-статус и медицински показатели. Сумирането на резултатите от модифицирания тест (табл.1) чрез използването на медицинска апаратура: пулсоксиметър, ръстомер, медицинска везна и оглед. Подхода на терапевт и пациент подобрява достоверността на диагностиката чрез въпросника.

Счетохме за необходимо модифициране на тест от Аюрведа за определяне типа доша (вата, пита, кафа).

Таблица 1. Модифициран тест за определяне на индивидуалната конституция

Белези на конституцията	Вата	Питта	Капха
Телосложение	крехко	средно	Масивно
Тегло (кг)	поднормено	нормално	наднормено
Височина (см)	висок или много нисък	среден на ръст	обикновено нисък, но може да бъде висок и едър
Кожа	суха, груба, хладна, кафява, черна	мека, мазна, топла, светла, червена, жълтеникава	дебела, мазна, хладна, бледа, бяла
Нокти	груби, чупливи	меки, розови	меки, бели
Очи	малки, без блясък, сухи, кафяви, черни	остри, проникателни, зелени, сиви, жълтеникави	големи, привлекателни, сини, с гъсти мигли
Стави	сковани, лесно скръцат	хлабави	твърди, едри
Апетит	променлив, слаб, недостатъчен	добър, прекален, непоносим	умерен, но постоянен
Жажда	променлива	прекомерна	слаба
Потене	оскъдно	обилно, но не продължително	слабо в началото, но усилващо се
Физическа активност	много активни	умерено активни	летаргични
Ум	неспокоен, активен	агресивен, интелигентен	спокоен, бавен
Чувствителност към:	студ, сухота, вятър	горещина, слънце, огън	студ, влага
Имунни функции	слаби, променливи	умерени, чувствителност към горещина	силни
Наклонност към болести	болки, възпаление	треска, отоци	задръстване
Издръжливост	слаба, лесно се изтощава	умерена, но концентрирана	голяма
Темперамент	страхливи, несигурни, непредсказуеми	агресивни, раздразнителни, ревниви	спокойни, алчни, привързани
Отрицателни емоции	страх	гняв	привързаност
Сън	кратък, прекъснат	кратък, но здрав	тежък, продължителен
Реч	бърза	остра, язвителна	бавна, монотонна
Пулс (уд./мин.)	нишковиден, слаб, пълзи като „змия“	умерен, скача като „жаба“	широк, бавен, движи се като „лебед“
SO ₂			
Сбор	Вата	Питта	Капха

След теста се определя на базата на анализираната информация от него, вида на терапията, подходяща за клиента.

Описание и препоръки за вата, питта, капха:[3]

- **Вата** е комбинация от пространство и въздух. Тя е свързана с дишането, съкращението на мускулатурата, пулсациите на сърцето, движенията на цитоплазмата и клетъчните мембрани. В балансирано състояние тя води до градивност и гъвкавост, а при дисбаланс към страх и тревожност. Хората от

вата тип са благословени с бързина на мисълта, гъвкавост и съзидателност.

Препоръки за балансиране на вата: Спокойствие, избягване на излагане на студ, студени храни и напитки, хранене с топла храна, използване на подправки, да ползват сауна и парна баня. Препоръчва се масаж със следните видове масла: авокадо, сусамово масло, розмарин, бадемово и др.

- **Питта** е съчетание от елементите огън и вода. Тя е отговорна за смилането, усвояването и метаболизма на хранителните вещества както и за поддържане на телесната температура. Хората питта тип имат добра обмяна, добър апетит и храносмилане, реагират зле когато се налага да препускат хранене. Обичат студени течности, лесно се изпотяват, подобряват се от хладен климат, хладни храни и напитки.

Препоръки за балансиране на питта: Да се избягват горещини, мазни и тежки храни, да се приемат хладки храни и напитки, без много подправки, да се ограничи приема на сол и да не ползват термична зона. Подходящи масла: оризово масло, палмово, кокосово, иланг-иланг,, жожоба и др.

- **Капха** съставено от вода и земя, е бавна, влажна, тя снабдява всички части на тялото с вода, тя е необходимата за ставите смазка, поддържа влажността на кожата и имунитета. Този тип хора са благословени със сила, твърдост и издръжливост. Имат добро телосложение. Не обичат движенията и упражненията. Заболяванията им са свързани с вода-синусити, грип, при което е на лице образуване и натрупване на слуз. Зимата е сезонът на кафа, затова спазването на подходяща диета и начин на живот през това време са от особена важност.

Препоръки за активизиране на тялото и ума: Да се правят ежедневни разходки и упражнения, по-голяма активност, да се избягват мазни и тежки храни. Храната да бъде лека и суха, да се избягва също млякото и млечните произведения, както и ледените храни и напитки. Да ползват солена стая и водна аеробика. Подходящи масла: синапено, розмарин, арганово и др.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Модифицираният въпросник ще подпомогне избора както на алтернативните техники на здраве, така и стандартните Спа процедури. Модифицирането на теста уточнява типа на дошата и медицинските показатели. По този начин се тества както финното ниво на осъзнаване, така и точните безспорни медицински резултати.

ЛИТЕРАТУРА

[1]. Васант., Л. Учебник по Аюрведа: Основни принципи; Издателство "Аратрон". ISBN:9789546264411

[2]. Лаит,С. „Аюрведа. Принципи за хармонизиране на тялото, душата и съзнанието .Издателство"Париет"2014. ISBN: 9786191530328

[3]. <http://dreamland-bg.com>

За контакти:

ас. Светла Шопова, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, Университет "Проф. д-р Ас. Златаров" Бургас ,e-mail:svemix@abv.bg

Научен ръководител: гл.ас.д-р Йордан Гавраилов, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, Университет "Проф. д-р Ас.Златаров" Бургас

Докладът е рецензиран.

Феноменът „транснационални семейства“ в актуални изследвания

автор: Ана Попова
научен ръководител: проф. д-н Анна Мантарова

The Phenomenon of Transnational Families in Topical Studies. The paper presents some theoretical considerations about the relatively new phenomenon of the transnational families, spread all over the world as a result of transnationalism and human migration. The topicality of the issue in Bulgaria is proved by the description of several experimental studies, conducted in Bulgaria and dedicated to the effects caused by the existence of the transnational families on the "children left behind".

Keywords: transnational families, children left behind.

ВЪВЕДЕНИЕ

В условията на глобализация се наблюдава значително увеличаване на миграционните потоци. Бедността, липсата на заетост, стремежът към получаване на образование в чужбина или постигане на по-висок жизнен стандарт са най-честите мотиви, които довеждат до миграция на хората в глобален мащаб. Един от нововъзникналите феномени във връзка с усиляването на миграцията през границите на националните държави е появата на транснационални семейства – семейни единици, при които единият или двамата родители стават мигранти по различни причини и оставят свои близки, най-често деца, в страната по произход.

Целта на настоящият доклад е да представи актуалното състояние на феномена „транснационални семейства“ във връзка с ефектите, които поражда, за най-уязвимите представители на нуклеарното семейство- групата на децата.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Понятието „транснационално семейство“ е сравнително ново. Този феномен попада във фокуса на внимание на изследователите по миграция в началото на 90-те години на 20 век. През същия период се въвежда и понятието „транснационализъм“, обясняващо миграцията като многостранно социално пространство, преживявано от общностите през границите. [19], [13], [31] За разлика от традиционните миграционни теории, транснационализмът предлага алтернативен подход за проучване опита на мигрантите, базиран върху едновременното им позициониране в няколко социални и териториални локации. [19] В светлината на транснационализма традиционното разбиране за семейството, като единица за съжителство на едно и също място, се променя към възприемане на семейството като териториално разпръснато и фрагментирано. [18].

Към настоящия момент съществуват редица термини, които съдържателно се отнасят към понятието „транснационално семейство“. Такива са multi-sited family [30], [16], multi-local binational family [21], transcontinental family [27], international family [24] и др. Тези термини се използват по взаимнозаменяем начин, макар че съществуват различия в изследователската перспектива за дефиниране на понятието. Изследователите са постигнали консенсус по идеята за географската разпръснатост на семейството, т.е. за нова география на семейната единица [29], както и за поддържането на тесни контакти с близките в страната по произход, но влагат различен смисъл в анализирания обект, който варира както по отношение размера на семейството – нуклеарно/разширено, така и по отношение на неговия състав – еднонационално или двунационално /смесено/.

С оглед на темата и целите на настоящия доклад се възприема терминът «транснационално семейство», използван от редица автори, за да опишат състоянието на семейната единица, при която единият или двамата родители стават мигранти по различни причини и оставят свои близки, най-често деца, в страната по произход.

За многообразието в дефинирането на понятието „транснационално семейство“ свидетелстват различните гледни точки относно същността на феномена. За една от базовите дефиниции се приема тази на Bryceson and Vuorela, според която транснационални са семействата, чиито членове живеят за по-кратко или по-дълго време разделени един от друг, но поддържат съвместни отношения и дух на колективно благосъстояние и единство дори през границите на отделни държави. [16]

Нарушените функции на семейната единица предизвикват последствия както за цялото общество, така и за всички членове на семейството, като най-пагубно въздействие се наблюдава при децата – проблем, който се очертава в най-актуалните изследвания в тази посока.

В България изследванията, свързани с транснационалните семейства и ефектите от тяхното съществуване върху децата, са ограничени. Подобна е тенденцията и в международен план, където темата започва да се проучва през 90-те години на миналия век.

Децата в транснационалните семейства са уязвима група, подложена на рисковете от раздялата със своето семейство, рисковете на референтния модел за тяхната правилна социализация, както и рискове за отключване на девиантно поведение.

Няколко ключови изследвания в тази посока, осъществени в България, представят картина на ефектите за децата в транснационални семейства.

В изследване, проведено през 2011 г. в рамките на Проект GeMIC: Пол, миграции и межкултурни взаимодействия в Средиземноморието и Югоизточна Европа: междудисциплинарна перспектива на тема „Смесени и транснационални семейства в България“ във връзка с динамиката на семейните отношения е засегнат и въпросът за ефектите върху децата. [4], [6]

Според това изследване негативните ефекти са повече от позитивните и те очертават няколко посоки на дефицити в социализацията на децата, които могат да бъдат обобщени по следния начин:

- Емоционални дефицити на привързаността, причинени от дистанцията, комуникация единствено чрез социалните мрежи или телефон.

- Емоционални дефицити на личността - детето се затваря в себе си, проявява агресивност или други форми на девиантно поведение, чрез които себеизразява липсата на родители зад граница, липсата на авторитет.

- Отчуждаване, непознаване на родителя, което води до прекъсната емоционална връзка, загуба на авторитет и липса на двуполусен модел на подражание.

- Липса на подкрепа в различните периоди на социализация на детето - даден е пример с дете в период на пубертет, което расте без майка си, и това обстоятелство го тласка към девиантно поведение.

- Натоварено с отговорности родителство, което натоварва както детето, така и родителя, споделил задълженията и отговорностите на родителя зад граница. В тази ситуация детето е под стрес, напрежение и се чувства отговорно за негодите и несполуките на семейството, което се отразява на неговото емоционално и физическо израстване.

Основен извод в цитираното изследване е, че взаимните обвинения на родителите в транснационалното семейство във връзка с подхода за възпитание на детето, оставят трайни последствия върху него по отношение на модела на семейството и взаимоотношенията в него. Често пъти тези дистанционни конфликти водят до разпадане на семейството и на взаимоотношенията между неговите членове.

По отношение на придобивките, които транснационалният брак носи на децата, в изследването те се обобщават в няколко посоки – финансово обезпечаване в

настоящото и бъдещето, възможност при гостуване при родителя да поживеят в нова среда и да „видят свят“, евентуалното им присъединяване към родителя за работа на същото място и др.

Друго изследване, осъществено през 2012 г., /Богданов. Г, Рангелова Р., 2012, Социалното въздействие на емиграцията и вътрешната миграция село-град в Централна и Източна Европа (VT/2010/001)/ очертава ефектите за децата, останали в страната ни, на грижата на баби и дядовци или други роднини. То се фокусира върху регионите с потенциално най-много емигрирали родители, чиито деца са оставени в България. В изследването се посочва, че по данни на образователни институции с най-голяма концентрация на деца, отглеждани от баби и дядовци или други роднини, са регионите Северозападен, Северен централен и Източни Родопи. В тях процентът на децата без родители надхвърля 60%. В изследването отново се очертават ефектите за децата, които могат да се обобщят в посока на дефицити в поведението, дефицити в образованието, дефицити в емоционалната привързаност и дефицити на личността. [14]

Друго много важно и интересно проучване, отразяващо ефектите върху децата на транснационални семейства, оставени в България от родители, работещи и живеещи в чужбина, е осъществено през 2014г. на тема „Децата, оставени в страната от родители, живеещи и работещи в чужбина (“Children Left Behind”). То е реализирано в рамките на проект „Програма за подкрепа на транснационални семейства“, който се изпълнява от фондация „Партньори-България“ в сътрудничество с други международни организации и институции. Проучването представя актуално състояние на проблемите на деца, оставени в България от своите родители, живеещи и работещи в чужбина, с акцент върху социалните, емоционалните и психологическите последици от това „изоставяне“. Авторите на това изследване посочват, че дефинирането на понятието “Children Left Behind” се е наложило сравнително скоро във връзка с проведена дискусия в Европейския парламент през 2009 г. и с две публикации на Уницеф през 2010 г., за да се покаже, че неблагоприятните последици от заминаването на родителите се усещат от децата предимно на психично равнище. За голяма част от тези деца отсъствието на родителите може има отрицателен ефект, включително риск от липса на грижи по отношение на физическото и психичното здраве и ефекти, свързани с депресия, трудности в развитието, пасивност в училище и неучастие в учебния процес, отпадане от образователната система, недохранване, злоупотреби с деца. Оставените от своите родители в страната по произход деца принадлежат към групата на уязвимите деца, изложени на риск. [5]

В изследване проведено през 2015 „Мобилни хора срещу статични институции“, осъществено от Център за либерални стратегии, Фондация Риск Монитор се обръща внимание на етническият характер на емигрантите и последствията за техните деца. Изследователите тръгват от хипотезата, че нагласите към емиграция, проблемите и последиците от нея са сходни за тези българи и роми, които нямат шанс за висококвалифицирана работа. [2]

В изследването отново се прави обзор на основните фактори, които подтиква хората да поемат по транснационалния път на трудова миграция, а именно: бягство от безработицата и бедността, нарушени социални права, ниско заплащане, липса на осигуряване, лоши битови условия, търсене на по-добър стандарт на живот.

Анализира се статичният модел на образователната система, която не е подготвена за мобилното поколение деца. В изследването се посочват ефектите за децата, които остават в България на грижите на близки роднини. Друга част от тях са участници в сезонната миграция, а трети пътуват с родителите си. Не всички деца от изброените групи са в риск, но транснационалният начин на живот поражда редица негативни ефекти за тях, независимо от произхода им. Специално е отбелязан по-големият процент на деца от ромски произход, които са в риск.

Основен извод в изследването е, че децата с двама родители в чужбина, с майка в чужбина и с родител чужденец имат проблеми. Тези деца имат по-нисък успех, по-често повтарят класове, пият и пушат повече, 40 % са посещавали Детска педагогическа стая, боледуват повече от останалите деца. Попечителството върху тези деца въобще не е уредено и на практика те са лишени от основни права, свързани със защита на здравето им и реакции при случаите на противообществени прояви. От друга страна заради делегираните бюджети в образователната система много често отсъствията на децата се прикриват и те продължават да се водят в съответния клас през учебната година, което отново е в ущърб на образователния напредък на детето.

В изследването се посочва, че не всички от тези деца са в риск, но има много случаи при които децата стават жертва на транснационалния начин на живот - отпадат от училище, проявяват девиантно и делинквентно поведение или стават жертва на трафик и насилие.

Паралелно с осъществяваните изследвания на Фондация Партньори –България и фондация „Риск Монитор“, през 2014 година Детският фонд на ООН, подкрепя осъществяването на изследване на тема „Ефекти върху децата, оставени от родители, които работят и живеят в чужбина“, публикувано на 07.04.2016г., за да представи обобщена картина на феномена „деца, оставени от родители, работещи в чужбина“. [3]

Резултатите и изводите от направеното проучване могат да се обобщят, както следва: Феноменът „деца, останали в България, с родители, работещи в чужбина“, засяга всяко пето дете, което има поне един родител в чужбина или общо децата с родители емигранти са между 265 102 и 271 782 към 31.12.2012г., като данните са получени от три различни източника, представящи почти една и съща ситуация /данни от НСИ, национално-представително изследване с ученици от 5 до 11 клас, даващо възможност директно да се посочи процентът на децата от 5 до 11 клас с родители в чужбина, онлайн анкета с директори/. На национално ниво делът на учениците от 5 до 11 клас, поне с един родител в чужбина, е 25,9%, като разликата с деца до 5 клас е минимална. По пол изследваните ученици са съответно: момчета 51,2% срещу 48,8% момичета, 76% са от български етнически произход, 12% от турски, 7% от ромски и 5% от друг етнос.

- 74, 1 на сто от изследваните ученици живеят и с двамата си родители в България,
- при 5,3% от учениците само майката е в чужбина,
- при 15,1% – само бащата,
- при 2,7% и двамата родители;
- 2,8% имат родител чужденец, който също е в чужбина.

По статистически райони данните сочат, че най-силно засегнатите райони от емиграция на родителите са: на първо място Северозападен - поне единият родител на 43,8% от децата е в чужбина; на второ място са два статистически района – Югозападен и Североизточен. Там поне единият родител на около една четвърт от децата е в чужбина. На следващо място са два статистически района – Южен централен и Северен централен. Там поне единият родител на около 15% от децата е в чужбина. Най-слабо засегнат е Югоизточният статистически район, където поне единият родител на около 10% от децата е в чужбина.

По етнос най-силно засегната е ромската етническа група – на 37,2% от ромските деца поне единият родител е в чужбина. При българската и турската етническа група резултатите са сходни – поне единият родител на всяко четвърто дете е в чужбина, като е установено, че в рамките на турския етнос има най-голям процент миграция на двамата родители.

Изследването посочва, че не всички деца на транснационални семейства са деца в риск, но най-уязвими са децата с двама родители в чужбина и с майка в

чужбина, както и с родител чужденец. Много предпоставки за отпадане от училище или изоставане от образователното ниво се откриват и при деца на сезонни работници.

По отношение на влиянието на емиграцията на родителите върху психологическото развитие на децата най-уязвими са тези от тях с двама родители в чужбина и с майка в чужбина. Срещат се случаи както на много амбициозни деца, поемащи ролята на родителя, когото възприемат като жертва и се стремят да се справят с житейския си път, така и на други, които изпадат във всички форми на девиантно поведение.

Много тревожен е фактът с противообществените прояви на такива деца, регистрирани в Детска педагогическа стая и полицията. Те се наблюдават най-вече при деца с двама родители в чужбина - 40%, следвани от деца с родител чужденец - 30%, 22% с майка в чужбина и 16% - с баща в чужбина. Броят на децата с родители в чужбина във Възпитателно-учебен интернат /ВУИ /и Социално –педагогически интернат/ СПИ /е средно около 7%, а в два от ВУИ този процент достига 10 на сто.

Сериозна е констатацията на изследователите, че сред децата от 5 до 11 клас повечето работят извън къщи, като най-засегнати са децата от смесените семейства, които започват да се трудят на 13 години.

В изследването отново излизат на преден план данни за деца с родители в чужбина, за които не се полагат нужните грижи за здравето, образованието, а и родителският контрол е много слаб. Те по-често боледуват, отпадат от училище и изпадат в зависимости от наркотици, алкохол, цигари и др.

Изследователите открояват и проблемите по отношение на неуредения статут на хората /баба, дядо, роднини, познати/, които полагат грижа за децата с двама родители в чужбина, без да са законно регламентирани като настойници или попечители. Този вакуум в нормативната уредба крие сериозни рискове за здравето на децата, за основни техни права, напр. издаване на документи за самоличност и др.

По достатъчно експлицитен начин изследването демонстрира невъзможността на институциите към този момент да окажат нужната подкрепа за децата и техните транснационални семейства. Липсва и не се събира целенасочено съвкупна надеждна статистическа информация за броя на трудовите мигранти и техните деца.

Човешкият ресурс в отделите Закрила на детето или подразделенията на ДАЗД не е достатъчен, за да отговори на потребностите на тази разнородна група деца с родители в чужбина. Няма достатъчно проведени обучения за специалистите от НПО сектора и администрацията, които да работят с деца от транснационални семейства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Във всички визирани и коментирани по-горе изследвания във фокуса на вниманието се поставят пропуските в националната политика, осъществявана във връзка с децата на родители-мигранти.

Изследването на УНИЦЕФ и „Риск Монитор“ показва, че 18 % от всички деца, чиито двама родители са в чужбина, са роми; много голяма е миграцията на родителите на децата, самоопределили се като турци, част от които вероятно са от ромски произход. Тази специфична ситуация не е обект на специална политика, нито пък е налице необходимата информация за генериране на подобна политика.

По отношение на националната политика на България, свързана със семействата и техните деца в транснационален контекст, едва през 2014 г. е създадена междуведомствена работна група от експерти под ръководството на Държавната агенция за закрила на детето, която да предложи нов подход при работата с тези семейства и да излезе с конкретни предложения и мерки за законова защита на тази рискова група деца в страната. /Изследване на Партньори

България/ До този момент децата, чиито родители работят в чужбина, не са квалифицирани като деца в риск, което от една страна предотвратява тяхната стигматизация, но от друга автоматично ги лишава от специализирана закрила и превантивни дейности.

ЛИТЕРАТУРА

[1] **Владимирова, К.** (2007) Миграция, пазари на труда и икономическо развитие: нови възможности и предизвикателства пред България. Сборник „Евроинтеграция и устойчиво развитие“. Мантарова, А., Захаријева, М.-съставители.

[2] **Грекова, М., М. Минева, Н. Денева, П. Кабакчиева.** (2015) Мобилни хора срещу статични институции. Център за либерални стратегии. Фондация Рискмонитор.

[3] **Кабакчиева, П. и др.** (2014) Ефекти върху децата, оставени от родители, които работят и живеят в чужбина. Доклад, разработен по поръчка на Детския фонд на ООН (УНИЦЕФ- България) от екип на фондация „Риск-Монитор“, публикуван на 07.04.2016. Докладът е достъпен на https://www.unicef.bg/.../Children_left_behind_march_2016.pdf

[4] **Манчева, М., Евг. Троева** (2011) Миграции от и към България: състояние на изследванията. В сб. „Миграции, пол и межкултурни взаимодействия в България“. Международен център за изследване на малцинствата и културните взаимодействия. София

[5] **Минковски, Р. и др.** (2014) Подкрепа на деца, оставени в България от родители, живеещи и работещи в чужбина. Докладът е осъществен под ръководството на фондация „Партньори –България“ в рамките на проект „Програма за подкрепа на транснационални семейства“. Докладът е достъпен на http://partnersbg.org/ver2/wp-content/uploads/2015/01/Children-Left-Behind-in-Bulgaria-2015_PBF-study.pdf

[6] **Назърска, Ж., М. Хайдиняк.** (2011) Смесени и транснационални семейства в България. В сб. „Миграции, пол и межкултурни взаимодействия в България“. Международен център за изследване на малцинствата и културните взаимодействия. София.

[7] **Национален статистически институт**, www.nsi.bg

[8] **Национална стратегия в областта на миграцията, убежището и интеграцията (2011-2020)** http://www.aref.government.bg/ebf/docs/Nacionalna_strategiq_po_migraciqta.pdf

[9] **Национална стратегия за детето (2008–2018)**, http://sacp.government.bg/media/filer_public/2015/11/26/natsionalna-strategia-za-deteto-2008-2018.pdf

[10] **Национална стратегия на Република България по миграция и интеграция (2008-2015)**, <http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=462>

[11] **Семеен кодекс на Република България**, 2009, София, <http://www.lex.bg/bg/laws/ldoc/2135637484>

[12] **Томова, И.** (2010) Етничността и външната миграция на населението в посткомунистическия период в България. В сб. „Миграции пол и межкултурни взаимодействия в България“. Международен център за изследване на малцинствата и културните взаимодействия. София.

[13] **Basch, L., N. Glick Schiller and C. Blanc-Szanton.** (1994) Nations unbound: Transnational projects, postcolonial predicaments, and deterritorialized Nation-States. Langhorne, Pa., Gordon and Breach.

[14] **Bogdanov, G., R. Rangelova.** (2012) Social Impact of Emigration and Rural-Urban Migration in Central and Eastern Europe. Final Country Report Bulgaria.

- [15] **Bryceson, D., U. Vuorela.** (eds.) (2002) *The transnational family: New European Frontier and Global Networks*, Oxford, Berg.
- [16] **Bryceson D., U. Vuorela.** (2002) *Transnational families in the twenty-first century // The Transnational Family. New European Frontiers and Global Network / Ed. by D. Bryceson, U. Vuorela.* Oxford & New York: Berg Publishers Ltd., P. 3–30.
- [17] **Cohen, Robin** (1999) *Introduction to Vertovec, S. and Cohen, R., eds. Migration, diasporas and transnationalism.* In: Vertovec, Steven and Cohen, Robin, 1944-, (eds.) *Migration, diasporas, and transnationalism. The international library of studies on migration* (No.9). Cheltenham : Elgar, xiii-xxviii. ISBN 1858988691
- [18] **Glick Schiller, Nina; Basch, Linda & Blanc Szanton, Cristina** (1995) "From immigrant to transmigrant: theorizing transnational migration", *Anthropology Quarterly*, 68, 48-63.
- [19] **Glick Schiller, Nina; Basch, Linda & Blanc Szanton, Cristina** (1992) *Towards a transnational perspective on migration: race, class, ethnicity and nationalism reconsidered*, New York: New York Academy of Sciences.
- [20] **Glick Schiller N., L. Basch and C. Szanton Blanc.** (1999) From Immigrant to Transmigrant: Theorizing Transnational Migration. 73-105. In: *Migration and Transnational Social Spaces*. Aldershot, Ludger Pries.
- [21] **Guarnizo, L.E.** (1997) The emergence of a transnational social formation and the mirage of return migration among Dominican transmigrants. *Identities*, vol. 4, no 2, p. 281-322.
- [22] **Guarnizo L.E., A.I.Sanchez and E.M.Roach.** (1999) Mistrust, Fragmented Solidarity, and Transnational Migration: Colombians in New York City and Los Angeles. *Ethnic and Racial Studies*, 22: 367-95.DOI:10.1080/014198799329521
- [23] **Ho, C. C. T.** (1999) Caribbean transnationalism as a gendered Process. *Latin American Perspective*, vol. 26, no 5, p. 34-54.
- [24] **Ho, C.C.T.** (1993) The internationalization of kinship and the feminization of Caribbean migration: The case of Afro-Trinidadian immigrants in Los Angeles. *Human Organization*, vol. 52, no 1, p. 32-40.
- [25] **Ho, E. S.** (2002) Multi-local residence, transnational networks: Chinese astronaut families in New Zealand. *Asian and Pacific Migration Journal*, vol. 11, no 1, p. 145-164.
- [26] **Ho., E., R. Bedford and J. Goodwin.** (1997) Linking migrants into their family contexts: Methodological considerations. In: Bedford, H., Ho, E., Lidgard, J. and Goodwin, J. (eds). *International migration in the Asia-Pacific Region: perspectives on theory and method.* The University of Waikato, Population Studies Centre Discussion Paper, no 23, p. 22-34.
- [27] **Kelly, E.** (1990) Transcontinental families. Gujarat and Lancashire: A comparative study of social policy. In: Vertovec, S.C. et Peach, C. (eds) *South Asians Overseas: Migration and ethnicity.* Cambridge, Cambridge University Press, p. 251-267.
- [28] **Kelly P.** (2003) Canadian-Asian Transnationalism. *The Canadian Geographer/ Le Géographe Canadien*, 47: 209-218. DOI:10.1111/1541-0064.t011-1-00018
- [29] **Lam, T., B.Yeoh and L. Law.** (2002) Sustaining families transnationally: Chinese-alaysian in Singapore. *Asian and Pacific Migration Journal*, vol. 11, no 1, p. 117-143.
- [30] **Ong, A. and D. Nonini.** (1997) *The Cultural Politics of Chinese Transnationalism.* New York, Routledge.
- [31] **Vertovec, S.** (2003) *Migrant transnationalism and modes of transformation.* CMD Working Paper, 03-09 m, Princeton University, The Centre for Migration and Development.

За контакти:

Докторант Ана Попова, ИИОЗ, БАН, popovaani@abv.bg

Научен ръководител: проф. дсн Анна Мантарова, ИИОЗ на БАН, Секция
"Социален контрол, отклонения и конфликти"

Докладът е рецензиран.

Сакроилиачни стави, основни причинители на лумбосакрален синдром /low back pain/

автори: Павлин Мирчев, Мария Енчева
научен ръководител: доц. д-р Стефан Янев

Sacroiliac joints, the main cause of the low back pain syndrome: Over 70% of the people of the world suffer or will potentially suffer from lumbosacral area pain, despite their sex, race, age or profession. The fact is proven within the last decades, which is bringing large popularity nowadays. The problem with the low back pain affect huge number of the human population, therefore we witness vast number of patients with identical symptoms coming to the health specialists. Quite often this leads to underestimation of the syndrome and its symptomatic treatment, neglecting the root cause of the problem. The aim of our thesis is to present information for the importance of the sacroiliac joints when coming to pain in the lower back. The fact is that 30% of the patients are experiencing this as a result of sacroiliac joints pathology, which in many cases can be treated successfully.

Keywords: Medicine and Health Care, Musculoskeletal problems, Lumbosacral syndrome, Sacroiliac joints pathology.

ВЪВЕДЕНИЕ

Лумбосакралните болки са най-често разпространените болки в областта на гръбначния стълб. Според литературните източници, те се срещат при 60-90% от възрастното население и не са обвързани с определена възрастова група, пол, професия или спортна дейност.

Статистика от 80-те години сочи, че всеки ден около 6,5 милиона американци остават в къщи заради лумбосакрален болков синдром (Low back pain).

Според Кремер, в 1990 година всеки трети пациент в кабинета му е имал кръстна болка.

Различни са причините, поради които болките могат да се появят- еднократни или многократно повтарящи се външни травми, остеопороза, статично претоварване, мускулно пренапрежение и други. В резултат на това социалните последици са голям разход на средства, поради временна нетрудоспособност.

В случая за нас сериозен интерес предизвикват данни, сочещи че:

„При една трета от болните, лумбосакралните болки се дължат на функционални нарушения в сакроилиачната става” (G. Schmidt, 1995).

Липсата на кинезитерапевтичен подход и достатъчно публикации за СИС, както и големия процент от хора със функционални нарушения в тях, ни стимулира да работим именно върху този проблем. Сакроилиачните стави са едни от най-интересните стави в човешкото тяло. Те са малко проучени във сравнение със останалите части от гръбначния стълб. През последните 10-15 години интересът към тях сериозно нараства, поради това са изследвани по-подробно, в следствие на което става ясно, че ставите са свързани с изключително голяма патология.

Точното диагностициране на патологията в СИС дава възможност на всеки един терапевт да отхвърли много объркващи и неточни диагнози под формата на „хронично лумбаго”, ишиалгични синдроми и др.

Функционалните нарушения с двигателен дефицит на СИС се характеризират с локална и ирадираща болка, както и рефлекторни ответни реакции от страна на различните стави на гръбначния стълб. Те могат да предизвикат вторично настъпили сколиози, блокажи в гръбнака, разнообразни клинични синдроми-дисменореа, намалено либидо, слаба ерекция или преждевременна еякулация и др.

Обратимите функционални нарушения в СИС често не се диагностицират в ежедневноата практика. Болките, които произхождат от тях, не рядко се

утъждествяват с дископатии, коксартроза и др. Отдалечените рефлекторни реакции не рядко остават извън вниманието на лекуващия здравен специалист.

БЛОКАЖА НА САКРОИЛИАЧНАТА СТАВА/И, КАТО ПРИЧИНА ЗА ЛУМБОСАКРАЛЕН СИНДРОМ (LOW BACK PAIN) СЕ СРЕЩА ПРИ НАД 30% ОТ ЗАСЕГНАТИЯ КОНТИНГЕНТ БОЛНИ!

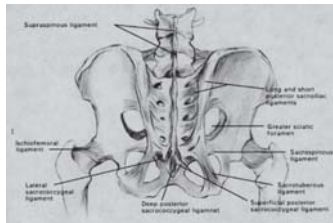
ИЗЛОЖЕНИЕ

Хроничната болка в гръбнака е нарушение, което се дължи на много фактори и много възможни причини. Структурите, отговорни за поява на болка, която започва от гръбначния стълб и ирадира към кръста и долните крайници са: междупрешленните дискове, сакроилиачните стави, фасетните стави, нервните коренчета, лигаментите на гръбнака, прешлените и мускулите. Няма достатъчно доказателства, които да потвърждават, че прешлените, лигаментите и мускулите са най-чести причинители на болка в гръбнака. Противно на това, има достатъчно доказателства, които потвърждават с доказани диагностични техники, че сакроилиачните стави (СИС), междупрешленните дискове и фасетните стави са най-честите причини за поява на болка в гръбнака.

Кратка анатомия на сакроилиачните стави:

Всяка тазова кост се свързва със кръсцовата кост чрез сакроилиачна става /articulatio sacroiliaca/ и извънставни връзки. Напред двете тазови кости се свързват с нечифтно лонно съчленение- пубисна симфиза /symphysis pubica/.

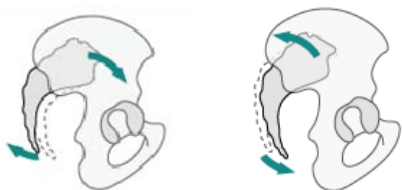
Чрез кръстцово-хълбучната става, гръбначния стълб се съчленява с тазовия пояс. Ставните повърхности са строго конгруентни и са с еднаква площ. Ставната капсула е къса и обтегната. Ставата притежава мощен свързочен апарат изграден от шест на брой здрави и силно опънати лигаменти, някои от които разполагащи се от дорзалната, а други по вентралната страна на ставата. При жените връзките са по-



слаби, осигурявайки по този начин подвижността на таза за раждането. Ставата се характеризира като полуподвижна, изпълнява функция на амортизатор на сътресенията, които се предават от тялото на долните крайници (при ходене, бягане, скачане). Възпалителните процеси в нея се изразяват чрез силна болка при изправяне на крака и при ходене. Сакроилиачната става се поддържа чрез системата от мускули, които предават силата си на тазовите кости. Някои от тези мускули като: m. gluteus maximus, m. piriformis и m. biceps femoris са функционално свързани с връзките на сакроилиачната става, така че тяхната активност може да влияе на ставната подвижност.

Биомеханика и кинезиология на СИС:

Сакроилиачните стави осигуряват стабилност. В сравнение с лумбалната част на гръбнака, СИС могат да устоят до шест пъти по-голямо директно натоварване. Правени са много опити за описване биомеханиката им, които могат да се сумират по следния начин: ставите се ротираят във всички 3 оси, въпреки че движенията са много малки и трудно могат да се измерят



Движението в СИС е минимално, но въпреки това е много важно за правилното функциониране на гръбначния стълб и тазобедрените стави като цяло. Сакроилиачните стави заемат ключово място в биомеханиката на таза,

като заедно с пубисната симфиза дават възможност за адекватен трансфер и амортизиране на натоварването от долните крайници към гръбначния стълб и обратно. Поради тази им функция на абсорбатор на стреса, тези стави притежават различно устройство от останалите.

При деца ставните повърхности на СИС са гладки, докато при възрастните се формират прилягащи една в друга неравности, които ограничават подвижността, но за сметка на това увеличават стабилността. Въпреки, че при млади хора СИС са сравнително подвижни, със напредването на възрастта подвижността им прогресивно намалява и при възрастни индивиди се свежда до няколко милиметра транслаторно плъзгане и ротиране. Те имат плъзгателна подвижност във всички посоки, което ги класифицира като плоски стави. Движенията в ставите най-често се определят като нутация (придвижване на сакралния промунториум вентрално и каудално) и контранутация (придвижване на сакралния промунториум дорзално и краниално). Тези движения предизвикват промени в диаметъра на таза, имащи голямо значение при бременност и раждане, тъй като именно тогава се наблюдава най-голямо движение в тези стави. В случая се наблюдават хормонални промени, предизвикващи размякване и увеличаване подвижността на лигаментните структури. СИС и пубисната симфиза нямат прилежащи мускули, които да извършват аналитични движения в тях. Те се движат под действието на мускулите на лумбалния гръбнак и ТБС, защото много от тези мускули са инсерирани за сакрума или таза.

Етиология:

От етиологична гледна точка съществуват много фактори, предразполагащи човек към постепенно развитие на болка в СИС. Потенциалните причини, предизвикващи болките, са разнообразни и варират от много редки като пиогена инфекция и малигненост до много по-чести, като травми при автомобилни катастрофи; спортни травми; повтарящ се микро травматизъм; продължително вдигане на тежести или навеждане; увеличаване на телесната маса; бременност; неправилна стойка и други.

На анатомично ниво, патологичните промени, които засягат различни части от СИС могат да доведат до дразнене. Тези промени включват: капсуларно или синовиално прекъсване, увеличено напрежение на капсулата или връзките, външна компресия, абнормна механика на ставата, микро- и макро- фрактури, хондромалация, травми на меките тъкани и възпаление.

Механизмът на увреждане на СИС е описан като комбинация на аксиално натоварване и ненадейна ротация. Съществуват много различия в етиологията на болките в СИС. За да опростим нещата, тези причини можем да ги разделим в две групи – извънставни и вътреставни предпоставки. Артрит и инфекция са два примера за вътреставни причини за поява на болки в СИС. Извънставните са по-многобройни и включват: фрактури, травми на връзките, миофасциална болка и други.

Функционални нарушения в сакроилиачната става:

Обратимите функционални нарушения в СИС са торзия на таза (сакроилиачно разместване) и сакроилиачен блокаж.

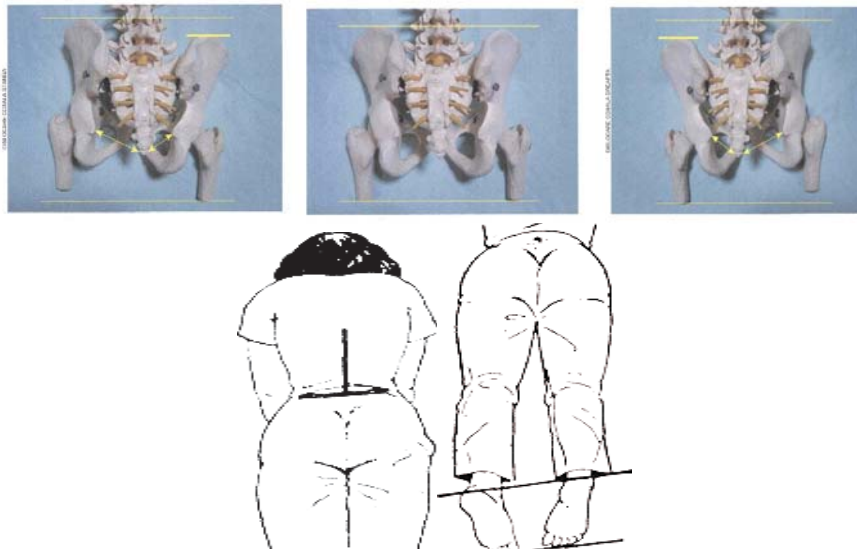
Нюман през 1985г. Класифицира сакроилиачното разместване по следния начин:

- блокаж с краниално приплъзване на едната тазова половина (получава се при прескачане на последното стъпало при слизване от стълба);
- блокаж с каудално приплъзване на едната тазова половина (получава се най-често при травма по време на ски);

- блокаж с латерално завъртане на таза (при някои видове спорт, като хвърляне на копие, диск, спортна гимнастика и пр.);
- блокаж с медиално завъртане на едната тазова половина.

Това са типични травматични дисторзии, при които се смущава не само функцията на съответната СИС, но и всички модели на движение, в които тя участва.

Компенсаторните реакции понякога са разпространени в доста отдалечени области над и под ставата.



Последици от патологията на СИС:

Патологията в СИС се характеризира с болков синдром в лумбосакралната област на гръбначния стълб. Патологията е трудна за точно диагностициране и често е бъркана с хронично лумбаго или възпаление на седалищния нерв. Последниците от патологията в ставата могат да бъдат скъсяване на единия крак, изместване на общия център на тежестта, развитие на мускулен дисбаланс, неравномерно натоварване на тялото при дейности от ежедневието и спорт, силни болки или хронични такива при ходене, тичане, скачане и навеждане. Въз основа на измененията на позицията на таза, възниква изместване на разположението на ТБС спрямо линията на земната гравитация, от което следват изменения в цялостната кинематика. Възможни са на по-късен етап развитие на вторична сколиоза, увеличена или намалена лордоза в лумбалния гръбнак, последвана от изменения и на по-горно разположените части от гръбначния стълб, възникване на мускулен дисбаланс между групите мускули, разположени от двете страни на гръбначния стълб, рефлексорни реакции на болка и блокажи проксимално и дистално от ставата. Изменение на правилната позиция на СИС може да доведе до притискане на органи, нерви и съдове, разположени в малкия и големия таз. Възможни са нарушения в стойката, походката, както и срастване на L5-S1. Сериозен процент от случаите на увреждане в сакроилиачните стави е причина за лумбосакрален синдром.



Терапевтичен подход:

В следващите редове ще опишем начина, по който ние бихме подхождали. Започваме със внимателно и подробно снемане на анамнеза, разглеждане на образната диагностика и резултатите от предишни изследвания и заключения, при наличието на такива. След установяване на наличието на болки в лумбосакралната област (low back pain), насочваме вниманието си към изследване и определяне на състоянието на СИС. Водени сме от факта, че над 35% от случаите на лумбо сакрални болки се дължат на патологични изменения в сакроилиачните стави. Чрез подробното изследване на въпросните стави, в търсене на причинителя на болковия синдром, ще разберем дали те са главните виновници за лумбо-сакралното състояние или ще ги елиминираме от списъка със заподозрени причини. Бихме вървели в тази насока, дори и при наличието на поставена диагноза от предишни изследвания, водени от факта, че болките в лумбалния и сакралния гръбнак са проблем изразен в огромен мащаб, въз основа на което не рядко се поставят грешни диагнози в ежедневно практика. Съществуват няколко доказани метода и теста с помоща на които ще определим наличието на дисторзио или ставен блокаж във въпросните стави. Възможно е и чрез определени техники да предизвикаме изолирано пасивно движение в ставата, при което ще определим болковия синдром идва ли от въпросното място или не.

В случая ще приемем , че сме открили патология в ставите, причинила синдрома. Сега насоката ни ще бъде към точното определяне на измененията в СИС, последвано от внимателно и подробно изграждане на програма от мероприятия, адаптирана и съобразена, строго индивидуално към пациента, неговото състояние и нужди. Съществуват редица методи, които чрез правилно и адекватно приложение биха повлияли положително илеосакралните стави. От което следва, че в последствие биха премахнали и въпросния лумбо-сакралния синдром. Някои от методите които бихме приложили са: миофасциални техники, стречинг, постизометрични релаксации, масаж, мобилизации и манипулации на засегнатите пряко и косвено стави.

Друга важна част от подхода ни е изготвяне на кратки и дългосрочни цели в хода на лечението, както и изготвяне на прогноза за бъдещите резултати.

Целия процес е строго индивидуален, изцяло съпоставен с пациента и неговите анамнеза, пол, възраст, моментно състояние, минали травми, заболявания, наличието на въпросната патология и др.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нашата идея да работим по този проблем е поради, глобалния му отпечатък в човешката популация и поради факта, че не рядко е забравян или подценяван и симптоматично лекуван в ежедневно практика. Ние искрено се надяваме чрез този труд да привлечем вниманието на нашите колеги- здравни специалисти и да пробудим интереса им към по-обстойно изучаване на сакроилиачните стави,

патологията в тях, методите за установяване състоянието им, както и контингента от мероприятия, възстановяващи функцията им. Смятаме, че по този начин в случаите на лумбо-сакрален синдром предизвикан от изменения в СИС, терапевтите ще могат да повлияят директно причинителя, в следствие на което косвено синдрома. Статистика сочи, че 70 % от хората на земята имат или някога ще имат болки в лумбо-сакралната област, а доказан факт е, че в повече от 35% от случаите болките са причинени от СИС. Тоест от 100 човека, 70 са потенциално потърпевши в настояще или бъдеще, а при 26 от тях болките ще идват от СИС. От всичко казано до тук можем да обобщим, че всеки здравен специалист или терапевт често ще се сблъсква с така наречения лумбо-сакрален синдром и при наличието на сериозни познания върху СИС, то той ще има голяма успеваемост и трайни последствия, тъй като ще работи директно върху причинителя на синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Атанасова, Г., Ив. Топузов. (2003) Методът на Сайонджи в комплексна кинезитерапия при болков синдром в сакроилиачни стави, сп. Кинезитерапия, 1, 13 - 19.

[2] Банков, Ст. Слънчев, П., Бонев, Л. (1986) Ръководство по кинезитерапия. София: Медицина и физкултура

[3] Крайджикова Л. (2007) Мобилизиращ масаж – характеристика и техники за гръбначен стълб. *Кинезитерапия и рехабилитация.*, VII, 1-2: 61 – 65.

За контакти:

Павлин Мирчев – студент в МУ-София, Факултет по Обществено Здраве; специалист по японска мануална техника / 3 дан /

+359896 706 364

Мария Енчева – студент в МУ-София, Факултет по Обществено Здраве;

+359882 567 884

Научен ръководител: доц. д-р Стефан Янев, МУ-София, Факултет по Обществено Здраве

Докладът е рецензиран.

Кинезитерапия, Deep Oscillation и Ottobock ортеза при пациент след фрактура на Shepherd

автори: Борислав Йошинов, Радослав Йошинов

научни ръководители: проф. д-р Ивет Колева, дм, дмн; доц. д-р Румен Кастелов, дм

Kinesitherapy, Deep Oscillation and Ottobock orthesis in a case with Shepherd's fracture:

Authors present basic principles of orthopedic and traumatologic rehabilitation adapted to the clinical case talar fractures. We propose concrete rehabilitation programme in case of fracture of the posterior processus (Shepherd's fracture). The programme includes: kryokinesitherapy, position treatment with OttoBock orthose, Deep Oscillation. We accentuate on the importance of active kinesitherapeutic methods and education in activities in daily living.

Keywords: Talus fractures, orthopedic rehabilitation, physiotherapy, Deep Oscillation.

ВЪВЕДЕНИЕ

Фрактурите на талуса са относително редки, съставляват около 0.14% - 0.32% от всички фрактури в човешкото тяло и около 3-5% от фрактурите на долния крайник, но често се пропускат. Обикновено са вследствие на високоенергийна травма, като автомобилна катастрофа или падане от височина [1,4,5,6,7,12].

Фрактурите на външния туберкул или processus posterior (*Shepherd's fracture*) често имитират дислокация на os trigonum; те се предизвикват от рязка екстензия на стъпалото с относителна депресия на предната част на стъпалото към пода (плантарна флексия) или от екстремно ротаторно движение (еверсия или инверсия в глезена), както и от повтарящи се движения (при спортисти и танцьори). Наречени са на името на Francis John Shepherd (1851-1929) – известен канадски анатом и хирург, който революционизира обучението по Анатомия като Декан на Медицинския Факултет на Университета McGill в Монреал, Канада [15].

Таларните фрактури оказват негативно въздействие върху глезенната става, като затрудняват опорната и носещата функции на долния крайник, респективно акта на ходене.

Високата честота на усложнения (предимно хронична болка, развитие на артроза, мускулна и хрущялна хипотрофия, асептична некроза) налага стриктно наблюдение на пациента; като поради последващите проблеми в локомоцията и в ежедневната автономност често се прибегва до оперативна интервенция (метална остеосинтеза) [7,8,9,10,12].

ИЗЛОЖЕНИЕ

1. ПРИНЦИПНИ ПОСТАНОВКИ

1.1. АНАТОМИЧНИ И БИОМЕХАНИЧНИ АСПЕКТИ (ВКЛ. ОСОБЕНОСТИ)

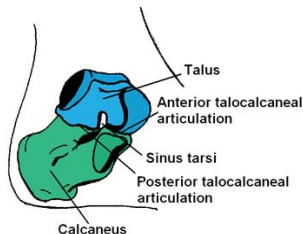
Талусната кост – **talus** (в превод от латински – глезен) или **astragalus** влиза в групата на т.нар. кости на тарзуса (*tarsus*), който формира долната част на глезенната става чрез ставни свързвания с латералния и медиалния малеоли на двете кости на долния крайник (*tibia & fibula*), също и с калканеуса (*calcaneus*) отдолу и с навикуларната кост (*os naviculare*) отпред - чрез тало-калкaneo-навикуларната става (*articulatio talo-calcaneo-naviculare*). По този начин цялата тежест на тялото се предава към стъпалото. Длъжни сме да подчертаем, че талусът и калканеусът формират субталарната става – важна за акта на ходене, особено върху неравна повърхност. Талусът е втора по големина кост от групата на тарзуса; това е и една от костите в човешкото тяло с най-висок процент хрущялна покривка по повърхността [1,6,11].



Lower Leg and Foot

By BruceBlaus. When using this image in external sources it can be cited as: Blausen.com staff. "Blausen gallery 2014". Wikiversity Journal of Medicine. DOI:10.15347/wjvm/2014.918. ISSN 2001-6762 - Own work, CC-BY 3.0, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=28649183>

CC BY-SA 3.0, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=550696>



Calcaneus

1.2. Симптоматиката на таларните фрактури включва [1,4,5,8]: *остра болка, нестабилни опора и походка; оток на ставата, чувствителност*. При увреда на съседни нерви и съдове може да се получат: *затруднение при движение на пръстите на крака, липса на пулс на артериите на стъпалото на стандартните места и др.*

1.3. ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ФРАКТУРИ НА ТАЛУСА

При фрактури на талуса би следвало да се спазят **основните принципи** на медицинския мениджмънт в травматологията, а именно [1,5,6,7,8,9,10]: Всяка травма представлява увреждане целостта на организма от външни причини (удар, термични фрактури, електрически ток). Всяка травма има локално въздействие (травмена лезия на засегнатите тъкани и органи) и общо въздействие (травматичен шок). Основните **терапевтични задачи** са: *Възстановяване анатомичната цялост на тъканите; както и Възстановяване функцията на засегнатия орган (кост или става).*

СРЕДСТВАТА ЗА ЛЕЧЕБНО ПОВЛИЯВАНЕ включват:

- **възстановяване на анатомичните съотношения** – безкръвна или хирургическа репозиция, екстензия;
- **имобилизация** – чрез сплонт, шина, гипсова превръзка, хирургическа намета (метална остеосинтеза, изкуствена става);
- **функционално възстановяване** - чрез комплексна ФТР-програма (с цел подобряване общото състояние на организма и ускоряване регенерацията на тъканите).

ЦЕЛИ на ФТР-програмата – ПОСТИГАНЕ ЛЕЧЕБНИ ЕФЕКТИ [2,13]:

- *Подобряване функционирането на сърдечно-съдовата и дихателната системи – общо тонизиращо въздействие;*
- *Отстраняване остатъчните явления от травматичния шок – рефлекторно местно въздействие* – активно кръвооросяване на раната, ускоряване метаболизма, респективно регенерацията на наранената тъкан, ускоряване разнасянето на отоците;
- **възстановяване функцията на засегнатия орган (става);**
- **профилактика на инактивитетните мускулни хипо/атрофии;**
- **профилактика на дегенеративните промени в ОДА.**

СРЕДСТВА НА ФТР-програмата [2,12]:

- ❖ **електростимулации** с НЧТ или СЧТ ;
- ❖ **магнитотерапия** (НИМП);
- ❖ **криотерапия / криомасаж** – ледено блокче, ледени кърпи, cold packs;

❖ **лечебна гимнастика** – аналитична гимнастика, започва се с изометрични упражнения, по-късно се включват изотонични; започва средно три дни след получаването на травмата; регулира образуването на съединителна тъкан, cicatricите стават меки и еластични, има и емоционално тонизиращ ефект; хиподинамията води до сбръчкване и втвърдяване на ставната капсула.

1.4. При всички КОСТНИ ФРАКТУРИ лечението се разделя на два периода: ИМОБИЛИЗАЦИОНЕН ПЕРИОД, през който основните СРЕДСТВА са [2]:

- ✚ **магнитотерапия** (НИМП);
- ✚ **интерферентни токове** (ИФТ);
- ✚ **кинезитерапия** (КТ), включваща предимно **лечебна гимнастика** – аналитична гимнастика включваща изометрични упражнения под имобилизацията (гипса); общоукрепващи упражнения; упражнения за контралатералния крайник, както и за частите на обездвижения крайник – проксимално и дистално от гипсовата превръзка; дихателна гимнастика [2,13].

ПОСТИМОБИЛИЗАЦИОНЕН ПЕРИОД със следните СРЕДСТВА НА ФТР-програмата:

- **електростимулации** с НЧТ или СЧТ [2];
- **СЧТ; НИМП, Дълбока Осцилация** [2,3,13,14];
- **криотерапия / криомасаж** – ледено блокче, ледени кърпи, cold packs;
- **КТ: лечебна гимнастика** с акцент върху аналитичните изотонични упражнения за пострадалия крайник; **механотерапия; подводна гимнастика** [2,13];
- **ЕТ: обучение в самостоятелност в дейностите на ежедневиия живот** (ДЕЖ).

2. При пациент с фрактура на Shepherd (25-годишен спортист) ние структурирахме комплексна рехабилитационната програма, включваща ползване на ортеза за глезена тип Ottobock, криокинезитерапия и Дълбока осцилация.

2.1. ЦЕЛ НА РЕХАБИЛИТАЦИЯТА беше *функционално възстановяване на счупения глезен с безболезнена и подвижна става.*

2.2. ЗАДАЧИ НА РЕХАБИЛИТАЦИЯТА: възстановяване на пълния обем на движение в ставата, възстановяване и увеличаване на мускулната сила, проприоцептивна тренировка, трениране за независимост в дейностите на ежедневиия живот.

2.3. Продължителността на възстановяването е индивидуална и зависи както от тежестта на фрактурата, така и от вида на оперативната интервенция, също и от придружаващите заболявания [1,2,4,7,12]. След операцията **имобилизацията в сплнт или ботуш** продължава от 2 до 8 седмици, но още веднага след операцията може да се започне с леки **активни раздвижвания** на стъпалото, само в посока **плантарна и дорзална флексия**. Постепенно се включват и упражнения за останалите движения в глезена и стъпалото. Упражненията в началото са насочени предимно към възстановяване на обема на движение в ставите, по-късно се включват **стречинг, изометрични и изо-тонични упражнения** – на аналитичен принцип (за увеличаване на мускулната сила). **Натоварването на увредения крайник с тежестта на тялото** трябва да бъде строго дозирано и стъпаловидно: от 20-30 % до 80-90-100 % - в период с обща продължителност от 2 до 3 месеца; като в началото походката се осигурява с **помощно средство** (патерица, канадка, бастун; специален ботуш). *Нито една от физикалните процедури не бива да увеличава болката или да води до регрес в оздравяването.* Предвиждат се до 12 посещения за рехабилитация в период от 6 седмици [13].

2.4. ОРТЕЗА НА ОТТОВОСК: Активната ортеза *Malleo Sprint* стабилизира глезена при хронична нестабилност, като запазва мобилността.



2.5. ДЪЛБОКА ОСЦИЛАЦИЯ (Deep Oscillation) [2, 14]

Работен принцип: *Ефект на Джонсен-Рахбек*: “Ако изолиращ пласт (например керамична плочка) се постави между два електрода, в пространството между тях се създава мощна магнитна сила”. Пулсирайки, това електростатично поле поражда интензивна резонансна вибрация на съответния сегмент от тъканта, когато единият от електродите се премества. Поради силата на електростатичното поле съответния сегмент от тъканта се привлича и след това се пуска. Явлението настъпва в посока срещу натиска, упражняван от ръцете на терапевта (когато преминават по посока на потока) или при преместване на ръчния апликатор.

При повтарянето на този процес с бърза последователност се получава ритмична деформация на тъканта. Електростатичните импулси водят до повишено статично триене, от друга страна, в интервалите между импулсите - еластичността на тъканта противодейства на този механизъм. Т.е. тъканта, подложена на терапия “непрекъснато се изпомпва” в дълбочина. Този ефект води до възстановяване на еластичността на отделните пластове; стимулира се както трофиката на тъканта, така и оттичането на отпадните продукти на метаболизма.

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ЕФЕКТИ: Противовъзпалителен ефект, Аналгетичен ефект, Противооточен ефект, Лимфодренажен ефект, Детоксикиращ ефект, Антифибротичен ефект, Зарастване на рани.



2.6.КТ - ЕТАП НА РАННО РАЗДВИЖВАНЕ И РЕХАБИЛИТАЦИЯ [13]**ФАЗА 1 НА РАННО РАЗДВИЖВАНЕ И РЕХАБИЛИТАЦИЯ:** Седмици 1 – 6**Цел:** Начало на ранно активно раздвижване**Задачи:** Поддържане обемите на движение в засегнатия и здравия долни крайници; Контрол на едема и на болката.**Интервенции:**

- Протекция на хирургичната рана;
- Мобилизиране на глезена и стъпалото за увеличаване ставната подвижност;
- Повдигане на крайника с интермитираща криотерапия;
- Активни упражнения за увеличаване обема на движение, за стимулиране на кръвоснабдяването на стъпалото и на оздравяването на хрущяла (например глезенни помпи);
- Пасивни раздвижвания на ставите на глезена и стъпалото – с оглед увеличаване обема на движение и контрол на болката (след намаляване на едема);
- Инструкции към пациента **да не натоварва** крака с тежестта на тялото, а да ползва помощно средство (патерици).

ФАЗА 2 НА РАННО РАЗДВИЖВАНЕ И РЕХАБИЛИТАЦИЯ: Седмици 6-8**Цел:** Частично натоварване с тежестта на тялото**Задачи:** Продължаване на ставната мобилизация от фаза 1; Увеличаване на активния обем на движение в глезена до 50-75 % от нормалния; Превенция на некрозата на талуса.**Интервенции:**

- ✚ Активни упражнения за глезена в отворена кинетична верига – с Терабанд ленти; Без болка!;
- ✚ Пасивни упражнения за увеличаване обема на движение в глезенната става;
- ✚ Инструкции към пациента **да натоварва частично** крака с тежестта на тялото, чрез ползване на помощно средство (патерици);
- ✚ Подводна гимнастика (с ходене във вода до нивото на гърдите – ходеща водна пътека) т.е. частично натоварване с тежестта на тялото;
- ✚ Към края на фазата – Обучение на пациента за ползване на „ботуш“ за ходене (walking boot);
- ✚ Каране на стационарно колело (без болка!) – без ботуш. Под контрол!.

ФАЗА 3 НА РАННО РАЗДВИЖВАНЕ И РЕХАБИЛИТАЦИЯ: Седмици 9-12-24**Цел:** Пълно натоварване с тежестта на тялото на 12-тата седмица.**Задачи:** Увеличаване на активния обем на движение в глезена до 100 % от нормалния; Възстановяване нормалната биомеханика на походката без ботуш.**Интервенции:**

- ✓ Активни упражнения за увеличаване силата на мускулите около глезена в отворена кинетична верига – с постепенно повишаване съпротивлението на Терабанд лентите; Без болка!;
- ✓ Започване на тренировка на ходенето в успоредка (gait training in parallel bars);
- ✓ Проприоцептивна тренировка на равновесието с дейности за натоварване на глезена с тежестта на тялото;
- ✓ Упражнения с натоварване на увредения крак и дейности с опора върху един крак;
- ✓ Трениране на походката върху ходеща пътека с прогресивно увеличаване на наклона и на скоростта;

✓ Бързо ходене с прогресия до джогинг (jogging) с оглед осигуряване на самостоятелността в дейностите, специфични за пациента.

2.7. КТ - ФАЗА НА ПОДДЪРЖАНЕ [6,13]

След „официалното“ приключване на рехабилитацията е желателно преминаване към амбулаторна „поддръжка“ на стъпалото и глезена, предвид факта, че все още това е „слабо място“ на конкретния пациент. Препоръчваме следната **кондиционираща програма**, която може да бъде изпълнявана амбулаторно и дори в домашни условия, но след правилно овладяване на лечебните упражнения и при условие, че има осигурен периодичен контрол. В хода на изпълнението пациентът би се ориентирал относно „подходящите“ и приятни за него лечебни упражнения, които биха могли да бъдат включени в **дългосрочна поддържаща програма** за продължителна протекция на глезена и стъпалата (подходяща за дългосрочно системно провеждане), която е желателно да стане част от ежедневието на пациента.

КОНДИЦИОНИРАЩА ПРОГРАМА ЗА ПРОТЕКЦИЯ НА СТЬПАЛОТО И ГЛЕЗЕНА (24-30 седмица)

Цел: Функционално възстановяване и поддържане на силата, стабилността и флексibilitността на стъпалото и глезена.

Задачи: Възстановяване и поддържане на мускулната сила и на мускулния контрактилитет, на активния и пасивния обем на движение в ставите на глезена и стъпалото;

- ❖ Намаляване на болката при движения и дейности от ежедневието;
- ❖ Превенция на усложненията на ОДА;
- ❖ Осигуряване стабилност на долния крайник, на равновесието и походката; на автономност в ДЕЖ.

Средства:

- ✓ Упражнения за увеличаване /и поддържане/ на силата на мускулите на долния крайник, особено тези около глезена и на стъпалото;
- ✓ Упражнения за увеличаване /и поддържане/ на обема на движение в ставите на долния крайник, особено тези на глезена и на стъпалото;
- ✓ Стречинг упражнения /за флексibilitност/.

Таргети: мускули и мускулни групи, вкл. сухожилия и лигаменти около глезена и на стъпалото, както следва:

- ✚ **Gastrocnemius – Soleus complex;**
- ✚ **Musculus (m.) tibialis anterior;**
- ✚ **M. tibialis posterior;**
- ✚ **M. peroneus longus;**
- ✚ **M. peroneus brevis;**
- ✚ **M. soleus**
- ✚ **Дорзифлексори и плантарни флексори на глезена;**
- ✚ **Инвертори и евертори на глезена.**

Структура на кондициониращата програма:

- 1) Загряване 5-10 минути с ниско-интензивна дейност /ходене, стационарно колело/;
- 2) Стречинг упражнения
- 3) Упражнения за увеличаване на мускулната сила;
- 4) Повтаряне на стречинг упражненията.

Методични указания:

Без болка! При наличие на болка /или засилване на болката/ пациентът се инструктира да прекрати тренировката и да се консултира с лекуващия лекар.

Продължителност на кондициониращата програма: 4-6 седмици, 3-5 пъти седмично. Желателно е след нея да бъде структурирана **поддържаща програма за продължителна протекция на глезена и ходилото** (за цял живот).

2.8. ВРЪЩАНЕ КЪМ НОРМАЛНИ ЕЖЕДНЕВНИ ДЕЙНОСТИ И КЪМ РАБОТА

За известен период от време (от дни до месеци) се налага употреба на помощни средства (шина, глезенен брейс, както и патерици, канадки, бастун, дори проходилка или инвалидна количка).

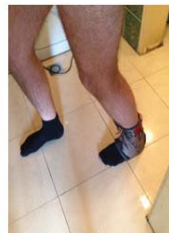
При връщане на работа препоръчахме някои ограничения: без продължително стоене в изправена позиция и ходене (натоварване с тежестта на тялото), без продължителен седеж в неподвижна позиция, без изкачване по стълби или качване на стълба, без каране на кола, без дейности с тежко оборудване. Наложиха се (особено в началните етапи) чести почивки с повдигане на крака или поставяне на криотерапевтични средства. Пациентът избягваше тесни работни пространства и хлъзгави повърхности.

Ортеза тип Ottobock

Борислав Воишков



Борислав Воишков

Stretching за комплекса Gastrocnemius - Soleus

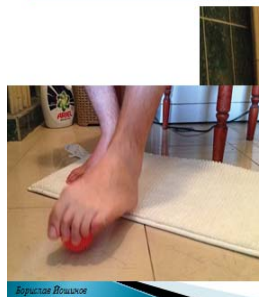
Повдигане на пръсти на двата крака (обременяване с тежестта на тялото), но с опора на стол (проприоцептивна стимулация)



Март-2016



4

Хватателни движения (*grasping*) за стъпалото и пръстите

Борислав Воишков



Март-2016

5



Тренировка
с лента
Therraband

Повдигане на пръсти на увредения крак –
с пълно обременяване с тежестта на
тялото, но с опора на стената

Плантарна /
Дорзална
Флексия



Ворислав Вощков

Ворислав Вощков

Март 2014

7

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение бихме подчертали, че при ортопедично-травматологичната рехабилитация би трябвало да има координация между членовете на **ортопедично-травматологично-рехабилитационния екип**, който би следвало да включва ортопеди, физикални медици, спортни лекари, кинезитерапевти, рехабилитатори, медицински рехабилитатори – ерготерапевти. Само в такъв случай комплексната ФТР-програма би постигнала оптимални резултати по отношение функционалното възстановяване на локомоцията и би съкратила сроковете за възвръщане на пациентите към трудова и спортна дейност.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Асьов С. Оперативно лечение на фрактурите на талуса. Автореферат на дисертационен труд за присъждане на ОНС „Доктор“ по Ортопедия и Травматология. НУС към УМБАЛСМ „Пирогов“, София, 2012.
- [2] Колева И. Основи на физикалната медицина, физикалната терапия и рехабилитация (вкл. ерготерапия и medical SPA). Второ допълнено и преработено издание. Том 1 и том 2. – София: РИК „СИМЕЛ“, 2015, 659 с.
- [3] Колева И. Физикална аналгезия и дълбока осцилация. Второ допълнено и преработено издание. Монография. ISBN: 978-619-183-025-1. - София: СИМЕЛ ПРЕС, 2015.
- [4] Chan, G. M., and D. Yoshida. "Fracture of the Lateral Process of the Talus Associated with Snowboarding." *Annals of Emergency Medicine* 41 6 (2003): 854-858.
- [5] Chapman MW. *Chapman's Orthopaedic Surgery*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2001.
- [6] Crim J. Talus Fractures. July 13, 2004. <http://www.emedicine.com/radio/topic672.htm#target24>.
- [7] Cronier P, Talha A, Massin P. Central talar fractures – therapeutic considerations. *Int J Care Injured*. 2004; 35:S-B10 – S-B22.
- [8] Rahul, Banerjee, et al. Chapter 61 - Foot Injuries. In: *Skeletal Trauma*. Eds. Bruce D. Browner, et al. 4 ed. W.B. Saunders, 2008.
- [9] Salter, Robert, ed. *Textbook of Disorders and Injuries of the Musculoskeletal System*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 1999.
- [10] Schulze W, Richter J, Russe O, Ingelfinger P, Muhr G. Surgical treatment of talus fractures. A retrospective study of 80 cases followed for 1-15 years. *Acta Orthop Scand*. 2002;73:344-351.
- [11] https://en.wikipedia.org/wiki/Talus_bone
- [12] <http://www.mdguidelines.com/fracture-talus>
- [13] <http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00170>

[14] <http://www.physiomed.de/index.php?id=711>

[15] <http://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/francis-john-shepherd/>

БЛАГОДАРНОСТ:

Настоящата работа е резултат от дейности, извършени по проект 2015-1-RO01-KA202-015230 на тема "Обучение за подобряване на практическите умения на пациент-фокусирани интервенции в рехабилитацията на походката след ортопедична хирургична интервенция"

Проектът е финансиран от Европейската комисия по програма Erasmus + , KA2.

Публикацията отразява само мнението на авторите и научните ръководители. Националната агенция и Комисията не носят отговорност за съдържащата се в документа информация.

За контакти:

Борислав Йошинов,

Медицински Университет – София, Специалност "Кинезитерапия",

e-mail: trancedb@mail.bg

Проф. д-р Ивет Колева, дм, дмн;

Медицински Университет – София; Катедра „Кинезитерапия”,

тел.: 0888 20 81 6, e-mail: yvette@cc.bas.bg

Докладът е рецензиран.

Проучване на студентското мнение относно необходимостта от въвеждане на обучение по рехабилитация на походката

автори: Радослав Йошинов, Борислав Йошинов

научни ръководители: проф. д-р Ивет Колева, дм, дмн; доц. д-р Румен Кастелов, дм

Investigation of the students' opinion about necessity of introduction of education on gait rehabilitation: The current article accentuates on the necessity of vocational education and training in the field of gait rehabilitation – opinion of a total of 61 students from the Medical universities of Sofia and Pleven: students in Medicine (English speaking students, 5th course), students in Physiotherapy – bachelor's degree (2nd & 3rd year), students in Medical Rehabilitation & Balneotherapy – master's degree (1st course).

We present results of a questionnaire for evaluation of learning needs and possible e-learning training approaches. All students present interest to an e-learning platform. More than 35 % of students prefer e-learning, presented in native language; 62 % like training in English and native language.

About 99 % of students consider gait rehabilitation like an important item for recovery of autonomy of patients in every-day life.

Keywords: Orthopedic rehabilitation, e-learning, gait.

ВЪВЕДЕНИЕ

Според Европейския център за развитие на професионалното образование [2] **електронното обучение (e-learning)** се определя като “обучение, което се извършва чрез средства на информационните и комуникационни технологии. То включва различни формати и хибридни методологии, като използване на програмни системи, Интернет, CD-ROM, обучение чрез компютри в режим на реално време и други електронни или интерактивни средства.”

Електронното обучение най-общо се дефинира като “използване на новите мултимедийни технологии и Интернет, за да се повиши качеството на ученето” [2,3,4].

ИЗЛОЖЕНИЕ

1.ЦЕЛ на проучването беше преценка на необходимостта от обучение в областта на рехабилитацията на походката сред различни групи здравни професионалисти, подлежащи на обучение в тази тематична област.

Задачи:

- Определяне на таргетните групи – студенти по специалност „Медицина“ (ОКС „Магистър“ – англо-езично обучение), по „Медицинска рехабилитация и балнеология“ (ОКС „Магистър“) и по „Кинезитерапия“ (за ОКС „Бакалавър“;
- Адаптиране на наличния въпросници към възможностите на студентите и нуждите на студентското обучение;
- Провеждане на проучването – по време на студентското обучение – след приключване на лекционния курс и изпитите по дисциплини, свързани с тематиката на проекта (Физикална и рехабилитационна медицина, Естествени и преформирани физикални фактори, Медицинска рехабилитация и балнеология при различни видове нозологии);
- Статистическа обработка на получените резултати;
- Анализ на резултатите.

2.МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО

Във връзка с проучване на мнението на бъдещи потребители на проект „Еразъм Плюс“ на тема „Рехабилитация на походката“ екипът на проекта разработи въпросници, насочени към лекари – специалисти по Ортопедия и Травматология

(ОТ), лекари – специалисти по Физикална и рехабилитационна медицина (ФРМ), както и към персонала на Клиники и Отделения по ОТ и ФРМ [7,8].

Проучването имаше за цел да оцени необходимостта от разработване на тази тематика в страната, както и готовността на целевите групи да получат възможност за достъп и да ползват успешно електронно обучение и практически тренировки по темата.

Решихме да разширим проучването, обхващайки и потенциални бъдещи потребители – студенти по „Медицина (М)“ от V курс (преди държавния стаж), студенти от бакалавърската програма по „Кинезитерапия (КТ)“ от II и III курс (преди летния стаж), както и към студенти от магистърската програма по „Медицинска рехабилитация и балнеология“ (МРБ - преди клиничния им преддипломен стаж). Дължни сме да отбележим, че голямата част от студентите – магистри вече са завършили Рехабилитация (професионален бакалавър) и вече работят по специалността.

Адаптирахме част от въпросите към възрастовата група и професионалната компетентност на студентите, като ги преведохме и на български език.

Проучването беше проведено през периода май – юни 2016 сред студенти по Медицина от Медицински Университет – Плевен (англо-езично обучение), студенти по КТ и по МРБ (българо-езично обучение) от Медицински Университет – София. Въпросниците бяха раздадени на целевите групи по електронен път или чрез директен контакт (в края на лекционния курс и след провеждане на изпита по съответната учебна дисциплина).

При проучването приложихме следните **методи**: *Скринингов метод; Анкети; Анализ на документи; Статистически методи*. Крайната статистическата обработка на резултатите извършихме със **статистически пакет SPSS**, version 19., опции за сравнение на извадки (two samples comparison) с параметричен анализ на вариантите или вариационен анализ ANOVA и непараметричен дистрибуционен и корелационен анализ, а именно: *t-test* (t-критерий, p value), *Signed test*, *Signed rank test*, *Kolmogorov – Smirnov test*, *Mann – Whitney (Wilcoxon) W test* (*W медиана*). За статистически достоверни ефекти сме приемали получените при стойности на $p < 0.05$, като в някои случаи получихме и по-ниски стойности на p ($p < 0.01$).

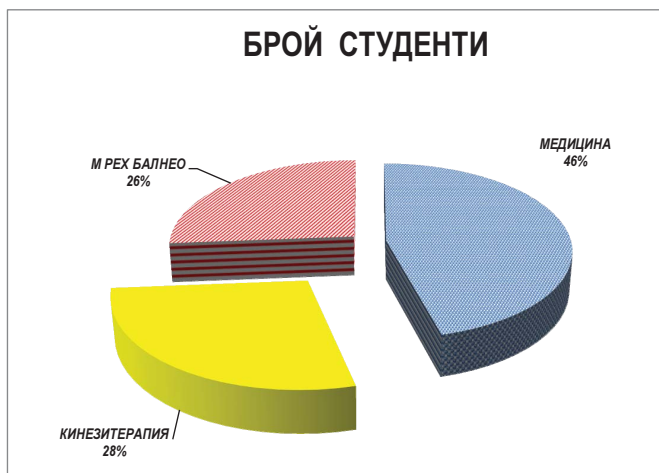
3.МАТЕРИАЛ

Въпросниците бяха предложени на цитираните целеви групи, като сме анализирали само въпросниците с изцяло попълнени отговори. Тук привеждаме само резултатите от студентското мнение (от общо 61 респонденти).

Разпределението на студентите по специалности (в абсолютен брой и в проценти) е представено на таблица 1 и на фигура 1.

Таблица 1.
Разпределение на респондентите – студенти по специалности (брой)

ОБЩО СТУДЕНТИ	СПЕЦИАЛНОСТ НА ОБУЧЕНИЕ		
	МЕДИЦИНА АЕО	КИНЕЗИТЕРАПИЯ - ОКС „Бакалавър“	МЕДИЦИНСКА РЕХАБИЛИТАЦИЯ И БАЛНЕОЛОГИЯ - ОКС „Магистър“
61	28	17	16



Фигура 1.

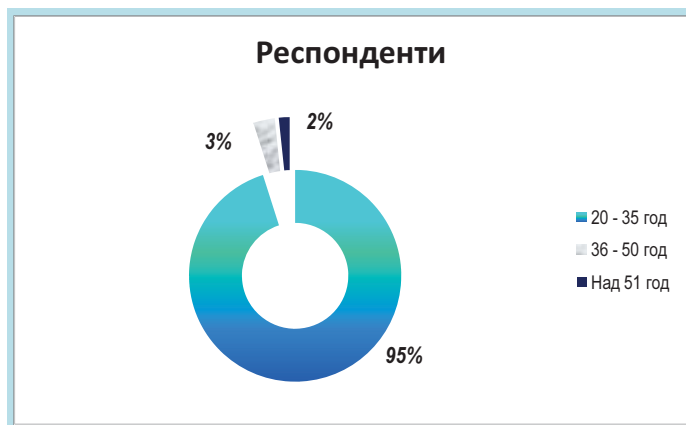
Разпределение на респондентите – студенти по специалности (проценти)

Разпределението на студентите по пол и по възрастови групи (в абсолютен брой и в проценти) е представено на таблица 2 и на фигури 2 и 3.

Таблица 2.

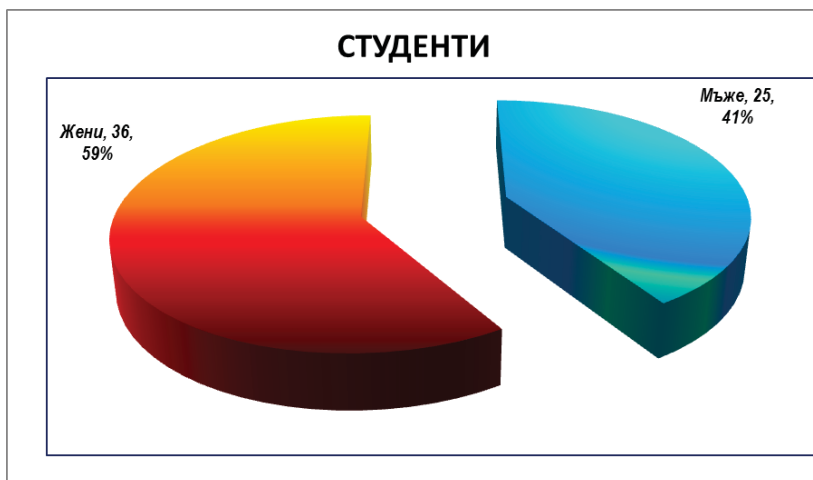
Възраст на респондентите (в брой)

Country	Age 20-35	36-50	Over 51 y
BG	58	2	1



Фигура 2.

Разпределение на респондентите по възрастови групи (в проценти)

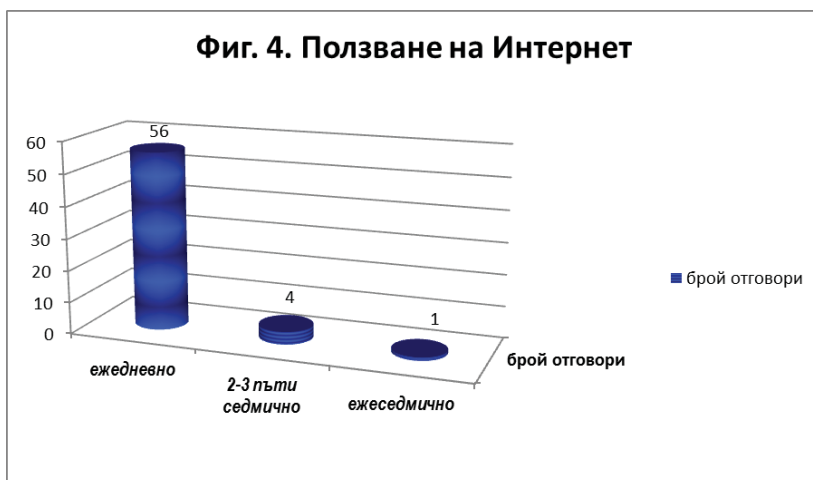


Фигура 3.

Разпределение на респондентите по пол (абсолютен брой и проценти)

4.РЕЗУЛТАТИ И АНАЛИЗ

На въпроса „Колко често влизате в Интернет?“ по-голямата част от студентите са отговорили ежедневно. Отговорите са представени на фигура 4:



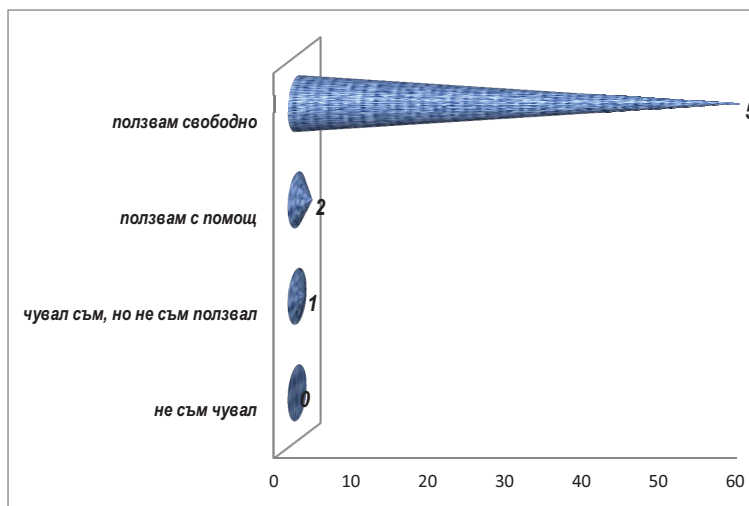
Фигура 4.

Ползване на интернет

Отговорите на въпроса „Кой от следните електронни източници на информация ползвате и колко често?“ са дадени на таблица 3, а фигура 5 показва готовността на студентите да ползват мобилно обучение:

Таблица 3.

ТАБЛИЦА 3	Никога не съм чувал за това	Чувал съм го, но никога не съм го ползвал	Мога да го ползвам, но с помощ	Мога да го ползвам свободно
ЧАТ / Chat	0	1	3	57
УИКИ / Wiki	0	0	1	60
АУДИО-лекции	0	0	0	61
ВИДЕО-лекции	0	0	0	61
ФОРУМ / Forum	0	1	1	59
МЕЙЛ-ГРУПИ / e-mail groups	0	0	0	61
МОБИЛЕН ИНТЕРНЕТ / Мобилно обучение	0	1	2	58



Фигура 5.

На въпроса „Интересувате ли се от мобилно обучение?“ абсолютно всички студенти (100 %) са отговорили положително.

На въпроса „На какъв език бихте предпочели да получавате информацията на курс електронно обучение?“ отговорите на 23 студенти (37,76 %) са в насока предпочитание към електронно обучение на матерен език, а 38 респонденти (62,29 %) желаят обучението да се води на английски и на роден език.

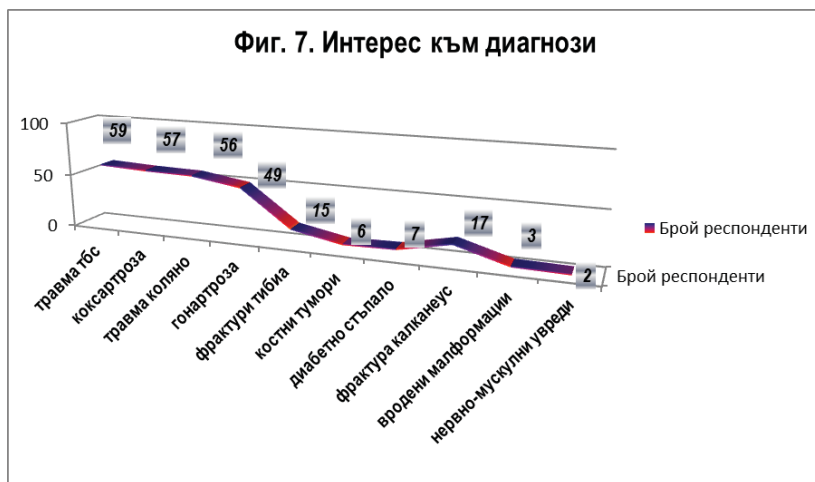
Отговорите на въпросите „Какъв вид патология и коя диагноза, локализирана в ставите на долните крайници, би Ви заинтересувала най-много?“ са дадени на фигура 6, а фигура 7 показва интереса към определени диагнози. И при двата въпроса има възможност за повече от един отговор.



Фигура 6.

Видно е (фиг.6), че най-голям интерес има към пост-травматичната и дегенеративната патологии на долни крайници. Доста по-слаб интерес е проявен към вродената и туморната патология на долните крайници.

От фиг.7 се наблюдава подчертан интерес към коксартрозата, гонартрозата, също и към травмените увреди на тазо-бедрена и колянна стави. Значително по-слаб е интересът към фрактурите на тибиата и калканеуса. Наблюдаваме почти пълна липса на заинтересованост към костните тумори, вродените малформации, нервно-мускулните увреди.

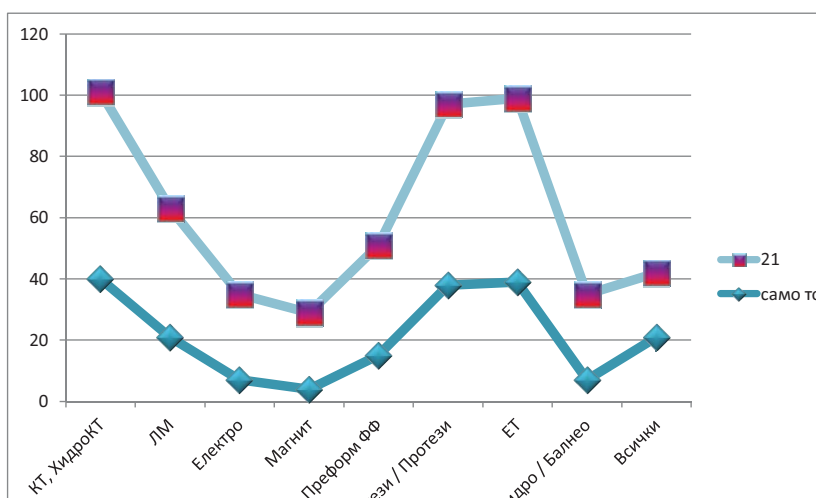


Фигура 7.

На въпроса „Би ли Ви заинтересувало обучение по тема приложение на анализа на походката в рехабилитацията?“ абсолютно всички студенти (100 %) са отговорили положително.

Отговорите на въпроса „Какъв вид рехабилитационни процедури при пациенти с патология на долните крайници, би Ви заинтересувала най-много?“ са дадени на фигура 8. Има възможност за повече от един отговор.

Видно е (фиг.8), че най-голям интерес има към кинезитерапията и хидро / балнео-кинезитерапията, ортезите и протезите, както и към ерготерапията. Относително по-слаб интерес е проявен към преформираните фактори и масажа, както и към чистата хидро / балнеотерапия. Около 33 % от респондентите са дали обобщаващия отговор „Всички горецитирани“.



Фигура 8.
Рехабилитационни процедури

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение бихме подчертали, че студентите в България имат готовност за електронно обучение по тема „Рехабилитация на походката“. Голяма част от тях предпочитат обучението да е двуезично (на роден и английски език).

Най-голям интерес представляват пост-травматичната и дегенеративната патология на долните крайници, особено травмите и артрозата на тазобедрена и колянна става. Студентите биха желали най-детайлна информация относно кинезитерапията и хидро-кинезитерапията, ерготерапията и помощните средства.

Електронното обучение допада на болшинството студенти поради редица негови предимства, а именно: достъп до интерактивни мултимедийни учебни материали, до резултати от изследвания в различни научно-приложни области и до други информационни източници от целия свят, възможности за осъществяване на контакти, обмяна на информация и знания; възможност за използване на международни стандарти за образование и квалификация [5,6]. Добре би било този вид обучение да навлезе и в българската рехабилитация – с цел подобряване качеството на живот на българския пациент [1,9].

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Колева И. Иновации в обучението по рехабилитация и въздействието им върху професионалните компетенции на кадрите. Дисертационен труд за Доктор по Педагогика. Професионално направление 2.1. Педагогика. *Научна специалност „Педагогика / Специална педагогика“*. – София – СУ „Св. Климент Охридски“, 2013.
- [2] CEDEFOP, 2000, Available at: <http://www.cedefop.eu.int/>
- [3] Chapman B, B Hall. *Learning Content Management Systems*, 2001. Available at: <http://www.brandon-hall.com/learncomansy.html>
- [4] Dochev D, R Yoshinov, R Pavlov. *An Open Distributed Computer Environment for Educational Telematics*. – In: Proceedings of the European Distance and E-Learning Network /EDEN/ Annual Conference “Open Classrooms in the Digital Age”, Barcelona, November 19-21, 2000, pp. 247-252.
- [5] Drucker P. *Need to Know: Integrating e-Learning with High Velocity Value Chains*. 2000. Available at: <http://www.delphigroup.com/pubs/whitepapers/20001213-e-learning-wp.pdf>.
- [6] European Council eLearning Action Plan. Available at: http://europa.eu.int/eur-lex/en/com/ene/2001/com2001_0172en0.pdf
- [7] Project team. NEEDS ASSESSMENT QUESTIONNAIRE - for MD – OT specialists & trainees.
- [8] Project team. NEEDS ASSESSMENT QUESTIONNAIRE – for MD – PRM specialists & trainees.
- [9] Yoshinov R, Koleva Y et al. Computerized Evaluation of the Theoretical Knowledge of Members of the Rehabilitation Team (With Adapted Levels of Competence). – In: Public Health and Health Care in Greece and Bulgaria: the Challenge of Cross-border Collaboration in Time of Financial Crisis. John Kyriopoulos & Donka Dimitrova Editors. Athens: Papazissis Publishers, 2011, pp. 903-906. ISBN: 978-960-02-2630-0.

БЛАГОДАРНОСТ:

Настоящата работа е резултат от дейности, извършени по проект 2015-1-RO01-KA202-015230 на тема “Обучение за подобряване на практическите умения на пациент-фокусирани интервенции в рехабилитацията на походката след ортопедична хирургична интервенция”

Проектът е финансиран от Европейската комисия по програма Erasmus + , KA2.

Публикацията отразява само мнението на авторите и научните ръководители. Националната агенция и Комисията не носят отговорност за съдържанието се в документа информация.

За контакти:

Радослав Р. Йошинов,

Висше Училище по Телекомуникации и пощи - София,

Специалност “Компютърно администриране на софтуерни приложения”

e-mail: crazyone@mail.bg

Проф. д-р Ивет Колева, дм, дмн;

Медицински Университет – София; Катедра „Кинезитерапия”,

тел.: 0888 20 81 6, e-mail: yvette@cc.bas.bg

Докладът е рецензиран.

Комплексно рехабилитационно поведение при пациенти със захарен диабет

автор: Ивалина Русева
научен ръководител: доц. Стефка Миндова, д-р

Summary: Diabetes, often referred to by doctors as **diabetes mellitus**, describes a group of metabolic diseases in which the person has high blood glucose (blood sugar), either because insulin production is inadequate, or because the body's cells do not respond properly to insulin, or both. Patients with high blood sugar will typically experience polyuria (frequent urination), they will become increasingly thirsty (polydipsia) and hungry (polyphagia).

If diabetes is not adequately controlled the patient has a significantly higher risk of developing complications.

Treatment for diabetes depends on the type of diabetes that the individual has. Treatments range from dietary changes to changes in physical activity, surgery to medication. Depending on the blood sugar levels, the insulin production levels and other factors all play a role in determining the best possible treatments for diabetes.

Key words: diabetes, high blood glucose, treatment, physical activity.

ВЪВЕДЕНИЕ

Болезните на обмяната на веществата не трябва да бъдат считани за изолирани нарушения на едно или друго звено на обменните процеси, а за патологични състояния, свързани с различни съчетания на смущения в нервно-трофичната и хормоналната регулация на метаболизма.

Обменните нарушения от един вид винаги въвлечат в една или друга степен и другите видове, поради тяхната взаимозависимост. Развиващите се при обменни заболявания морфологични и функционални нарушения в отделните телесни органи и системи по правило имат вторичен характер [1].

Мускулната дейност влияе съществено върху обмяната на веществата и това обуславя широкото използване на кинезитерапия в комплексното лечение и профилактика на обменните заболявания. Физическите упражнения, прилагани с лечебна цел по подходяща методика, оказват мощно трофично въздействие. Мускулната работа увеличава енергийните разходи на организма и усилва обмяната на веществата. При това положителното влияние на заниманията с лечебна физкултура, не се ограничава само с този полезен ефект. Системното прилагане на подходящи физически упражнения при адекватна дозировка съдейства за възстановяването на нормалните моторно-висцерални рефлексни, регулиращи обмяната на веществата [4].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Целта на настоящото съобщение е да направи сравнителна характеристика на кинезитерапевтичните средства и методи, подходящи за приложение при пациенти със захарен диабет.

1. Същност и последици на заболяването

Захарният диабет е една от водещите причини за смърт в повечето развити страни и поради нарастващата си честота се числи към групата на социално-значимите заболявания [2].

Най-общо това е обменно заболяване, характеризиращо се с увеличаване на кръвната захар над нормалните ѝ стойности (3,89 - 5,5 mol/l), което е резултат от намалената секреция на инсулин (хормон на задстомашната жлеза), нарушено инсулиново действие (свързано с усвояването на кръвната захар от тъканните клетки) и/или двете [3].

Захарният диабет може да бъде изявен/манифестен (с наличие на клинични оплаквания) и скрит/латентен (при колебания на кръвната захар над нормалните стойности, но без характерни оплаквания).

Манифестният диабет се подразделя на две основни форми – захарен диабет тип 1 и захарен диабет тип 2.

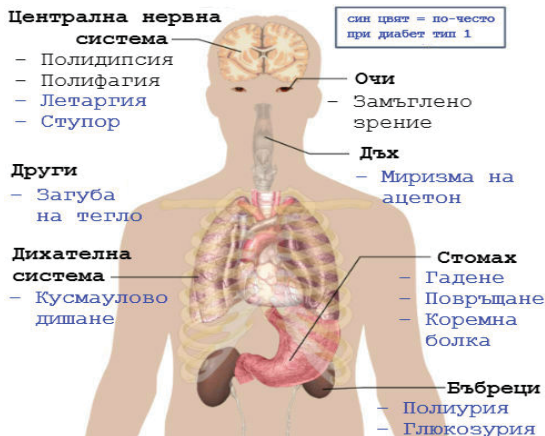
При захарен диабет тип 1 е налице нарушение в Лангерхансовите острови на задстомашната жлеза (панкреаса), водещо до намалена или липсваща секреция на инсулин. Това налага инжекционното му добавяне при тези болни (инсулинозависим диабет). Причина за увреждането на панкреаса е наследствено (генетично) нарушение или въздействие на фактори на външната среда. Проявява се със симптоми като значително увеличаване на кръвната захар, наличие на захар в урината, обилно и често уриниране, жажда и сухота в устата, увеличаване на апетита, сърбежи и трудно зарастващи рани по краката (Фиг. 1).

При захарен диабет тип 2 първоначално се отделя достатъчно количество инсулин, но биологичното му действие, свързано с усвояване на кръвната захар от тъканите, е нарушено. Това е причина впоследствие да намалее инсулиновата секреция от панкреаса. В началото този тип диабет е инсулинонезависим, а в последствие може да се наложи инжекционно добавяне на инсулин.

Най-честите причини за захарен диабет тип 2 са прехранването и намалената двигателна активност, водещи до затлъстяване; стресовите състояния и някои заболявания на жлезите с вътрешна секреция. Проявява се обикновено с умерено повишение на кръвната захар, сухота в устата, упорити сърбежи по краката, наличие на трудно зарастващи рани и други [1].

Най-големият здравословен проблем, който захарният диабет поставя, са неговите късни усложнения. Лошият гликемичен контрол се определя като водещ фактор за развитие на основните усложнения: микроангиопатия и макроангиопатия. Ретинопатията и нефропатията преобладават при захарен диабет тип 1, докато невропатията преобладава при болни със захарен диабет тип 2. Известно е, че 20-40% от диабетиците имат сърдечно-съдова болест и повишен риск от мозъчно-съдови заболявания. Тези усложнения водят до тежки последици за самия болен, за близките му и цялото общество, свързани с влошаване на качеството на живот, на временната нетрудоспособност и трайната инвалидност [2].

Основни симптоми на диабет



Фиг. 1 Основни симптоми при захарен диабет

2. Терапевтични подходи при захарен диабет

По наше мнение скъпото и невинаги достатъчно рентабилно медикаментозно лечение може да бъде успешно допълнено от физикалната терапия - по-евтина, неинвазивна, лесно приложима. Считаме, че методите и средствата на физикалната терапия биха могли значително да подпомогнат скъпо струващата медикация - както по отношение на усложненията, така и по отношение на рисковите фактори. Поради това насочихме вниманието си към възможностите на физикалната терапия и рехабилитация.

Повечето автори са на мнение, че пациентите (особено тези в средна и по-напреднала възраст) трябва да променят начина си на живот в посока редовно упражняване на умерено физическо натоварване и поддържане на определена физическа кондиция.

Кинезитерапията е не само едно от основните средства за поддържане на състоянието при пациенти с контролирано състояние на болестта, но и мощен съюзник при съвременните антидиабетни медикации.

Физическото упражняване е първата препоръка за диабетиците тип 2 с оглед поддържането на кръвно-захарния контрол и профилактика срещу затлъстяването и артериалната хипертония, които обикновено съпътстват заболяването. Физическите упражнения намаляват инсулиновата резистентност и увеличават инсулиновата чувствителност. А комбинацията от упражнения и диета може да намали или елиминира нуждата от инсулин или орални медикаменти, вземани за стимулиране на инсулиновата секреция.

Известно е, че в състояние на покой (при липса на физическа активност) мускулите задоволяват енергийните си нужди главно от свободните мастни киселини и само 10% от общите енергийни нужди се покриват от кръвната захар (глюкоза).

При двигателна активност обаче главният източник на енергия е гликогенът в мускулите и глюкозата в кръвта.

В първите минути на физическото натоварване се използва мускулният гликоген, като скоростта на неговото разграждане е най-висока в първите 5-10 минути. След това (между 10 и 40 минути) протича пиковия етап на усвояване на кръвната глюкоза в тъканните клетки и намаляване на повишеното и ниво в кръвта.

Физическите упражнения подобряват и чувствителността на мускулните клетки към инсулина, намалявайки нуждите от него.

По време и след физическо упражняване мускулите имат повишена чувствителност към наличния инсулин, разрешаваща по-бързото усвояване на кръвната глюкоза. Тази повишена чувствителност прави физическите упражнения полезни в лечението на диабета, намалявайки нуждата от инсулин и подпомагайки понижаването на концентрацията на кръвната глюкоза.

Освен това активната кинезитерапевтична програма профилира настъпването на особено опасния "ping-pong" ефект на лекарствата върху кръвно-захарното ниво и редуцира по-трудно понасяните от диабетиците екстремни гликемични нива [3].

Препоръчват се:

- общоукрепващи упражнения;
- аналитична и функционална гимнастика;
- стречинг;
- пасивни мобилизации;
- ЛФК (Фиг. 3);
- игри без състезателен характер;
- теренно лечение;

- дозиран туризъм и умерено спортуване (предимно аеробни упражнения): ходене, плуване, колоездене - с умерено по интензитет натоварване (до 60 W) с продължителност 2-3 часа (Фиг. 2), [1].

За неудачни се смятат интензивните краткотрайни физически натоварвания над 100-200W (бягане и др.) – поради опасност от тежка хипогликемия.

С по-широко приложение са насочените срещу хиподинамията на съвременния човек (препоръчвани за широка самостоятелна употреба) упражнения с надуваема мека топка, с елементи от тай-чи, йога и фитнес; масаж под формата на яка или общ масаж (класически или точков).



Фиг. 2 Аеробни упражнения



Фиг. 3 Лечебна физкултура

Успешно може да се приложи електро- и светлолечение, които имат за цел да повишат защитно-приспособителните сили на организма и да подобрят отдаването на кислород в тъканите. Препоръчват се индивидуално съобразени и подходящо комбинирани процедури като:

- Електрофореза;
- Сантиметрови и дециметрови вълни в олиготермична дозировка;
- Общо ултравиолетово облъчване (УВО) в суберитемни дози;
- Локално аплициране (в областта на панкреаса) на микровълни;
- Импулсно магнитно поле;
- Синусоидално-модулирани токове (III и IV род) - с цел подобряване на кръвоснабдяването, трофиката и респективно стимулиране функцията на жлезата.

Различни автори препоръчват:

- УВО поради бактерицидното действие на УВЛ;
- Инфрачервени облъчвания и сантиметрови вълни (РАДАР) поради топлинния ефект и последващата вазодилатация;
- Диадинамични токове поради аналгетичния им ефект;
- Синусоидално-модулирани токове поради трофичното им действие;
- Нискочестотно импулсно магнитно поле /НИМП/ - поради вазодилатативния му ефект.

При трофични рани и разязвявания на долните крайници се препоръчват медикаментозна електрофореза (с цел увеличаване дозата на медикамента във възпалителното огнище); ултрависокочестотни токове /УВЧ/ и лазертерапия - с цел стимулиране тъканното хранене и обменни процеси; а за въздействие върху

регенерацията на тъканите – интерферентни токове и нискочестотно импулсно магнитно поле /НИМП/.

Към този богат арсенал от физикални средства биха могли да се добавят още курортолечение, балнеолечение, таласотерапия, климатотерапия и др. Особено подходящо е съчетанието на балнеолечение, комбинирано с кинезитерапевтични техники, климатолечение и диетично хранене - т.нар. **комплексна кинези-, балнео- и климатотерапия** [5].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение бихме отбелязали, че периодичното и системно провеждане на физикална терапия, включваща подходяща рехабилитация и приложение на естествените богатства на страната ни (минерални води, пелоиди, климат), биха подпомогнали значимо медикаментозното лечение на Захарния диабет и биха подобрили качеството на живот на тази група пациенти.

Ключов момент в рехабилитацията играе лечебната физкултура. Неслучайно казват, че: „Движението е здраве, а здравето е живот!“ – доброто здравословно състояние е неразривно свързано с движението, а повишената двигателна активност е не само средство за възстановяване на организма, но добра превантивна мярка срещу заболявания и усложнения на вече съществуващи здравословни проблеми.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Любенова, Д., Кинезитерапия при вътрешни болести, (лекционен материал);
- [2] Любенова, Д., Практически насоки за приложение на специализирана кинезитерапия при диабетна полиневропатия;
- [3] Миндова, Ст., Кинезитерапия при вътрешни болести, (практически упражнения);
- [4] Каранешев Г., Л. Венова, Ръководство за практически упражнения по лечебна физкултура, III издание, София 1991
- [5] Интернет ресурс - http://www.medicbg.com/bg/action_statii_story.php?id=5

За контакти:

Ивалина Русева, студент от специалност „Кинезитерапия“, Русенски университет „Ангел Кънчев“, Факултет „Обществено здраве и здравни грижи“, Катедра „Обществено здраве и социални дейности“, тел. 088 351 3073, e-mail: ivalina.24@abv.bg

доц. Стефка Миндова, д-р, Русенски университет „Ангел Кънчев“, Факултет „Обществено здраве и здравни грижи“, Катедра „Обществено здраве и социални дейности“, e-mail: stef_mind@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Кинезитерапевтични мероприятия при пациенти с декубитални рани

автори: Ваня Дачева, Йоана Панайотова, Надежда Колева
научен ръководител: гл. ас. д-р Ирина Караганова

***Physical Therapy activities in patients with pressure sores:** Bedsores are easier to prevent than to treat, but that doesn't mean the process is easy or uncomplicated. And wounds may still develop with consistent, appropriate preventive care. Position changes are key to preventing pressure sores. These changes need to be frequent, repositioning needs to avoid stress on the skin, and body positions need to minimize pressure on vulnerable areas. Other strategies include physical therapy exercises taking, good care of your skin, maintaining good nutrition, quitting smoking and exercising daily.*

The purpose of scientific communication is to present the physical therapy activities in patients with pressure sores in clinical setting.

Keywords: Physical Therapy, Pressure sores.

ВЪВЕДЕНИЕ

Не малко заболявания с различна етиология и патогенеза водят до различни по степен инвалидизации. Те от своя страна са предпоставка за други усложнения, превенцията, на които изисква щателни професионални грижи за болните паралелно с основната терапия.

Пример за такива усложнения са нерядко срещаните декубитални рани. Понякога те се развиват много бързо, прогресират интензивно, а лечението им обикновено е трудно и продължително.

Поради тази причина е необходимо добро познание на естеството им, рисковите фактори и профилактичните мерки за предотвратяване на тяхното възникване или за професионално поведение и лечение при наличието им.

Продължителният натиск, триенето на повърхността на тялото могат да наранят кожата, подкожието и подлежащите тъкани. Така именно се стига до декубитуси.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Декубитусът представлява некроза на тъканта вследствие продължителния натиск – пролежка.

Триенето и опън на кожата при неправилно положение на пациента в леглото или в инвалидния стол, невнимателното му местене, затрудняват кръвотока в определени зони, а това ограничава съответната тъкан от притока на хранителни вещества и кислород и води до нейното загиване (некроза). Когато двигателната активност е ограничена и липсва допълнителна помощ за раздвижване, тъканите остават под налягане за дълго време.

От друга страна, самото обездвижване води и до атрофия на подкожната и мускулната тъкан, което допълнително допринася за натиска над проминаращата кост.

По време на учебно-клиничната практика в хирургично отделение на МБАЛ – Русе АД имаме възможност да работим с пациенти в тежко общо състояние с налични декубитални рани, които са обект на настоящия доклад.

Пациентът с инициали В. М. на 50 г, в тежко общо състояние е хоспитализиран на 25.01.2016 г.

Постъпва с болка в коремната област и след направените целенасочени изследвания се установява наличието на гноен възпалителен процес в корема и малкия таз с ангажиране на меките тъкани и лявата тазобедрената става.

При проведеното оперативно лечение във връзка с перфорация на дебелото черво е изведена колостомата.



Снимка 1.

С течение на времето, прогресиращото възпаление предизвиква редица усложнения, както и загуба на телесна маса ($BMI < 20 \text{ kg/m}^2$), което е предпоставка за кахексия.

Тежкото общо състояние на пациента налага ограничение на движенията му и принудително залежаване. Това и последващата дистрофия на мускулите довеждат до първите прояви на мацерация и декубитус.

Принудителното положение в леглото предразполага развитието на мацерация и последващ декубитус в сакралната област и глутеусите.



Снимка 2.

Формиралата се **мацерация** се превръща в **декубитус** от втора и с течение на времето в трета степен.



Снимка 3.

Тежкото общо състояние и принудителното обездвижване дават отражения и по другите застрашени места, подложени на натиск и опън, което изисква полагане на качествени здравни грижи и кинезитерапевтични процедури за провеждане на антидекубитални мероприятия.



Снимка 4.

След появата на мацерация, застрашеният от декубитални рани В. М. бива поставен на антидекубитален дюшек за превенция от последващите фази на декубитус.



Фигура 1.

За възстановяването на В.М. се полагат и ежедневни кинезитерапевтични процедури:

- дезинфекция на кожата, ревулзия, масаж;
- промяна на положението в леглото на всеки 2 ч;
- изолиране на телесните повърхности;
- дихателна гимнастика;
- пасивни, автопасивни, изометрични и леки резистивни упражнения.



Снимка 5.

За възстановителния процес на пациента от особено значение е хранителният режим. Дисбалансираното хранене и ниския индекс на телесната маса (BMI) $<20 \text{ kg/m}^2$ изискват висок прием на протеини и витамини. За стабилизирането на виталните му показатели е наложителен прием на хранителни добавки с високо съдържание на протеини.

Практиката ни в хирургично отделение ни срещна с още един пациент с тежък декубитус в напреднал стадий.

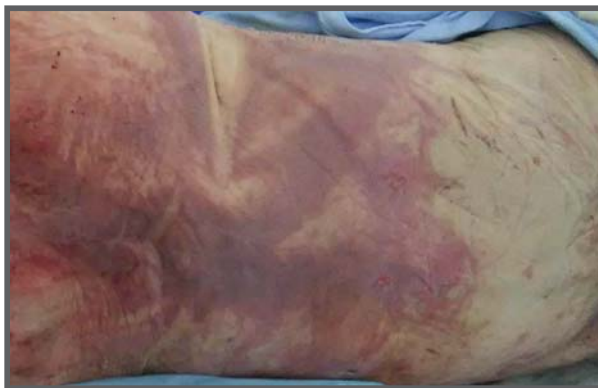
Пациентката М. А. на възраст 62г е приета по спешност в безсъзнание и много тежко общо състояние, вследствие на преживян инсулт. При приемането ѝ се

констатира наличие на вече напреднал декубитус, който прогресира с бързи темпове.



Снимка 6.

След започнатото лечение, М. А. идва в съзнание няколко часа след приемането ѝ в болничното заведение. Незабавно започват и активни оздравителни процедури и за овладяването на напредналата фаза на декубиталните рани и наличието на мацерация в застрашените области.



Снимка 7.

Симптоматиката, наблюдавана при пациента В. М. е сходна с тази на пациентката М. А.

Тежкото общо състояние, неврологичният дефицит, липсата на движения, тазова инконтиненция, наличие на натиск/опън, ниският индекс на телесна маса (BMI) $<20 \text{ kg/m}^2$ предразполагат към поява на мацерация, а в следствие и на декубитус. Освен засегнатите вече сакрална и глутеална области, застрашени са скапулите, лактите, областта на трохантерите и петите.

**Снимка 8.**

За подобряване на виталитета на пациентката се полагат ежедневни сестрински и кинезитерапевтични процедури, включващи поставянето ѝ върху антидекубитален дюшек, ревулзия, масажи за подобряване на трофиката, промяна на положението в леглото на всеки 2 ч, пасивни, автопасивни, изометрични упражнения и изолиране на телесните повърхности.

Освен изброените профилактични и терапевтични процедури при пациентката се налага извършването на хирургично лечение – некректомия (дебридмънт) в местата с напреднала фаза на декубитус.

**Снимка 9.**

От голямо значение за оздравителния процес са както ежедневните терапевтични грижи, полагани от страна на медицинския екип и кинезитерапевта, така и хранителния режим, който трябва да включва приемът на голямо количество протеини, от които от особено значение е суроватъчният, витамини и минерали.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Като обобщение от клиничния ни опит при пациенти с декубитални рани могат да бъдат изведени следните изводи:

1. Декубитусът и декубиталните рани са тежко усложнение при залежали се пациенти в домашна или болнична обстановка.
2. Декубитусът и декубиталните рани са сериозен терапевтичен проблем в съвременната медицина.
3. Повечето декубитални рани могат да бъдат профилаксирани, но не всички могат да бъдат избегнати.
4. Превенцията и лечението на това усложнение изисква координирани усилия на различни здравни специалисти – хирург, кинезитерапевт, медицинска сестра, както и съдействие на болния и семейния му кръг.
5. Лечението на усложнените декубитални рани води до завишени финансови разходи на лечебните заведения.
6. Антидекубиталните мероприятия и кинезитерапевтичните процедури са от съществено значение за профилактиката на декубитус и лечението на декубиталните рани.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Желева, Е. Общи и специални сестрински грижи. Теоретични аспекти, Ст. Загора, 2007.

[2] European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel;

[3] <http://www.npuap.org> и <http://www.epuap.org>

За контакти:

Ваня Дачева, асистент по „Учебна практика“ за специалност „Кинезитерапия“, Катедра „Обществено здраве и социални дейности“ при Русенски университет „Ангел Кънчев“, email: van_nia@abv.bg

Йоана Панайотова, студент Iви курс, специалност „Кинезитерапия“, Катедра „Обществено здраве и социални дейности“ при Русенски университет „Ангел Кънчев“

Надежда Колева, студент Iви курс, специалност „Кинезитерапия“, Катедра „Обществено здраве и социални дейности“ при Русенски университет „Ангел Кънчев“

Научен ръководител: гл. ас. д-р Ирина Караганова, Катедра „Обществено здраве и социални дейности“, Русенски университет „Ангел Кънчев“, e-mail: ikaraganova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Клиничен случай: специализирана кинезитерапия след операция на дискова херния на ниво L4 – L5

автори: Несрин Чолакова, Нурел Мюмюн
научен ръководител: ас. д-р Александър Андреев

Summary: Spine surgery is a major undertaking, and physical therapy is important parts of helping patients get the most possible benefit from their surgery. Essentially, physical therapy can help patients recover from spine surgery as quickly and completely as possible.

Keywords: Physical Therapy, Surgery, Herniated disc.

ВЪВЕДЕНИЕ

Дисковата болест е дегенеративно заболяване на междупрешленните дискове с или без засягане на нервния ствол. За оптимизиране на лечението се използват съвременни кинезитерапевтични средства представени в настоящия доклад.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Видове дискова херния

Спрямо посоката:

- Латерална- вляво или вдясно;
- Парамедианна
- Медианна

Спрямо степента:

- Дискова протрузия (синдром на разместване) – това е всяка промяна във формата на анулуса, свързана с абнормно издуване в някаква посока.
- Дискова херния:
 - Пролапс - протрузия на нуклеуса, който обаче все още се задържа в рамките на външните слоеве на анулуса и поддържащите лигаментарни структури.
 - Екструзия - протрузия, при която нуклеарният материал разкъсва външните слоеве на анулуса и се локализира под дорзалния лонгитудинален лигамент.
 - Свободна секвестация - екструдиналният нуклеус излиза свободно извън областта на пролапса.

Различни видове автори влагат различни понятия в тези термини. Гореизложените са по McNab, Bogduk. Той дефинира пролапса като явна руптура на анулуса и излизане на нуклеарния материал в гръбначномозъчния канал, а хернията като частично изливане на нуклеарния материал в гръбначномозъчния канал, като по-голяма част остава в дефекта на анулуса.

Механизъм на получаване на увреда на междупрешления диск:

- Увреда от износване - обикновено настъпва след репетитивно претоварване на гръбначния стълб в положение на асиметричен наклон напред и торзионно обременяване.
- При торзионно стресиране - анулуса се деформира, най-вероятно в противоположния на страната на ротацията дорзолатерален ъгъл. Външните слоеве на анулуса губят кохезията си и започват да се разслояват един от друг. Така всеки слой поотделно поддържа нуклеуса и при радиално разкъсване материал от нуклеуса навлиза между отделните слоеве.
- При репетитивни наклони и вдигане на тежести слоевете на анулуса се преразтягат. Те се вбиват силно един в друг в дорзолатералните си ъгли, образуват се радиални фисури и нуклеарния материал навлиза в тези фисури.

Външните слоеве на анулуса могат да задържат продължително време нуклеарния материал, докато са интактни като слоеве. При травмиране има тенденция за отичане на нуклеуса и за деформиране на анулуса. Дисторзията е по-изразена там, където фибрите на анулуса са разтегнати. Ако се проявят руптури във вътрешните слоеве, нуклеарният материал ще навлезе през фисурите. Регенерацията е възможна, но кръвообръщението на диска е слабо. Възможна е авторепарация на руптурата от самия нуклеарен гел или чрез пролиферация на клетки на анулуса. Всеки фиброзен регенерат обаче е по-слаб от оригиналния и формирането му отнема продължителен период от време поради бедното кръвообращение на диска.

- Травматична руптура на анулуса може да възникне като еднократен акт или да се наслои върху постепено разрушаващи се дискови рингове. Това се получава много често при хиперфлексийни травми.
- Аксиалното претоварване на диска обикновено предизвиква увреда на контактните плочки на диска или фрактура на прешленните тела, преди да увреди анулуса.

Най-често симптоматични увреди на междупрешленните дискове се проявяват във възрастта между 35-40 год. През този възрастов период нуклеуса все още може да абсорбира течности, но анулуса отслабва от износването с течение на времето и затова е по-неспособен да удържа увеличено налягане, когато е налице абнормно натоварване. Нуклеарният материал може да пролабира през разкъсванията или фисурите, които обикновено са локализирани в дорзолатералните части на диска. При увеличено натоварване може да притисне външните ануларни слоеве, причинявайки бомбиране или ануларна руптура, а може и да пролабира напълно през изцяло разкъсания анулус.

Всяко нарушаване на интегритета на диска от инфекция, заболяване, херниране или дефект в контактната плочка е фактор за предизвикване на дегенеративни промени. Дегенерацията се характеризира с прогресивни фиброзни промени в нуклеуса, дезорганизиране на фибрите на анулуса и унищожаване на хрущялните крайни пластини. Увеличаващото се фиброзиране на диска води до намаляване на хигроскопичните му свойства. Намалява се водното му съдържание и съответно намалява обема му. Остри дискови протрузии предизвикани от компресия на нуклеуса върху анулуса са рядко срещани при възрастни хора. Възможно е да се получи дискова протрузия и без компресия на нуклеуса върху анулуса. Увредата или дегенерацията на диска засяга механиката на гръбначния стълб като цяло. Отначало има увеличена подвижност на сегмента с увеличена флексия-екстензия и предно-задна трансляция на прешленното тяло.

Основни клинични диагнози

Етиология и симптоми при дискова херния

Диска в по-голямата си част е аневрален затова не всички дискови хернии са симптоматични.

- Болковата симптоматика се предизвиква от компресията, която оказва протрузията върху чувствителните лигаменти, dura mater, къвоносни съдове и около нервните коренчета.
- Неврологичната симптоматика произлиза от компресиране на гръбначния мозък или нервните коренчета. Единствените неврологични симптоми са развитието на двигателен дефицит (парези) и специфични дерматомни сетивни промени. Болката ирадира по съответен дерматом, увеличена миоелектрична активност на ишиокруралните мускули, ограничената елевация

на изпънат долен крайник, потиснати сухожилни рефлексии могат да бъдат асоциирани с референтна болкова провокация от спиналната мускулатура, междубодилковите лигаменти, диска или фасетните стави и по тази причина не се възприемат като типични неврологични симптоми.

Симптомите са вариабилни в зависимост от степента и посоката на протрузията, както и от нивото на засегнатия гръбначномозъчен сегмент.

Лечение:

- Консервативното лечение се провежда при дискова торзия и дискова протрузия чрез кинезитерапия, екстензионна терапия и медикаментозна терапия
- Оперативно лечение се прилага при дискова херния ако до втората седмица (първия месец) от началото на консервативното лечение не се повлияе наличието на: паретична симптоматика, тазоворезервоарни нарушения, болкова симптоматика (тежка, продължителна, неотзвучаваща болка).

ДАНИИ ЗА КЛИНИЧНИЯ СЛУЧАЙ И МЕТОДИКА НА КИНЕЗИТЕРАПИЯТА

Пациент: Т. М. Д.

Пол: Мъж

Възраст: 42 год.

Професия: безработен

- Диагноза – херния дискусис L4 – L5 парамедианна в дясно.

Кратка история на сегашното заболяване: Оплакванията датират от 21.11.2015г. когато след физическо натоварване почувства силна болка в кръста с ирадиация по задно-страничната повърхност на десния крак. Провел е апаратна физиотерапия без успех. Постепенно се е проявила слабост при дорзална флексия на ходилото в дясно – не може да стъпва на пети с десния крак. Оплакванията не се повлияват от прилаганите медикаментозни средства. Приет е за оперативно лечение в болница „Токуда“ гр.София. Опериран е на 10.1.2016г. Придружаващи заболявания: хипертония. Вредни навици: не съобщава. Фамилна анамнеза: необременен.

ЛЕЧЕБЕН КИНЕЗИТЕРАПЕВТИЧЕН ПЛАН

1. Цел на кинезитерапевтичното лечение: Оптимално функционално възстановяване на болния
2. Задачи на кинезитерапевтичното лечение:
 - Намалване на болката и премахване на отока;
 - Профилактика на контрактури и увеличаване обема на движение в лумбалния дял;
 - Преодоляване на мускулен дисбаланс и засилване на паретичната мускулатура;
 - Подобряване на равновесната устойчивост;
 - Усвояване на дейностите от ежедневието;
 - Обучение в правилна стойка и походка.
3. Използвани кинезитерапевтични средства:
 - Дихателна гимнастика;
 - Активни упражнения;
 - Общоразвиващи упражнения;
 - Изометрични и изотонични упражнения;
 - Техники за ПНМУ
 - Механотерапия – упражнения с/на уреди, велоергометрия, терабанд ластиси, фитнес топки, балансборд;
 - Кинезиотейпинг на залавните места m.tibialis

- ДЕЖ – научаване на поза за сън – лягане през страни, лягане със сгънати крака с възглавница между краката, навеждане със сгънати крака от кръста (да не е от кръста, а с клякане);
 - Лечебен масаж – на цикатрикса, на долните крайници, на кръста, на паравертебралната мускулатура.
4. Използвани физикални средства:
- Електростимулация на m.tibialis, m.pironeus (по 5 минути)
Кинезитерапевтичното лечение продължава 1 месец след операцията, по 5 дена седмично, 1,5 часа на ден.
5. Схема на кинезитерапевтичната процедура:

Част на процедурата	Използвани средства	Дозировка
Подготвителна част	Общоразвиващи упражнения Масаж	10 - 15 мин.
Основна част	Активни упражнения, ПНМУ, механотерапия, ДЕЖ	35 - 45 мин.
Заклучителна част	дихателни упражнения	5 - 7 мин.

Пациентът беше обучен в правилно изпълнение на следните дейности от ежедневието с цел да се избегнат рецидиви и да се оптимизира лечението:

- На пациента трябва да се помогне да установи кои пози и движения централизират и облекчават симптомите му, и съответно кои ги влошават и периферизират, като ги изпълнява под наблюдение.
- Пациентът се инструктира често да прави рететиторни екстензии, при необходимост с едновременно латерална корекция (обикновено през първите няколко дни).
- Пациентът трябва да бъде предупреден, че щом по време на упражненията усети периферизиране на симптомите трябва незабавно да ги прекрати и да се свърже с кинезитерапевта за ретестуване.
- Пациентът трябва да се инструктира как да поддържа екстензиран гръбначния стълб докато трае регенеративният процес.
- Пациентът се инструктира да избягва флектирането на гръбначния стълб, повдигането на предмети от пода и всички други дейности, предизвикващи увеличаване на вътретрисковото налягане при изпълнение на ДЕЖ.
- Пациентът се обучава да носи тежки предмети като ги придържа близо до общия център на тежестта (ОЦТ), така че да не нарушава равновесието си. Колкото по-близо е до ОЦТ, толкова по-малък е стреса върху гръбначния стълб.

Препоръчват се и следните профилактични мерки:

1. Да се избягва продължителното заемане на една поза.
2. При ситуации предизвикващи увеличаване на мускулната тензия се практикува волева релаксация.
3. Подбират се подходящи за пациента упражнения за поддържане на

подвижността и силата на гръбначната мускулатура.

4. Пациентът трябва да си дава сметка за взаимосвързаността между болковата провокация и заеманата поза. При дискомфорт или болка трябва веднага да промени позата.

Описание на отделните специализирани техники за проприоцептивно нервно-мускулно улесняване (ПНМУ):

- Улесняване на дорзалната флексия на ходилото чрез ирадиация на възбуждението (В. Желев, 2011).

От ИП седеж единият долен крайник се сгъва в колянна става, ходилото се изнася назад под стола, без да опира пръстите.

От ИП седеж на стол, крайниците стъпили, петата на единия долен крайник опира отзад върху крака на стола. Болният прави опит да сгъне крайника в коляното, натискайки с петата- ефект дорзална флексия на ходилото. Ефектът може да се усили, като се окаже съпротивление върху коляното, когато крайникът започне да се сгъва леко в тазобедрената става.



Снимка 1.

- Улесняване на съкращенията на гръбната мускулатура (В. Желев, 2011).

От ИП стоеж рязко извеждане от равновесие чрез бутане в посока напред.

От ИП стоеж близо до стената. Сам човек наклонява тялото си назад до заставане на пети и запазване на равновесие. Ако залитне се опира върху стената.

- Улесняване на дорзалната флексия на ходилата и екстензията на пръстите (В. Желев, 2011).

От ИП стоеж болният се изважда от равновесие чрез бутане в посока напред.

От ИП стоеж. Сам човек се наклонява напред до изправяне на пръсти и запазване на равновесие (В. Желев, 2011).



Снимка 2.

- Улесняване чрез използване на физиологичния феномен последователна (сукцесивна) индукция, смяна на антагонистите по Н. Kabat.

Последователната индукция се използва, като силната мускулатура става източник на проприоцептивно улесняване на слабата антагонистична мускулатура.

- Реципрочна инервация - увеличаващият се мускулен тонус на съкращаващата се мускулатура води до намаляване на тонауса на неговия антагонист.

1. Бавно обръщане - похватът започва с изотонична контракция на силния мускул срещу максимално съпротивление с последваща изотонична контракция на слабия мускул срещу адекватно съпротивление.
2. Бавно обръщане-задържане - по същия начин, само че в края на всяко движение се задържа изометрично.
3. Ритмична стабилизация - започва с изотонична контракция срещу максимално съпротивление на по- силния мускул. В някоя точка където движението е най-силно се задържа 2-3 секунди изометрично. След това веднага се извършва изометрична контракция на слабия антагонист. Следват няколко последователни изометрични контракции на двете антагонистични мускулни групи.

➤ Методически указания: упражненията да се изпълняват бавно и с умерено темпо, до изчерпване на силите на дадената мускулатура. Изпълняват се правилно и до прага на болката. Да се следи пулса и кръвното налягане в началото, средата и в края на процедурите.

РЕЗУЛТАТИ

За да отчетем ефективността на кинезитерапията бяха проведени следните тестове и скали:

Таблица 1. Резултати от направените тестове, изследвания и измервания за оценка на рехабилитационния потенциал

Тестове	Резултати	
	В началото на курса	В края на курса
ВАС	4	1
Модифициран тест на Шобер	4	7см
Латерални наклони (пръст – под)	ляв – 52см десен – 52см	ляв – 50см десен – 50см
Проба на Ласер	40°	65°
Тест на Том Майер (наклон напред – пръст-под)	32см	38см
ММТ		
▪ m. tibialis anterior	0	2
▪ m. peroneus	2	4
▪ m. triceps sure	4	5

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Използването на специализираните кинезитерапевтични техники води до подобряване на функционалното състояние на пациента. След прилагане на процедурите и постигане на резултат, използваните прийоми се приемат добре и се изпълняват с желание от болните.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Желев В., ФИЗИОТЕРАПИЯ IV част:Методи за функционално изследване и оценка във физиотерапията. София, 2011
- [2] Желев В., ФИЗИОТЕРАПИЯ част: Специализирани методи и методики във физиотерапията. София, 2011
- [3] Любенова Д., Кинезитерапия при нервни и психични болести. София, 2011
- [4] Попов Н., Гръбначен стълб. Функционална диагностика и кинезитерапия. София, 2002

За контакти:

Несрин Бехтиева Чолакова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, спец. Кинезитерапия е-mail: ne_srin-94@hotmail.com

Нурел Гюрсел Мюмюн, Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, спец. Кинезитерапия е-mail: nurel_ertan@abv.bg

Научен ръководител: ас. д-р Александър Андреев, Катедра „Обществено здраве и социални дейности“, Русенски университет „Ангел Кънчев“, е-mail: aandreev@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Значимостта на проблема "Нозокомиални инфекции" за студентите кинезитерапевти

автори: Ваня Дачева, Велислава Стаматова
научен ръководител: гл. ас. д-р Ирина Караганова

The significance of the problem "Nosocomial Infections" for the students physical therapists:
Hospital-acquired infection (HAI) – also known as **nosocomial infection** – is an infection that is contracted from the environment or staff of a healthcare facility. It can be spread in the hospital environment, nursing home environment, rehabilitation facility, clinic, or other clinical settings. Infection is spread to the susceptible patient in the clinical setting by a number of means. Health care staff can spread infection, in addition to contaminated equipment, bed linens, or air droplets. The infection can originate from the outside environment, another infected patient, staff that may be infected, or in some cases, the source of the infection cannot be determined.

Keywords: Nosocomial Infections, Physical Therapy, Students.

ВЪВЕДЕНИЕ

През периода на своето обучение студентите кинезитерапевти по време на Учебно – клиничните практики посещават различни Лечебно – профилактични заведения. Участието им в терапевтични и профилактични мероприятия ги въвежда в пряк контакт с пациенти с различни видове етиология и клинични прояви. Ето защо те трябва да имат задълбочени познания относно същността, превенцията и контрола на нозокомиалните инфекции.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Нозокомиалните инфекции са всеки инфекциозен процес възникнал при заразяване по време на болничен престой, независимо от неговата клинична изява или заразноносителство и независимо от срока на проявление – по време на болничното лечение или след изписването.

Нозокомиалните инфекции възникват по време на полагането на стационарни здравни грижи – пациента се заразява през време на лечението си в лечебното заведение.

В общите принципи на дефинициите на Centers for Disease Control and Prevention (CDC) за нозокомиални инфекции се посочва общата дефиниция за нозокомиална инфекция: Поява на локални или системни признаци за инфекция като реакция към наличието на микроорганизми или техните токсини. Не трябва да има признаци за това, че инфекцията е съществувала още при приема в болницата или е била в инкубационен период.

Етимологията на термина Нозокомиални инфекции (Noscomial) е от гръцки произход (nosos – болест; someo – грижа се). Приложението му през последните години трайно се наложи като световна тенденция.

Нозокомиални инфекции = Вътреболнични инфекции

В съвременната медицинска практика нозокомиалните инфекции или както още се наричат – Вътреболнични инфекции (ВБИ), могат да се групират така:

- до 50% – инфекции на дихателната система;
- до 25% – на септични рани;
- до 15% – чревни и уроинфекции.

Инкубационният период е различен и зависи от нозологичната форма. Варира от няколко часа до 30 и повече дни.

Като **източник на зараза могат да** се посочат:

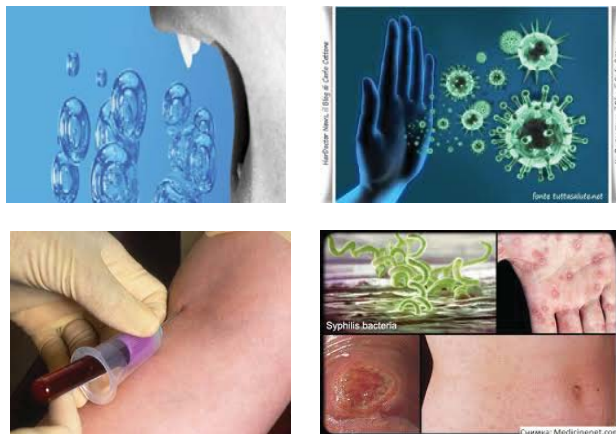
- болни или заразоносители сред медицинския екип, студенти, специализанти, придружители;
- новопостъпили пациенти, които са заразоносители или намиращи се в инкубационен период на дадено инфекциозно заболяване;
- новопостъпили пациенти със смесена инфекция или неразпозната инфекция;
- лежачо болни пациенти с проявен инфекциозен процес или заразоносителство.

Възприемчивостта на пациентите може да се групира в два аспекта:

- пациенти с изразена чувствителност към различни инфекциозни агенти;
- влияние на социалните фактори, действащи в условията на стационара – болният човек е с по-голяма възприемчивост и с изменена резистентност към микроорганизмът, отколкото здравия човек поради понижен имунитет.

Нозокомиалните инфекции се предават чрез:

- фекално – орален механизъм на предаване;
- въздушно – капков механизъм на предаване;
- кръвен(трансмисивен) механизъм на предаване;
- покривен механизъм на предаване.



Фигура 1.

Нозокомиалните инфекции (ВБИ) се представят като развитие на:

- следоперативни супурации на рани;
- флебити – възпаления на венозни съдове;
- пневмонии;
- конюнктивити;
- уро- и гинекологични инфекции;
- сепсис и други.



Фигура 2.

Инфекциите могат да бъдат предизвикани от ендегенни или екзогенни причинители. В съвременни условия е характерно, че причинителите на ВБИ не са толкова класическите микроорганизми, а условно патогенните микроорганизми, което затруднява диагностицирането им. Установено е, че около 50% от всички ВБИ се причиняват от G⁻ микроорганизми – ешерихия коли, клебсиела, ентеробактер, протеус, псевдомонас. Предотвратимостта, респективно непредотвратимостта не оказват влияние върху диагностицирането на една нозокомиална инфекция. Общите дефиниции на CDC са валидни за всички пациенти, независимо от възрастта им. Те важат и при пациенти до една година. Освен тях съществуват и допълнителни определения за оценка на инфекциите при пациенти под една година.

Патогенните микроорганизми, причиняващи нозокомиални инфекции са повсеместно разпространени в болницата, но най-вече в рисковите болнични отделения и при обслужване на критично болни пациенти поради естеството и характера на работа. Такива рискови отделения в лечебните заведения са: интензивните, неонатологичните, родилните, детски кърмачески, хирургичните, урологичните, гинекологичните отделения.



Снимка 1.



Снимка 2.

Към основните предпоставки за развитие на нозокомиални инфекции в съвременните ЛПЗ могат да се включат:

- непрекъснато увеличаващия се приток на пациенти;

- болнична пренаселеност;
- концентрация на множество източници на инфекция;
- множество изкуствени пътища за заразяване, които са свързани с лечебно – диагностичния процес;
- ниво на санитарно – хигиенно състояние на лечебното заведение;
- култура на медицинското обслужване и квалификация на медицинския персонал.

Предаването на патогенните микроорганизми на пациентите често възниква чрез ръцете на медицинските специалисти, които се контаминират или колонизират транзитно с тях.

Статистически данни сочат, че нозокомиалните инфекции удължават болничния престой, оскъпяват лечението, снижават ефективността на здравеопазването, причиняват страдание, водят до нетрудоспособност и смърт.

Профилактичните мероприятия на ВБИ включват:

- откриване, регистриране и съобщаване за ВБИ;
- подобряване на стационарната база и условията за лечение;
- стриктно спазване правилата на асептика и антисептика в лечебните заведения;
- подобряване качеството на здравни грижи за човека – здрав или болен;
- клинично и микробиологично обслужване;
- повишаване на квалификацията на медицинските екипи, студенти и специализанти относно нозокомиалните инфекции.

Медицинските екипи, както и обучаващите се студенти и специализанти играят ключова роля в разпространението на нозокомиални инфекции. Това е причина, поради която старателната хигиенна дезинфекция на ръцете и ползването на изолационни средства е решаващо за превенцията им.

♦ Предпазни средства, които медицинските специалисти използват, за да не са източник на нозокомиални инфекции:

- предпазни ръкавици – латексови, от винил, полиетиленови;
- нестерилни и стерилни;
- защитни маски;
- защитни очила;
- изолационни престилки – нестерилни и стерилни;
- шапки;
- калцуни.



Фигура 3.

От особено значение в превенцията на ВБИ е спазването на следните основни правила от всеки член на медицинския екип спазва:

1. Запознаване с болничната политика за профилактика на нозокомиалните инфекции.
2. Стриктно спазване правилата на асептика и антисептика.
3. Щателна хигиена на ръцете:
 - хигиенно измиване на ръцете с течен сапун (детергент) под топла течаща вода и въздушно подсушаване преди и след обслужване на пациенти;
 - поставяне на ръкавици – техника;
 - обличане на изолационна престилка при необходимост – техника;
 - поставяне на маска, шапка и калцуни;
 - сваляне на замърсени ръкавици – техника и хигиенно измиване на ръцете;
 - събличане на изолационна престилка – техника;
 - изхвърляне на използваните предпазни средства в точно указаните разделни контейнери за медицински отпадъци.

Всяко Лечебно заведение има утвърдена Комисия за борба с нозокомиалните инфекции. Тя се оглавява от Председател на комисията – най-често това е Медицинският директор или заместникът му по лечебната дейност. Секретар – болничният епидемиолог или епидемиолог от РИОКОЗ. Останалите членове на комисията са: всички началници на отделения (клиники), клиничен микробиолог, патологоанатом, главна медицинска сестра, икономически директор, представители от стерилизационна, кухненски блок и пералня.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нозокомиалните инфекции са актуален и значим проблем на съвременното здравеопазване. Те удължават болничния престой, намаляват използваемостта на болничния фонд, оскъпяват лечението, снижават ефективността на здравеопазването, водят до редица усложнения и преждевременна смъртност. По този начин те оказват пряко влияние върху националната икономика.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Желева, Е. Общи и специални сестрински грижи. Теоретични аспекти, Ст. Загора, 2007.
- [2] Захаријева, К. Помагало за учебно клинична практика, Медиатех, Плевен, 2015.
- [3] http://www.bulnoso.org/pdf/for_practice/T1_Pr1-Deff.pdf

За контакти:

Ваня Дачева, асистент по „Учебна практика“ за специалност „Кинезитерапия“, Катедра „Обществено здраве и социални дейности“ при Русенски университет „Ангел Кънчев“, email: van_nia@abv.bg

Велислава Стаматова, студент I-ви курс, специалност „Кинезитерапия“, Катедра „Обществено здраве и социални дейности“ при Русенски университет „Ангел Кънчев“

Научен ръководител: гл. ас. д-р Ирина Караганова, Катедра „Обществено здраве и социални дейности“, Русенски университет „Ангел Кънчев“, e-mail: ikaraganova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Стари хора на пътя – иновативен подход за изследване на уменията за шофиране

автор: Елвин Юсеинова

научен ръководител: доц. д-р Лилия Тодорова

***Elderly people on the road – innovative approach for assessing driving capability:** The paper presents a simulation, developed by an international and interdisciplinary team of students during the intensive programme IC4Life, hosted by the University of Ruse in January 2016. The module stimulated innovative and creative ideas to design a simulation for assessing of elderly people's driving skills..*

Keywords: creativity, assistive technology, multiprofessional, elderly people, driving.

ВЪВЕДЕНИЕ

От 18 до 23 януари 2016 г. Русенският университет „Ангел Кънчев“ бе домакин на международния форум Иновации и креативност за живота (Innovations and creativity for life, IC4LIFE). Във форума участваха 14 преподаватели и 54 студенти от различни страни в Европа – Литва, Дания, Финландия, Белгия и Великобритания. Обучението бе интерактивно и мултидисциплинарно – в него участваха студенти и преподаватели от различни специалности като ерготерапия, бизнес и информационни технологии, компютърни науки и инженерни специалности.

Основни водещи на обучителния модул бяха преподаватели от Финландия, подготвили различни иновативни подходи за насърчаване на творческото мислене на участниците за изработване на прототип с практическо приложение, използвайки подръчни материали.

В началото на форума заниманията бяха насочени към опознаване и сплотяване на участниците. Бяха формирани 22 студентски двойки, всяка от които получи задача, свързана с конкретен казус. В рамките на един ден групите проучиха различни информационни източници по проблема, потърсиха информация от първо лице от потенциални клиенти или заинтересовани лица, разработиха иновативна идея за решаване на проблема и я представиха пред жури от преподаватели. Първата бариера бе преодоляна успешно от 6 двойки, около които бяха формирани екипи за цялостно разработване на идеята и създаване на прототип.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Студентският екип, разработил проекта „Стари хора на пътя“, беше съставен от 6 студенти (фиг.1):

- Zoë Feyi-Waboso – 4 курс, специалност Ерготерапия, Coventry University, Англия;
- Andrew Heywood – 2 курс, специалност Машинно инженерство, Coventry University, Англия;
- Jenni Pussinen – 3 курс, специалност Бизнес информационни технологии, Oulu University of Applied Sciences, Финландия;
- Jūrēnaitė Jovaidė - 3 курс, специалност Ерготерапия, Lithuanian University of Health Sciences, Литва;
- Елвин Юсеинова – 3 курс, специалност Ерготерапия, Русенски университет;
- Michiel Vossen – 4 курс, специалност Ерготерапия, Hogeschool PXL, Белгия.

Проучване на потребностите

По официални данни през 2011 г. във Великобритания са възникнали 10 974 инциденти с лек автомобил с участието на лица над 70 години. По-голяма част от тези произшествия са предизвикани именно от по-старите шофьори [1].



Фигура 1. Студентски екип, разработил проекта „Стари хора на пътя”

През 2010 г. около 524 милиона души са били на възраст на и над 65 години, което представлява 8 % от световната популация, сочат данни от National Institute on Aging. Перспективите са до 2050 г. този брой да нарастне до около 16 % от световната популация [2].

Въз основа на предварително събраната информация бяха формулирани следните изследователски въпроси:

- Как да се изследват уменията за шофиране на старите хора?
- Къде и кога трябва да се изследват тези умения?
- Как да се осигури достъпна цена за масово приложение?

Идеен проект

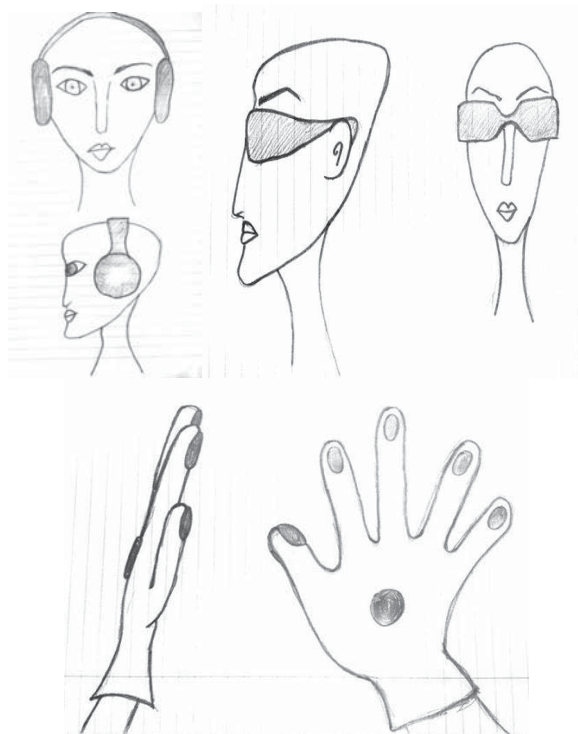
Идейният проект представлява симулатор за изследване на слуховите, зрителните и когнитивните умения, на мускулната сила и рефлексите, както и действия при кризисна ситуация на пътя.

Въз основа на проучване в интернет беше установено съществуването на симулатори за изследване на шофьорските умения на старите хора, които са съставени от компютър, монитор, волан, скоростен лост [3]. Недостатъкът на тези устройства се изразява в това, че те не са достатъчно реалистични и не дават точна оценка за уменията на изследваното лице.

Студентският екип предлага иновативен подход, включващ виртуални слушалки, очила със сензори за по-реалистично наблюдение, ръкавици, волан, педали, скоростен лост и сензори за натиск и движение с цел създаване на максимално чувство за реалност (фиг. 2). Цялото оборудване е компактно, преносимо и не изисква специализирана среда.

Период на изследване

Определящ фактор за периода, през който трябва да се използва симулатора, е здравословното състояние на лицето. Например при човек над 65-годишна възраст в добро здравословно състояние, установено при медицински преглед, изследването може да се провежда на една година. Ако обаче лицето има здравословни проблеми, които могат да окажат влияние върху уменията за шофиране, този период трябва да се съкрати до 6 месеца.



Фигура 2. Сензорни компоненти на симулаторното устройство

Себестойност на системата

Според първоначалните изчисления на екипа цената на цялостната система възлиза на:

- волан, педали и скоростен лост – около 231 паунда;
- виртуални слушалки, очила и сензори – 923 паунда;
- софтуерна система – 26 000 паунда годишно.

Потенциални потребители

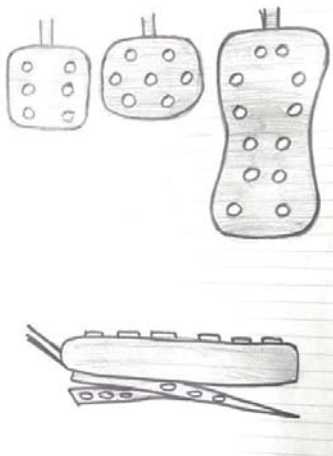
От кого може да се използва тази система? Потенциални потребители на симулаторната система могат да бъдат застрахователни компании, както и от институции, отговорни за движението по пътищата. По мнение на студентския екип анализът на данните трябва да се провежда от ерготерапевт, тъй като той притежава нужните професионални компетенции за оценка на уменията.

Защо е важен нашият идеен проект? Както сочат статистическите данни по-горе, като участници в пътното движение старите хора могат да бъдат опасни както за себе си, така и за околните. Превенцията на злополука е по-добро решение отколкото преодоляване на последствията. За много хора в старческа възраст шофирането представлява важен фактор за запазване на мобилността и независимостта, тъй като им позволява да пазаруват или да посетят лекар самостоятелно, което повишава тяхното самочувствие и общо благосъстояние.

Изработване на прототип

Прототипите бяха изработени през последните два дни от форума само с помощта на подръчни средства и въображение.

Прототипът на симулатор включва *волан*, обикновени *ръкавици* с хартиени кръгове по тях, имитиращи сензори, *лост*, направен от шише от минерална вода, хартиени *очила* и *педали* от картонени кутии с хартиени кръгове, имитиращи сензори.



Фигура 3. Графично изображение на системата от педали

Презентиране

Всички идейни проекти и прототипи бяха представени в последния ден от форума пред останалите студенти и жури от преподаватели. В допълнение към мултимедийната презентация екипът, разработил проекта „Стари хора на пътя“, представи своята идея и прототипа чрез инсценировка на инцидент.



Фигура 4. Презентация на идейния проект и прототипа

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Благодарение на участието си в този интензивен, но и много интересен и полезен модул, аз за пореден път се убедих колко креативна професия е ерготерапията, както и предимствата на мултинационалната и интердисциплинарна работа.

Разрешаването на даден проблем не само от моята, а и от различни гледни точки, отвори съзнанието ми за търсене на новото, различно и полезно в много аспекти. Истинско предизвикателство бе толкова различни хора от различни сфери на дейност да работят върху разрешаването на общ проблем.

Форумът ме обогати най-вече с новите познанства и представата, която придобих за начина на работа в други европейски страни. Ако трябва да участвам отново в такъв модул, бих приела предизвикателството с удоволствие. Шансът да се запознаем с нови хора и тяхната култура обогатява всеки човек.

ЛИТЕРАТУРА

[1] <http://www.bbc.com/news/magazine-24204489>

[2] <https://www.nia.nih.gov/research/publication/global-health-and-aging/humanitys-aging>

[3] <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.123.9925&rep=rep1&type=pdf>

[4] <http://www.psychologicalscience.org/index.php/news/releases/driving-simulators-help-older-adults-improve-their-road-skills.htm>

За контакти:

Елвин Гюлерова Юсеинова, специалност Ерготерапия, 3 курс, тел.: 088 769 9784, e-mail: elvnnn@abv.bg

Научен ръководител: доц. д-р Лилия Тодорова, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев“, e-mail: litod@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Иновации, технологии, ерготерапия – заедно срещу деменцията и нарушенията на паметта

автори: Екатерина Петрова, Мария Тодорова
научен ръководител: доц. д-р Лилия Тодорова

***Innovation, Technology, Occupational Therapy – together against dementia and memory disorders:** The paper describes the etiology and symptoms of memory impairments. A prototype , providing opportunities for independent living is developed. Interaction between technology and occupational therapy provides creative solutions for independent and productive living,*

Keyword: memory disorders, prototype, technology, occupational therapy.

ВЪВЕДЕНИЕ

От 18 до 23 януари 2016 г. Русенския университет бе домакин на международен модул Иновации и креативност за живота (Innovations and Creativity for Life, IC4Life). Модулът предостави възможност на група от 54 студенти от различни европейски страни да вземат участие в предизвикателното предложение за работа в мултидисциплинарен екип с различни специалисти.

Целта на доклада е да се представи взаимодействието между различните специалности за достигането на една обща цел. Екипната работа на студенти от сферата на технологиите и здравните специалности, хора с различно мислене и с различни идеи, беше сериозно предизвикателство за всички участници.

Основната цел на модула бе придобиване на знания и умения в областта на иновациите и креативността за предоставяне на най-добрия и качествен продукт за нуждите на хората с увреждания, за да могат да водят пълноценен и качествен живот. В същото време обменихме опит и много идеи, създадохме нови връзки и приятелства.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Деменция и нейното отражение върху живота на човека

Деменцията е прогресиращо неврологично дегенеративно необратимо заболяване. Обикновено тя се счита за болест на старостта, но е възможно да се диагностицира и в по-ранна възраст. Приблизително у 65% от хората в напреднала възраст се появяват нарушения на паметта, мисленето, поведението – от леко забравяне да изразена деменция. Всъщност колко от нас са се замисляли как живеят страдащите от тази болест?

Една от най-често срещаните и познати форми на деменция, но далеч не единствена, е болестта на Алцхаймер. Деменциите могат да настъпят остро след травма, инфекции, мозъчен инсулт и др., но по-често те са резултат от хронични и прогресиращи заболявания, водещи до пълна инвалидизация на болния. Причините за деменция могат да бъдат от различно естество – съдови, инфекции, травми, интоксикации, тумори, генетични, метаболитни и др. Съществуват обаче голям брой деменции, като болест на Алцхаймер, които нямат конкретен причинител. Тези заболявания се наричат дегенеративни и са най-честата причина за деменция, особено сред по-възрастната част на населението [1].

Голяма част от старите хора живеят сами, без да имат подкрепата на своите семейства, често загубили близки и роднини. След диагностициране на деменция, Алцхаймер или друго нарушение на паметта повечето хора са принудени да живеят в старчески домове или услуги за хора с увреждания от резидентен тип.

В рамките на модула бе потърсено решение, което дава възможност на страдащи от деменция и нарушения на паметта да живеят безопасен и независим

живот в своите домове, без да се налага да изживяват стреса от смяна на жизнената среда, в която се чувстват щастливи и спокойни.

Студентите започнаха работа по двойки от различна националност, по възможност и от различна специалност. След първоначално запознаване, всяка двойка получи конкретен казус, по който да работи. Проведено бе изследване чрез подбор на статистически данни и интервюиране на засегнати лица. Получените резултати и първоначалните идеи за решаване на проблемите бяха представени и защитени с презентации от 4 слайда в рамките на 3 минути в две групи пред жури от преподаватели. Журито избра най-добрите шест екипа, които преминаха към вторият етап на модула и получиха правото да доразработят своя идеен проект в по-голям мултидисциплинарен екип.

Разширеният мултидисциплинарен екип бе съставен от 7 студенти:

- Екатерина Петрова – специалност Ерготерапия, Русенски университет "Ангел Кънчев";
- Lily Soghomonyan – специалност Ерготерапия, Hogeschool PXL, Белгия;
- Ahmet Tekin – инженерна специалност, Hogeschool PXL, Белгия;
- Gina Šegždaitė – специалност Ерготерапия, Lithuanian University of Health Sciences, Литва;
- Miia Tikkala – инженерна специалност, Oulu University of Applied Science, Финландия;
- Egle Eglute – инженерна специалност, Klaipėda University, Литва;
- Kezia Barnaby – инженерна специалност, Coventry University, Англия.



Фигура 1. Студентски екип

Работният процес протече в следните етапи:

1. Проучване на проблема.
2. Създаване на идеен проект.
3. Разработване на прототип.
4. Презентация на прототипа.

Задълженията във връзка с проучванията относно разработвания казус бяха разпределени между членовете на екипа. Проучването включваше различни

компоненти – цени, материали и средства, необходими за изработката на прототипа, функционалност, потенциални потребители, възможности за приложение и др. След набавянето на необходимата информация, сглобихме парчетата от пъзела, за да придобием обща представа и по взаимно съгласие да сведем всички предложения до най-доброто и функционално предложение за прототип.

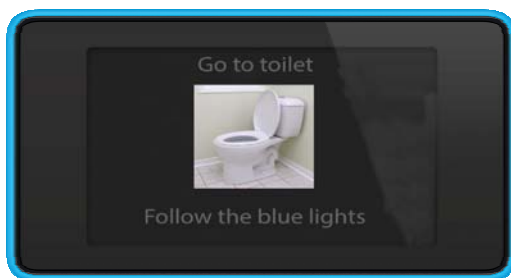
ELECTRO-IT

Прототипът, наречен ELECTRO-IT, представлява прост механизъм, който в определен час дава указания на човека какво да прави, как да го направи и къде да отиде. Важно условие е да се работи със семейството на клиента (при наличие на такова) и заедно да се определят дейностите, които той основно забравя и среща затруднения. Например, клиентът може да забравя да използва тоалетна, да забравя, че е спал, че се е хранил. Особено опасно е, ако забравя, че е пил халчета и ги пие повторно или изобщо не ги пие. Тези дейности могат да бъдат зададени на прототипа – в какъв час да бъдат съобщавани, къде трябва да отиде и какво да направи. Всяка дейност светва на прототипа в различен цвят, а на пода в жилището има цветни светещи линии, водещи до указаното място. Двигателят и основното устройство се поставят в помещението, където клиентът прекарва най-голяма част от времето.

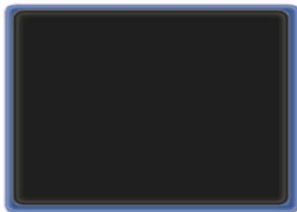
Избират се четири различни цвята, отговарящи на четири основни проблема в ежедневието на клиента, определени като най-важни от клиента и неговото семейство. Например често срещан проблем е използването на тоалетна. За този проблем може да изберем син цвят. Поставят се малките сензори, чрез които се съобщава информацията, и се задава следното указание: „Добро утро, Кати, сега е седем часа, трябва да отидеш до тоалетната, следвай сините светлини“. По стените, както и на вратата на тоалетната също има сензори със сини светлини за по-добра ориентация на дементно болния. Допълнително се включва и звук при отваряне на вратата на тоалетната, с което се предава обратна информация до прототипа, че клиентът е стигнал до крайната цел.

Устройството ще бъде в улеснение на семейството, на лекуващите и на ерготерапевта. По този начин се предоставя максимална степен на самостоятелност на клиента и чувство на ефективност, ще се сведе до минимум рискът от настаняване в институции, силно ограничаващи извършването на обичайните за човека ежедневни дейности. Този прототип осигурява възможност за пълноценен и независим живот в семейна среда.

Схематични изображения на основния лед дисплей, в който е кодирана информацията, както и на смарт стикерите, разположени във всички помещения, които напомнят и улесняват клиента къде трябва да отиде, са представени на фиг. 2 и фиг. 3.



Фигура 2. Основен лед дисплей



Фигура 3. Смарт стикери

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение можем да споделим, че модулът бе изключително ефективен, тъй като разбуди нашата иновативност и креативност за създаване на нови идеи. Работихме в екип, работихме с различни хора, всеки със своите странности, мнение и желания. Успяхме да постигнем единство и съгласие за осъществяване на заложените цели в рамките на ограничени времеви параметри.

Модулът бе много полезен за всички участници като обмен на знания и опит. Успяхме да опознаем начина на работа на нашите колеги в различните европейски страни, както и да направим собствен анализ как бихме могли да подобрим своята работа.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Шотеков П. (ред.) Неврология, МИ „АРСО“, 2010, София.

[2] <http://ic4life.weebly.com/content.html>

За контакти:

Екатерина Петрова, специалност Ерготерапия, 3 курс, тел.: 0895766967, e-mail: ekaterina.pp@abv.bg

Мария Тодорова, специалност Ерготерапия, 3 курс, тел.: 0887529911, e-mail: m.d.todorova31@abv.bg

Научен ръководител: доц. д-р Лилия Тодорова, Катедра Обществено здраве и социални дейности, Русенски университет „Ангел Кънчев“, e-mail: litod@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Създаване на платформа за връзка между доброволци, организации и нуждаещи се хора от интернационален и мултидисциплинарен студентски екип

автори: Надежда Христова, Атанас Сидеров
научен ръководител: доц. д-р Лилия Тодорова

Creating a platform connecting volunteers, organizations and people in need by an international and multidisciplinary team of students: The paper presents an innovative and creative version of the application "Tinder" which aims not just connecting people, but the whole circle of volunteering. It is used as a "bridge" between people in need, organizations and volunteers. With this app it will be easier to find your perfect "partner" to work with.

Keywords: innovation, creativity, application, volunteering.

ВЪВЕДЕНИЕ

Международният модул Иновации и креативност за живота (Innovations and Creativity for Life, IC4Life), проведен в Русенския университет от 18 до 23.01.2016 г., предостави възможност на група студенти от различни европейски университети да създават идеи, продукти, прототипи и подпомагащи средства, подобряващи качеството на живота, учението, работата и развлеченията на отделната личност и на цялото общество. Основната цел на модула бе развиване на мултидисциплинарни и межкултурни компетенции, както и стимулиране на творческо мислене и иновативни идеи у студентите.

Целта на доклада е да се представи как екипната работа на студенти от различни държави – България, Англия, Австрия, Финландия, Холандия, Литва, Белгия, и от различни специалности довежда до създаване на иновативни идеи и крайни продукти, допринасящи за улесняването живота на хора в неравностойно положение.

Много хора, поради старост, физически или психически увреждания, които са далеч от роднините си или нямат такива, имат нужда от помощ в ежедневието, но им липсва финансовата възможност да си я позволят. От друга страна, има много доброволци, готови да окажат безвъзмездна помощ.

Възниква въпросът как може да се осъществи връзката между нуждаещите се и организации, предоставящи доброволна помощ? Отговорът на този въпрос беше потърсен от студентски екип в рамките на международния модул IC4Life.

В съвременния комерсиален свят доброволството представлява една от съхранените ценности. То удовлетворява основната човешка потребност да помагаш на другите. Освен това доброволството е начин на учене, на придобиване на знания, умения и опит, както и създаване на социални контакти. Доброволството е средство и начин за подпомагане на хора, неспособни сами да се грижат за себе си, подпомагане на обществото в критични моменти, когато са застрашени живота и здравето на други хора или природата като цяло. Като механизъм за подпомагане на обществени каузи то дава възможност на хората от организациите и компаниите да са заедно с тези, на които помагат, да виждат промяната, да преживяват успех и удовлетворение [1].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Първоначалните идеи за платформата бяха развити от студентски двойки, всяка от които получи конкретен проблем. Тези идеи бяха представени и защитени с презентации от 4 слайда в рамките на 3 минути в две групи пред жури от преподаватели. Най-добрите 6 екипа преминаха първата бариера и получиха правото да доразвият идейния проект в по-голям екип.

Новосформираният екип бе съставен от 7 студенти – Надежда Христова, Атанас Сидеров, Мишел Петкова, Christina Perka, Angelo Scarpinato, Louis Quang Le, Anne Aerts-Vannijvel, представляващи 4 националности, 4 университета и 4 специалности (ерготерапия, социални дейности, бизнес информационни технологии, графичен дизайн).



Фигура 1. Студентски екип, разработил платформата

Основните етапи от работния процес включваха:

1. Проучване на проблема
2. Създаване на идеен проект
3. Създаване на прототип
4. Презентация на прототипа

Работният казус на нашия етип бе създаване на приложение, осъществяващо връзка между доброволци, организации и хора, нуждаещи се от помощ.

В първия етап бе проведено проучване по следните въпроси:

- Какви са проблемите и ползите от доброволчеството?
- Колко са нуждаещите се от такава помощ?
- Колко са организациите, предоставящи доброволна помощ и до какви решения може да се стигне?

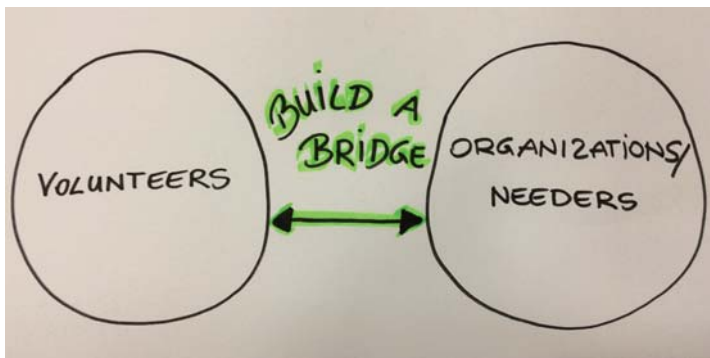
Като основни методи за събиране на информация са използвани преглед на сайтове за статистическа информация в интернет и интервюиране на представители от две различни организации – персонала на Център за настаняване от семеен тип (ЦНСТ 2) с доставчик Сдружение „Еквилибриум“ и директора на БЧК – Русе.

Резултатите от проучването са обобщени в табл. 1.

Таблица 1: Обобщена информация от проведеното проучване

1. Нужда и проблем	• липса на информация за местните възможности за доброволни дейности; • прекалено много варианти в чужбина; • такси за доброволци
2. Ползи	• няма бариери при общуването; • постоянна работа за по-дълъг период от време; • лесна връзка между доброволци и организации; • ниски такси
3. Потребители – доброволци	• 6% от българските жители = 438 000 души • 40% от доброволците са между 30 и 50-годишна възраст
4. Клиенти – организации	• 84% от НПО включват доброволци • около 20 000 доброволци в БЧК

Като потенциално решение на проблема екипът предложи създаване на „мост“ (връзка) между доброволците от една страна и организациите или нуждаещите се – от друга (фиг. 2).



Фигура 2. Схематично изображение на идейния проект: изграждане на „мост“ между доброволци и нуждаещи се

В разширения екип, доразработил идейния проект, бяха включени графичен дизайнер и програмист. Тяхното участие допринесе за техническото решение и оформлението на идейния проект.

Предложеното иновативно решение представлява приложение/платформа, наречено „Voluntinder“ като доброволчески клон на вече известното социално приложение „Tinder“. Идеята е приложението да свързва доброволци, организации и нуждаещи се от доброволна помощ, в което всеки може да си създаде профил и да намери най-подходящия човек или организация. За хора, които не използват мобилни устройства, може да се създаде и телефонен център за осигуряване на необходимата информация и съдействие.

Крайният продукт е представен на фиг. 3, 4 и 5.



Фигура 3. Начална страница и избор за регистрация



Фигура 4. Вариант 1 (записване на доброволец)



Фигура 5. Вариант 2 (записване на организация)

Според разработения бизнес план идеята е финансирането на платформата ще се осъществява от екипа на основоположното приложение „Tinder“. Всеки, който използва приложението, трябва да попълни своите лични данни, интереси и в каква сфера предпочита да работи. Предвижда се първият месец да бъде пробен и ако платформата се хареса на потребителя, той може да продължи да я ползва, като плаща ежемесечна такса от 2 евро. Тази такса се счита достъпна за всеки, желаещ да ползва приложението. По този начин масовото използване ще осигури необходимото финансиране за поддържане на приложението.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Работата в интернационален и мултидисциплинарен екип представлява изключително преживяване и опит. Модулът предостави възможност на всички участници активно да упражняват своя английски език, както и да опознаят начина на работа в други университети и специалности.

Осъзнахме, че интернационалната мултидисциплинарна работа води до създаването на интерактивни, съвременни и удобни решения по поставени проблеми.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Венева–Паунчева Р., Доброволчеството е възможност активно да участваш в промяната на общността, средата, организацията, взаимоотношенията: http://www.dfbulgaria.org/2011/dobrovolchestvo_vuzmojnost_promiana_obshtnostta/

[2] <http://ic4life.weebly.com/content.html>

[3] Volunteering in the European Union (final report): http://ec.europa.eu/citizenship/pdf/doc1018_en.pdf

За контакти:

Надежда Христова, специалност „Ерготерапия“, 2 курс, тел.: 0988 992257, e-mail: impress_me@abv.bg

Атанас Сидеров, специалност „Ерготерапия“, 2 курс, тел.: 089 748 5211, e-mail: sirocco511@gmail.com

Научен ръководител: Доц. д-р Лилия Тодорова, Катедра Обществено здраве и социални дейности, Русенски университет „Ангел Кънчев“, e-mail: litod@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Студентът – активен творец на професионалното си израстване по време на преддипломния стаж

автор: Теодора Стойкова

научен ръководител: ас. Елица Великова

The student - active creator of its professional development during the graduate internship:

The modern world of globalization offers unlimited opportunities for professional development of young people. At the same time that hence the need for more highly qualified staff as well as the comparability and transparency with regard to qualifications. The paper describes the development and approbation of a methodology for conducting and evaluation of fieldwork and internship in occupational therapy, based on competencies in order to raise the awareness and active involvement of the students in their practical training and helping to optimize the assessment process.

Keywords: *fieldwork, internship, competencies, assessment.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Актуалността на проблема за разработване и апробиране на методика за провеждане и оценка на практическото обучение по ерготерапия, базирана на компетенции се определя от необходимостта от висококвалифицирани кадри във връзка със съвременната глобализация и неограничените възможности за професионална реализация на младите хора. Това изисква съпоставимост и прозрачност на придобитите квалификации.

По-широкият достъп до висшето образование затруднява поддържането на качеството му и оценката на придобитите знания и умения от обучението. За да се поддържа високо качество на образованието, в световен мащаб се прилага студент-центрирано обучение и оценяване на знанията и придобития опит от обучението на студентите чрез компетенции. По този начин студентът активно управлява своето обучение, а преподавателят го направлява и напътства в този процес.

Все още обаче у нас в процеса на преподаването и оценяването преобладават традиционните методи, които са насочени към оценка на получените знания и развити умения предимно чрез описателни форми (реферат, курсова задача). Това създава затруднения при участието на студентите в европейските програми за мобилност, както и при кандидатстване за работа, особено в чужбина.

Обикновено в България студентите се оценяват по шестобалната система, която не дава ясна представа за придобитите умения и опит по време на обучението. Така студентът може да се справя отлично с някои области от професията си и не толкова добре с други. Затова е необходимо използването на методика за организация, провеждане и оценяване на практическото обучение по специалност ерготерапия, която да е базирана на придобитите компетенции и съпоставима с европейските образователни програми с цел повишаване съзнанието и активното ангажиране на студентите в практическото обучение и допринасяне за оптимизиране на оценъчния процес за практическото обучение.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Признаването на знанията, уменията и компетентностите на гражданите улеснява международната мобилност за трудещи се и учащи се и спомага те да отговорят на изискванията на търсенето и предлагането на европейския пазар на труда. Тези приоритети извеждат на преден план необходимостта от механизми за международно признаване на квалификациите.

В отговор на тази потребност е разработена Европейска квалификационна рамка за учене през целия живот. Тя представлява референтен инструмент, който служи като преобразуващ механизъм между различните квалификационни системи и техните нива, както за общото и висшето образование, така и за професионално

образование и обучение. Това подобрява прозрачността, съпоставимостта и преносимостта на квалификациите на гражданите, издадени съгласно практиката в различните държави-членки.

Според рамката „компетентност означава доказана способност за използване на знания, умения и личностни, социални и/или методологични дадености в работни или учебни ситуации и в професионално и личностно развитие“. В контекста и способностите се описват с оглед степента на поемане на отговорност и самостоятелност.

От 2003 г. РУ „Ангел Кънчев“ е член на ENOTHE. В периода 2004 – 2010 г. представител на университета беше член на борда/вицепрезидент на мрежата и участник в работната група по проекта Tuning, който отчита нарастващия интерес към качествено обучение и насърчава разработването на подходящи средства за подобряване на качеството, което се изразява в непрекъснат стремеж към усъвършенстване на дизайна и организацията на учебния процес по различните специалности. По този начин университетът получи уникалната възможност да участва активно в Tuning процеса, като приложи на практика неговата методология при подготовката за разкриване на специалност Ерготерапия.

По инициатива на ENOTHE и COTEC ерготерапията бе включена като предметна област в третата фаза на Tuning проекта, което осигури възможност професията и отделните образователни програми да бъдат описани по уникален и същевременно съизмерим начин. В резултат от тази дейност са разработени два документа: Характеристика на обучението по ерготерапия в Европа и Специфични компетенции по ерготерапия.

Tuning методологията разграничава резултатите от обучението и компетенциите, които студентът трябва да придобие с цел да диференцира участието на академичния състав и студентите в учебния процес. Очакваните резултати се формулират от преподавателите и се използват при определянето на кредитите, докато компетенциите се придобиват от студента чрез различните дисциплини.

Крайните резултати от обучението по ерготерапия са изразени в придобиване на две групи компетенции.

Общи компетенции или преносими умения – те са общи за всички, завършили висше образование независимо от специалността. Общите компетенции са разграничени на три вида:

- инструментални – когнитивни, методологични, технологични и езикови;
- междуличностни – социални умения (взаимоотношения и сътрудничество);
- системни – засягат цялостно системите от знания, разбиране, отношение.

Специфичните компетенции са свързани с изискванията за професионална практика в сферата на ерготерапията и са групирани в следните категории:

• познания в областта на ерготерапията, ерготерапевтичния процес и професионална обосновка;

- професионални взаимоотношения и партньорство;
- професионалната автономия и отчетност;
- научноизследователска и развойна дейност;
- мениджмънт и промоция на ерготерапията.

На база на тези групи бе разработена и апробирана и методиката за провеждане и оценка на учебната практика и преддипломния стаж по ерготерапия, базирана на компетенции. Оценяването чрез компетенции дава възможност работодателите да придобият представа за знанията, способностите и степента на квалификация на кандидатстващите за работа. От своя страна студентите получават възможност да участват активно в учебния процес като следват определени изисквания и се стремят да усвоят необходимия опит за достигането им. Така те

могат да следят степента на придобитите знания и опит, да определят в кои области се затрудняват и да работят за подобряването им.

Учебната практика и преддипломния стаж имат централно място в процеса на обучение. Те се провежда в заведения от различен тип, според изучаваните дисциплини. Работата на студентите е свързана с изготвяне на ерготерапевтична програма и с провеждане на индивидуални или групови сесии с клиенти на различна възраст и различни заболявания. До 2015 г. в края на преддипломния стаж студентите трябва да подготвят и предадат курсова задача, чието задание включва задачи за описание на цялостния ерготерапевтичен процес, а оценяването е на базата на курсова задача. Изискванията от заданието на курсовата задача носят определени точки. Броят на точките, които получава студента за дадена задача се оценяват според критерии, описани в заданието. Студентът трябва да получи половината от общия брой точки на курсовата задача, за да завърши успешно дисциплината.

При апробирането на методиката, базирана на компетенции през 2016 г. по време на преддипломния стаж, дипломантите вече трябва самостоятелно да организират и управляват ерготерапевтичния процес. Студентите трябва сами да планират и поставят цели за работата си по време на стажа. Следвайки списък на специфичните компетенции, които трябва да притежава квалифицирания ерготерапевт, студентите определят на кои от компетенциите отговарят поставените цели, проследяват кои категории от тях са усвоили отлично и кои трябва да подобрят. Планират се дейности, свързани с поставените цели, и се провеждат с цел надграждане на придобитите умения и постигане на всички компетенции. Резултатите от проведения стаж трябва да бъдат описани, според предварително зададени изисквания. Преддипломния стаж по ерготерапия се оценява чрез компетенции.

В средата на стажа бе проведена междинна оценка, която даде представа на дипломантите за нивото на придобития им професионален опит. Така те разбират кои знания и умения са усвоили и кои области от компетенциите трябва да подобрят.

Във втората част на преддипломния стаж студентите трябва да поставят цели, да използват различни подходи, методи и средства и да проведат дейности, които да доведат до развиване и усъвършенстване степента на компетентност, отговаряща на изискванията за квалифициран ерготерапевт.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение може да бъде казано, че по време на преддипломния си стаж, студентите до сега са насочвали работата си към изпълнение на задачите от изискванията на курсовата задача. Те са планирали и провеждали ерготерапевтична интервенция, водени от условията на курсовата задача и стремежа за получаване на по-високи резултати (оценки). Така те създават един стереотип, по който провеждат и отчитат резултатите от практиката си. Но това може да попречи на усвояването на нови знания и умения и достигането на нивото на професионални компетенции, които трябва да притежава един ерготерапевт при дипломирането си. При използването на новата методика, по време на преддипломния стаж студентите съобразяват и координират работата си, така че да постигнат компетенциите на професията. А усвояването на компетенциите дава възможност на студента да придобие автономност при провеждане на ерготерапевтичния процес и да го накара да се чувства уверен в себе си и уменията, които е натрупал в процеса на обучение.

ЛИТЕРАТУРА

[1] ЕВРОПА 2020 Стратегия за интелигентен, устойчив и приобщаващ растеж: http://ec.europa.eu/europe2020/index_bg.htm

[2] Наредба за държавните изисквания към съдържанието на основните

документи, издавани от висшите училища: <http://www.nma.bg/uploads/files/naredbasudurjanie-dokumenti-vu-12.07.2013.pdf>

[3] Стратегия за развитие на висшето образование в Р. България за периода 2014-2020 г.

http://www.mon.bg/?go=page&pagelId=74&subpagelId=143%20STRATEGY_MS_29_09_2014.pdf

[4] WFOT (2008) Entry level competences for occupational therapists

[5] https://ec.europa.eu/ploteus/sites/eac-eqf/files/broch_bg.pdf

[6] <http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=719>

За контакти:

Теодора Стойкова – студент IV курс, специалност Ерготерапия, РУ „Ангел Кънчев”, e-mail: stoikovaaa@abv.bg

Научен ръководител: Елица Великова – асистент, катедра Обществено здраве и социални дейности, РУ „Ангел Кънчев”, e-mail: egvelikova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

СЕКЦИЯ „Физическо възпитание и спорт”

Учебно-възпитателният процес по Физическо възпитание и спорт в начален етап на обучение

автор: Виктория Стоянова
научен ръководител: гл. ас. д-р Искра Илиева

Обучението представлява единство между дейността на учителя – преподаването и дейността на ученика – ученето. При съвременните условия трябва да се търсят все повече нови форми за взаимодействие между учител – ученик, с цел да се повиши интересът и активността на всеки ученик.

Учебният процес по Физическо възпитание и спорт включва усвоява-нето на съдържанието на програмния учебен материал по Физическо възпитание; преподаването от страна на спортния педагог и двигателната дейност на участващите в този процес.

Ключови думи: учебно-възпитателен процес, етапност, мотивация, форми, двигателна дейност, спорт, занимания.

ВЪВЕДЕНИЕ

Учебният процес по физическо възпитание и спорт е организирана педагогическа дейност, в която участва учителят – като субект, и ученикът – като обект на процеса. Този сложен двустранен процес е целенасочен към даване на специални знания, усъвършенстване на способността да управлява собствените си движения, двигателно-координационните способности и физическите качества на ученика. С това той се подготвя за пълноценна двигателна дейност.

ИЗЛОЖЕНИЕ

В учебния процес по Физическо възпитание се решават **образовател-ни, оздравителни и възпитателни задачи**. Водеща е познавателната дейност, която от своя страна активизира мисловните процеси на учениците. Нейното реализиране се осъществява при непосредственото изпълнение на определено двигателно действие.

Активната познавателна дейност е добра предпоставка за ефективна учебна дейност и за реализиране на крайната цел – **физическо, двигателно и личностно формиране** на ученика. За постигането на тази цел обучението е насочено към усвояване на определен обем от знания, формиране на необходими умения и навици. Знанията служат за формиране на двигателната култура на ученика, като се основават на познавателната дейност. [1, 2, 3]

В практиката по Физическо възпитание знанията условно могат да се разделят на две големи групи: **общи и специфични** знания. Първата група носи информация за същността и някои общи закономерности за дейността, както и изискванията за постигане на по-голяма ефективност в учебно-възпитателния процес. Докато специфичните знания характеризират по-конкретно отделните видове дейности, качествено овладяване на отделните елементи при изпълнение на съответното двигателно действие.

За по-голяма ефективност в обучението по Физическо възпитание е необходимо да бъде спазвана определена етапност при запознаването, обучението и усъвършенстването на отделните методически единици.

В процеса на обучението на отделните двигателни действия могат да се разграничат редица относително завършени етапи, съответстващи на определени фази от формирането на двигателния навик.

Етапното обучение позволява да се вникне по-подробно в педагогическите, физиологическите и психическите особености при процеса на обучение по физическо възпитание.

Етапите на обучение от гледна точка на педагогиката се класифицират:

I етап - начално разучаване на двигателното действие;

II етап – задълбочено, детайлно разучаване и усвояване на двигателното действие;

III етап - затвърдяване и усъвършенстване на двигателното действие.

Целта на **първия етап** е изграждане у учениците уменията да изпълняват двигателното действие. За постигането на тази цел се решават следните задачи: запознаване на ученика с новото двигателно действие; получаване на зрителна представа и даване на знания за изпълнението на двигателното действие, допълва се двигателния опит с нови елементи, нужни за изпълнението.

Всичко това се постига чрез цялостна демонстрация на новото двигателно действие. През този етап се обяснява основният момент от техниката. Първото показване обикновено цели да създаде интерес от страна на учениците. Упражненията се показват както в профил, така и в анфас, с цел да се получи по-пълна зрителна представа. Второто показване има чиста учебна цел.

Поставя се акцент върху основното звено на техниката. Основен принцип в обучението през този етап е принципът на нагледност. За да се създаде действителен образ е необходима зрителната представа да бъде свързана с практически опит за изпълнение на упражненията.

В зависимост от сложността на упражнението, може да се изпълнява от учениците цялостно или разчленено. Продължителността на етапа зависи от сложността на изучаваното двигателно действие. Например при ходене, бягане, провиране, лазене и др. това става в рамките на 1-2 урока, а при по-сложните упражнения – скок на дължина и височина със засилване, хвърляне на малка плътна топка, кълбо и др. за 3-4 и повече часа, като подробното разучаване с тяхната техника става в етапа на задълбочено разучаване.

Вторият етап е един от най-продължителните етапи на обучение. Характеризира се с организиране дейността на обучаемите към конкретно и детайлно усвояване на техниката на двигателното действие. Неговата цел е учениците да усвоят в детайли техниката на двигателното действие до степен умение, при активно участие на съзнанието. Затова е необходимо обучаваните добре да познават структурата на двигателното действие, неговите части, както и пространствено-времевите му характеристики.

Характерна особеност на втория етап е, че ученикът се насочва към собствена оценка на осъзнаване на двигателното действие, за амплитудата на движение. Практиката показва, че през този етап е добре да се използват различни видове демонстрации, които носят срочна информация за ефективното изпълнение на двигателното действие. През този етап на обучението се решават следните видове задачи: учениците възприемат в по-големи подробности закономерностите, свързани с правилното изпълнение на изучаваното двигателно действие; уточняват се и се усвояват подробностите, характерни за всеки детайл; усъвършенства се ритмът на действието; създават се предпоставки за вариативното му изпълнение.

Вторият етап на обучение, от физиологична гледна точка се разглежда като етап на концентрация на образователния процес, разучаването и усвояването на двигателните действия. Особено внимание трябва да се обръща на индивидуалния подход с използване на допълнителни специални упражнения. От гледна точка на психологията е известен като етап на формиране на изпълнителната част.

Основна цел на **третия етап** – усвоеното от ученика умение да се превърне в двигателен навик. Затвърдяването на този навик изисква многократни повторения при еднакви условия. В процеса на тренировката отделните елементи на техниката постепенно се освобождават от контрола на съзнанието.

През този етап се работи за двигателната памет. Когато двигателния навик е добре усвоен, ученикът го използва като форма на проявление, за да постигне по-голяма ефективност. Етапът на затвърдяване е тясно свързан с усъвършенстването. Третият етап на обучение е известен още като контролен. На този етап ролята на съзнанието има предимно контролни функции. Насочено е към правилното и навременното изпълнение, към корекции и обогатяване на усвоеното движение. Продължителността на изграждането на двигателните навици се влияе от индивидуалните анатомо-физиологически и двигателни възможности на обучаващите се.

Мотивацията е движеща сила, която стои зад всички действия на индивида. Тя включва целева насоченост на поведението и изисква получаване на пряка и своевременна връзка между целенасочените действия и постигнати резултати.

Активността, съзнателното отношение към работата в урока, в голяма степен зависи от способностите на учителя, от възможностите му да общува с учениците, да използва различни интересни похвати и методи, за да им въздейства. За да са мотивирани учениците и да имат трайни знания, да имат интерес към това, което се преподава, за повишаване тяхната ангажираност и интерес е необходимо да бъдат включени активно в процеса на обучение, като споделят собствените им знания и преживявания, личностната им изява, съпричастността към постиженията на останалите. Мотивацията е психически процес, който активизира, насочва, ръководи и поддържа поведението. Мотивацията мобилизира личността за съзнателно проявление и управление на собствените потенциал и способности.

В психологическата литература най-популярно е разделянето на мотивацията по отношение на дейността на външна и вътрешна.

Външна мотивация

Тя произтича от изискванията на педагога – треньора, родителя, от техния стремеж да ангажират свободното време на децата в полезна за тях дейност, за висок успех в спорта и осъзнаване на перспективите, с които той е свързан. Външната мотивация е основана преди всичко на наградите, поощренията или други външни стимули. Тези видове външна мотивация направляват желаното или възпрепятстват нежеланото поведение на ученика в урока. Тази мотивация в учебно-тренировъчния процес се изразява в осъзнаването на задължението за трениране – „Аз трябва да играя редовно“ – „Да спортувам, за да имам постижения“. Проектира собствени нагласи, извършва дейността за постигане на дадена цел.

Вътрешна мотивация

Вътрешната мотивация е свързана с достигането на поставената цел чрез самата двигателна дейност. Вътрешните мотиви са процесуални (интерес към процеса на дейността), резултативни (интерес към резултата на дейността) и мотиви за саморазвитие (развитие на някакво двигателно качество). водят до осъзнаване на необходимостта за придобиване на двигателни умения и навици, знания за техниката и тактиката на спортната игра. Тук основният мотив е „аз искам да играя, защото ми е интересно, защото ще стана добър състезател“. Мотивирането за участие на учениците в учебно-тренировъчния процес изисква силна мобилизация на волята.

Мотивът, подбуждащ дейността е необходима съставна част на всеки волеви акт и е основание за активна двигателна дейност. Той изразява отношението на подрастващите спортисти към съотборниците, към самата спортна игра, към педагога – треньор и към самия себе си. От голямо значение са духовните потребности, които си взаимодействат с учебното съдържание и процеса на обучение, като прерастват в ролята на мотив за активна двигателна дейност. По

този начин подтиква ученика да участва активно и насочва действията му към определена цел, осигуряваща удовлетворение на потребностното му състояние.

Мотивацията е един от трите личностни феномена, които заедно с целите и потребностите стои в основата на всеки вид спортна дейност. Тя де-терминира поведението на спортуващите ученици, което зависи не само от конкретната ситуация, но и от особеностите на проявеното отношение на обществото към спорта и развитието на младото поколение в спортната дейност.

Удовлетворението на ученика при постигане на определени спортни цели ни ориентира за силата на мотивацията. Това е **изходната база**, от която се тръгва **при определяне на факторите**, оказващи влияние върху спортната мотивация на учениците. При условие, че осъществявана-та спортно-педагогическа дейност в училище доставя радост, приятни емо-ционални преживявания и удоволствие на обучаваните, този фактор е **вътрешно мотивиран** и подпомага за активно в учебно-тренировъчния процес.

Ако удоволствието му е резултат от **последниците от спортната му дейност и отношението на околните**, ученикът е **външно мотивиран** (положително или отрицателно).

В някои случаи вътрешната и външната мотивация са в синхрон, а в други в противоречие. Ученикът може да е удовлетворен от спортува-нето, но да е неудовлетворен от отношение на другите – родителите, педа-гогът-треньор, условията, съотборниците и т.н.

За постигане на целта се решават следните видове задачи

1. Стимулиране на правилното и хармоничното развитие на подрастващите чрез структурно изграждане и функционално усъвършенстване на организма – предпоставка за добро здраве.

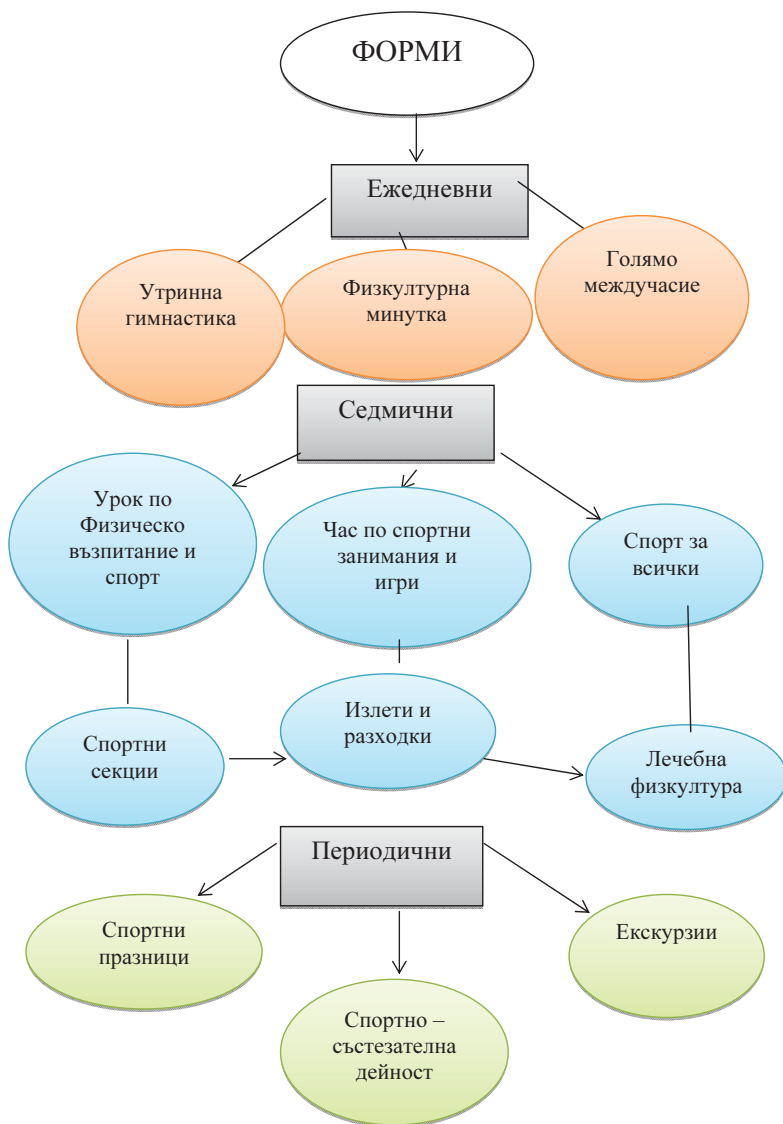
2. Развитие на двигателните качества – сила, бързина, издръжливост, ловкост, гъвкавост.

3. Изграждане на правилно телосложение и навици за неговото запазване и самоконтролиране.

4. Формиране на определени двигателни умения и навици, които да обогатяват двигателната култура на учениците.

5. Възпитаване на положителни личностни качества – нравствени, интелектуални, емоционални, волеви и естетически.

На фигура 1 са представени формите по физическо възпитание и спорт в началното училище



Фигура 1

Целта на физическото възпитание и спорт в началното училище е да съдейства за правилното физическо развитие на учениците и да формира траен интерес и желание за занимание с физически упражнения и спорт.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Физическото възпитание е педагогически организиран и целенасочен процес, който оказва формиращо въздействие върху човешката личност. Осъществява се в цяла система от форми, които са насочени към решаване на общи и специфични задачи. Чрез тях се създават реални възможности за оптимизиране двигателната активност в дневния и седмичния режим на подрастващите. Постигането на трайни положителни резултати изисква всички форми и отделните занимания в тях да бъдат взаимосвързани и допълващи се, т.е. да се използват в единна система.

В резултат на повишената мотивация се подобрява ефективността на учебния процес по физическата им дееспособност. Учениците развиват личностни качества като активност, инициативност и други. Овладеват нови, социално значими похвати на поведение и общуване. Емоционалният фон на урока се отличава с висока динамика и положително отношение към усвояване на знанията, двигателните умения и навици.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герон Е., Ю. Мутафова-Заберска. Мотивацията при физическата дейност и спорта, НСА ПРЕС, С., 2004
2. Илиева, И. Мотивацията за спортуване в начална училищна възраст. Русе, 2012
3. Момчилова, А. Методика на физическото възпитание. Русе, 2002

За контакти:



Виктория Стоянова, студент.
Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФПНО
Специалност: СОТ в ДГ и НУ,
ОКС – Магистър
e-mail: viki_7887@abv.bg

гл. ас. д-р Искра Илиева, Русенски университет “Ангел Кънчев”, Катедра „Физическо възпитание и спорт“, e-mail: isilieva@uni-ruse.bg.

Kangoo Discovery – програма за подрастващи към системата Kangoo Jumps

автор: Моника Бориславова Борисова

научни ръководители: гл. ас. д-р Искра Илиева, Десислава Петрова

Kangoo Discovery е програма за подрастващи към системата Kangoo Jump. Спомога за формиране на правилна стойка у децата под формата на игри и забавления. Състои се от 2 програми, специално създадени за деца на различни възрасти. Програмата Kangoo Discovery се прилага успешно в редица училища по света, като част от часа по физическа култура и спорт. А от няколко години се прилага успешно и в България като част от дейността на клубовете по Kangoo Jump.

Key words/ ключови думи: Kangoo Jump, Kangoo Discovery, подрастващи, игри, Kangoo обувки, ползи за здравето на децата.

ВЪВЕДЕНИЕ

Канго джъмبس (Kangoo Jumps) е стил в аеробиката. Практикува се със специални обувки, които имат както тренировъчен, така и рехабилитационен характер. 5 основни програми съставят тренировката с Kangoo Jumps:

- **Kangoo Power** е интервална тренировка, предназначена да натоварва цялото тяло, изгражда се мускулна сила и издръжливост.
- **Kangoo Discovery** е предназначена за деца и юноши. Програмите изграждат координация, издръжливост и добра стойка при децата и тинейджърите.
- **Kangoo TTR** е традиционна аеробна програма, но с използване на Kangoo Jumps обувки, които действат като амортизатори. Тази програма включва в себе си ефективни скокове със хореография за по-голямо удоволствие.
- **Kangoo Boot Camp** е забавна програма, във военен стил, кръгова тренировка, която се изпълнява на открито.
- **Kangoo Kick** е програма, в която се използват блокове с ритници и удари от различни стилове, като например от кикбокса и каратето.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Първият прототип на "канго джъмبس" е направен през 1980 г. в Унгария. Идеята била да се изработят обувки, с които контузени атлети по-лесно да се възстановяват от травмите си. Годици по-късно концепцията е доразвита от Денис Невил в Швейцария - той добавил на скачащите обувки различни удобства, измислил допълнителни приложения, усъвършенствал дизайна. Първият модел на Невил (KJ-1), е представен на изложението International Sports Sales Show през 1994 г. От тогава обувките се използват не само от пострадали професионални спортисти, но и като средство за тренировки по аеробика. През есента на 2001 г. е създаден и първият модел (KJ-4 XR) предназначен за деца.

Според научни изследвания между 27% до 70% от хората, които практикуват бягане / джогинг / са пострадали през първата година след започване на този спорт. Kangoo Jumps първоначално са били разработени за джогинг, с цел намаляване на негативното въздействие върху ставите. Подскачащите обувки намаляват още шокото въздействие върху глезените, коленете, пищялите, бедрата, долната част на гърба и гръбначния стълб до 80%, също така заздравяват ставите. Това е чудесна тренировка за всички мускулни групи.

Създаването на серия от упражнения, с помощта на новаторските Канго Джъмبس обувки, може да намали значително времето за тренировка. Увеличава се консумацията на кислород и се оптимизира дейността на жлезите и сърдечно-съдовата система. Тренировката може да се прави както на закрито, така и на



открито през цялата година. Средната продължителност на заниманията по Канго Джъмبس е между 45-60 мин. Задължително се започва със загряване след това се преминава към основните упражнения с обувките и се завършва със стречинг, както при всяка друга тренировка, за да се възстановят всички мускули и да се възвърне нормалното състояние на тялото и сърдечния ритъм. Основна част на тренировката включва пет характерни за Канго Джъмبس стъпки. В зависимост от нивото на участниците треньорите задават по-сложни или по-лесни

варианти на основните стъпки. Канго Джъмبس тренировката прилича на танц, тъй като стъпките се наслагват една след друга и след тяхното комбиниране се получава хореография, съпроводена с музика. Канго Джъмبس действат като амортизатор, като батут, който генерира чувство за безтегловност.

Ползи за здравето на децата.

Научните изследвания показват, че този вид обувки са идеалния отговор на проблемите със затлъстяването на децата и апатията. С Kangoo Jumps децата могат да тичат, да скачат и играят любимите си игри. Но има и професионално структурирани програми предназначени за учителите. Kangoo Jumps спомагат за решаването на двата най-големи проблема на физическата подготовка: безопасността и скуката.

"Толкова забавно...децата забравят, че това е упражнение"

Децата обичат да скачат - скачат върху леглото, на дивана, върху трамплина. Те обичат усещането за "въздушен". В действителност подтикът да скочиш е съвсем естествен. Тъй като скокът е толкова забавен, повечето деца не осъзнават колко е полезен за тяхното здраве...така че моля ви, не им казвайте, че това е упражнение!

Kangoo Jumps са много безопасни и лесни за използване. При децата с наднормено тегло те са идеален вариант за упражнение, което гори калории, тонизира всички мускули, увеличава тяхната ловкост и самочувствие, докато те играят!

Kangoo Jumps предоставят и далеч повече ползи за здравето на децата. В книгата си "Скачай за здраве" д-р Мортън Уокър пише как скачането помага за коригиране на когнитивни увреждания, подобрява зрение, координация, концентрация, пространственото съзнание, ритъм, поза. Kangoo Jumps в момента се тестват успешно в Дания при деца с аутизъм. Именно за деца е създадена и специалната програма: Kangoo Discovery.

Kangoo Discovery Program се състои от 2 програми специално създадени за деца на различни възрасти. Програмата е специално създадена за координиране на движенията, формиране на правилна стойка на децата, самоусъвършенстване и обучение под формата на команди. По време на тренировката изчезва негативната енергия и благодарение на по-малкото физическо натоварване се получава психическо удовлетворение, с което и положителни емоции.

- **Kangoo Discovery 1** е програма, базирана на основни движения. Предназначена е за училищния спорт и допринася за интелектуалното





развитие и развиването на творческото мислене на децата.

- **Kangoo Discovery 2** е програма за практикуване на този спорт, предназначена за по-напреднали деца. Изпълнява се в спортни зали и фитнес клубове. Подобрява координацията, съдържа малка хореография и подготовка за по-сложни програми.

Kangoo Discovery Program е създадена за деца от 5 годишна възраст. Съдържа дейности, насочени към развитието на координацията, издръжливостта, добрата стойка, както и формирането на „Аз-а“. Помага за предотвратяване на затлъстяването в детска възраст. Това е програма за училища и спортни организации. Включва игри и упражнения, които не позволяват на децата да се отегчат. Програмата е достъпна за фитнес инструктори, учители по физическо възпитание и всички, които участват във физическото развитие на децата. Една тренировка продължава между 45 и 60 мин. като задължително започва със загрявка.



Kangoo Jumps обувките са много безопасни и лесни за използване. Обувките за деца са по-олекотени от тези за възрастните.

Модел KJ Power Shoe - серия за младежи, момчета и момичета над 5 години с тегло от 18 кг до 55 кг. Основните им характеристики са: високо качество на твърдата част, удобен лайнер от дишаща материя, с възможност за пране в пералня и адаптиране до 3 размера за да се позволи растеж на крака; Гъвкав Спринг, със система 4TwinTurbo, която позволяват потребителски корекции. Опция стоманени спирални пружини. Всяка обувка се състои от лайнери, подметки, пружини и гумени подметки.

Структура на обувките:

- 1 – Подплата – дебел вътрешен ботуш, за комфорт и защита на стъпалото и глезена;
- 2 – Еластична функция, позволяваща на глезена да се движи свободно;
- 3 – Лесно закопчаване – лесно отпускане се катарам и здрави каишки, позволяващи лесно обуване и събуване;
- 4 – Пружини, регулиращи напрежението и отговарящи на собственото тегло и употреба;
- 5 – Подметка от пружиниращи дъги, направени от пластичен материал;
- 6 – Външен ботуш, направен от полиуретанов материал, който предпазва от спукване или счупване;

7 – Здрава подметка, подходяща за всякакви повърхности;

Kangoos са обувките с най-слабо негативно въздействие в целия свят. Те предпазват (всъщност и подсилват) глезените, пищялите, коленете, бедрата, долната част на гърба и гръбначния стълб.

Програмата Kangoos Discovery е много практикувана в училищата в Америка. Направени са проучвания, според които децата предпочитат да се занимават именно с Kangoos, тъй като упражненията са под формата на игра и им носят наслада. Проучванията сочат, че в сравнение с другите спортове и упражнения, практикувани в училище, Kangoos Discovery е подходяща програма за всички възрасти и способности, развива правилна стойка и баланс у децата, развива способността на децата за работа в екип, намалява нивата на стрес, способства за повишаване на гъвкавостта, използва се като средство за рехабилитация, може да се практикува и в домашни условия, иновативна е и позволява тренировка под подходящ музикален съпровод.

По света съществуват различни експериментални методи за лечение на аутизъм, а един от тях е Kangoos. Той се прилага успешно в Дания и Южна Африка. В датския град Алберслуд сформират групи от деца аутисти, които практикуват Kangoos. Те подобряват своя физически баланс и координация. От Асоциация Аутизъм са убедени, че спортът се отразява добре на децата с такива проблеми. Вдъхновена от опита на Дания - Василена Радичкова, мениджър на Kangoos Клуб България, обмисля идеята за група деца, страдащи от аутизъм, които да опитат Kangoos, но е сигурна, че това не може да стане без помощта на терапевт.

В книгата си "Скачай за здраве" д-р Мортън Уокър описва как скачането коригира когнитивни увреждания, подобрява зрението, координацията и концентрацията. Научни проучвания на НАСА пък показват, че упражнението отскок е най-ефикасното, ефективно и приятно упражнение, което някога е било измислено. С всеки скок всички телесни клетки, всички мускули и всички органи са мобилизирани и подготвени да бъдат най-ефективни. От Асоциация Аутизъм смятат, че физическата активност се отразява добре на децата с подобен проблем.

За първи път в Перник се използват пружиниращите обувки „Канго Джъмبس“ с рехабилитационна цел. Чрез пружиниращите обувки ще бъде разработена нова система за двигателна активност за младежите и децата с увреждания. Специалните скачащи обувки помагат за коригирането на когнитивните увреждания, подобряват координацията, концентрацията, пространственото съзнание. Пружиниращите обувки действат много добре при деца с гръбначни изкривявания, но най-полезното е, че раздвижват лимфната система. Подскоците, които се правят с тези обувки, довеждат до добро общо здравно състояние на децата. Достатъчно е 3 пъти в седмицата обувките да се носят по 10-15 мин. на ден.

Упражнения и игри, които могат да се прилагат в училище.

Таблица 1
Упражнения и игри

№	Упражнения и игри	Организационно-методически указания
1	Игра със зар	Игра на късмета с фитнес предизвикателства. Търкулва се голям зар. На всяка от страните му има различни упражнения, които разкриват дейността на цялата група.
2	Kangoo Number Challenge	Играе се с номерирани карти от 1 до 9, поставени в кутии с различно разположение из салона. Децата са разделени на 2 отбора. Предлага се следната задача $6+6 = ?$. Децата от всеки отбор трябва да се предвижват с подскачане до кутиите за да съставят отговора на задачата. Тази игра развива както физическите, така и психическите качества на децата.
3	Канго спелуване	Използват се карти с букви. Децата отново са разделени в 2 отбора. Дадена е дума за изписване буква по буква. Децата трябва да съберат всички букви, подкачайки, след което се връщат и ги подреждат, така че думата да е изписана правилно.
4	Следвай водача	Може учителят да бъде водач, след което да се смени с някое от децата. Водачът показва различни упражнения, а останалите ги изпълняват след него.
5	Стоножка	Децата са хванати в колона. Гладната стоножка трябва да достигне до храната си като премине през различни препятствия. Целта е децата да играят като отбор, и да запазят цялостта на колоната.
6	Канго волейбол	Правилата са същите като при играта на волейбол, но децата са със специалните канго обувки.
7	Канго баскетбол	Правилата са същите като при играта на баскетбол, но децата са със специалните канго обувки. Помага за изграждане на сила и координация, като защитава ставите.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Kango Jumps са подходящи за всички възрасти. Със специално създадената програма за деца – Kangoo Discovery малчуганите се забавляват докато спортуват. При тях всичко се случва под формата на игра. Специфичната форма на обувките предпазва ставите и сухожилията, затова програмата е подходяща и за деца с увреждания. Проучванията сочат, че Kangoo Discovery е програма с общоразвиващи упражнения и игри, и именно затова привлича все повече деца. В Америка съществуват и специални Kangoo Discovery лагери, където децата скачат, танцуват и се забавляват с подскачащите обувки.

ЛИТЕРАТУРА

1. <http://polina-korsakova.ru/programmy-kangoo-jumps/kangoo-discovery-program.html>
2. <http://kangoojumps.com/products>

3.http://dnevnik.txd-studio.com/wp-content/uploads/2014/09/KJ_Generation_V_2_USA_2013-1.pdf

4.<http://www.disabledsportsbg.com/V-Danija-lekuvat-autizam-s-Kangoo-Jumps-n52.php>

За контакти:



Моника Борисова, , студент.
Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФПНО
Специалност Предучилищна и начална училищна
педагогика, 3 курс, ОКС – Бакалавър
e-mail: monika_borisova1994@abv.bg

гл. ас. д-р Искра Илиева, Русенски университет “Ангел Кънчев”, Катедра
„Физическо възпитание и спорт“, e-mail: isilieva@uni-ruse.bg.
маг. Десислава Петрова, инструктор по Канго.

Роля и значение на художествената гимнастика в началното училище

автор: Станислава Стефанова

научен ръководител: гл. ас. д-р Искра Илиева

Художествената гимнастика е олимпийски спорт, предимно за жени, при който, под съпровод на музика, се изпълняват сложни гимнастически упражнения. Той е комбинация от балет, гимнастика, театрални танци и игра с уреди. Петте уреда, които се използват, са бухалки, въже, топка, лента и обръч. Преди музикалният съпровод е само от един инструмент, обикновено пиано, но например Анелия Раленкова включва тъпан като съпровод. Днес се използва оркестрова музика.

Key words/ ключови думи: Екзарсис, Художествена гимнастика, Комбинации, Станка

ВЪВЕДЕНИЕ

Първите състезания по художествена гимнастика са в СССР през 1940 година. Първото световно първенство е през 1963 година в Будапеща. Решението за включването на спорта в програмата на Олимпийските игри е от 1980 година и първите Олимпийски игри, на които е представен, са тези в Лос Анджелис през 1984 година. Груповите изпълнения са включени през 1996 година. Първата българска световна шампионка е Мария Гигова. През 1980-те години, под ръководството на Нешка Робева, българките напълно доминират този спорт.

ИЗЛОЖЕНИЕ

„Златни момичета“ е прието да се нарича поколението състезателки по художествена гимнастика, които представят България в периода от 1976 до 1999 г., когато начело на националния отбор стои треньорката Нешка Робева. За този период „златните момичета“ печелят 14 шампионски титли от световни първенства в индивидуалните представяния и ансамблите; 14 шампионски титли от европейски първенства; 5 от световни и европейски купи и 2 вицешампионски титли от Олимпийски игри. Най-изявените гимнастички сред „златните момичета“ са Адриана Дунавска, Анелия Раленкова, Бианка Панова, Диляна Георгиева, Елизабет Колева, Илиана Раева, Лили Игнатова, Мария Петрова, Юлия Байчева.

Уредите, които се използват в художествената гимнастика са: бухалки, въже, топка, лента и обръч.



Непрекъснатият растеж на резултатите изисква търсенето на нови форми, средства и методи за работа с младите спортисти. Как ще се развият и дали ще бъдат успешни зависи от няколко фактора. Един от тях е развитието на качеството гъвкавост и определяне на по- ефективни начини, средства и методи, чрез които може за минимален период от време да се постигнат най-добри резултати. За една-две години е необходимо момичетата да се обучат на упражнения с различни уреди, различни по много характеристики. Следователно, развиването на гъвкавостта става важна задача в процеса на обучение.

Поради рязкото намаляване на възрастта в художествената гимнастика, младите гимнастички вече 7-8 годишни трябва да изпълняват определена програма. Целта е да се измислят универсален набор от упражнения, които да се прилагат от треньора и да водят до подобряване на гъвкавостта и координацията, но също така и за поддържане и развитие на основните физически качества, а именно бързина, издръжливост и други. Тази тема е избрана и развита не случайно, защото способности като гъвкавост и координация са от решаващо значение в художествената гимнастика.

Примерни упражнения за развиване на гъвкавостта на гръбначния стълб, тазобедрени стави и глезените, предложени от *Виктория Лафчиева*:

- 1.И.п. разкراчен седеж – наклон напред, гърдите докосват пода
- 2.И.п. „жабка“, ръцете поставени върху коленете: с пружиниращо движение натиск с ръцете върху коленете със стремеж да допрат пода.
- 3.И.п. свит тилеи седеж до гимнастическата стена, ръцете горе в надхват на максимално висок напречник: избиване до заден наклон с енергично избутване на таза и разгъване на коленете и ръцете, задържане, краката не се отделят от пода
- 4.И.п. лег-„люлка“.Краката се съгват в коленните стави и ръцете обхващат глезените.Тялото се залюлява напред-назад.
- 5.И.п. лег, ръцете напред: свиване на краката в коленете и дълбок заден наклон със стремеж главата да допре пръстите на краката.
- 6.И.п.стоеж, с опора на двете ръце до страничен разкрачен седеж.
- 7.И.п. колянка, коленен мост, трупът е наведен максимално назад.
- 8.И.п. свит разкрачен тилеи лег, ръцете свити,длани обвърнати навътре,пръстите сочат към глезените.Тежестта е равномерно разпределена върху ръцете и краката.
- 9.И.п. стоеж – упражнения с въже/за гъвкавост на раменете/, кръгови движения с хванато въже прегънато на две на ширина на раменете от напред до назад.

Благодарение на целенасоченото развитие на гъвкавостта, се улеснява прилагането на всички видове гимнастически упражнения – баланс, скокове, вълни. За сложни комбинации от оригинални упражнения гимнастичката трябва да има голямо количество памет, яснота и точност на движенията. При добра организация на тренировъчното занятие по художествена гимнастика, всяко дете може да постигне много високо ниво на проява на качеството подвижност на ставите. Изборът на упражненията за диференцирана работа са надеждно средство за усъвършенстване и постигане на по-добра ефективност на обучението в тренировъчния цикъл.

Използване на станка и упражнения от класическия екзарсис:

Художествената гимнастика разполага с много и разнообразни средства. Особено голямо място сред тях заема класическия екзарсис.

• Класически екзарсис.

Тези упражнения са много полезни и емоционални. С тяхна помощ се придобива навика да стоиш изправен и да ходиш красиво и грациозно. Най- леките и достъпни средства на класическия екзарсис са следните:

- Позиции на краката

- Позиции на ръцете

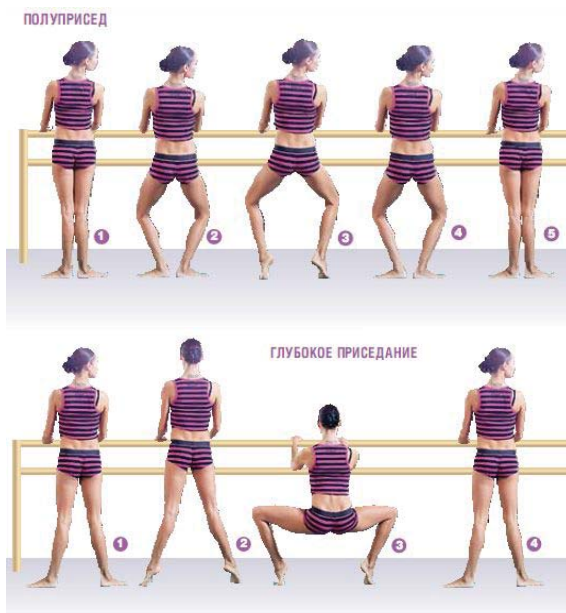
Упражнения за изграждане на правилно телодържание, за развиване на физическите качества:

- Плие- приклякане
- Деми плие (полуприклякане)
- Гранд плие (пълнен клек)
- Батман тандю (изнасяне на крака напред, встрани, назад)
- Батман тандю жете (Бързо повдигане на крака с мах)
- Гранд батман жете (високо повдигане на крак)
- Ронд де жамб партер (полу кръг с крак по земята)
- Полупалци (стоеж на пръсти)

При упражненията от класическия екзарсис е необходимо да се спазват някои основни неща:

- В началото упражненията се изпълняват с опора на две ръце след това на едната и накрая без опора.
- Спазване на правилна телесна стойка- трупът изправен, раменете отведени назад, коремът прибран.
- Задължително упражненията се изпълняват и с двата крака.
- При упражнение с един крак и при опора на една ръка се работи винаги с външния крак
- Само когато се усвои дадено упражнение се преминава към следващото

Упражнения от класическия екзарсис на станка:

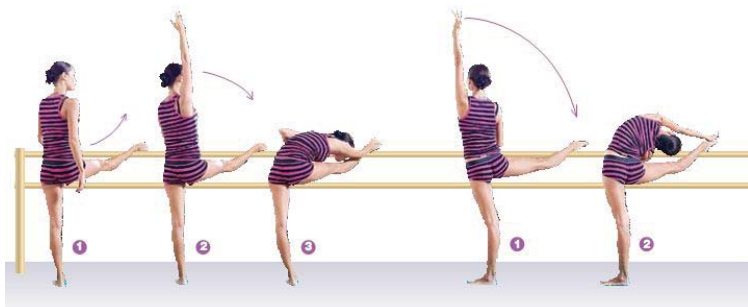


ГРАН БАТМАН



НАКЛОН ВПЕРЕД С УПОРОМ НА ОДНОЙ НОГЕ

НАКЛОН В СТОРОНУ С УПОРОМ НА ОДНОЙ НОГЕ

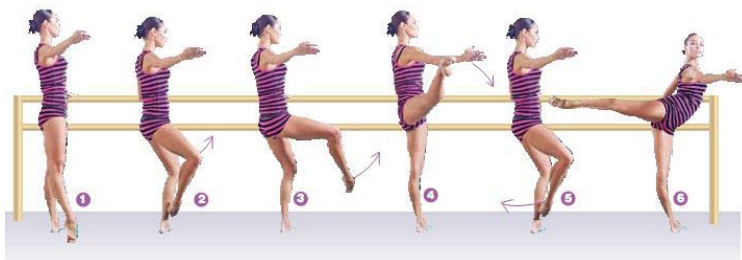


ПРОГИБ НАЗАД С УПОРОМ НА ОДНОЙ НОГЕ

НАКЛОН С ПРОГИБОМ НАЗАД С УПОРОМ НА ОДНОЙ НОГЕ



БАТМАН ФОНДЮ



Други упражнения:

№	Спортноподготвителни упражнения	Организационно-методически указания
1	Общоразвиващи упражнения • Общоразвиващи упражнения без уред • Общоразвиващи упражнения с уред	Изпълнява с броене и с музикален съпровод двутактови и четиритактови общоразвиващи упражнения за мускулите на ръцете и раменния пояс, трупа, за коремните и гръбните мускули и за мускулите на краката.
2	Полушпагат	Изпълнява полушпагат – с помощ и без помощ
3	Отскачане и приземяване от ниско на високо	Изпълнява отскачане от различни уреди (гимнастическа пейка, скрин).
4	Отскачане и приземяване от високо на ниско	Използва начин за приземяване от ниско на високо. Модифицира приземяване от високо на ниско. Демонстрира отскачане с обръщане на 90° и на 180°. Изпълнява отскоци и прескоци в подвижни и щафетни игри
5	Упражнения с музикален съпровод	Изпълнява танцови движения в различно темпо и ритъм. Изпълнява ритмични движения и игри на музикален фон
6	Упражнения на земя Статични упражнения Мост от тилен лег Тилна стойка Гръбна люлка, кълбо напред	Назовава правила за безопасност при изпълнение на статични и динамични упражнения. Възпроизвежда техника на изпълнение на мост от тилен лег и тилна стойка, гръбна люлка, кълбо напред с помощ и без помощ.
7	Равновесно ходене	Запазва равновесие ,като използва тежести (малки и големи предмети). Изпълнява равновесно ходене по наклонена гимнастическа пейка (30°-35°) с катерене по гимнастическа стена и отскок от най-долния напречник. Може да преодолява препятствия по време на равновесното ходене (топки, торбички и др.).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Художествената гимнастика е един от най- красивите спортове. Сътворява в себе си красотата от съчетанието на музика с танц и разнообразни по сложност и интензивност фигури.

Безспорно всяко малко момиче би желало да стане част от магията на този спорт. Факт е, че учениците от начална училищна възраст имат възможността да се докоснат до това в часовете по физическо възпитание и спорт.

Художествената гимнастика съдейства за всестранныя физическа подготовка и развитието на децата. Формира правилна стойка, лекота и изящество на движенията. Развива различни качества - гъвкавост, издръжливост, сила, бързина, воля.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] Димова Ц., В. Бачева, „Гимнастика“, /Медицина и гимнастика, 1996
- [2] За художествената гимнастика, 2010, <http://u4avplovdiv.com/>
- [3] <http://bmsi.ru/doc/c76d31c3-8bfd-489b-bce3-3f58ad993c12>

За контакти:

Станислава Стефанова, студент, Русенски университет „Ангел Кънчев”, ФПНО, Специалност: Предучилищна и начална училищна педагогика, 3 курс, ОКС – Бакалавър, e-mail: stefanowa03@mail.bg

гл. ас. д-р Искра Илиева, Русенски университет “Ангел Кънчев”, Катедра „Физическо възпитание и спорт”, e-mail: isilieva@uni-ruse.bg.

Обучение в техниката на скок височина начин „Ножица” в начален етап

автор: Николета Ангелова Куцарова
научен ръководител: гл. ас. д-р Искра Илиева

Скокът на височина начин „Ножица” развива взривната сила на долните крайници и предизвиква положителни емоции по време на изпълнение. Затвърждава и усъвършенства правилната координация на ръцете и краката. Неговото изпълнение изисква съсредоточеност и правилна преценка на изпълнението. Неговата достъпност дава възможност за усвояването му в начална училищна възраст.

Key words/ ключови думи: лека атлетика, скок на височина начин „Ножица”, ученици, спорт

ВЪВЕДЕНИЕ

Лекоатлетическите дисциплини в група скокове са: скок на дължина и на височина, троен и овчарски скок. Главната цел на всички скокове е преместване тялото на скачака в пространството, за преодоляване на колкото се може по-дълго разстояние или по-голяма височина.

От гледна точка на техниката, това означава максимално на преместване на ОЦТ в хоризонталната равнина, при скок на дължина и троен скок, и във вертикалната равнина, при скока на височина и овчарски скок. За първата група скокове приоритет има хоризонталната скорост, а за втората група – вертикалната.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Лекоатлетическите скокове в структурно отношение си приличат и се подчиняват на общи закономерности, които се изразяват в следните основни фактори:

1. Началната скорост на излитане на ОЦ
2. Ъгълът, под който излита ОЦТ.
3. Земното притегляне.
4. Съпротивлението на въздушната среда.

При всички скокове, в най-общ план резултатът зависи от първите два фактора – начална скорост и ъгъл на излитане на ОЦТ. Началната скорост при отделните скокове е в рамките на 8-10 m/sec за скок на дължина и около 6,5 – 8,5 m/sec за скока на височина. Докато началната скорост има еднакво значение за всички скокове, то ъгълът на излитане на ОЦТ зависи от характера на скока. За скокове, които се извършват в хоризонталната равнина / скок на дължина /, ъгълът на излитане на ОЦТ е в следните граници – 18 – 24 градуса, във вертикалната равнина / скок на височина / - 60 – 65 градуса.

Техниката на лекоатлетическите дисциплини в група скокове има традиционно възприета фазова структура. Условно тя се разделя на следните фази: засилване, отскачане, летежна фаза и приземяване.

Засилване

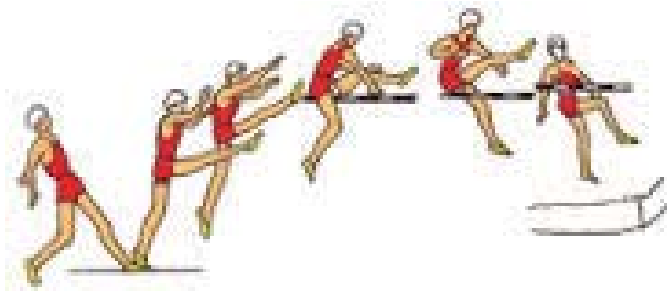
Всеки скок започва със засилване, което създава начална скорост, необходима и гарантираща, заедно с ъгъла на излитане на ОЦТ, ефективността на отскачането.

В зависимост от вида скок засилването е различно. При хоризонталните скокове / скок на дължина и троен скок /, където резултатът зависи в голям степен от скоростта на придвижване, дължината на засилването е по-голяма, в рамките на 18-22 бегови крачки. При скока на височина засилването е по-късо и е в рамките на 7-9 бегови крачки за начин ножица, странично-претъркалящ и коремнопретъркалящ. При скок на височина начин флоп засилването е в рамките на 10-12 бегови крачки.

Тази фаза се характеризира чрез:

1. Ускорение между моментите на започване на засилването и отскачането.

Скоростта нараства постепенно от началото до отскока. В края на засилването скоростта е максимална за висококвалифицирани състезатели и оптимална за начинаещи. Оптималната скорост осигурява условия да се извърши отскачането. Това е особено необходимо при нестабилна техника / начинаещи / и слаба физическа подготовка / липса на сила на долните крайници/.



2. Прецизност, точност на засилването, защото мястото за отскачане е определено. При скок на дължина това е дъската за отскачане. За скока на височина отскачането се извършва близо до летвата / на една ръка разстояние /. Засилването трябва да бъде уточнено чрез извършване на определен брой бегови крачки, контролирани чрез използване на белези. Първият контролен белег се поставя при започване на същинското засилване. Вторият контролен белег е в последната част на засилването и служи за отчитане на точността и дължината на последните крачки преди отскока.

Засилването при скок на дължина и троен скок е праволинейно и се извършва от четен брой бегови крачки. Стъпването на първи контролен белег, от който започва засилването, става с отскачащ крак. При скок на височина начин ножица, странично- претъркалящ и коремно-претъркалящ, засилването е от нечетен брой бегови крачки, като стъпването на първи контролен белег е с маховия крак. Засилването при скок на височина начин флоп е дъгообразно и се извършва от четен брой бегови крачки, както при скок на дължина. Използването на нечетен или четен брой бегови крачки не е задължително, но се препоръчва при начално обучение.

3. Специфичен ритъм на бягане в последните бегови крачки преди отскачането.

В последната част на засилването настъпват промени, които изменят пространство-времовите характеристики на последните три-четири крачки. Техните особености се определят от спецификата на отделните скокове. Общата тенденция при всички скокове е удължаване на предпоследната крачка и намаляване на последната крачка.

Отскачане

Отскачането е най-важната фаза в техниката на скоковете. Движенията, които се изпълняват в тази фаза са решаващи за трансформиране на хоризонталната

скорост, придобита при фазата на засилването, в повече или по-малко във вертикална скорост, в зависимост от характера на скока: скок с преобладаваща хоризонтална скорост / скок на дължина и троен скок / и скок с преобладаваща вертикална скорост / скок на височина /.

Тази фаза се характеризира чрез :

1. Поставяне на отскачащия крак.

В зависимост от характера на скока поставянето на крака при отскачането е различно. При хоризонталните скокове и скок на височина по начин флоп отскачащият крак се поставя на цяло стъпало и близо до проекцията на ОЦТ. При вертикалните скокове подчертано на пета и пред проекцията на ОЦТ. Посочените критерии при отскачането определят ъгълът на излитане на ОЦТ.

2. Ориентиране на силите при отскачането.

Ориентирането на силите при отскачането зависи преди всичко от начина на поставяне на отскачащият крак при отскока. При хоризонталните скокове се търси увеличаване на фазата на оттласкване и намаляване фазата на амортизация. Колкото амортизацията е по-кратка, толкова по-рано ще започне оттласкването/разгъването/, което дава възможност за предаване на повече движение на тялото в новата посока. При вертикалните скокове, най-вече по начин странично и коремно. претъркалящ обратно, увеличаване фазата на амортизация и намаляване фазата на оттласкване. По дългата фаза на амортизация създава условия за по-дълъг път на вертикално преместване на ОЦТ при отскачането и дава възможност за по-пълноценно изпълнение на маховите движения с ръце и махов крак.

3. Маховите движения на свободните части на тялото.

При отскачането значителна е ролята на свободните части на тялото, които чрез маховите си движения допринасят за по-високото повдигане на ОЦТ. Те участват активно в отскачането, но важен е и момента на спиране на движението им /фиксиране/, за да се пренесе тяхната сила на тялото.

4. Въртеливи движения

Въртеливите движения се зараждат при отскачането. При хоризонталните скокове най-големата трудност е да се устои на предното завъртане на тялото. За противодействие на това голямо значение имат маховите движения, по точно маха на свит в колянната става свободен крак. При вертикалните скокове въртеливите движения се зараждат при отскачането, След отскока като при начин флоп те се появяват по-рано - по време на прехода от праволинейно в дъгообразно засилване.

Летежна фаза

Летежната фаза осигурява преместването на тялото на скакача във въздуха. Факторите от които зависи величината на преместването на тялото , са следните :

1. Начална скорост, с която излита ОЦТ на тялото.
2. Ъгълът под който излита ОЦТ.
3. Земното притегляне.
4. Съпротивлението на въздушната среда.

Тези параметри определят дължинната и височината на параболата , която описва ОЦТ в летежната фаза. При хоризонталните скокове тази височина е по-ниска за сметка на дължината, поради което летежната фаза е по-дълга. При вертикалните скокове – обратно.

Във летежната фаза различните части на тялото изпълняват строго определени движения, които имат равновесен и компенсаторен характер.

Приземяване

Фазата на приземяване е взаимозависима от техниката на скока и се извършва по различен начин.

При скок на дължина приземяването се извършва на два крака едновременно и играе съществена роля за резултата. При скоковете във вертикалната равнина приземяването зависи от начина на скачане. То не оказва принципно въздействие върху постижението, но има инерционно-амортизационно, профилактично въздействие.

Всички фази на техниката на лекоатлетическите дисциплини в група скокове органически са свързани помежду си и взаимозависими от пространство-времевите характеристики. Двигателната структура на скоковете е динамична структура.

Обучение в техниката на скок на височина

Техниката на скок на височина условно се разделя на четири фази: засилване, отскачане, летежна фаза и приземяване. Методическата последователност на обучение в техниката на скока е подчинена на общата схема на обучение. Обучението започва от водещото звено/фаза/ - съчетание на засилване с отскачане.

Двете фази, засилване и отскачане, имат решаващо значение за резултата на скок на височина. Те определят основните фактори от които зависи височината на летежа – начална скорост и ъгълът с който излита ОЦТ. При скок на височина началната скорост при мъжете е в рамките на около 7,5 m/sec, а при жените около 6,5 m/sec. Ъгълът на излитане на ОЦТ е около 60-65 градуса.

Съчетанието на засилването с отскачането е ключов момент, защото се осъществява трансформиране на хоризонталната скорост във вертикална, за да се изпълни вертикален отскок.

Отскачането се характеризира с мощно, динамично поставяне на отскачащия крак – подчертано на пета, далеч пред проекцията на ОЦТ / начин ножица, странично и коремно-претъркалящ начин/ или почти на цяло стъпало, близо до проекцията на ОЦТ / начин флоп /.



При скок на височина начин ножица и флоп, отскачащият крак е външния, а за начин странично и коремно-претъркалящ е вътрешен, спрямо левата.

При вертикалните скокове се търси увеличаване фазата на амортизация, като опорните точки на долните крайници изпреварват ОЦТ. По дългият път на изместване на ОЦТ при отскачането дава възможност за по-добро използване на маховите движения на ръце и махов крак. Движенията се изпълняват с по-широка амплитуда. При отскачането ръцете и раменете се повдигат енергично нагоре, като маховия крак свит или обтегнат/в зависимост от начина на скачане/ отива също нагоре, в съчетание с движението на ръцете. Благодарение на енергичните махови

движения на свободните части на тялото , отскачащият крак оттласква силно нагоре, като стъпало, таз, рамо са в права линия /пълно разгъване/. При обучението на скок на височина трябва да се обърне съществено внимание на въртеливите движения, които позволяват заемане на по.изгодно положение на тялото в летежа за преодоляване на летвата. След отскока при коремно-претъркалящ начин завъртането на тялото продължава поради високо изнесения прав махов крак и едноименната му ръка. При начин флоп движението на маховият как свит в колянната става след отскока по посока отскачащ крак встрани допринася за въртеливите движения.

Засилването , както при скок на дължина, така и при скок на височина , има за цел да създаде начална скорост, която заедно с ъгълът на излитане на ОЦТ, определят в голяма степен постижението.

Извършва се от определен брой бегови крачки. Основните характеристики на засилването са :

- 1.Дължина на засилване – разстояние, брой бегови крачки.
- 2.Посока на засилване - праволинейна или дъгообразна.
- 3.Форма на засилване – ритъм и техника на бягане.

Тези характеристики и ритъмът на бягане в последните 3-4 крачки преди отскачането са специфични за различните начини на скачане. Общото в засилването при всички скокове е, че последната крачка преди отскачането е по-къса от предпоследната крачка.

Съчетанието на засилването с отскачането е ключов проблем при обучението на скок на височина, защото става трансформиране на хоризонталната скорост във вертикална скорост.

Летежната фаза и приземяването имат за цел преминаване на летвата и успешно приземяване .

При всички скокове в първата част на летежната фаза усилията са насочени в посока нагоре. Следващият важен момент, които трябва да се има в предвид при обучението е въртенето към летвата – по надлажната и предно задна ос на тялото / странично и коремно-претъркалящ/ и по наречната ос ос на тялото/флоп/.

При летежната фаза общото за всички начини на скачане са комперсаторните движения за последователно пренасяне на отделните части на тялото. Тази последователност и преминаването на тялото над летвата са различни и определят различните начини на скачане.

Скок на височина начин ножица е най-лесния и достъпен начин на скачане. Характерно за него е страничното преминаване на летвата , най-напред от махов крак разгънат в коляното, последван от отскачащия крак и останалите части на тялото . Приземяването се извършва в същата последователност, каквато е при преминаването на летвата.



Техника на скока на височина начин Ножица.

Разучаване на водещото звено – отскачане.

1. Вертикален отскок от два крака на място и с придвижване напред.
2. Вертикални отскоци от два крака в обръчи наредени на късо разстояние.
3. Вертикални скокове от два крака от ниско на високо.
4. Вертикални скокове над повдигнати уреди, които са разположени на късо разстояние (плътни топки, пейки, препятствия).
5. Бягане между скринове (2-3 броя, $h=0.30-40$ м), поставени по дължина. Отскачане пред скрина и приземяване на отскачащия крак на скрина. Маховият крак и ръцете подпомагат отскока.
6. Вертикален отскок от два крака с цел достигане на високопоставен предмет (баскетболно табло, клони на дърво, висяща топка) с ръце, с рамо, с глава. Упражнението се изпълнява от място и със засилване.
7. Като упражнение 6, но отскачане от един крак. Маховият крак е прав и заедно с ръцете подпомагат активно отскока.
8. Вертикален отскок от един крак над ластик, с височина на ханша. Цели се повдигане на ОЦТ. Скокът се изпълнява с перпендикулярно засилване. Приземява се на отскачащ крак. При изпълнение на вертикален отскок от един крак, свободните части на тялото / махов крак и ръце / подпомагат отскока.

Съчетание на засилване – отскачане.

1. Отскачане от свободно засилване.
2. Отскачане от ритмично бягане или редуване на ритмично бягане /6-8 м/ с вертикален отскок.
3. Редуване на ускорително бягане 8-10 м/ с вертикален отскок.
4. Като горното упражнение, но мястото за отскок е маркирано с начертан кръг или обръч.

5.Засилване от различни ъгли / перпендикулярно, странично под много остър ъгъл, странично засилване под остър ъгъл/25-30 градуса/, съчетано с отскачане.

6.Съчетание на засилване – отскачане от определен брой бегови крачки / 1,3,5/ по права линия съчетано с мах на ръцете.

7.Съчетание на странично засилване – отскачане от една, три и пет бегови крачки, като крачките и мястото за отскачане са маркирани , съответно с начертани линии и кръг и изпълнение на мах с ръцете.

Разучаване движенията на летежната фаза и приземяване.

1. Засилване от определен брой бегови крачки/ 3,5/, отскачане с цел докосване/достигане/, с прав махов крак, на баскетболно табло, клони на дървета, високопоставен предмет.

2.Както упражнение 1, но докосването да се извърши с отскачащ крак, след разминаване на краката в летежната фаза.

3.От ходом и от бегом, отскачане , ножично разминаване на краката и приземяване на махов крак.

4.Отскачане от един крак отстрани, по дължина на пейка или наклонена летва. Ножично движение на краката, приземяване на махов крак, като отскачащия крак го догонва.

5.Преминаване отстрани над ластик, летва, ниско препятствие / височина 20-30 см / с последователно пренасяне на махов и отскачащ крак / ножично разминаване /.

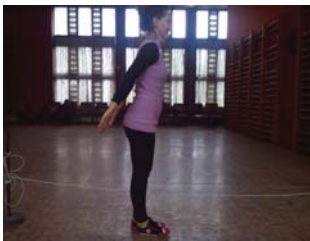
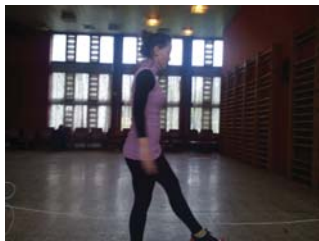
6.Засилване отстрани на скрин / височина 50-60 см /, отскачане от един крак , приземяване на скрина на махов крак. Отскачащият крак го догонва.

7.Засилване отстрани на ластик или летва / височина 60-80 см /, отскачане от един крак, последователно пренасяне над ластика или летвата махов и отскачащ крак.

Цялостно изпълнение на скок на височина начин ножица от по-голям брой крачки.

1.Усвояване на специфичния ритъм на засилване в последните три крачки.





IV. Начално обучение в техниката на скока на височина начин Ножица.

Д. Колева предлага следните упражнения:

Упражнение1: Вертикален скок. Вертикални скокове над повдигнати уреди, които са разположени на късо разстояние(плътни топки, пейки,препятствия).

Упражнение2: Вертикален скок

Вертикален отскок от един крак над ластик, с височина на ханша. Цели се повдигане на ОЦТ. Скокът се изпълнява с перпендикулярно засилване. Приземява се на отскачащ крак. При изпълнение на вертикален отскок от един крак,свободните части на тялото/ махов крак и ръце / подпомагат отскока.

Упражнение 3 : Засилване съчетано с отскачане. Засилване от различни ъгли съчетано с отскачане

- Право(перпендикулярно)засилване към високо повдигнат ластик, който да се държи от двама ученици или поставен на стойки за скок на височина.
- Странично засилване от много остър ъгъл.
- Странично засилване от остър ъгъл(25-30 градуса).

Посоката и ъгълът на засилване се маркират с линии, или дъски от препятствия, конуси. Свободните части на тялото(прав махов крак и ръце) подпомагат отскока.

Упражнение 4: Летевна фаза

Засилване от 3 и 5 бегови крачки, отскачане с цел докосване (достигане) на баскетболно табло, клони на дърво или високопоставен предмет с прав махов крак.

Упражнение 5: Летевна фаза

Засилване от страни на ластик или летва на височина 0.50-60 m, отскачан, последователно пренасяне над ластик или летва на махов и отскачащ крак. Приземяване на махов крак с догонване на отскачащия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Скока на височина не само е въздействащ за развитието на взривната сила на долните крайници, но и предизвиква положителни емоции по време на изпълнение. Затвърждава и усъвършенства правилната координация на ръцете и краката. Изпълнението на скока на височина начин Ножица изисква съсредоточеност и правилна преценка на изпълнението.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Жалов К. и кол. Лека атлетика, МФ, 1991.

[2] Колева Д. Лека атлетика – обучение и преподаване,

За контакти:

Николета Ангелова Куцарова, студент 3 курс,
Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФПНО,
специалност «Предучилищна и начална училищна
педагогика», ОКС «Бакалавър»,
email: kucarowa94@mail.bg

гл. ас. д-р Искра Илиева, Русенски университет “Ангел Кънчев”, Катедра
„Физическо възпитание и спорт“, e-mail: isilieva@uni-ruse.bg.

Занимателни туристически игри и упражнения при снежни условия за ученици от първи и втори клас

автор: Павлина Атанасова

научен ръководител: гл. ас. д-р Илиян Илчев

Touristic games and exercises for winter conditions for students in first and second grade: The touristic games and exercises develop various physical skills. Some of the most exciting touristic games and exercises are the ones in winter conditions. Thanks to the strong physical activity in these games and exercises the physical skills are well developed.

Key words: *touristic games and exercises, games and exercises in winter conditions, primary school, students*

ВЪВЕДЕНИЕ

Игровата дейност заема съществено място в учебните програми от I до IV клас. Тя притежава редица характерни особености, които я превръщат в едно от основните средства на учебно-възпитателния процес по физическо възпитание. Игрите целят физическо и функционално укрепване на детския организъм, както и повишаване на емоционалността и интереса на подрастващите към двигателните задачи [1, 4].

Туристическите игри са много вълнуващи за учениците. Това се дължи не само на включените разнообразни естествени движения, но и на обстоятелството, че игрите се провеждат на открито сред природата [1, 2, 4].

Съществуват различни видове занимателни туристически игри, които могат да се групират по редица начини. Едни от най-разнообразните игри, развиващи различни качества и обхващащи разнообразни дейности, са тези при снежни условия. Чрез тях у учениците се изграждат необходими умения и навици да действат уверено при по-ниски температури, при снеговалеж и т. н. Благодарение на голяма двигателна активност по време на уроците на открито при снежни условия се въздейства комплексно върху развитието на основните физически качества, най-вече върху издръжливостта [3, 6].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Различните видове игри позволяват решаването на многопосочни задачи, те създават възможност за активна двигателна, и психична дейност. Чрез тях се овладяват разнообразни двигателни навици развива се физическите качества. Игрите имат всестранны преимущества като възможност за изграждане на детския колектив, подобряване на дисциплината, обогатяване на двигателната култура на учениците, развиване и усъвършенстване на положителните черти на учениковия характер [1, 4].

Туристическата дейност със своята привлекателност, емоционалност и достъпност крие изключително богати възможности за всестранно възпитаване на учениковата личност (взаимопомощ, честност, воля, грижа за опазване на природата). Освен това целенасоченото използване на природните фактори слънце, въздух и вода, води до закаляване на организма и до повишаване на съпротивителните му сили. Пешеходният туризъм е най-масово практикуван сред всички възрасти и основен за учениците от началните класове заедно с разновидностите си: разходка, излет, екскурзия и поход. За разнообразяване на продължителното ходене могат да се играят и правят различни по сложност игри и упражнения. Някои от игрите се използват за разширяване на знанията, други служат за затвърдяване и проверка на туристическите умения и сръчности, а почти всички игри съдействат за повишаване на физическата дееспособност. Те са и прекрасно средство за повишаване на работоспособността и укрепване на здравето

(повишава се интензитетът на белите дробове вследствие на игрите, провеждани на чист въздух) [1, 2, 3, 4].

Игрите сред природата позволяват в много голяма степен да се реализира т. нар. от Джон Дюи „обучение чрез преживяване“ - съвременните деца изпитват естествено влечение към проучване и преоткриване на интригуващия и загадъчен свят на природата [1, 3].

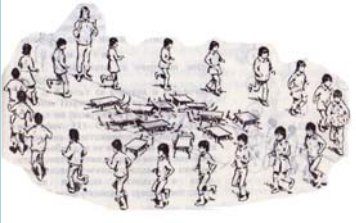
Едни от най-интригуващите занимателни туристически игри и упражнения са тези при снежни условия. През зимния период във всеки клас се провеждат определен брой уроци по физическо възпитание и спорт на открито. Желателно е те да се реализират при снежни условия, затова тяхното място в урочното разпределение на учебния материал е само условно. Препоръчва се, когато е паднал сняг, учителят да замени планирания урок с урок на открито при снежни условия. В безснежните райони, където е невъзможно да се провеждат уроци при снежни условия, се използва учебен материал с лекоатлетически характер или подвижни и спортноподготвителни игри на открито. В уроците началните ученици се запознават с особеностите на околната среда при зимни условия. Препоръчително е да се използват теренните условия, наличните природни материали (шишарки, жълъди, клони и др.) и туристически принадлежности (раници, шалове, шейни), вместо да се носят стандартните и употребявани в училище уреди и помагала. Облеклото на учениците в уроците на открито трябва да не ограничава техните движения, да е леко, но и достатъчно топло. Най-подходящо е да се използва фронталният метод, а в отделни случаи и посменният. Тъй като комплексно се развиват основните физически качества и най-вече върху издръжливостта, главна съставна част на уроците на открито е непрекъснатото бягане с малка скорост за издръжливост [3, 6].

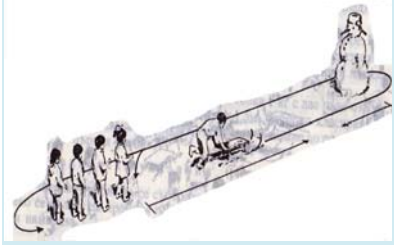
На таблица 1 са представени примерни занимателни туристически игри при снежни условия за ученици от първи и втори клас [2, 3, 5, 7].

Занимателни туристически игри при снежни условия за ученици от първи и втори клас

Таблица 1

№	Наименование	Съдържание	Методически указания	Предназначение
1	Снежно кълбо	За тази игра е необходима сравнително равна поляна с неутъпкан сняг. Участниците се разделят на отбори по четирима играчи. Отборите се подреждат на стартовата линия на 5-6 метра един от друг. Финалът е на 30-40 метра от старта. След сигнала отборите правят снежна топка и, търкаляйки я, се насочват към финала. Побеждава отборът, който финишира с най-голямо снежно кълбо.	Учителят трябва да е сигурен, че разстоянието между отборите е достатъчно, за да не си пречат. Учениците трябва да не се блъскат и да работят взаимно. Ако класът е по-голям, отборите могат да бъдат и от повече участници.	Развиват се другарските взаимоотношения. Развива се силата на раменния пояс и горните крайници.
2	Снежен ангел	Деца се разделят по двойки/ тройки. Едното дете ляга на снега и с тялото си прави отпечатък на ангел. Другите от отбора му помагат да се изправи. След като „ангелът“ вече е оформен, учениците имат за задача да го украсят по най-различни начини. Могат да изсипят във формата различни семена, да използват борови иглички, клечки и други природни материали. Отборът, който пръв изпълни изцяло, но и старателно, формата на ангела, печели.	Всяко дете старателно оформя снежния „ангел“. Като се изправя, съотборниците му помагат, за да не развали отпечатъка. Чрез различните природни материали учениците украсяват „ангела“.	Формират се знания за околната среда, за различни животински и растителни видове.

3	Кой ще заеме шейната	На равна площадка се подреждат около 15-20 шейни. Броят на шейните е два пъти по-малък от броя на учениците, които се движат с леко бягане в кръг около шейните. При сигнал всички се спускат към шейните, като всеки се старае да седне в някоя от тях. След 5-6 повторения се прави класиране по броя на точките. В една шейна може да седне само един ученик. Всеки ученик, заел шейна, получава точка. Учителят подава различни команди, например: извирване, пляскане с ръце или команди като „Заеми шейната!“, „Седни в шейната!“. Предварително е направена уговорката, че само при един от тях учениците трябва да стартират, например при командата „Седни в шейната!“ 	Учителят насочва учениците да бъдат съсредоточени, за да стартират незабавно при действителния сигнал по най-късия път и да преценят как най-бързо да седнат в шейната.	Развиват се издръжливостта, концентрацията на вниманието.
4	С влак през зимата	Учениците се разпределят в отбори по 5-6 ученици. Всеки отбор прави снежна топка с размери около 60-70 см. Топките се подреждат на една линия, а отборите се построяват в колони зад обща стартова линия и срещу топките. На няколко метра след топките се поставят ориентир. Игралците от всяка колона се хващат за хълбока на стоящия отпред и така образуват „влак“. При сигнал от учителя „влаковите композиции“ тръгват и се придвижват, без да се разкъсват. Когато стигнат до снежното кълбо, водачът съобщава, че линията е затрупана със сняг. Игралците се пускат, отстраняват кълбото от пътя, залавят се отново и продължават да се придвижват. Заобикалят ориентирите и се връщат на стартиралната линия. Отборът, пристигнал първ, без да се разкъсва връзката, печели.	Необходимо е да се осигури разстояние между отборите, за да не се сблъскат при заобикаляне на ориентирите.	За подобряване на отборната работа, за развитие на възражението.
5	Летящите чинии	Избира се равен терен с подходящ за снежни топки сняг. Участниците се разпределят в отбори по 5-6 участници, като всеки участник си прави по една снежна топка. Играта започва, като учителят хвърля метална или пластмасова чиния нагоре и срещу първия отбор. Децата хвърлят топки със стремеж да улучат летящата чиния. След падането ѝ, своето участие започва следващия отбор и т. н. Играта се печели от отбора с най-много точни попадения.	Учителят трябва да се стреми с една и съща скорост, на еднаква височина и по един и същ начин да подхвърля чинията при участието на всички отбори.	Цели се усъвършенстване на хвърлянето по подвижна цел и подобряване на финала моторика на участниците.

6	Щафета с шейна Класът се строява в 4-5 колони. Пред тях е означен с ориентир обща стартова линия. При сигнал първите ученици от всяка колона тръгват, като всеки бута по свободен начин една шейна. Те изминават разстоянието от 20 м до снежния човек, заобикалят го и се връщат до своята колона, като продължават да бутат шейната. Щом шейната пресече стартовата линия, поема я вторият ученик и така нататък. 	Нужно е да се осигури разстояние между отборите, за да не се сблъскат=	Развиват се силата на горните и долните крайници, издръжливостта, другарските взаимоотношения.

На таблица 2 са описани примерни упражнения при снежни условия за ученици от първи и втори клас [6].

Упражнения при снежни условия за ученици от първи и втори клас

Таблица 2

№	Наименование	Съдържание	Методически указания	Предназначение
1	Упражнение с шейни по двойки	Шейната е от лявата страна на учениците - повдигане на шейната догоре и поставяне отдясно. След това връщане до изходно положение. 	Учителят следи за правилното изпълнение на упражнението. Двойката ученици трябва да са приблизително еднакво високи, за да е успоредна шейната.	Развива се силата на раменния пояс и горните крайници.
2	Упражнение с шейни	От седеж върху шейната, краката събрани и изпънати, стъпили от лявата страна на шейната - повдигане на краката, пренасяне и стъпване от дясната страна. През цялото време краката са обтегнати и събрани. Изпълнява се поединично. 	Учителят следи за правилното изпълнение на упражнението.	Развива се силата на долните крайници.

3	Спускане с шейна	Упражнението се провежда на подходящ склон, в близост до училището. В случай, че няма шейна за всеки ученик, класът се разделя на двойки, като всяка двойка притежава шейна. Докато първият се спуска, вторият изчаква своя ред и хвърля снежни топки по определена цел. Ученикът сяда в шейната така, че краката му са изнесени напред и могат да се използват за управление и спиране на шейната. След спускането той предава шейната на своя съотборник.	Учениците не трябва да си пречат и трябва да се изчакват.	Развива се силата на долните крайници. Усвоява се хвърлянето в цел.
4	Разходка с шейна	Разходката се провежда до близък парк, градина или друга подходяща местност. Трима ученици разполагат с една шейна. Всеки от тях изпълнява последователно следните движения: тегли шейната, бута шейната или се вози в нея. През интервал от 3 до 5 минути учениците разменят местата си.	Учениците трябва да не си пречат. По време на разходката учителят може да провежда беседа на определена тема.	Развиват се силата на горните и долните крайници, издръжливостта, другарските взаимоотношения.
5	Хвърляне в хоризонтална цел	Целта представлява квадрат със страна 1 м, който е означен на снега. Момчетата застават в полукръг на 6-7 м от целта, а момичетата - на 5-6 м. Всички изпълняват по 5-6 пробни опита, след което започва състезателно хвърляне на снежните топки, като се отчитат точните попадения от 10 опита.	Учениците се приучават към честност, а учителят реагира при всеки опит за недобросъвестност и неточно обявяване на резултатите.	Усвоява се хвърлянето в цел. Развива се силата на раменния пояс и горните крайници.
6	Хвърляне във вертикална цел	Хвърлянето се комбинира с моделиране на снежен човек. Всяка група се състои от 4-5 деца. Всяка група се нарежда в кръг около готовия си снежен човек. Кръгът има радиус 4-5 метра. Всички ученици хвърлят едновременно по свободен начин по 5 топки със задача да улчат снежния човек в тялото. Целенето в главата се забранява.	Учителят следи за правилното изпълнение на упражнението и отчита грешките.	Усвоява се хвърлянето в цел. Развива се силата на раменния пояс и горните крайници.



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ежедневието, затрупано от всевъзможни технологии, децата все по-рядко предпочитат игрите сред природата. Туристическите игри и упражнения определено трябва да имат занимателен характер, за да привлекат интереса на учениците в начална училищна възраст. Занимателните туристически игри и упражнения при снежни условия са едни от най-емоционалните за малките ученици. Направата на снежен човек, щафета с шейна или дори непланираният бой със снежни топки развиват физическите и психически качества на малките ученици.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Джамбазова, Е. Игрите в обучението по физическото възпитание (I - IV клас). С., 2009.
- [2] Кръстев, Г. Туристически игри. С., 1987.
- [3] Мирчева, И., Е. Джамбазова. Докосване до природата - активният контакт на детето от началното училище с природната среда. С., 2006.
- [4] Момчилова, А., И. Илиева. Методическо ръководство за обучение по физическо възпитание и спорт в начална училищна възраст. Р., 2011.
- [5] Попов, И., Г. Георгиев. Подвижни игри в началните класове. С., 1990.
- [6] Попов, И., М. Лангова, М. Якимов. Методика на учебно-възпитателната работа по физическа култура за 1 - 3 клас. С., 1989.
- [7] <http://www.kidactivities.net/category/games-winter-outside.aspx>

За контакти:

Павлина Атанасова Атанасова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, специалност „Начална училищна педагогика и чужд език“, IV курс, ОКС - бакалавър, e-mail: pavlina_atanasova93@abv.bg

гл. ас. д-р Илиан Илчев, Русенски университет “Ангел Кънчев”, Катедра „Физическо възпитание и спорт“, e-mail: iilchev@uni-ruse.bg.

Значение на заниманието по физическа култура в детската градина

автор : Есин Юсеинова

научен ръководител: гл.ас. д-р Илиян Илчев

Importance of exercise in physical education: *The meaning of every physical education activity is: achieving optimally functional and morphological equilibrium of the organism in its interaction with the environment and ensuring physical and psychological health of the person . In the process of building positive attitude towards physical activities, sports and tourism, keeping personal and social hygiene norm, it protects itself from getting sick and prepares for longevity.*

Key words: *physical education, discipline, sports.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Физическото възпитание и спорта влияят благотворно върху растящия организъм. Само здравите и психично необременени ученици са способни за пълноценно и ефективно обучение, а това е една от най- важните задачи на училищното физическото възпитание и спорт да се търси оптимизиране на двигателната дейност и активност. Физическата култура в детската градина има за цел укрепване и закаляване на децата, повишаване устойчивостта на организма към заболявания, развитие на физически качества и дееспособност. Всяка физическа образователно – възпитателна дейност се постига чрез задачите, методите и съдържанието . [1]

ИЗЛОЖЕНИЕ

Развитието на системите на физическото, здравното възпитание и спорта у нас се интерпретират като водещ компонент от системата на възпитанието, необходима за хармоничното развитие на човека.

Теорията и практиката на физическото възпитание и спорта като обособен дял от педагогическото познание изучава закономерностите на процеса на формиране на двигателни умения и навици, развитието на двигателните качества. По своята същност физическото възпитание е функция на интегрирането на познания от областта на анатомията, физиологията и хигиената на детето, психологията, педагогиката, антропологията, историята на физическата култура и др. [2]

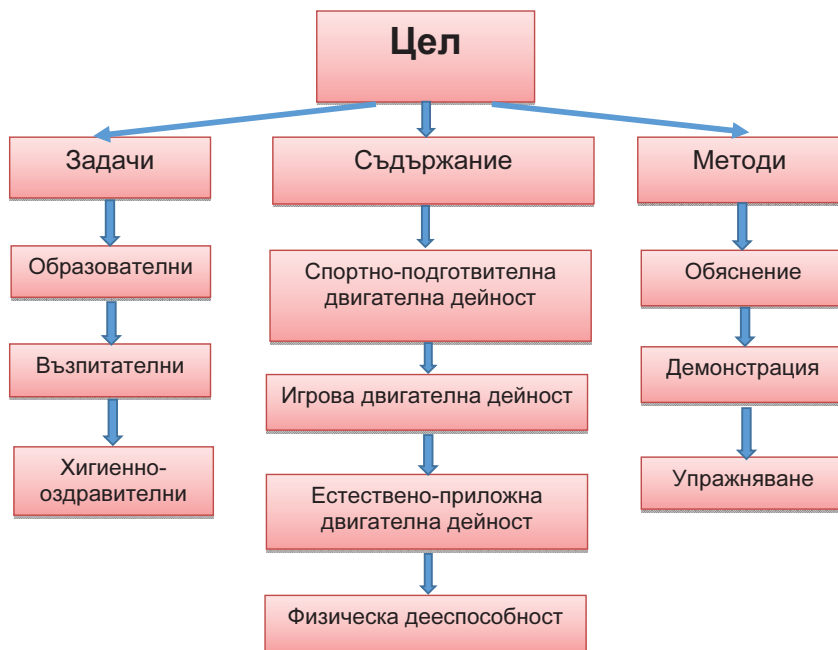
Същността на физическото възпитание се конкретизира по следния начин: **”процес на многостранно целенасочено взаимодействие на възпитаника с всички фактори за физическо влияние с цел формиране у човека физическия облик, желан от обществото и индивида.”** . Смисълът на всяка физическа образователно – възпитателна дейност се състои в постигане на оптимално функционално и морфологично равновесие на организма при взаимодействието му със средата, осигуряване на физическо и психическо здраве на личността. В процеса на изграждане у детето на положително отношение към физическите упражнения, спорта и туризма, съблюдаването на личните и обществени хигиенни норми **„то се предпазва от заболяване и се подготвя неговото дълголетие”**. В тази връзка се подчертава потребността от **„възпитаването на привички и навици у децата за рационално хранене, което гарантира правилен енергиен баланс на организма и тяхното израстване”**.

Оздравителната насоченост на физическото възпитание и спорта предпазва от редица „морфофункционални смущения, които стават причина за многото заболявания и ранна смъртност”. [2]

Чрез организиране на различни педагогически взаимодействия с цел физическо развитие на детето, при влиянието на множество фактори /природни, хигиенни и социални/ се преодолява мускулното бездействие на човека. Така се развива неговото мускулно чувство, защото „мускулите са не само органи на движенията, но

и органи на чувствителността". В този аспект всички създатели на самостоятелни системи за физическо възпитание обосновават необходимостта от физически упражнения, от разнообразни движения за всеки човек и най- вече за децата и младежите. [2]

Сред основните механизми за овладяване на прости и сложни физически упражнения се посочват : *наблюдението и подражанието* . Специално внимание се отделя на съчетаването на онагледяването със словесно обясняване на конкретни действия, съчетания и движения, елементи на игри и др. Посочва се водещото място на *повторението* на различните физически упражнения, но не механично и еднообразно, а обмислено и в разнообразни форми. По този начин се създава и обогатява двигателния опит на децата, реализира се по – успешната им адаптация към обкръжаващата ги среда и своята собствена същност. [2]



Фиг. 1 Цел и задачи на физическата култура в детската градина.

Общата цел на възпитанието и особеностите на физкултурната дейност определят целта на физическото възпитание в предучилищна възраст - поставяне основите на физическото съвършенство на детето, разбирано като:

1. Подобряване на здравното състояние, закаляване и физическо развитие на детския организъм.

2. Развитие на моториката и дееспособността чрез овладяване на двигателни знания, умения и навици и развитие на физически качества.

3. Личностно формиране на детето чрез използване на всички потенциални възможности на физическата култура за умствено, нравствено, трудово и естетическо формиране на детската личност. [4]

Задачите на физическото възпитание в предучилищна възраст се уточняват и конкретизират във всяка възрастова група. Реализират се чрез съдържанието, организацията и условията на възпитателно - образователния процес на физическо възпитание и в единство с другите дейности в детската градина; чрез създаване на необходимите реални предпоставки и възможности за целенасочено дейностно и личностно развитие на детето и подготовката му за училище. [4]

Осъществяването на целта се реализира чрез система от задачи, насочени към укрепване здравето, закаляване на организма на детето, хармонично физическо развитие, овладяване на богат фонд от двигателни умения и навици, развитие на физически качества, възпитаване на нравствени, интелектуални, трудови и естетически качества. Тези основни задачи условно могат да се систематизират в три групи: (хигиенно - оздравителни, образователни и възпитателни :

1. Хигиенно - оздравителни задачи - Задачите на физическото възпитание от тази група са насочени към морфофункционален, адаптационно-възстановителен и профилактичен ефект. Чрез средствата на физическото възпитание и системните занимания с физически упражнения се постига устойчивост на детския организъм срещу неблагоприятното влияние на вътрешната среда, повишават се терморегулационните му способности, при което се осъществява закалителен ефект. Укрепва се здравето на детето, като чрез закаляването се увеличават съпротивителните сили срещу простудни и инфекциозни заболявания. Повишава се жизнения тонус на организма. Всичко това подобрява общото здравословно състояние и повишава работоспособността на детето.

Системното изпълнение на разнообразна двигателна дейност подпомага оптималното развитие на подрастващия детски организъм. Настъпват качествени и количествени промени във физическото развитие на детето, като се осигурява неговият нормален и хармоничен растеж. Повишават се техните функционални възможности, подобрява се дееспособността на организма и на тази основа се усъвършенстват физическите качества (ловкост, бързина, издръжливост, сила). [4]

2. Образователни задачи - В ситуацията по физическа култура се извършва целенасочено обучение, овладяват се разнообразни физически упражнения (естествено приложни, строеви, ритмични, общоразвиващи, спортно-подготвителни), които след това децата използват самостоятелно в другите форми на работа при вариативни и игрови условия. Развиват се двигателните способности. Изграждането на гъвкав, динамичен стереотип и формиране на трайни двигателни навици се осъществява, когато децата овладяват знания за техниката на упражненията, за значимостта и предназначението на отделните упражнения, за техния оздравителен ефект, за съдържанието, организацията и правилата на подвижните и спортно-подготвителните игри. Съзнателното овладяване на физическите упражнения, тяхното многократно повторение става основа за формиране на обобщени двигателни умения, за приучаване децата към планиране и регулиране на двигателните си действия и поведение, изгражда се отношение към физкултурната дейност. Спецификата на физическата култура дава възможност за осъществяване на интеграционни връзки с другите дейности, като се разширяват и обогатяват знанията, представите и понятията. Развива се сензорният опит на децата. [4]

3. Възпитателни задачи - В единство с процеса на изграждане на двигателните навици и развитие на физическите качества, физическата култура осъществява и социална функция - формиране на черти от характера и личностни качества (интелектуални, нравствени, естетически и трудови). В процеса на физическото възпитание се осъществява социална адаптираност на децата - чрез развитие на колективните взаимоотношения и съблюдаване на определени правила и изисквания за дейност и поведение. Възпитават се умения за съвместно договаряне, умения за самостоятелно изпълнение и организиране на физическите упражнения и подвижните игри. Изграждат се умения за взаимодействие с

възрастните и другите деца (дружелюбност, контактност, колективизъм). Целенасоченият възпитателен процес във физкултурната дейност поставя пред децата ценностно нормативни изисквания, насочени към проява на волеви (организираност, дисциплинираност, инициативност) и нравствени качества (честност, чувство за отговорност, трудолюбие и др.). Развива се самоинициативата чрез повишаване изискванията към другите и себе си.

Посредством разнообразните средства на физическото възпитание се изгражда ценностна ориентация у децата, възпитават се нравствено-естетически чувства и отношение към красивото, хармоничното и етичното в поведението и дейността. Възпитава се отношение към труда и обществената собственост. [4]

Съдържание на физическото възпитание и аспекти по образователно направление "Физическа култура" в детската градина .

Ядро "Естествено-приложна двигателна дейност"

Детето познава и изпълнява естествено-приложните движения ходене, бягане, скачане, хвърляне, лазене, провиране, катерене и вис.

Комбинира естествено-приложните движения съобразно задачите и разкрива техните въздействия и особености.

Разбира значимостта на двигателната дейност за здравето и за хармоничното физическо развитие, за спорта, за различните дейности и професии. [3]

Ядро "Спортно-подготвителна двигателна дейност"

Детето познава и назовава различни видове спорт. Използва спортни обекти и съоръжения, спортни уреди и пособия за вида спорт и спортен туризъм. Осъзнава значението на спорта и туризма за развитието на човека. Проявява своето отношение към спорта чрез двигателна активност, поведение и емоционалност. Различава положителното и отрицателното в поведението на играчите при съревнователни условия и игри. [3]

Ядро "Физическа дееспособност"

Детето изпълнява самостоятелно комплекси от общоразвиващи физически упражнения за повишаване функционалните възможности на организма. Проявява двигателна активност за физическо самоусъвършенстване чрез системни целенасочени двигателни изпълнения. Разбира връзката между двигателни способности, умения, навици и качества и спортен резултат. [3]

Ядро "Игрова двигателна дейност"

Детето организира подвижни игри и участва в разнообразни двигателни изпълнения и роли. Прилага физически упражнения и изразява двигателни умения и качества в игри и игрови ситуации. Проявява положителни личностни качества при взаимодействия в подвижни игри и игрови ситуации. Разбира двигателни задачи и правила. Съдържателните аспекти на физическото възпитание се определят в зависимост от целта и конкретните задачи. В съдържанието се включват основните двигателни качества на личността: бързина, сила, пластичност, устойчивост и др. [3]

Методи, форми и средства на физическото възпитание

Във физическото възпитание могат да се обособят общи *методи* като: обясняването, показването, демонстрирането, консултирането, стимулирането и т. н. . Като основен метод се посочва упражняването. Физическите упражнения /прости, сложни, аналитични, синтетични, динамични/ са основни структурно – функционални елементи на гимнастиката, игрите, туризма и пр. Те се определят като „ *често повторение на каквото и да е действие на човешкото тяло изпълнявано, за да бъде усвоено*” [2]

Към *средствата* се отнасят дневния режим, личният пример, разнообразните уреди, словото, чрез което се описват и обясняват множеството

физически действия, игрите, които формират качества у децата и др. Разнообразните възпитателни *форми* се използват за физическо укрепване и закаляване на организма. Те са индивидуални, групови, колективни,; извън детската градина и др. В детската градина най- значими са ситуациите по физическо възпитание, физическите занимания с включване на игри, спортни празници , туристически форми и др. [2]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В хода на изпълнението на различни физически упражнения и участието в игри, плуване, туризъм, спортни състезания и др. се развиват не само физическите характеристики на децата , но и техните психически черти и свойства, емоционална устойчивост, адаптивност, уравновесеност между възбудните и задръжни процеси, паметта, разсъдителността и др. Подобрява се умствената работоспособност, усвояват се трудови умения и навици, усъвършенстват се морално – волеви качества / упоритост, настойчивост, съдържаност и др./. Участието във физически и закалителни процедури укрепва организма, имунната им система и те по – рядко отсъстват от детската градина поради заболяване. По данни на актуални изследвания спортуващите деца по – бързо и лесно възприемат по – голяма по обем и равнище на сложност обучителна информация. [3]

ЛИТЕРАТУРА

- [1] С.Дамянова, Н.Йорданова и др. , Здравето и физическите качества на децата от предучилищна възраст, в зависимост от заниманията със спорт , НАУЧНИ ТРУДОВЕ НА РУСЕНСКИЯ УНИВЕРСИТЕТ - 2008, том 47, серия 5.4 .
- [2]http://www.studentsigrad.eu/index.php?option=com_content&view=article&id=6683:2013-08-02-15-59-23&catid=62:2011-01-15-08-56-30&Itemid=93
- [3]<http://www.referati.org/fizicheskovo-vyzpitanie-v-detskata-gradina-i-uchilishte/96253/ref/p3>
- [4]<http://drugi.dokumentite.com/art/celnafizicheskotovyzpitanievpreduchilishtnavyazrast/83>

За контакти:



Есин Еминова Юсеинова,
Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФПНО,
Специалност Предучилищна и начална училищна педагогика,
2-ри курс, ОКС – Бакалавър,
е- mail: esin1212@abv.bg.

гл. ас. д-р Илиян Илчев, Русенски университет “Ангел Кънчев”, Катедра „Физическо възпитание и спорт“, е-mail: iilchev@uni-ruse.bg.

Влияние на утринната гимнастика върху всестранното развитие на децата от предучилищна възраст

автор: Деря Зюлкяр

научен ръководител: гл.ас. д-р Илиян Илчев

Influence of morning gymnastics on the comprehensive development of preschool children:

Morning gymnastics is one of the main forms of work in physical education. It is an important moment in the regime of kindergarten. Of how it is organized and carried out largely depends on what will take place all day. The purpose of morning gymnastics in kindergarten to move courage and create a nice mood in children and also to perform a number of health and educational tasks. It is a regulated form of daily physical education in kindergarten. It has a healing effect on the systematic implementation. The application of various tools in the morning gymnastics grew creation of favorable conditions for a faster transition to active work. Rehabilitation exercises strengthen muscles, increase the ability of the joints, helping to develop the respiratory system, children accustomed to breathe properly - deeply and rhythmically. When you have the correct physiological load, enough fresh air and proper nutrition, child organism strengthens overall, children are lively, cheerful, their appetite increases and their sleep is deep and calm.

Key words: morning gymnastics, physical activity, musical accompaniment in the morning gymnastics.

ВЪВЕДЕНИЕ

Утринната гимнастика е една от основните форми на работа по физическо възпитание. Тя е важен момент в режима на детската градина. От това, как тя се организира и провежда, до голяма степен зависи как ще протече целият ден. Целта на утринната гимнастика е да раздвижи, ободри и създаде добро настроение у децата и същевременно да се изпълняват редица оздравителни и възпитателни задачи. Тя е регулирана форма на ежедневно физическо възпитание в детската градина. Има лечебен ефект при системното му прилагане. От прилагането на различни средства в утринната гимнастика нараства създаване на благоприятни условия за по-бързо преминаване към активна работа. Оздравителните упражнения укрепват мускулите, увеличават възможността на ставите, спомагат за развиване на дихателната система, като приучват децата да дишат правилно – дълбоко и ритмично. Когато има правилно физиологично натоварване, достатъчно чист въздух и правилно хранене, детският организъм укрепва цялостно, децата са бодри, жизнерадостни, апетитът им се увеличава и сънят им е дълбок и спокоен.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Утринната гимнастика е ежедневна планирана форма на предучилищното възпитание по физическа култура. Тя има и профилактично значение, формира правилна стойка и с това се избягват изкривявания на гръбначния стълб, които нарушават нормалното дишане и функциите на другите органи и системи. Тя може да има и коригиращо значение при някои отклонения в детския организъм.

Провеждането и закалява децата, като повишава съпротивителни сили на организма при простудните заболявания. Тя създава благоприятни условия за по-бързо преминаване от сънно състояние към активна работа. Децата се научават да се ориентират в пространството, да се строят и престосят, изграждат се правилни двигателни навици за изпълнение на основните движения – ходене, бягане и др.

Спомага за развиване на вниманието и паметта, на чувство за ритъм. Децата се възпитават в колективизъм, другарство, взаимопомощ. Чрез утринната гимнастика се формират умения за самообслужване, за самоорганизация, формират се другарските взаимоотношения.

Тя се провежда ежедневно в точно определено време от 8 часа сутрин преди закуска. При хубаво време тя се провежда навън, а при лошо време в добре

проветрено помещение или физкултурен салон. За правилното изпълнение на упражненията значение имат приятната обстановка и настроението на децата, което се влияе от хубавото настроение на учителката, от външния ѝ вид, спокойния и тон, от внимателното ѝ отношение.



Упражненията от утринната гимнастика трябва да са: достъпни, интересни и привлекателни (подражателни упражнения, упражнения, дадени под форма на игра или свързани с любим за тях образ, упражнения с пособия), да са познати и добре усвоени, да не изискват показване и много обяснения, което също изморява и отегчава. Те трябва да се усложняват постепенно.



Времетраенето ѝ за децата на:

***3 – 4 г. е 7 – 8 минути;**

***4 - 5 г. е 9 – 10 минути;**

***5 – 7 г. е 10 - 12 минути.**

Утринната гимнастика се провежда по възможност на открито, като се подбира подходяща музика и движения, осигуряващи настроение и добър тонус. Чрез различни аеробни комплекси се търси повече грация, повече красота на синхронните

движения, засилва се желанието за активна дейност и укрепване на различните мускулни групи.

Условно утринното раздвижване се разделя на четири части с различно съдържание:

ПЪРВА ЧАСТ / Встъпителна /

Има за цел да организира децата, да активизира вниманието им. **В нея се включват:** строеви упражнения, ходене, бягане в една колона, в две, фигурно. Препоръчват се упражнения за концентриране на вниманието. Ходенето се съчетава с изправителни упражнения – ходене на пръсти и изправено тяло и различно положение на ръцете / изпълняват се преди бягането /, ритмични упражнения, упражнения за координация на горните крайници. Тази част завършва с престрояване за изпълнение на общоразвиващите упражнения децата се строят в 1 – 2 кръга, в 2 – 4 колони, редици, разпръснат строй. **Важно е да се разредят достатъчно помежду си, за да не си пречат.**

ВТОРАТА ЧАСТ / Основна / включва комплекс от общоразвиващи упражнения за основни мускулни групи - на ръцете и раменния пояс, странична мускулатура, коремно-гръбната, за долните крайници и упражнения за общо

въздействие. Последователността на тези упражнения постепенно увеличава натоварването, активизира функциите на вътрешните органи и системи. В тях се включват елементи на двигателна координация.

Броят на упражненията е в зависимост от възрастта на децата:

- за 3 – 5 г. те са 4 – 6 бр.
- за 5 – 7 г. те са 6 – 8 бр.

Изпълняват се с дозировка:

- за 3 – 5г. от 4 до 7 пъти
- за 5 – 7г. от 6 до 8 пъти.

ТРЕТАТА ЧАСТ / Интензивна / тя е най-емоционална. В нея се включва П.И. с голямо функционално натоварване. **Дозировката на изпълнение е в зависимост от възрастта: 2 – 3 пъти.**

ЧЕТВЪРТАТА ЧАСТ / Заключителна / включва ходене с махови движения на ръцете и дихателни упражнения. Има за цел да приведе организма на децата в относително спокойно състояние.

Насоки за методологията за провеждане на утринната гимнастика.

- Осигуряване на правилно функционално натоварване;
- Движенията трябва да са достъпни, съобразени с възрастта на децата;
- Разнообразие на двигателното съдържание;
- Да се включва последователно всички мускулни групи в комплекса от общоразвиващи упражнения;
- Използване на упражнения с уреди;
- В комплекса се включват упражнения изучени по физическо възпитание;
- Смяна на комплекса да става ежеседмично;
- За висока емоционалност се използва музикален съпровод, който подпомага ритмичното изпълнение на упражненията и усъвършенстването на координацията на движенията;
- Прилага се фронтален метод за организация на двигателната дейност. Показът и обяснението се осъществяват едновременно с акцентиране на съществените моменти на движенията.

При избора на упражнения за утринната гимнастика е необходимо да се спазват следните по-важни изисквания:

- Упражненията обхващат основните мускулни групи, които са по-малко развити при децата, мускулите на раменния пояс, гърба и коремните мускули.
- При изпълнение на тези упражнения е необходимо едновременно да се включи в работата и малки мускулни групи на китките, шията и други мускули. Например, при упражняване на раменния пояс, за да се подчертае участието на китките и пръстите.
- Упражненията са подходящи за деца. Когато ние не смятаме, че тази функция, може да даде положителни резултати, то те могат да бъдат получени отрицателни.

Музиката оказва положително влияние върху нервната система, създава хубаво настроение и внася по-голяма емоционалност и привлекателност при изпълнението на упражненията в утринната гимнастика. Тя организира детския колектив, спомага да се постигне едновременност при изпълнението на упражненията и съгласуваност на движенията. Музикалният съпровод подпомага

развитието на точни, ритмични и изразителни движения, прави изпълнението им по-леко, освобождава учителката от задължението да брои, да тактува, да следи за дозировката на упражненията. На учителката остава да следи за качествено изпълнение, да дава указания, да помага за правилното съгласуване на движенията.

Музиката подпомага развитието на ритмичното чувство у децата и те още от малки започват да регулират ритъма и темпото на движенията си. Началото и края на музиката съвпадат с началото и края на упражнението.

Утринната гимнастика възпитава упоритост, воля, целеустременост. Необходима е за всички. Тя влияе благотворно върху емоционалната сфера и телесното състояние - повишава дейността на кръвоносната система, ударния и минутния обем на сърдечната пулсация, количеството на активните капиляри в мускулите и белите дробове. Настъпват положителни изменения в мускулно-костно-ставния апарат, укрепва устойчивостта на костите и ставите. Всички промени, настъпващи в организма, водят до преустройство във функцията на отделните органи и системи и на взаимоотношенията между тях. Тя подготвя всички мускули и органи за предстоящата работа и едновременно с това укрепва и попълва запаса от сила и енергия, внасяйки макар и малък, но за сметка на това ежедневен принос в съкровищницата на здравето на децата. Утринните упражнения нормализират работата на органите, укрепват имунната система, поддържат мускулите в тонус.

Тя е необходима за децата, защото се прилага с цел да се въздейства както върху психичната им сфера, така и върху телесното им състояние. Разнообразните упражнения влияят върху условнорефлекторната дейност, тренират целия организъм и упражняват регулиращо и уравнилещо влияние върху вегетативните разстройства и трофичните функции. Утринната гимнастика влияе и върху емоционалната сфера, тя създава чувство на бодрост, радост.

Възвръща в кратък период от време по-пълното и цялостното функциониране на всички органи и системи. Тя е едно от сигурните средства в борбата с намалени жизнени явления в човешкия организъм вследствие на нощния сън или продължителен постелен режим при заболявания.

Утринната гимнастика предизвиква настъпване на ново състояние в дейността на вътрешните органи — повишава се дейността на кръвоносната система, увеличават се ударният и минутният обем на сърдечната пулсация, количеството на активните капиляри в мускулите и белите дробове.

Системните занимания с утринна гимнастика дават положителни изменения в мускулно-костно-ставния апарат, укрепват устойчивостта на костите и ставите. Всички промени, настъпващи в организма, водят до преустройство във функцията на отделните органи, системи и на взаимоотношенията между тях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Утринната гимнастика закалява децата, като повишава съпротивителни сили на организма при простудните заболявания. Тя създава благоприятни условия за по-бързо преминаване от сънно състояние към активна работа. Утринната гимнастика спомага за развиване на вниманието и паметта, на чувство за ритъм. Децата се възпитават в колективизъм, другарство, взаимопомощ. Чрез утринната гимнастика се формират умения за самообслужване, за самоорганизация, формират се другарските взаимоотношения. Също подобрява дейността на вътрешните органи и системи в тялото на детето.

Провеждането ѝ на чист въздух още от детската възраст трябва да влезе в бита на детето и да стане първа необходимост в живота. Утринната гимнастика оказва голямо влияние върху развитието на редица качества у детето и за всеотрасно му развитие. Децата, които системно правят утринна гимнастика имат много по-голям запас от свободни движения и могат добре, бързо и сигурно да се движат. Утринната гимнастика влияе и за умственото възпитание на детето. Чрез

песни, скоропоговорки, стихове, диалози, които се използват при някои упражнения, детето познава по-задълбочено родния език, учи се самостоятелно да декламира, да пее. С всяко упражнение детето опознава нови названия и думи и така се обогатяват познанията му, развиват се мисленето и говорът му. Силата, с която утринната гимнастика действа на детето за всестранното му развитие, зависи от интереса на детето, от преживяванията му по време на упражнение.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] **Алексиев, Р.** Двигателна дейност в детската градина. – Шумен, Юни експрес, 2005.
- [2] **Алексиев, Р.** и др. Двигателна активност на детето в детската градина. – Шумен, УИ, 2006.
- [3] **Батева, М.** Утринна гимнастика в детските градини. –София,1981.
- [4] **Бъчваров, М.** Речник по спортология. – С., Бolid – Инс, 2002.
- [5] **Кръчмарска, Р.** Утринна гимнастика в детските градини. – София, 1977.
- [6] **Неделчева, С.** Утринна гимнастика на децата от детската градина. - София,1981.

За контакти:



Деря Зюлкяр
Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФПНО,
Специалност
Предучилищна и начална училищна педагогика,
2-ри курс, ОКС – Бакалавър,
e-mail: derya_aydin@abv.bg

гл. ас. д-р Илиян Илчев, Русенски университет “Ангел Кънчев”, Катедра
„Физическо възпитание и спорт“, e-mail: iilchev@uni-ruse.bg

Приложение на технически елементи от класическия балет в различните форми по физическа култура за формиране на навици за правилна телесна стойка

автор: Тереза Тодорова Тодорова

научен ръководител: гл. ас. д-р Искра Илиева

Abstract: Classic ballet exercises are suitable and applicable in morning gymnastics and sports in the kindergarten. They help for the versatile development of the leg muscles. Also develops the coxofemoral joints and contributes for the right positioning of the body.

Key words: *ballet, health;*

ВЪВЕДЕНИЕ

Танцът е съчетание на спорт и изкуство. Танцовото изкуство подобрява двигателната култура на децата, спомага за развитието на дробовите, укрепва мускулатурата, развива гъвкавост, естетически усет към красивото и спомага за социалното общуване между деца на различна възраст.

Класическия балет е основа в танцовото изкуство. Чрез него най-умело се изгражда грацията, и лекотата на движението у малките танцьори. Класическият екзерсис от своя страна развива баланса, гъвкавостта и правилната стойка на тялото. Развива музикалност, координация, танцова култура, хармонично развита мускулатура. Възпитава у децата дисциплина, трудолюбие и самочувствие както на сцената така и в живота.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Физическото възпитание в детската градина изисква изграждането на физически силни деца – оптимално развити за възрастта си, с отлични показатели на физическа дееспособност. Резултатите от тези процеси трябва да благоприятстват равновесието между умственото и физическото натоварване на малките и да противодействат на тежките заболявания.

За укрепване на здравето на детето трябва да се практикуват разнообразни изправителни упражнения, за предпазване на детето от гръбначни изкривявания. И последващите ги други функционални увреждания. Трябва да се възпитават и хигиенните навици при различните ситуации по физическа култура в ДГ.

С нарастването, и главно с развитието на мускулатурата и движенията на детето, се образуват физиологичните кривини на гръбначния стълб и постепенно се изгражда неговата стойка. Правилната телесна стойка създава най-благоприятни условия за нормално функциониране на органите и системите, особено на белите дробове и сърцето.

Чрез целенасочените физически упражнения се подпомага структурното изграждане на костната система и ставно-свързочния апарат. Физическото натоварване оказва на подрастващите значимо по съществено въздействие. Физиологическият ефект на това въздействие осигурява подходящо устройство на черепа, гръбначния стълб, гръдния кош и др. Благодарение на това устройство се предпазват от удари и други повреди на органи и системи, които са от жизнено значение за човека – гръбначният и главният мозък, сърцето, дихателната система и др. Разнообразните физически упражнения и целенасочеността на някои от тях, които имат изправителен характер, са по отношение на:

- предотвратяване на гръбначни изкривявания и плоскостъпие, с цел да се предпази организма на децата от заболяване на важни по дейност органи;

- активизиране на физиологичните процеси на своевременното окостяване на костната система, оформянето на извивките на гърбначния стълб, израстването на децата, укрепването на еластичността на ставните им връзки;
- подобряване на съотношението на частите на тялото, т.е. оформянето на красива фигура;

Уреди за занимания в класическия балет

Балетната станка е уред, който служи за опора при изпълнение на екзерсизи и упражнения за загрявка. Тя представлява хоризонтален паралет, изработен от дърво или метал, здраво закрепен за някаква повърхност. В днешно време има различни по вид станки:

-Стенна двойна станка –



- Стенна еднична станка -



-Мобилна двойна станка –



- Мобилна еднична станка-

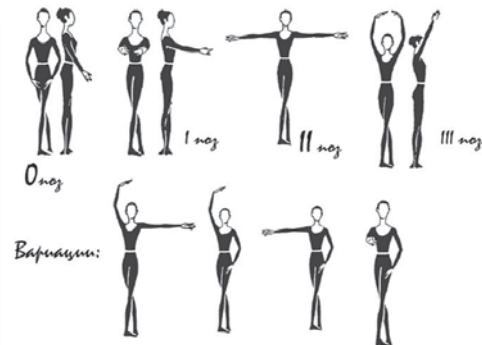


Гимнастическата стена е уред приличащ на стълба, който се прикрепя към стената на определена височина и служи за изпълнение на различни упражнения. Изработена е от дърво или метал в различни размери. Използва се по-често за аеробни, гимнастически и фитнес упражнения. Също така и при изпълнение на балетни упражнения за загрявка.

Упражнения и приложението им в комплексите в утринната гимнастика и заниманието по ФК

Системата от упражненията в класическия балет се нарича екзерсис. "Екзерсис" е френска дума *"l'exercice"*, която в дословен превод означава упражнение. В хореографията под "екзерсис" се разбира система от движения и танцови комбинации, подредени в определен порядък, имащи за цел постепенно да загреят и да подготвят мускулите и ставите на танцьора за активното натоварване при танците.

Основни позиции на долни крайници (стъпала) и на горни крайници в балета са следните:



При ръцете има 4 основни позиции: подготвителна, първа, втора и трета.

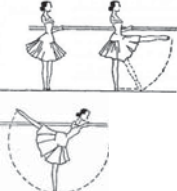
Подготвителна позиция или т.н. нулева – ръцете са в овална форма закръглени една към друга пред тялото, но не се докосват до него.

Първа позиция – ръцете са овални, като в подготвителна позиция, но са по-нагоре изнесени напред на нивото на талията.

Втора позиция – овални ръце, но разтворени в страни на нивото на раменете.

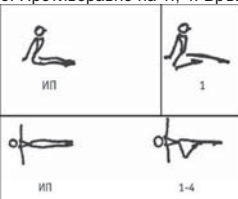
Трета позиция – овални, като в подготвителна, но горе пред главата, така, че да могат да се виждат с поглед.

Също така има и вариации на тези позиции: комбинация м/у трета и втора позиции; комбинация м/у трета и подготвителна; комбинация м/у втора и подготвителна; комбинация м/у първа и подготвителна позиции.

№	Упражнения с опора	Организационно-методически указания
1	„Демі плие“ – И.П. първа позиция, 1.плавно свиване на коленните стави до полуклек. 2. Връщаме в И.П. 	-изправен гръбначен стълб; -ръцете са в опора в/у станка. -поглед напред; -петите не се отделят от пода; -тежестта на тялото е равномерно разпределена на двата крака; -коленете са насочени към страните – по линия на раменете; -упражнението се изпълнява плавно; Цел: развитие на еластичността на сухожилията, издръжливостта на бедрените мускули, правилна телесна стойка;
2	„Батман тандю“ – И.П. първа позиция, ръцете са в опора. 1.Изнасяне на десен крак встрани.; 2.Връщане в И.П.; 3.Противоравно на 1.; 4. Връщане в И.П. 	-изправен гръбначен стълб; -ръцете са в опора /само едната или с двете ръце; -поглед напред; -тежестта на тялото в/у опорният крак; -при изнасянето на крака стъпалото се плъзга по пода до обтягане в шпиз; -упражнението се изпълнява в трите посоки: напред, встрани и назад; Цел: развива здравина и издръжливост на мускулите, красива линия на крака. Упражнението е подходящо за плоскостъпието.
3	„Гран батман“– И.П. първа позиция.; Лява ръка е в опора, дясна встрани. 1.Повдигане на десен крак напред до 90°. 2.Връщане на крака до И.П. 	- изправен гръбначен стълб; - опорният крак е обтегнат; - при изпълнение работещият крак трябва да е обтегнат и отворен т.е. петата да е обърната нагоре, а пръстите към пода; -упражнението се изпълнява енергично, като крака може да се повдига напред, встрани и назад; Цел: развиване на гъвкавост на сухожилията и правилна телесна стойка;
4	„Пор де бра“ – И.П. първа позиция, ръцете са във втора позиция. 1. Изпълнява се наклон на торса напред, като ръцете преминават пред гърди. 2. Връщаме в изходно положение, като ръцете преминават в трета позиция. 3.Изпълнява се наклон назад. 4.Връщаме изходно положение. 	-гръбначният стълб е максимално изправен при изпълнение на наклона напред; -погледа следи ръката; -ръцете са леко свити в лакътната става и китката, образуващи „венец“; -краката са обтегнати; -тежестта на тялото е равномерно разпределена на двата крака; -упражнението може да се изпълнява със/без опора; -може да се изпълнява във всички позиции на долните крайници; Цел: развива гъвкавост, координация, правилна телесна стойка;

Дозировка: за първа група: 3+2; за втора група: 3+3; за трета група: 4+3; за четвърта група: 4+4;

* По време на изпълнението им се дава кратка пауза за отдих, корекции, поощрения.

№	Упражнения на земя	Организационно-методически указания
5	И.П. опорен седеж. 1. Свиване на десен крак от колянната става.; 2. Връщане в И.П.; 3. Противоравно на 1.; 4. Връщане в И.П. 	-изправен гръбначен стълб; -ръцете обтегнати в опора; -при изпълнение кракът не се повдига от пода, като коляното е насочено встрани; -упражнението може да се изпълнява от тилен лег;
6	И.П. кръстосан седеж; 1. Повдигане на ръцете през напред до горе.; 2. Връщане в И.П.;	- изправен гръбначен стълб; -ръцете се повдигат плавно, като са леко свити в лакътната става и китката; - дълбоко вдишване при всяко повдигане на ръцете; Цел: упражнението е изправително за развиване на правилна телесна стойка;
7	И.П. опоред седеж; 1. Обтягане на стъпалата в падъом.; 2. Връщане в И.П. 	- изправен гръбначен стълб; -обтегнати крака;
8	И.П. опоред седеж; 1. Изпълнение на кръгово движение от глезенната става; 2. Връщане в изходно положение; 	- изправен гръбначен стълб; -обтегнати крака;
9	И.П. разкراчен седеж; 1. Изпълнява се наклон към десен крак.; 2. Преминане в наклон напред.; 3. Преминане в наклон към ляв крак.; 4. Връщане в И.П.; 	- изправен гръбначен стълб; - обтегнати крака; Цел: развиване на еластичността на сухожилията и правилната телесна стойка;
10	И.П. тилен лег; 1. Повдигане на десен крак нагоре.; 2. Връщане в И.П.; 3. Наклон напред.; 4. Връщане в изходно положение; 	- повдигането на крака е до 90°; - при изпълнение на наклона гръбначният стълб е изправен, с ръце се докосват пръстите на краката;
11	И.П. седеж; 1 – 4 изпълняват се пружиниращи движения от тазобедрената и колянната стави; 5. Преминане в разкрачен седеж.; 6. Наклон напред.; 7. Противоравно на 5.; 8. Връщане в И.П.; 	- краката са свити в колянната става и насочени встрани, а стъпалата са допрени едно в друго; - пружиниращите движения се изпълняват енергично; - при изпълнението на наклона, гръбначният стълб е изправен и краката са обтегнати;
12	И.П. колянна опора; 1. Изнасяне на ляв долен крайник назад заедно с обтягане на дясна ръка напред.; 2. Връщане в И.П.; 3. Противоравно на 1; 4 връщане в И.П.	- гръбначният стълб е изправен; - главата е изправена, погледа е напред; Цел: формиране на правилна телесна стойка;
13	И.П. колянна опора; 1. Заобляне на гръбначния стълб; 2. Връщане в И.П.; 3. извиване на гръбначния стълб като дъга; 4. Връщане в И.П.	-прави гръбначния стълб гъвкав; -укрепва ставите на китките и раменете; -подобрява храносмилането; -подобрява кръвообращението;

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Упражненията от класическия балет спомагат за разностранното развиване на мускулатурата на краката, развива тазобедрените стави, изработва правилната постановка на тялото и главата, координира работата на ръцете, краката, корпуса и главата. Навиците, изградени при екзерсиса, трябва да се поддържат постоянно по строги методически правила. В резултат на ежедневен редовен учебно-тренировъчен процес, фигурата на детето става стегната и стройна, изработва се устойчивостта, което дава възможност за правилно разпределение на тежестта върху двата крака или върху единия крак.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Момчилова, А. „Теория и методика на физическото възпитание” Русе 1999
- [2] Момчилова, А., И.Илчев, К.Симеонов “Методическо ръководство по физическа култура в детската градина” Русе 2010
- [3] Попова, Е., Христова, Е. “Теория и методика на физическото възпитание” София 1990г
- [4]http://www.ereading.club/bookreader.php/125941/Shipilina__Horeografiya_v_sporte__uch_ebnik_dlya_studentov.html

За контакти:



Тереза Тодорова Тодорова, студент 2-ри курс,
Русенски университет “Ангел Кънчев”, ФПНО,
специалност “Предучилищна и начална училищна
педагогика”, ОКС Бакалавър,
e-mail: todorova.tereza@abv.bg

гл. ас. д-р Искра Илиева, Русенски университет “Ангел Кънчев”, Катедра
„Физическо възпитание и спорт”, e-mail: isilieva@uni-ruse.bg

Адаптирани упражнения от системата фитнес за деца

автор: Елена Василкова

научен ръководител: гл. ас. д-р Искра Илиева

Abstract: *Children's fitness is an ideal way from young children become accustomed to active exercise. Sport is part of good education for every child, and fitness for kids is the perfect place to bud love the child to different sports. Fitness is an ideal way to tackle the widespread problem lately, namely, obesity in early childhood.*

Key words/ ключови думи: *fitness, children, healthy lifestyle, health*

ВЪВЕДЕНИЕ

Здравната култура и физическата активност са необходими за превенция на здравето на всяка възраст. До днес добрата физическа форма и атлетизма се свързват с положителното влияние върху здравето. Здравословният начин на живот е конкретен тип система от жизнени дейности, насочени към съхранението и подобряване на здравето на отделния индивид и на обществото. Това се постига чрез личната здравна култура, ценностната ориентация и мотивация на човека. Всеки вид двигателна активност при разумно дозиране подобрява жизнената дейност на всички органи и системи, повишава умствената и физическата работоспособност, намалява стреса, заема свободното време и настройва позитивно. Фитнесът е предпочитан сред многообразието от различни видове двигателна активност.

Фитнесът за деца е идеален начин още от малки децата да бъдат свикнати да спортуват активно. Спортът е част от доброто възпитание на всяко дете, а фитнесът за деца е идеалното място, където да зародите любовта на детето към различните спортове. Вече има специално пригодени за деца фитнес уреди и фитнес зали за деца, където и най-малките ще могат да спортуват, да развиват двигателните си умения и социалните си контакти. Дейностите във фитнес залата за деца имат за цел изграждането на физическа култура у децата, развиването на координация, гъвкавост, дисциплина, усет за ритъм, чувство за ориентация, концентрация, изпълнителност, себеизразяване, самостоятелност, социализация, без спортът да поражда конкуренция сред децата.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Фитнесът е идеален начин и за справяне с широко разпространения проблем напоследък, а именно затлъстяването още в ранна детска възраст. Спортните занимания влияят благоприятно и върху цялостното развитие на детето – укрепване на костната система, преодоляване на проблеми като плоскостъпие, гръбначни изкривявания и неправилна стойка. За съжаление двигателната култура на голяма част от децата е изключително ниска.

В прекалено ранна възраст се появяват проблеми със затлъстяване и обездвижване – децата седят къщи или пред компютъра, хранят се нередовно и нездравословно. Като проблема стои, както пред всеки от нас, така и пред обществото ни. Губят се най-ценните години - от раждането до ранна училищна възраст, когато се развиват най-важните двигателни умения. В началото тези умения се развиват с помощта на масажите, които редовно трябва да се правят на бебетата, и в последствие да се премине през основната гимнастика. През тези периоди на развитие детето трябва да усети къде се намира в пространството, къде са му ръцете, как да координира движенията. За радост, в последните години, се забелязва тенденция на осъзнато поведение за промяна и внимание към здравословен и пълноценен начин на живот, но лошото състояние на материалната

база в училищата се явява проблем. 81% от децата и учениците желаят да спортуват, но не могат да осъществят това в своята естествена среда – училището.

Вече има специално пригодени за деца фитнес уреди и фитнес зали за деца, където децата могат да спортуват, да развиват двигателните си умения и социалните си контакти. Дейностите във фитнес залите за



деца имат за цел изграждането на физическа култура у децата, развиването на координация, гъвкавост, дисциплина, усет за ритъм, чувство за ориентация, концентрация, изпълнителност, себеизразяване, самостоятелност, социализация, без спортът да поразда конкуренция сред тях.

Спортните занимания влияят благоприятно и върху цялостното развитие на детето – укрепване на костната система, преодоляване на проблеми като плоскостъпие, гръбначни изкривявания и неправилна стойка. Правилна стойка и добре развита фигура се постига със създаване на навици от на-ранна детска възраст. Факт е, че много родители смятат силовите тренировки за ненужни за подрастващите. В действителност включването на леки силови тренировки в седмичната програма на детето, ще повлияе изключително благоприятно върху неговото здраве и физическа издръжливост по много приятен и забавен начин. Редовните упражнения регулират метаболизма и кръвното налягане, намаляват холестерола и спомагат за поддържане на здравословно тегло.

Много деца откриват, че леките силови тренировки силно подобряват представянето им в други спортове и физически дейности – от баскетбол до балет.

Препоръчително е всяко дете да изпълнява упражнения за мускулна сила и здравина на костите най-малко 3 пъти седмично. За успешен резултат всяка тренировка за сила и здравина на костната система трае от 20 до 30 минути. Тренирането на деца не е само трениране на бягаща пътека, кростренажор и велоергометър. Децата биват увличани в спортуването на гимнастика, тащи, йога, модерен балет, зумба и други занимания без състезателен характер, чиято цел е да накарат децата да заобичат спорта.

При индивидуален подход се дава възможност за постигане на различни цели – от подготовка на професионални спортисти до програми за рехабилитация и възстановяване след травми.

Фитнесът за деца е идеален начин още от малки децата да бъдат свикнати да спортуват активно. Спортът е част от доброто възпитание на всяко дете, а фитнесът за деца е идеалното място, където да зародите любовта на детето към различните спортове.

Не е задължително децата да тренират само във фитнес зали, те могат да правят това и у дома, а най-сигурното средство да играят гимнастика у дома е личния пример на техните родители.

В таблица 1 са представени някои упражнения, които могат да се изпълняват и с подходяща музика.

Таблица 1

№	Упражнения	Дозировка	Организационно-методически указания
1.	Упражнения за разгриване	2x8 пъти	Основен стоеж. Половин минута леко тичане на място.
2.	Упражнения за развитие на гъвкавостта	2x8 пъти	Изпълняват се на място от стоеж, седеж или по двойки. Изпълняват се бавно като се цели разтягане на мускулите и сухожилията и повишаване на гъвкавостта на всички стави. Такива упражнения са: наклони, везна, напади, хващане на горните крайници зад гърба, извивки и др.
3.	Изправителни упражнения	2x8 пъти	На 1 повдигане на пръсти с ръце напред, главата се навежда напред, между ръцете. На 2 изходно положение. На 3 повдигане на ръцете горе и навеждане на главата назад. На 4 – изходно положение.
4.	Изправителни упражнения	2x8 пъти	На 1 повдигане на пръсти и ръце встрани, като извиваме главата вляво, поглед към лявата ръка. На 2 – връщане в изходно положение. 3 – противоравно на 1. 4 – връщане в изходно положение.
5.	Изправителни упражнения	2x8 пъти	На 1 повдигане на ляв крак към корема, свит в коляното, пляскане с ръце над главата. На 2 – изходно положение. 3 – противоравно на 1. 4 – изходно положение.
6.	Изправителни упражнения	2x8 пъти	Изходно положение – колянна опора. Повдигане на лява ръка, десния крак се изнася назад и горе. Задържане в това положение 3-5 секунди. След което се изпълнява и противоположно. При вдигането се вдишва, а при снемането им се издишва.

Детските фитнес уреди наподобяват тези за възрастните с някои съществени разлики. Основната цел е да се запознаят децата с аеробните и кардио упражнения и фитнеса за подобряване на координацията и баланса, както и развитие на двигателните умения.

Децата имат положителна представа за фитнеса и за тях е много интересно да тренират на уреди, като тези в спортната зала, която посещават мама и тати. В тази възраст те са готови да направят огромна крачка напред в индивидуалното си израстване чрез участие в занимания без помощта на родителите си. Откривайки радостта от независимостта, децата изпитват силно желание да подражават на „големите“, но най-добре учат поставени в организирана среда, където физическите упражнения и всички аспекти на образованието са комбинирани със здравословна доза забавление.

Ето и някои от фитнес уредите пригодени за деца.

Бягаща пътечкаКолелоУред за коремни мускулиВелоергометърЛежанка

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В последно време се забелязва "фитнес" вълна - все повече хора носят този етикет, все повече фитнес зали се откриват и се пълнят с посетители, и все повече хора имат интерес да поддържат тялото си здраво, красиво и изваяно.

Фитнесът далеч не е толкова елементарно занимание, както се мисли. Той също си има своя философия, начин на правилна експлоатация и различно значение за различните хора. Има най-различни програми за трениране - за мъже, за жени, за деца, за хора с наднормено или поднормено тегло, за такива, които нямат много време за трениране и за такива, които имат нужда от разнообразие в тренировките си.

Под Фитнес трябва да се разбира психическата и физическа способност и годност на човек, които му дават възможност да преодолява разнообразните душени, интелектуални и физически натоварвания в ежедневието, професията и

свободното време по начин, който не води до ментална и физическа умора, или изтощение и възпрепятстване на нормално и креативно водене на живот.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] **Илиева И.** Фитнес и личностен комфорт, сб. Личност, Мотивация, Спорт, НСА, 2011.
- [2] **Колева В.** Фитнес за деца, СНС 12, 2012
- [3] <http://www.edna.bg/zdravoslovno/sport/shto-e-to-fitness-i-zashto-ni-e-neobhodim-4318571>
- [4] <http://www.bball.bg/2014/12/08/kakvo-vsshnost-oznachava-fitness/>

За контакти:



Елена Бориславова Василкова , студент
Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФПНО
Специалност – Предучилищна и начална училищна
педагогика, 2-ри курс, ОКС – бакалавър,
e-mail: alex4eto_19@abv.bg

гл. ас. д-р Искра Илиева, Русенски университет “Ангел Кънчев”, Катедра
„Физическо възпитание и спорт“, e-mail: isilieva@uni-ruse.bg.

Методика на обучение по минихандбал

автор: Биляна Детелинова Вълчева

научен ръководител: гл. ас. д-р Искра Илиева

Хандбалът е много стара игра. Има данни, че игри, близки до него са се играли в Древен Египет, Древна Гърция, Рим и през средните векове. Те са предшественици на съвременния хандбал. Този спорт започва да се играе масово през 1926г., а през 1936г. става олимпийски спорт на олимпийските игри в Берлин. Първият шампион е Германия със златни медали, сребърните медали печели Австрия, а бронзовите Швейцария. В България хандбала започва да се играе сравнително късно. На конгрес в Будапеща през 1964г. България е била приета за член на Международна федерация по хандбал.

Key words/ ключови думи: хандбал, минихандбал, история, спортноподготвителни упражнения и игри, правила;

ВЪВЕДЕНИЕ

Хандбалът е популярен спорт в Европа, но в България не е особено развит. Основатели на този спорт са двама германски експерти по физическо възпитание, които измислили тази нова спортна дисциплина, базирайки се на две игри: „Рафбал” и „Кйонингсбергбал”. Първоначално хандбала е бил разпространен в Дания, Норвегия и Швеция, а по-късно и в централните европейски страни.

Предимствата на този спорт е че увеличава координацията на линията „око-ръка”, както и възпитава у децата отборна работа - защит се като едно и нападат като едно цяло.

Хандбалът започва да се практикува масово около 1920г., а е олимпийски спорт от Олимпийската в Берлин през 1936г. В периода от 1948г.- 1968г. играта не е била част от Олимпийските игри, но след това отново е възстановен в програмата. От 1976г. на Олимпийските игри в Монреал, жени се състезават по хандбал.

Унас започва да се играе през 1926г. от спортисти и спортистки. През периода 1928-1929 г. съобщават за състезателна дейност в градовете Варна, Свиленград, Чирпан, Кюстендил и др. Редица дописки и поместени снимки в сп. „Спортен преглед” през периода 1928-1929 г. съобщават за състезателна дейност в градовете Варна, Свиленград, Чирпан, Кюстендил и др.

През 1958 г. Българският съюз за физическа култура и спорт /БСФС/ си поставя за задача да развие хандбалния спорт у нас. През месец октомври същата година се учредява републиканска секция по ръчна топка и се отпускат необходимите средства за създаване на материална база. През месец юни 1959 г. за първи път в нашата страна е организиран официален турнир по ръчна.

През 1958 г. хандбалът се включва в учебната програма. От 1945 г. хандбалната игра се изучава от студентите, а от 1962 г. в института е обособена и специалност по хандбал.

ИЗЛОЖЕНИЕ



Минихандбалът е много опростена версия на своя „голям брат“ – хандбала, което го прави по-достъпен за деца.

Минихандбалът е забавен спорт, към който децата бързо се адаптират – тичат, скачат, борят се и развиват чувство за колективност, решимост и отговорност – отлично средство за възпитание. Практикува се от деца на възраст от 7 до 11 години.

❖ Цели на минихандбала са:

- занимаващите се да изпитат удоволствие;
- ранна подготовка на млади хандбалисти;
- приспособяване върху определен (ограничен) терен за игра;
- чрез нарочни упражнения – развиване на качества и умения;
- създаване на ситуации нападател (стрелец) – вратар;
- балансиране равнопоставеност нападател (стрелец) – вратар;

Минихандбалът предлага на децата игра, подходяща за тяхната възраст, която може да се практикува навсякъде през цялата година, даже и в не дотам удобни училищни салони. Правилата са опростени, свободни и достъпни за децата.

Във всички случаи трябва да присъства и състезателния елемент на играта.

Според „Единна програма по хандбал“ (1982 г) спортната подготовка се разделя на 4-ри етапа:

1 етап. Етапът на предварителна подготовка се разделя на 2 групи:

- Подборна група 7 - 8 години (1 - 2 клас);
- Мини – хандбал 9 - 11 години (3 - 4 клас).

2 етап. До 10 годишна възраст – мини-момчета/момичета (М/Ж 10) може да се играе със смесени отбори, 11-годишните деца – момчета/момичета (М/Ж 11) - с отделни отбори по пол.

3 етап. Състезанията за М/Ж 10 се провеждат на регионално (градове, общини, региони) и зонално ниво. Разноските се поемат от училищата, общините, хандбалните клубове и ЗСХ.

4 етап. Състезанията за М/Ж 11 се провеждат на зонално и национално ниво, вкл. държавен финал с участието на 4 отбора (първенците от всяка зона – виж Наредбата на БФХ). Разноските се поемат от БФХ, а тези – по организацията и осигуряването на длъжностните лица – от ХК – домакин.

2.2. Технически похвати в нападение

❖ Похвати без топка

1. Хандбален стоеж: Играчът следи внимателно топката, като я очаква леко наклонен напред с повдигнати на височината на гърдите ръце. Тежестта на тялото е върху предната част на стъпалата. Едноименния крак на хвърлящата ръка се намира по-назад.

2. Други похвати без топка в нападение са: стартиране, бягане, скачане, обръщане, залъгващи движения, спиране.

❖ Похвати с топка

1. Ловене: Този похват е основен в хандбала. Необходимо е да се заеме устойчиво положение, краката са разтворени на широчината на раменете, ръцете са свити в лактите, дланите и разтворените пръсти на ръцете образуват „сџд“ с формата на топката, при което палците са близо един до друг. Ловенето започва в момента на докосване на топката до пръстите, с които тя се обхваща и едновременно с това се отвежда назад готова за отиграване. Тежестта на тялото се пренася на задния крак. Подаването и ловенето се упражняват в две срещуположни редици на 4-5 м. разстояние (по двойки) или сещуположни колонии, с водещи или с преминаване в срещуположна колона.

2. Подаване над рамо: Тежестта на тялото е върху задния крак. Ръката с топката е разгъната малко повече от 90°, като лакътят е на височината на рамото. Долната част на тялото се завърта напред (усуква), без да се влияе на ръката с

топката. Задния крак се разгъва с последващо движение на ръката върху топката (хвърляне).

3. Водене на топка (дрибъл): Извършва се чрез последователни тласкащи движения към пода, надолу - напред и леко встрани, за да не пречи на ходенето бягането, с помоща на една ръка. Пръстите са разтворени и разхлабени, дланта винаги трябва да лежи над топката. Трупът е леко наклонен напред. За овладяване на този елемент се дават упражненията: смяна на водещата ръка, преминаване през различно подредени стойки, смяна на посоката и други.

4. Единичен лъжлив наклон (финт): Играчът атакува с леви крак наляво, съчетано с наклон на тялото, като държи топката с две ръце. Следва внезапна промяна на посоката, чрез извършване на малка крачка с десния крак в дясно. Движението придължава с третата крачка на левия крак. Нападателят е почти с гръб към защитника, като държи топката с две ръце далеч от противника. Следва стрелба, подаване и дрибъл.

5. Удар с отскок на двължина: Отскачането се извършва на разнородния на хвърлящата ръка, крак и се постига с рязко пренасяне на тежестта напред, последвано от разгръщане на опорния крак. В летежна фаза тялото е обърнато по посока на вратаря, като водещо е рамото на свободната ръка. Хвърлянето на топката се изпълнява по време на летежа и започва със завъртане на таза напред, последвано от завъртане на раменния пояс и най-накрая ръката и книгата дават точна посока на летежа на топката.

6. Удари във врата: Подготвително управление е хвърляне на тока в цел. Използват се кегли, поставени на 5 – 6 м. разстояние от учениците, които се целят в тях. Постепенно се преминава към хвърляне на топката във врата от различни зони на изпълнение – както от място, така и в движение. Обучението се осъществява в колони, като за всеки ученик се осигурява топка. Вратарят само пази, без да събира топките. Задължително е при обучението да се използват учебни игри, при които се спазват основните правила. Учениците трябва да се запознаят с някои моменти от тактиката на играта. Отборът, който загуби топката в нападение, се връща за организиране на защита. Зоновата защита подци не се прилага. Играта се прекъсва само при нарушение на правилата и техниката.

2. 3. Технически похвати в защита

1. Хандбален стоеж: Стъпалата са разтворени на ширината на раменете, краката са сгънати в тазобедрените и коленните стави. Ръцете са повдигнати пред гърди. Тежестта на тялото е пренесена напред.

2. Атака на ръката с топка: Защитникът следи и атакува сподготвени за блок ръце. Позицията на отбраняващия е ориентирана преимуществено към хвърлящата ръка на нападателя.

3. Отнемане на топка при дрибъл: Защитникът настига нападателя откъм страната на водещата ръка и влиза в неговия ритъм. В момента на тласък на топката към пода, той се навежда към топката и с близката ръка, чиято длан е разтворена, я тласка през себе си.

3. Спортноподготвителни упражнения и игри по хандбал

3.1 Спортноподготвителни упражнения

Таблица 1

№	Спортноподготвителни упражнения	Организационно-методически указания
1	Правилна атака и блокиране с тяло на нападател без топка: Децата са разделени по двойки в двете половини на игрището. Едни са на 6м (защитниците), а другите са на 9м. (нападателите). Защитниците имат за цел да блокират нападателя с тяло, а нападателите са статични.	Защитниците трябва бързо да атакуват. Да се стремят да застанат на пътя на нападателя с тяло – децата са по четворки - двама защитници, срещу двама нападатели с топка (останалите двойки деца изчакват реда си). Нападателите си подават топката, а защитниците се стремят да блокират нападателя преди момента на получаване на топката.
2	Ловене на полувисока топка с две ръце, летяща срещу играча – на място, но атакуващо. Групата е разпределена по двойки, като всяка двойка е с една топка.	Демонстрация на ловене на полувисока топка, като се обръща внимание на поставката на ръцете и активното действие на краката. Топката не се чака на място при получаване, а се тръгва към нея. При започване на изпълнението от децата се изисква точност на подаването, правилно поставяне на ръцете и активно придвижване към топката. Топката се подава с една ръка над рамо, разстоянието между децата е 4-5 м.
3	Подаване на топката с една ръка над рамо от място. Първоначално децата са по двойки и изпълняват хвърлянето без топка. Следва работа с топка.	При хвърлянето без топка се обръща внимание на изнасянето на хвърлящата ръка, поставката на задния крак и извиването в кръста по време на подаването. При работата с топка, топката трябва здраво да се държи в хвърлящата ръка и да се подава точно на съотборника. Разстоянието междудвойките е 4-5 м. Не трябва да се допуска тласкането на топката (да има камшикообразно движение). Учителят обикаля редиците и дава индивидуални указания, коригира грешките.
4	Смяна на посоката (финт) – единичен наклон с тяло. Децата са разпределени в колони. Използва се цялото игрище. Наредени са четири стойки. Чрез единичен наклон с тяло се преодолява първата стойка, след това втората и така до последната. Минава първото дете и отива в колоната последно, тръгва следващото и така около 2 пъти е изреждат всички деца.	Обяснение и демонстрация от треньора, може и от дате. Финтът се изпълнява първо на удобната страна. Наклонът на тялото трябва да бъде с трупа и раменете. Втората крача трябва да е бърза, за да изпревари защитните действия на противника.

3.2. Спортноподготвителни игри

Таблица 2

Съдържание на играта	Правила на играта
„Клинбол“ Играта може да се играе на игрища с различни размери (обикновено 24x40 м.). От средата на крайните линии се очертава полукръг в радиус 2,50 м. Участниците са разделени в два отбора. В средата на диаметралната линия се поставя кубче, стойка или някакъв друг предмет. Целта на отборите в играта е чрез бързи подавания и стрелба да се свалят предмета, при което се печели точка. Играта е близка по съдържание до същинската игра хандбал. „Пас“ Играта цели усъвършенстване на откриването и покриването (избора на място). Играе се в две полувремени по 3-5 мин. с 1 мин. почивка. Играта се играе на играе на правоъгълно игрище. Отборът, който по жребий е получил топката се стреми да извърши максимален брой подавания без противникът да докосне топката. За по-успешно реализиране на целта на играта, всеки играч от защитавания се отбор трябва да	Играе се с хандбални правила. Обръща се внимание, че правилата за 3 крачки и 3 секунди трябва да се и че никой от играч няма право да нарушава граници на полукръга (да настъпва или престъпва линията на полукръга). Играчите трябва да се стремят към колективни действия. Играчите нямат право да задържат топката повече от 3 сек. и да правят повече от 3 крачки. Играе се без дрибъл. Ако някой от отборите наруши тези правила, топката става владение на другия отбор. Не се допуска груба игра в защита. Топката не трябва да напуска очертанията на игрището. Ако това се случи се отнема от отбора, който е сгрешил и се присъжда на другия отбор. По предварителна уговорка се определя колко последователни подавания носят 1 точка. Победител е

бъде прикрепен към точно определен нападател (постоянно му пречи да лови и да подава топката). „Ъглова топка“ В зависимост от броя на играчите, може да се използва цялото хандбално игрище или само половината. Във всеки ъгъл се начертават дъги с радиус 120-50 см. (сектори). Игрището се разделя със средна линия. Отборите изпращат по един играч, който да застане в секторите на противното поле. Пред всеки свой сектор отборите поставят свой играч (бранител). Играта започва от центъра, топката се подхвърля от водещия (като „спортна топка“). Отборът, овладял топката се стреми чрез подаване да се приближи до секторите, в които има свои играчи и да им подаде топката. При овладяване на топката (по въздух) съответния отбор печели точка. След отбелязване на точка, играта започва от центъра.	отборът постигнал повече точки. Играта може да се играе изцяло с хандбални правила, без стрелба. Задължително е подаванията да са с една ръка над рамо. Обръща се внимание на правилната игра в защита. Не се допуска груба игра. Защитниците трябва да се стремят винаги да са с лице към нападателите, да атакуват главно топката, нетялото. Изисква се правилна техника и точност на подаването.

4. Правила на играта по хандбал

Таблица 3

Съдържание на играта	Правила на играта	Методически указания
1. Игрището с дължина 20-24 м. и ширина 12-16 м.; 2. Вратите са с размери 240x160 или 300x170 см.; 3. Топката е с размери: - размер 0 (46-48 см., 265-285 г.) - размер 1 (50-52 см., 290-330 г.) 4. Времетраене на играта: - 3x10 мин. - за състезания на мини-момчета/момичета (до 10 години); - 2x15 мин. - за състезания на деца момчета/момичета (до 11 години); - Почивка между отделните части – 5 мин.; 5. Състезатели: - Отборите се състоят най-малко от 10 състезатели, от които на терена играят най-много 4-5 в полето и 1 вратар; - Мини-момчета/момичета – I част играят 5 състезатели, през II част- други 5, а през III част - сборен отбор; - Децата момчета/момичета – свободен избор на състезатели;	Играта започва и завършва с поздрав. Участват 2 отбора по 5 играчи (4 полеви и 1 вратар). Смени на състезателите се правят по всяко време, неограничен брой пъти. Нетрябва да се правят повече от 3 крачки с топката и да не се задържа повече от 3 секунди. Стрелбата във вратата се разрешава от всякаде. При нарушение на правилата се отсъжда свободно или седем метрово хвърляне. При груба игра състезателят се отстранява за 2 мин. или до края на срещата. Играта започва от средната линия при началото на всяко полувреме или след отбелязването на гол. Отборът, който не изпълнява начално хвърляне, трябва да е на 3 м. от изпълнителите. Във вратарското поле стои само вратарят. От 3 клас играта се провежда състезателно, със строго спазване на правилата.	1. След всяко хвърляне във вратата, когато топката премине голлинията, се отсъжда гол с изключение на началното хвърляне, тъй като в минихандбала няма начално хвърляне, а играта започва от вратаря. 2. Гол може да се вкарва директно от всяко хвърляне - ъглово, свободно, дори хвърляне на топката от вратарското поле може да се отбележи гол; 3. По време на свободно хвърляне състезателите от двата отбора могат да се движат по 5-метровата или 8-метровата линия; 4. Наказателно хвърляне (6-метрово хвърляне) се прилага при грубо задържане на противника във всяка част на игровото поле; 5. Всеки играч, който владее топката, няма право да прави повече от 3 крачки без да дриблира; 6. След грешка при ловене, тупкане или когато вече са дриблирали, играчите нямат право отново да дриблират;

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хандбалът е интересна игра и е по силите, както на момчетата, така и на момичетата. Всичко в играта е познато. Необходимо е всяко дете да може да бяга, да скача, да лови и да дава тока, да дриблира с нея и е хвърляне на тока в цел.

Спортноподготвителните упражнения и игри по минихандбал са динамични и интензивни за подрастващите. Идеята за спортноподготвителните упражнения и игри е да обогати и усъвършенства моториката на децата с достъпни елементи от техниката на хандбала и за постигане на специфична готовност за понататъшни занимания с този спорт в училище.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Йорданова Н., „Пдвижни и спортноподготвителни игри”, Шумен, 2002
<https://sportvarna.wordpress.com/novini/igri/>
- [2] Канатова Е., Спортноподготвителни упражнения и игри по хандбал
<http://conf.uni-ruse.bg/bg/docs/sns/2013/SNS2013-Zdr-FVS.pdf>
- [3] Кръстев Н, „Хандбал”, София, 1990
- [4] <http://zalozibg.com/handball-istoria-pravila/>
- [5] Регламент за провеждане на състезания по минихандбал, 2011
trakiahandball.org/index.php?option=com_docman&task

За контакти:

Биляна Детелинова Вълчева, студент, Русенски университет „ Ангел Кънчев”,
Специалност - Предучилищна и начална училищна педагогика,
е-mail: bilyanadetelinova@abv.bg

гл. ас. д-р Искра Илиева, Русенски университет “Ангел Кънчев”, Катедра
„Физическо възпитание и спорт”, е-mail: isilieva@uni-ruse.bg.

Приложение на плуването в детската градина

автор: Полина Денева

научен ръководител: гл. ас. д-р Искра Илиева

Плуването е изключително полезно за физическото развитие на организма въздействие, емоционалното удовлетворение от практикуването му със спортен характер и безспорно полезното му приложно приложение го прави едно от най-безценните умения, които може да придобие всеки човек независимо от своята възраст.

Key words/ ключови думи: плуване, приложение, детската градина

ВЪВЕДЕНИЕ

Плуването има укрепващо и оздравително влияние върху детския организъм и способства за развитието на опорно-двигателният апарат, предпазва от гръбначни изкривявания, развиват се издръжливостта, силата подвижността на ставите, бързината и други качества. Децата занимаващи се с този спорт са по-спокойни и уравновесени, не са нервни.

Чрез съчетаването на 3 основни фактора – слънце, въздух, вода детето се закалява, подобряват се функциите на организма. Подобрява се сърдечната дейност, дихателната мускулатура на детето, лекуват се изкривяванията на гръбначният стълб.

Заниманията с плуване намаляват възбудимостта на нервната система, децата се разтоварват психически, което благоприятства участието им и в други занимания. Плуването също така има и възпитателно значение. За децата от предучилищна възраст от основно значение е изграждането на организационно-хигиенни навици.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Малките деца с голямо желание участват в заниманията по плуване. Престоят в басейна предизвиква у тях радост и възторг, особено когато има и включени игри и упражнения.

В занималнята по плуване игрите и упражненията са така подбрани, че чрез тях системно да се овладяват плувните елементи и умения, да се развиват в същото време и физически качества.

Методи на обучения по плуване

За правилно провеждане на обучението по плуване и усвояването му е необходимо да се подберат правилни методи на обучение.

За тази възраст най-подходящи са двигателното упражнение, игрови метод и изпълнение на изучаваното упражнение.

При усвояването на определен елемент или упражнение са необходими много кратки повторения.

Във втора и трета група най-достъпни и разнообразни са игровият метод, където учебният материал се усвоява под формата на игра, чрез игра те изучават или усвояват различни елементи и упражнения на плуването.

Така чрез игрите неусетно се преодоляват неувереността или страха при изпълнение на дадено упражнение.

В четвърта група се формират по-сложни, двигателни навици, които са неосъществими само чрез игра и затова се изиграват други по-сложни методи и форми като състезателен метод например.

Етапи:

Овладяването на плувните движения преминава през три етапа.

Етап на начално разучаване:

На този етап се формират плувните движение в общ вид. За тази цел основно се използва демонстрацията. Упражненията са в достъпна форма, те трябва да се дават с по-чести и кратки повторения, за да се избегнат натоварването.

Етап на задълбочено разучаване:

Тука вече упражненията се изучават по-детайлно, движенията са по-сложни.

Времетраенето на изпълняваното упражнение вече е по-дълго.

Тук също се използва демонстрацията, защото децата все още допускат грешки.

Етапите на затвърждаване:

Етапите на затвърждаване и усъвършенстване се прилага в по-ограничена форма в тази възраст.

Едва вече в края на 5г възраст се повишава координацията на движенията на ръцете и краката. С оглед на всичко това обучението по плуване в детската градина преминава през 2 етапа:

- 1 етап – 5г – трета група
- 2 етап – 6г – подготвителна група

А при възможност може да се започне още във втора група, като главно децата се научават да се приспособяват към водната среда.

Съдържание на обучението във втора група

Тук работата е насочена предимно към закаляването, създаване на организационно-хигиенни навици и приучаване към водната среда, както и изучаване на някои подготвителни упражнения и умения във водата. Подходящ е следния учебен материал:

1. Създаване на организационно-хигиенни навици.
2. Подготвителни упражнения за привикване с вода
3. Основно плувно положение и плъзгане.
4. Упражнения за изучаване движенията на краката при неподвижна и подвижна опора в положение на гърди.
5. Скокове.
6. Игри.

При създаване на организационно-хигиенните навици се изисква много търпение.

Упражненията най-добре се усвояват под формата на игри. Такива са „Параход“, „Буря в морето“, „Колело“, „Морски бой“.

Влизането в басейна става организирано, като в началото учителката също е във водата с групата. Началните упражнения – ходене, подскоци и бягания се извършват групово хванати в кръг, по двойки и тройки. Упражненията за потапянето на главата, гмуркането и дишането са трудни и затова за тях се изисква по-дълго време за изучаване.

Съдържание на обучението в трета група

Когато във втора група децата се занимават с плуване в началото на 3-та група се преговарят изучените, като упражненията вече са усложнени и се изисква по-качествено и точно изпълнение. А при деца които за 1-ви път в 3-та група ще изучават плуване редът е следният:

1. Създаване на организационно-хигиенни навици.
2. Подготвителни упражнения за привикване с водната среда:
 - ходене, бягане, подскоци във водата;
 - упражнение за потапяне, гмуркане и дишане във водата.
 - упражнения за изпитване подемна сила на водата.
3. Основно плувно положение и плъзгане на гърди и гръб.
4. Упражнения за изучаване на елементите на техниката при стиловете кроул и гръбен кроул.
5. Координация кроул и гръбен кроул без дишане.

6. Скокове с краката напред.

7. Игри.

В 3-та група обучението преминава в 2 цикъла, като първият обхваща времето от 15 септември до 31 януари, а втория – от 1 февруари до 31 май.

В първото занятие децата се запознават с реда в съблекалнята, банята и басейна. Влизането в басейна е организирано по команда на учителя.

Още в първите две-три занимания децата вече са свободни, без помощ се предвиждат във водата с ходене, бягане или подскоци. Първоначално обучението се осъществява само посредством игри или упражнения с игрови характер.

След петото-шестото занимание започва изучаването на движенията на краката, които постепенно се усъвършенствуват през цялата година.

През второто полугодие основно се работи върху затвърдяването на кроуловите движения на краката, запознаване с движенията на ръцете, както и с цялостната координация при стиловите кроул и гръбначен кроул.

Общото за цялата година е че преобладава игровият характера на обучение.

Съдържание на обучението в четвърта група

1. Преговор на учебния материал от 3 група и неговото усъвършенствуване
2. Упражнения за изучаване движенията на ръцете с подвижна опора.
3. Упражнения за изучаване движенията на ръцете без опора.
4. Изучаване координацията на движенията при кроул.
5. Обикновени обръщания при стиловите кроул и гръбен кроул.
6. Старт при стиловите кроул и гръбен кроул.
7. Игри.

И тук обучението се дели на два цикъла : 1-ви от 15 септември до 31 януари и втори от 1 февруари до 31 май

В 4-та група постепенно игрите отстъпват място на упражненията, целящи усвояването на учебния материал.



Таблица 1

Спортно подготвителни упражнения по плуване

№	Спортно подготвителни упражнения	Организационно-методически указания
1	Упражнения за привикване с водната среда	- Изпълняват се както с крака, така и с ръце, като чрез движенията си децата усещат опората и съпротивлението на водата. - В началото движенията се осъществява с помощ, детето се опитва да ходи, да подскача и прикляква изпълнявайки махови движения с краката – напред, назад, в страни, запознавайки се със съпротивлението на водата. Тези движения са изпълнени хванати по двойки, тройки, цялата група и накрая индивидуално.
2	Упражнения за потапяне, гмуркане и дишане във водата	- Издишване с образуване на мехурчета във водата - Ритмично дишане със стремеж за издишване на всичкия въздух - Издишване с отворена уста, но не с издути бузи
3	Упражнения за изпитване подемната сила на водата	- Изпъване на тялото и крайниците - Изпъване на крайниците - Потопяване на лицето във водата - Обтягане на ръцете и потопяване на китките под водата
4	Упражнения за усвояване на плъзгането върху повърхността на водата	- Поставяне на ръцете на широчина на рамената, леко раздалечаване на краката - Повдигане на главата и изпъване на стъпалата - Насочване на погледа към дъното на басейна - Допиране на палците с насочени към дъното на басейна длани и обтягане на ръцете - Притискане на главата между ръцете, насочване погледа напред и отблъскване

Игри във водата – те заемат основно място при обучението по плуване в предучилищна възраст, защото са емоционални и предоставят възможност за многократни повтаряния на изучените движения и елементи. Чрез тях се въздейства върху двигателния апарат и се изгражда физически качества.

При провеждането им във водата е задължително да участват всички деца, да се използват изучените елементи и упражнения, като за правилното им провеждане е необходимо да има висока дисциплина и безопасност в басейна.

Таблица 2

Игра за привикване с водната среда

Съдържание на играта	Правила на играта
• "Фонтан" - Децата сядат на дъното на басейна с ръце отзад образувайки кръг. По сигнал на преподавателя всички преподавателя всички изпълняват кроулови движения с краката в различно темпо.	При команда: • По-голям фонтан! движенията се изпълняват бързо. • По-малък фонтан! движенията се забавят.

Играта Фонтан



Таблица 3

Игра във водата

Съдържание на играта	Правила на играта	Методически указания
"Колело" – изпълнява се при дълбочина до кръста.	Хванати за ръце в кръг, децата поставят краката си в центъра близо един до друг. Ръцете се опъват и телата се отпускат назад. По команда на учителя кръгът се завърта ту на едната, ту на другата страна с ходене по дъното.	Ръцете трябва да са обтегнати Тялото да се отпусне назад

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Редовните занимания с плуване оказват всестранно развитие върху подрастващия детски организъм.

Плуването има закалително въздействие, предпазва от редица болести, укрепва сърдечната дейност, дихателната мускулатура на децата.

Занимаването с плуване уравновесява и намалява възбудимостта на нервната система, развива се устойчивостта и, и се усъвършенства координацията.

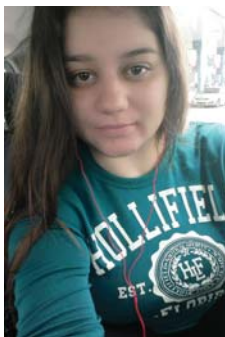
Децата чрез плуване се разтоварват психически, което благоприятства участието им в други занимания. Повишава се емоционалността и положителното настроение.

С една дума плуването укрепва психо-физичното развитие на децата, като възпитава здравно хигиенни навици, въздейства върху укрепването на организма и съдейства за емоционално повишаване на детето и ликвидира „плувната неграмотност”

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Киров, И., Плуване методическо ръководство, Благоевград, 1985 г.
- [2] Живкова, К., Обучение по плуване в детската градина, София, 1981 г.
- [3] Защо трябва да плуваме < <http://bgswim.info/shopov-2009.htm> >

За контакти:



Полина Георгиева Денева, студент 2-ри курс,
Русенски университет „Ангел Кънчев” ФПНО, специалност
„Предучилищна и начална педагогика”
е-mail: p.deneva1995@abv.bg

гл. ас. д-р Искра Илиева, Русенски университет „Ангел
Кънчев”, Катедра „Физическо възпитание и спорт”, е-mail: isilieva@uni-ruse.bg.

Развиване на двигателното качество сила чрез естествено-приложни упражнения

автор: Евсим Халилова

научен ръководител: гл.ас. д-р Илиян Илчев

The development of the physical quality strength with trough natural-applied exercises: Physical Education occupies a central place in education and educational work in kindergarten. The development of quality strength at optimum level for each sport inevitably affects the improvement of the physical training and the achievement of high sports results. the strength is quality, which is the source of human movements factor in moving the body. The development of quality strength is achieved through natural and applied exercise.

Key words: Physical activity, exercises, strength, preschool children

ВЪВЕДЕНИЕ

Физическото възпитание заема основно място в образователната и възпитателната работа в детската градина. Развиването на качеството сила в оптимална за всеки спорт степен неминуемо влияе върху усъвършенстването на физическата подготовка и постигането на високи спортни резултати. Силата е двигателно качество, което се явява първоизточник на човешките движения, фактор за преместване на тялото и неговите звена в пространството. Развитието на качеството сила може да се постигне чрез естествено-приложните упражнения.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Силата като физическо качество на човека представлява способността да се преодолява външно съпротивление или да му се противодейства чрез собствени мускулни усилия. Според характера на проявление се различават няколко форми на силата:

Динамична сила - тя се проявява в движение на тялото или на отделни негови части и се характеризира с преодоляващ или с отстъпващ режим на мускулната сила. Разновидност на динамичната сила е взривната сила, т.е. способността да се прояви голяма величина на силата за най-кратко време.

Статична сила - тя се отличава с изометричен режим на мускулните съкращения, при които не се наблюдават движения. Например вис на гимнастическа стена. Проява на статична сила се наблюдава и тогава, когато външното съпротивление се преодолява с бавни движения.

Според величината на мускулните усилия силата бива два вида: **максимална сила** е най-голямото усилие, което човек може да развие при динамичен или статичен режим на работа. **Относителната сила** е силата, отнесена към 1кг. от теглото на човека. По този показател може да се прави обективно сравнение на силата у различни хора.

Силата във всички форми на нейното проявление е необходимо качество, както за изпълнение на различни физически упражнения, така и за ежедневиия живот.

Физиологическа характеристика на силата и закономерности при нейното развитие.

Силата на мускулите зависи от три групи фактори. Към първата група се отнася нервната регулация, осъществявана от съответните центрове на главния мозък. От нея зависи количеството на включените в работа мускулни влакна. Колкото техния брой е по-голям, толкова по-голяма е силата на мускула. Честотата и силата на нервните импулси обуславят също величината на мускулните усилия. Те са по-големи при увеличена честота и сила на нервните импулси. По-голяма сила ще развие също мускул, при който е осъществена по-добра синхронизация между отделните мускулни влакна.

Втората група са морфологическите фактори. От тях най-важен е физиологическият напречник на мускула. Практически колкото един мускул е по-дебел, толкова по-голямо напрежение може да развие. Същото се отнася и за мускула с по-голяма залавна площ към костта. Мускулната сила зависи много от количеството и свойствата на съкратителните белтъци в мускула.

Целенасоченото развитие на силата води до подобряване на нервната регулация, до предизвикване на съответни морфологически промени и до увеличаване на енергетичния и химичен потенциал на мускулите.

При децата от предучилищна възраст по правило се използват главно динамични упражнения и само отделни статични упражнения (напр. висове). При изпълнение на статични упражнения не бива да се допуска дълго задържане в еднообразно положение, а да се осигурява често редуване с други динамични упражнения.

Развитието на силата при децата от предучилищна възраст е от съществено значение. В същото време обаче то трябва да се извършва внимателно, защото организъмът още не е укрепнал и се намира в процес на интензивен растеж и развитие. За да не се намали еластичността на мускулите и подвижността на ставите, упражненията за сила да се редуват с упражнения за гъвкавост.

Чрез естествено-приложните упражнения се подобрява координацията на движенията и се повишава общата физическа подготовка. Многократните им повторения водят до формиране на двигателни умения и навици, до развиване и усъвършенстване на двигателни качества- сила, бързина, издръжливост, гъвкавост и ловкост.

Естествено-приложни упражнения за повишаване силата на горните крайници

Хвърлянето се овладява по-трудно. Липсва необходимият ритъм, плавното и непрекъснато свързване на подготвителното движение и същинското хвърляне. Изпълнява се с малък мах изолирано само с ръката без включване на трупа. Липсва съгласуваност в работата на мускулите, правят излишни движения, изразходва се повече енергия.

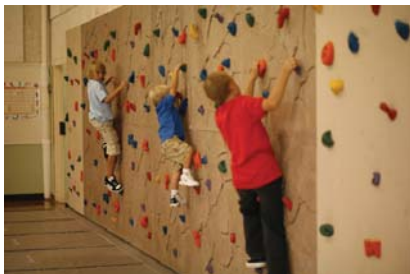
Децата от първа група първо усвояват търкаляне на топка. След затвърдяването на търкалянето се овладява хвърлянето и ловенето на топката между две деца на разстояние 1м., с лява и дясна ръка, без участие на тялото и др. Подходящи са имитационните и игрови упражнения.

Във втора група за децата са подходящи упражненията: ловене на подадена топка от учителя с две ръце и хвърляне обратно. Топката е с диаметър 10-15см. постепенно разстоянието се увеличава до 3м., хвърляне на топката нагоре и след удяне в земята ловене с две ръце; удяне и ловене с две ръце; хвърляне в далечина, във вертикална и хоризонтална цел (кръг с диаметър 1м.) на разстояние от 2м. и др. Използва се играта „Кой ще улови?“.

В трета група се усъвършенстват упражненията за хвърляне от втора група. Освен тях се изпълняват удяне на топката в земята (дрибъл) продължително време, многократно хвърляне нагоре с лява и дясна ръка, и ловене с две ръце, хвърляне в далечина, хвърляне във вертикална и хоризонтална цел (кръг с диаметър 80см. с вписан в него кръг с диаметър 30см.) и др. Топката е с диаметър 8-10см. Обръща се внимание на ритмичното изпълнение, правилната стойка, замаха и енергичното хвърляне. Използват игрови упражнения и подвижни игри.

В четвърта група различните видове хвърляне се усложняват с включване на допълнителни задачи (преди да уловят хвърлената нагоре топка да плеснат с ръце или да подскочат, или да клекнат и др.); хвърляне на топката над въже по двойки; хвърляне в подвижна цел и др. Разстоянието за хвърляне между две деца се увеличава до 3м. Топката за хвърляне е с диаметър 6см. Използват различни начини за хвърляне: хвърляне на малка плътна топка с две ръце отдолу и отгоре в далечина, хвърляне на малка плътна топка с една ръка над рамо, хвърляне на

плътна топка с две ръце над глава. Демонстрират координация при хвърляне на малка плътна топка 150г. - начин „отгоре“, в хоризонтална цел и в далечина. Използват хвърляне на плътна топка 1 кг. с две ръце над глава. Изпълняват подвижни и щафетни игри с хвърляне. Игри за усъвършенстване на хвърлянето: „Ловец и зайчета“, „Бягай от кръга“, „Подай топката“ и др.



Катеренето е полезно упражнение, при което активно участват мускулите на цялото тяло. Развива ловкостта и силата на децата. Катерят се на катерушка, на гимнастическа стена, по наклонена стълба. Качват се и слизат със стъпване с два крака (с един крак) на един напречник последователно, ритмично, с права и обратна координация. Като подготвително упражнение е подходящо лазенето, което

укрепва мускулатурата на гърба и оказва профилактично въздействие против гръбначните изкривявания. Във всички групи се обръща внимание за правилното поставяне на ръцете с успоредни длани, прибрани пръсти, обтегнати ръце, главата повдигната напред. Други подходящи упражнения са: изтегляне на пейка от лег или тилен лег, при което активно участват мускулите на горните крайници, раменния пояс и мускулите на трупа; и вис на гимнастическа стена, при което активно участват мускулите на горните крайници, гръбната мускулатура, раменния пояс, мускулите на трупа.

Естествено-приложни упражнения за повишаване силата на долните крайници

Скачането се подобрява бавно. Децата на три години изпълняват скок на дължина от място задоволително. Липсва координацията между маха на ръцете и съгласуването разгъване на ставите, които участват при скачането. С нарастване на възрастта се наблюдава подобрене. Скокът на височина се изпълнява от 4-годишна възраст. При децата на 5-7 години скокът на височина се подобрява.

За първа група са за: приземяване с леко сгънати крака в коленните стави; изпълнение на пружиниращи движения с краката; имитационни упражнения. Подходяща е играта „Моя весела, звънлива топка“. Изискванията са за безшумно и леко скачане, на пръсти със свити колена. Скачането през малки препятствия затруднява децата, затова се изпълняват игрови упражнения и играта „Жабки“. При скока от високо на ниско (15 – 20см., в дълбочина), учителят обръща внимание на правилното приземяване. Използват се имитационни упражнения и игрите „Врабчета и автомобил“, „Хвани комара“, „Жабки и блато“ и други.

За овладяване на различните видове скокове децата от втора група изпълняват подбрани игрови упражнения: подскок за достигане на предмет, окачен на височина 15 – 20см. от протегнати детски ръце; скачане на дължина от място (30 – 40 см.), като разстоянието постепенно се увеличава, скачане от високо на ниско (в дълбочина 25 – 30см.) и височина от място. Подходяща е играта „Достигни звънчето“. Обръща се внимание на правилното отскачане и приземяване. За скока на дължина се дава играта „През ручей“. При скока на височина се започва с постепенно увеличаване на височината от 20 до 30см. Приземяването е със свити колена.

Децата от трета група изпълняват подскоци за достигане на предмет, на височина над детските ръце (20 – 25см.), скачане в дълбочина (35 – 40см.) и скоковете: на дължина (30 – 60 см.) и височина (25 – 40см.) от място и със засилване от 3 – 4м. Указанията са както в предходната група. Изпълняват се и отскачане от крак на крак. Подходяща е играта „От камъче на камъче“.

За четвърта група методическите указания са: скачането да се изпълнява с по-бърз и по-бавен темп, ритмично и леко; енергично да се отскача с един крак и правилно да се приземява на два крака; да се засилват и скачат на дължина от 6-7м.; приземяването при скока в дълбочина (40 - 45см.) да е със свити крака; да скачат самостоятелно на въже на място и в движение леко, да скачат над въртящото въже без да го докосват с пружиниране на долните крайници. Да изпълняват различни скокови упражнения и скачане на височина и на дължина, скачане на дължина и височина от място с два крака, скачане на дължина и на височина със засилване. Да изпълняват правилна координация на движенията на ръцете и краката. Да се приземяват правилно в края на летежната част при скачане, в хоризонталната или вертикалната равнина. Да прилагат скачане в подвижни и щафетни игри. Подходящи са игрите „Щъркел и жабки“ , „Въртящо въже“ и други.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Физическата култура има за цел да обучи, развие и социализира личността на детето чрез педагогически условия, като поставя акцент върху физическата дееспособност, жизненост и здравно състояние на децата. Голямото разнообразие на естествено-приложните упражнения, дават възможност на педагога да подбира подходящите упражнения с цел развиване на определени двигателни качества.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Момчилова А., И. Илчев, К.Симеонов - Методическо ръководство по физическа култура в детската градина
- [2] Попов Ив., Христова Ек., Буюклиев П. – Теория и методика на физическото възпитание
- [3] Георгиева М., Сборник доклади на студентска научна сесия – СНС'13 <http://conf.uni-ruse.bg/bg/docs/sns/2013/SNS2013-Zdr-FVS.pdf>
- [4] Георгиева М., Сборник доклади на студентска научна сесия – СНС'14 <http://conf.uni-ruse.bg/bg/docs/sns/2014/Zdr-FVS.pdf>
- [5] www.pomagalo.com/1118341/cel+na+fizicheskoto+vyzpitatie+v+preduchilishtna+vyzrast/
- [6] www.nsa-virtualeducation.com/documenti/tema1.doc

За контакти:



Евсим Халилова
Специалност ПНУП II курс, ФПНО
Русенски университет „Ангел Кънчев“
е-mail: e4i95@abv.bg

гл. ас. д-р Илиян Илчев, Русенски университет „Ангел Кънчев“, Катедра „Физическо възпитание и спорт“, е-mail: iilchev@uni-ruse.bg.

Роля и значение на подвижните игри с успокоителен характер

автор: Елис Исмаил
научен ръководител: гл.ас. д-р Илиян Илчев

Role and importance of mobile games with soothing nature: *The development of motor activity of the child in kindergarten occupy an important place mobile games. It is a game with rules under which, among other educational tasks central place occupies the development of movements. It is known that mobility is inherent in the child and those games best meet the needs of the growing organism of active actions. In the games children experiencing pleasurable sensations, a sense of fun made movements, their mood is joyful and so willingly perform them. The mobile game contributes to the proper physical development of children and to strengthen their health. Games with soothing nature assist on the emotional state of the children, as it demoted, facilitate the development of spoken language, enriching the vocabulary of children, develop flexibility of thinking activation of attention. Appropriate slow movements, fun and popular mobile games Recovery pulse, respiration, blood pressure and more.*

Key words: *mobile games, soothing nature, sedatives games.*

ВЪВЕДЕНИЕ

При развитието на двигателната дейност на детето в детската градина важно място заемат подвижните игри. Тя е игра с правила, при която освен другите възпитателни задачи централно място заема развитието на движенията. Известно е, че подвижността е присъща на детето, а тези игри най-добре удовлетворяват потребността на растящия организъм от активни действия. При игрите децата изпитват приятни усещания, чувство за удоволствие от извършените движения, настроението им е радостно и затова с готовност ги изпълняват. Подвижната игра допринася за правилното физическо развитие на децата и за укрепване на тяхното здраве. Игрите с успокоителен характер съдействат върху емоционалното състояние на децата, като го понижават, спомагат за развитието на устната реч, обогатяване на речника на децата, развиват гъвкавост на мислене, активизация на внимание. Подходящи за целта са бавни движения, забавни и народни подвижни игри, за възстановяване на пулс, дишане, кръвно налягане и други.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Подвижната игра е най- характерната дейност за децата от предучилищна възраст. Игровата дейност, изразена в каквато и да е форма, винаги радва децата, а подвижната игра с многообразните моменти на весели изненади влияе особено благотворно за повишаване на жизнения тонус у децата. Активните движения обаче не само укрепват двигателния апарат, но те способстват и за нервно- психическото развитие на децата. Подвижната игра допринася за правилното физическо развитие на децата и за укрепване на тяхното здраве. Едновременно с това тя съдейства за затвърдяване и усъвършенстване на основните движения - ходене, бягане, скачане, хвърляне, катерене, при които се заангажират в активна дейност почти всички органи.

Движенията при подвижната игра активизират дишането, кръвообръщението и обмяната на веществата, което в значителна степен спомага за развитието на мускулите, костите, сухожилията. Играта е най- подходяща форма за развитието и утвърждаването на нови движения, които детето трябва да придобие в дадена възраст. Децата, които системно играят подвижни игри, имат много по-голям запас от свободни движения и могат добре, бързо и сигурно да се движат. Добре избраната подвижна игра е неocenимо средство за придобиване на бързина, ловкост и координираност в движенията на детето.

В подвижните игри децата са обединени от общи интереси, намират се в определени взаимоотношения, което им помага да заемат своето място в колектива. Ето защо подвижните игри са ценно средство за организиране живота на децата, за

възпитаване на добри взаимоотношения. По време на подвижните игри детето се чувства сред другари като равен срещу равни. Всичко това показва, че чрез подвижните игри могат да се решават много и разнообразни задачи и заради това те трябва да намерят широко приложение при ежедневната работа с децата.

Изборът на подвижните игри е в зависимост и от предшестващата и следващата дейност на децата. За утринната им гимнастика се подбират емоционални игри с голяма подвижност, с леки за изпълнение правила, с просто съдържание, за да се създаде у децата бодро настроение за целия ден. Следобед, поради това, че децата са значително по-уморени, игрите са по леки и по спокойни, с успокоителен характер, или такива, осигуряващи активен отдих.

В **основната част** на занятието подвижните игри могат да се използват като основна и самостоятелна задача или като допълнителен материал. В тази част децата усвояват знания и умения или се формират и усъвършенстват определени двигателни навици, възпитават се качества на личността. Могат да се използват игри с разнообразни движения-бягане, скачане, ловене и хвърляне, игри с елементи на съревнование и др.

Заключителната част на занятието се включва, за да се снижи натоварването, постигнато в основната част, да се организира децата, когато са силно възбудени или да се мобилизират за следващ момент от режима, ако се е получила вялост или разпуснатост в групата. Подходящи са игри с ходене, с дихателни и успокоителни упражнения, музикални игри. Подвижните игри в тази част са краткотрайни. Има за цел да приведе организма на децата в относително спокойно състояние.

Успокоителните игри спомагат за развитието на устната реч, обогатяване на речника на децата, развиват гъвкавост на мислене, активизация на внимание и др. Целта на такива игри е да се успокоят и организират възбудените деца. На **таблица 1** са представени примерни успокоителни игри.

Подвижните игри с успокоителен характер са съпроводени с приятни преживявания и неголямо физическо натоварване - тихите и забавни игри. В отделни случаи освен тях могат да се прилагат и игри с организиращ характер. Те трябва да подчиняват всички играчи на въздействието си. Успокоителните игри приучават децата към честност, покоряват непокорените, децата се упражняват в ориентиране в посока, възпитават се сръчност, съобразителност, внимание, търпение, другарство и добри обноси.

Таблица 1

Съдържание	Качества които развива
1-ва възрастова група	
„Познай къде съм“ Играе се върху килим. Децата сядат на столчетата в кръг около килима. Две от тях остават в кръга с вързани очи. На едното се връзва звънче на ръката. Децата лаят, като се стремят да се съберат. Детето със звънчето звъни, а другото го търси по звъна. След като се намерят, играта продължава с други деца. „От къде иде шумът“ Децата се нареждат в единия край на площадката	Играта създава весело настроение. Развива у децата слуха, съобразителността, волевите задръжки и представата за пространствено ориентиране. Децата се упражняват в ориентиране в посока.

или на стаята в редица едно до друго. От тях се отделя едно дете, което застава с гръб. При сигнал към него тръгва друго дете, което звъни със звънче. Като стигне до детето, обърнато с гръб, то го запитва „Откъде дойдох?“. Без да се обръща, то трябва да определи откъде е дошло неговото другарче - от края или от средата на редицата. Ако успее да определи правилно посоката, двете деца си сменят местата. Ако не успее, детето продължава да стои обърнато с гръб към децата и да определя още няколко пъти посоката, от която идват при него.	Играта допринася за развиване на внимание, за възпитаване на честност у децата.
2-ра възрастова група <u>„Пренасяне на орехче“</u> На площадката се начертават две успоредни линии, на разстояние 3м. една от друга. Децата са насядали в единия край на площадката. На едно от децата се дава супена лъжица и орехче. От него се иска да премине разстоянието между двете линии и да пренесе орехчето в лъжицата, като я държи в една ръка, а след това да се върне, като вземе лъжицата в другата ръка. Играта приключва, след като по голямата част от децата направят опит да пренесат орехчето от едната линия до другата. <u>„Откъде се лази“</u> Децата са седнали на столчетата, наредени в кръг. В средата е седнало едно дете със завързани очи. Учителката посочва един играч, който с безшумно лазене трябва да се приближи към детето със завързаните очи. То с ръка трябва да посочи от коя страна идва играчът. Ако познае, двете деца сменят местата си. Играта продължава по преценка на учителката.	Играта упражнява децата в сръчност и в съобразителност. Възпитават се честност и добри обноски. Играта упражнява в лазене, ориентиране в пространството. Създава настроение. Възпитава се внимание и съобразителност, честност и добри обноски.
3-та възрастова група <u>„Не оставяй следи“</u> Децата сядат на столчетата в единия край на стаята. Пред тях се начертават две успоредни линии на три метра една от друга. Извиква се едно дете от групата и му се дава пластмасова купичка, пълна с вода. То я поставя на дланта на ръката си. С нея отива от едната линия до другата и се връща обратно. Детето печели играта, ако не разлее водата.	Играта упражнява децата в сръчност. Възпитава се съобразителност и внимание, честност. Създава се весело настроение.

"Земя - вода - въздух"

Децата образуват кръг, а водещият застава в центъра с топка в ръка. Той хвърля на някой от учениците топката изговаряйки една от думите: "земя", "вода", "въздух". Играчът, хващайки топката, трябва бързо да назове животно, птица или риба, обитаващо посочената среда. След това топката се подава на друг. Отговорите не трябва да се повтарят. В края се отбелязват учениците допуснали най-малко грешки.

Възпитава се съобразителност и внимание. Създава се весело настроение.

4-та възрастова група**„Познай по гласа“**

Децата се строят в една или две редици. Един от играчите застава с гръб към строя на разстояние от него от 2 3 до 10 м. Учителят посочва един от строя, който поздравява водещия Добро утро! Водещият от своя страна, назовава името на предполагаем играч, който може да го е поздравил. Ако той правило е назовал името на поздравявания го, двамата сменят местата си, а ако не е познал се посочва друг ученик, който поздравява и така нататък.

„Иване, къде си?“

Децата образуват кръг, като се хващат за ръце. Вътре в кръга са две деца. Едното е Иван, а другото – неговият другар Симо, който е с вързани очи. При играта Иван се движи, а другарят му, сигурен, че Иван е с него, го пита „Иване, къде си?“ „Тук съм!“ - отговаря Иван, за да може другарят му да се ориентира. След няколко крачки Симо пита „Иване, къде си?“, а Иван отговаря и т.н. Играта се прекратява, ако Симо докосне Иван или измине една минута.

Играта възпитава ориентирание в пространството. Възпитава се съобразителност и внимание.

Играта възпитава ориентирание в пространството, честност и добри обноски.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Игрите с успокоителен характер служат, за да се снижи натоварването, да се организират децата, когато са силно възбудени или да се мобилизират за следващ момент от режима, ако се е получила вялост или разпуснатост в групата.

Подвижните игри създават положителна емоционална атмосфера и са желани, любими за децата, не само като естествена потребност от движения и социални контакти, а и като резултат на добра организация и висока педагогическа компетенция.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Буюклиев, П.; Христова, Е. „Подвижни игри в детските градини“ ; София 1982г.
[2] Витанова Н., М.Якова. Играта на децата от предучилищна възраст, С., Просвета, 1991г.

[3]Георгиева,Е „Подвижни игри в детската градина”; ДИ „Народна просвета”, София 1976г.

За контакти:



Елис Исмаил
Русенски университет „Ангел Кънчев”, ПНО,
Специалност « Предучилищна и начална училищна педагогика » ,
2-ри курс, ОКС – Бакалавър,
e-mail: elis_ilhan@abv.bg

гл. ас. д-р Илиян Илчев, Русенски университет “Ангел Кънчев”, Катедра
„Физическо възпитание и спорт”, e-mail: iilchev@uni-ruse.bg.

Възпитаване на нравствени качества и изграждане на трудови навици чрез средствата на ФК в детската градина

автор: Огняна Станева

научен ръководител: гл. ас. д-р Искра Илиева

Ще разгледаме видовете дейности гимнастика, игра, туризъм и спорт. Системното изпълняване на разнообразни двигателни дейности, като вече изброените подпомагат развитието на детския организъм. разнообразните средства на физическото възпитание изгражда ценностна ориентация у децата, възпитават се нравствено-естетически чувства и отношение към красивото, хармоничното и етичното в поведението и дейността. Възпитава се отношение към труда и обществената собственост.

Key words/ ключови думи: нравствени качества; трудови навици; гимнастика; игри; туризъм; спорт.

ВЪВЕДЕНИЕ

Развитието на системите на физическото възпитание и спорта у нас се интерпретират като водещ компонент от системата на възпитанието, необходима за хармоничното развитие на човека. Видове дейности по физическа култура - гимнастика, игри, туризъм, спорт.

- Гимнастиката е най – често препоръчаното средство за физическо възпитание в детските градини. Тя има формиращо действие върху организма на детето в периода на усиленият му растеж. Основно правило при гимнастиката е упражнението да са умерени и дозирани както и да се прилагат редовно и системно. Гимнастическите упражнения обикновено се изпълняват с песен или музикален съпровод и затова най – препоръчително е това да са подвижни музикални игри.
- Игри – те винаги са заемали почетно място във възпитанието на децата, но днес придобиват още по – важно значение. При игрите децата изпитват приятни усещания, чувство на удоволствие от извършените движения, настроението им е радостно и затова с удоволствие ги изпълняват.
- Туризъм – в своето многообразие той е достъпен за децата от всички възрастови групи и може да се практикува през всички сезони на годината. Чрез туризма децата задоволяват своите културно – познавателни, емоционално – волеви, естетически, двигателни, приложни, екологични и други потребности.
- Спорт – като част от системата физическа култура се разглежда като многостранно обществено явление, което има за цел изразяването или подобряването на физическата и психическата годност, развитието на социални отношения и постигането на спортни резултати на всички нива.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Чрез различните форми на работа по физическа култура се осигурява ежедневно оптимално натоварване, което води до значителни промени в дейността на отделните системи. Повишават се техните функционални възможности, подобрява се дееспособността на организма и на тази основа се усъвършенстват физическите качества (ловкост, бързина, издръжливост, сила). Системното изпълнение на разнообразна двигателна дейност подпомага оптималното развитие на подрастващия детски организъм. Настъпват качествени и количествени промени във физическото развитие на детето, като се осигурява неговият нормален и хармоничен растеж.

Физическите упражнения и разнообразните комбинации от тях под формата на игрова, гимнастическа, спортна и туристическа дейности са основната група средства за превенция и профилактика на наднорменото тегло и затлъстяването.

Игрите са предпочитани от всички, поради достъпността си с естествената непринуденост на съдържащите се в тях движения, емоционална наситеност, състезателен характер. Физиологичното им въздействие е комплексно – стимулира се физическото развитие; укрепва опорно-двигателният апарат; подобряват се функциите на всички органи и системи; усъвършенстват се анализаторите; развиват се двигателните качества и се повишава общата физическа подготовка на занимаващия се. Безспорният им здравен ефект се усилва, когато се провеждат на открито в съчетание с положителното въздействие на естествените природни фактори – слънце, въздух и вода. Класификация на игрите:

1. *Подвижни игри*, при които групирането се определя от основното движение, изпълнявано в отделната игра (с ходене, бягане, скачане, с хвърляне, лазене, катерене, с противодействие и др.); от конкретните задачи за решаване (игри за развиване на бързина, сила, издръжливост и т.н.), от това дали се изпълняват с пеене, с музикален съпровод и/или с хороводни стъпки (т.нар. музикално-подвижни игри). Обикновено подвижните игри имат определена структура и правила, могат още да бъдат сюжетни и безсюжетни. Най-често се използват при деца от предучилищна и начална училищна възраст.
2. *Щафетните игри* се характеризират със състезателния си елемент. Особено при съставянето им е, че в тях трябва да се включват предварително добре усвоени движения и упражнения от занимаващите се.
3. *Спортно-подготвителните игри* по структура, съдържание, правила, и други характеристики са много близки до спортните игри, което ги прави достъпни почти за всяка възраст. Такива са: Пас, Ъглова топка, Клинбол, Топка (Перце) над мрежата, Освободи игрището и много други. Като спортно-подготвителните игри, така и практикуването на спортните игри по правило имат състезателен характер и са свързани с повишено физическо натоварване, което трудно се поддава на регулиране. Особено при тях са точно установените правила, състав на играещите, регламентираното време или точки на провеждане.

Чрез игрите, особено при подвижните игри децата се учат да живеят в колектив, който се явява като социална среда, изграждаща детската личност. Формират се устойчиви психически черти, благодарение на които децата започват да определят своите отношения към другарчетата си, към заобикалящата ги действителност, а и към самите себе си. В хода на игрите много често децата изпадат в сложни взаимоотношения, които понякога се явяват като стимули за оказване на помощ, за подчиняване на колективните решения и други. Подчинявайки се на общите изисквания, слушайки обясненията и изпълнявайки задачите на играта, се създават предпоставките за формиране на общественото съзнание.

Гимнастиката е широко понятие, определено като едно от основните средства и методи за всестранно физическо възпитание. Тя е система от специално подбрани упражнения, които въздействат разностранно върху организма, усилват се основните му функционални процеси, съдействат за хармоничното му развитие, повишават жизнения тонус.



Задачата на гимнастиката е да укрепва здравето, да усъвършенства физиката и да осъществява разностранна физическа подготвеност на човека за многообразна дейност. Освен това гимнастиката има специфични задачи: формирането на правилна стойка, профилактика и корекция на различни деформации на тялото, възпитаване на умения да се владеят движенията. Характерните за нея методически прийоми дават възможност с помощта на физически упражнения да се оказва въздействие предимно върху отделни органи и отделни мускулни групи, както и да се развиват различни физически качества.

Гимнастическите упражнения са ациклични и предимно изкуствено създадени форми на движение. Те се дозират лесно и точно – в брой пъти или по времетраене, което дава възможност за успешно регулиране на физическото натоварване, съобразно индивидуалните възможности.

Основната гимнастика се състои от следните движения:

- Основни – бягане, скачане, хвърляне, катерене и др. Тези упражнения могат да се използват в зависимост от задачите с използване на дребни и големи физкултурни пособия (обръчи, въженца за скачане, топки и др.).
- Общоразвиващите упражнения могат да се изпълняват с различни уреди – топки, тояжки, рингчета. Те съдействат за мускулатурата на детето и спомагат за развитието на дихателната система.
- Строевите упражнения се използват за организиране и провеждане на заниманията. Обучаващите се възпитават към спазване на ред и дисциплина. Включват в себе си видове строяване, престоляване – с и без промяна посоката на движение.

Туризмът е специфичен и се изразява в преминаване на разнообразни маршрути по различни начини. Туризмът и особено ходенето и игрите сред природата, все повече се очертават като привлекателно, интересно и лесно приложимо в детските градини средство за комплексно въздействи сред децата. Разходки, излети, походи, турситически празници и екскурзии могат да се провеждат и без специална екипировка и съоръжения. Туристическите маршрути могат да се изберат



свободно в съответствие с конкретни задачи. Физическото натоварване на децата може да се дозира и активно да се използват естествените природни фактори за закаляване на детския организъм и за повишаване на неговите съпротивителни способности към заболяванията. Туризмът закалява тялото умствено и духовно, а закаленият човек е по – здрав и по – работоспособен. Оздравителният ефект на умереното продължително циклично натоварване се съчетава с благоприятното действие на природните фактори, които повишават съпротивителните сили на организма. Туризмът е богат на позитивни емоционални изживявания от контакта с природата, подобрява жизнения тонус и общата работоспособност на организма. Най-добре от ходенето се повлияват общата издръжливост и силата на долните крайници.

Този вид дейност дава възможност децата да се обогатят с нови разнообразни впечатления и знания, които ще им помогнат в училищната работа за напред. Така децата ще се научат да се придвижват по неравни и трудни места, да ходят правилно и да не се уморяват. Ще се научат още кога да почиват и какви места да

избират за подслоняване при неблагоприятно време. Така ще добият важни походни навици, които ще им бъдат винаги полезни.

Във връзка с туристическата дейност са следните характеристики на детския организъм: развитието е съпроводено със структурни и функционални изменения, процесът на растеж и развитие включва периоди на ускорени и забавени изменения, скелетът продължава да се вкостява, растежът на сухожилията и ставната хрущялна тъкан във възраста 3 – 7 години е най – усилен, изпреващо се развиват мускулите, които осигуряват ходенето и стоежа в различни положения, обмяната на веществата се извършва по – бърз, отколкото при възрастния чоек, подобряват се функциите на сърдечно – съдовата и двигателната система и на двигателният анализатор, постепенно се формира нагледно – образно мислене и се увеличава двигателния опит, засилва се и желанието за движение.

Чрез туризма децата задоволяват своите културно – познавателни, емоционално – волеви, екологични и други нравствени потребности. При общуването си с природата децата разнообразяват емоционалните си преживявания, обогатява се с нови усещания, възприятия и представи за заобикалящата ги действителност, развиват въображението и вниманието си. Изкачването и слизането по склонове, преодоляването на естествените препятствия, придвижването край рекички, в гори и по поляни развиват у децата наблюдателност, другарство и взаимопомощ, както и основните физически качества – бързина, сила, ловкост, издръжливост и гъвкавост.

Спортната дейност е съвкупност от системни тренировъчни занимания, чрез които планирано се работи по отделните страни на спортната подготовка (теоретична, физическа, техническа, тактическа, психологическа) за състезателна изява. Бива две форми: масово-оздравителен спорт (спорт за всички) и високо спортно майсторство. Високото спортно майсторство не е предмет на настоящото издание, тъй като тясната специализация в определен вид спорт, прилагането на много високи (по обем и интензивност) функционални натоварвания, овладяването до съвършенство на определен набор от двигателни умения в многогодишна планова спортна подготовка за усвояване на спортната техника и други особености, прави високото спортно майсторство целесъобразно в контекста на активната състезателната дейност. Ефективното и пълноценно използване на по – богата спортна база е предпоставка за повишаване физическата дееспособност на децата и подпомага развитието на физическите качества. Подбора на разнообразни форми при заниманията със спорт реализира положителен резултат и мотивира децата за самостоятелна спортна дейност.

Спортът, туризмът, гимнастиката и игрите са свързани с развиването на нравствени качества. Развиват колективизма, те са свързани с преодоляване на волеви, двигателни и морални трудности. В процеса на обучение , преодоляването на вътрешната инертност и на субективните колебания и опасения при изпълнение на трудни упражнения, представлява незаменяемо средство за укрепване на волята. Волевите качества, които се развиват при тези дейности са целеустременост, смелост, решителност, инициативност, самообладание, активност, способност за пълна мобилизация на силите.

В съвременното училище формирането и изграждането на правилно отношение към труда, към трудовата активност е първостепенна грижа на спортния педагог. Началото на трудовото възпитание започва със спортното възпитание. Това е пряко свързано с изграждането на личността на подрастващите. За да се развива трудовата дейност са необходими трудови знания и съответни умения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целта на физическото възпитание в детската градина се постига чрез различни задачи. Две от тези задачи спадащи към групата на възпитателните задачи са: Възпитаване на нравствени качества (колективност, взаимопомощ, съзнателна

дисциплина, трудолюбие, честност, справедливост и др); Възпитаване на трудови навици за поддържане на физически съоръжения, уреди и пособия. Чрез дейностите игра, гимнастика, туризъм и спорт се развива и усъвършенства двигателната дейност на занимаващите се.

ЛИТЕРАТУРА

- [1]. Ленерт, Г., Лахман, И. - Спорт и игри за най – малките. 1989.
- [2]. Севеев, М., Гешев, А. – Физкултурно букварче. 1978.
- [3]. Кенеман, В. А., Хухлаева, В. Д. – Теория и методика на физическото възпитание в детските градини. 1974.
- [4]. Писарски, К. – За игри дошъл е час. 1987.
- [5]. Попова, Е., Христова, Е. – Теория и методика на физическото възпитание. 1990.

За контакти:

Огняна Станева, студент, Русенски университет ” Ангел Кънчев ”,
Специалност – Предучилищна и начална училищна педагогика,
e-mail: ognqna.staneva@abv.bg

гл. ас. д-р Искра Илиева, Русенски университет “Ангел Кънчев”, Катедра
„Физическо възпитание и спорт”, e-mail: isilieva@uni-ruse.bg.

Компетенции на учителя по физическа култура в предучилищна възраст

автор: Виктория Минева
научен ръководител: гл.ас. д-р Илиян Илчев

***Competence of teacher in physical culture preschoolers:** Physical education in preschool is targeted educational process for training and education. By using various forms, means and methods to promote comprehensive development of children. Its full implementation will improve the opportunities for building a variety of motor skills and habits in them, based on the development of their ability to govern their action and behavior. To achieve their essential competence of the teacher of physical education in preschool.*

Key words: competence of teacher, physical culture, motor skills

ВЪВЕДЕНИЕ

Физическата култура в предучилищна възраст е целенасочен педагогически процес за обучение и възпитание. Чрез използваните разнообразни форми, средства и методи съдейства за комплексното развитие на децата. Пълноценното ѝ реализиране означава усъвършенстване на възможностите за изграждане на разнообразни двигателни умения и навици у тях, на базата на развитието на способността им да самоуправляват своите действие и поведение. За постигането им са от съществено значение компетенциите на учителя по физическа култура в предучилищна възраст.

Педагогическото умение е функция на преживяната образователно-възпитателна ситуация и на опита на учителя. В доклада се разглежда компетентността като основен критерий за професионализъм. Приема се, че компетентността е постигане на съответствие между наличните познавателни ресурси на индивида и изискванията на реалната среда. В този смисъл може да се твърди, че професионално-личностни качества, педагогическо творчество, социалните умения, използването на правилната терминология и добрата предварителна подготовка са само необходимо условие за структуриране на професионалната компетентност. Съгласно изводите на доклада всеки вид професионализъм се свежда до придобиване на квалификация и усвояване на система от личностни качества. Учителската професия трудно може да се упражнява от човек, който не усеща собствената си дейност като призвание и дълг.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Професионално-личностни качества на детския педагог в учебния процес

Задачите на оптимизирания учебен процес по физическо възпитание се решават главно от детския учител. Той е част от научно-творчески потенциал да обучава и възпитава подрастващото поколение. Той трябва да носи в себе си заряд от творчество, да търси и прилага нови, рационални средства и методи. Този творчески процес, прилаган във всяка една област, включва комплекс от качества и способности на педагога, като: наличието на интуиция, фантазия, предвидливост и задълбочени знания; способност да излиза извън шаблона, да притежава оригиналност, инициативност, упоритост, висока самоорганизация, работоспособност. Наличието на тези качества и способности у всеки учител ще бъде несъмнено едно богатство със съществена стойност, за осъществяване на развиващия характер на програмния материал в детската градина.

Известно е, че в заниманието по физическо възпитание, при изпълнението на отговорни възпитателни и образователни задачи, детето трябва да се научи правилно и ритмично да ходи, да бяга, скача, хвърля, да овладява множество гимнастически упражнения, да усвои елементарни двигателни умения от някои

спортни дисциплини – плуване, колоездене, ски, кънки, мини футбол и други спортно-подготвителни игри. За постигането на всичко това, освен изброените по-горе качества и способности у детските учители е необходимо наличието на силна любов, привързаност към професията и активен интерес за решаване задачите на физическата култура. Тяхната научна подготовка в областта на теорията и методиката и техния подход трябва да намерят реален израз в практическите им занимания по физическо възпитание. Ако тези показатели липсват в хода на обучението на посочените по-горе обикновени на пръв поглед движения, ако те допускат грешки в методиката за правилното формиране на двигателните умения, навици и сръчности, по-късно тези грешки много трудно биха се коригирали. Ето защо професията детски учител е трудна и отговорна.

Наличието на оптимална научна организация на учебно-възпитателния процес по физическо възпитание е свързана най-често с творческата индивидуалност на учителя. Това означава, че в педагогическия процес присъства “собствения почерк” на преподавателя, т.е. неговите мисли и действия, специализираните му знания и подготовка, нивото на общата култура, ерудицията, дисциплинираност, способности.

Най-висок резултат в процеса на обучението може да се постигне при добри взаимоотношения между двете участващи в него страни – дете и учител. В условията на физическото възпитание в детската градина от особено значение са компонентите на стандартното поведение – индивидуалният подход, педагогическият такт, личностните качества и черти на характера на учителя, външният му вид, самодисциплината, отношението към работата, контрола върху собственото поведение, словесното общуване и пр. Чрез тях учителят ще може по-обективно да преценява личностните качества на детето, по-активно ще влияе на нравствения му растеж.

Тук също определена роля играе педагогическото майсторство на детския учител. Като понятие то се свързва с разностранната му учебно-възпитателна дейност. А. С. Макаренко посочва два негови елемента – педагогическа техника и педагогически такт. В съдържанието на първото понятие авторът е включил поведението на педагога, интонацията, мимиката, жестовете, проникателността у формата на приложение на педагогическите средства. Към второто е отнасял умението на учителя да установи и поддържа правилно отношение и добри обноси с възпитаниците си. Тук влизат и вниманието, вежливостта, разумните изисквания, чувството за мярка и пр. За педагогическия такт А. С. Макаренко е смятал, че са необходими комплекс от волеви черти на характера на педагога, отнасящи се до научно-преподавателската му дейност – целеустременост, самообладание, решителност, инициативност, организираност, настойчивост и др.

Научната подготовка на детския учител не е гаранция за педагогическите му качества. Той трябва да има и педагогическо призвание да упражнява специалността си, да е всеотдаен, с любов да се изявява в избраната професия. Педагогическото майсторство на учителя трябва да намери израз и в умението му да преподава материала от програмата по физическа култура образно, с емоционална окраска. Неговите чувства могат да се проявяват в словесните му методи на въздействие в работата с децата. Те трябва да са издържани от гледна точка на фонетиката, лексиката, стила, грамотността, съдържанието, емоционалната наситеност и изразителност.

Посочените компоненти на личността му създават предпоставки за актуализиране на обучението по физическо възпитание и ефективното овладяване на най-сложните физически упражнения. Тези му качества резултатно подпомагат активното протичане на множеството психофизически процеси у децата. Те благоприятстват изграждането у тях на много двигателни качества.

От представените характерни черти на методиката на физическото възпитание и особеностите на оптимизирания учебен процес трябва да се разбира, че качествата на учителя могат да се изграждат на базата на интегралния подход. Този подход изисква от педагогическия състав на детската градина научни знания, знания на съвременен ниво, актуални. За нужните на предучилищното физическо възпитание ползването на интегралния подход е във възможностите само на учител с отлична психолого-педагогическа и специална подготовка. От изградената по този модел личност, разностранно образована с висока обща култура и пр. Може да се очаква и ефективно решаване на задачите на обучението по физическо възпитание, т.е. да се постигне неговата основна цел. [2]

Без съмнение на съвременния учител по физическо възпитание са необходими не само специални знания, висока обща образованост и култура, но и практически социални умения като компонент на социалното му поведение и като белег за професионализъм.

Социалните умения, значими за съвременния учител по физическо възпитание, са следните:

- умения за общуване;
- умения за емпатия;
- умения за самоконтрол;
- умения за решаване на конфликти;
- умения за работа и взаимодействие в група.

Уменията за общуване са основни, тъй като от тях зависят характерът и ефективността както на педагогическото общуване, така и на всички социални взаимодействия, осъществявани чрез обучението по физическо възпитание.

Уменията за емпатия са от съществено значение за установяване на успешни взаимоотношения в образователно-възпитателния процес по физическо възпитание. Те се изразяват в способността на учителя да се приобщава към емоционалния живот на другите, да реагира съпричастно на преживяванията им, да разбира техните психически състояния, дори да се вживява в тях.

Уменията за самоконтрол са част от социалните умения. Те определят възможностите на учителя да управлява собственото си поведение като публична личност. Изграждат се на базата на рефлексията и волевите действия. Уменията за самоконтрол в социалната дейност се развиват по-трудно и бавно, тъй като имат комплексен характер. Усъвършенстват се с натрупването на професионален опит.

Уменията за решаване на конфликти се основават на доброто познаване и владееене на различни техники за въздействие в ситуация на остро облъскване на противоположности. Известно е, че в заниманията по физическо възпитание възникват множество конфликти и от различно естество. Независимо от техния вид и от участниците в тях те влияят отрицателно върху общия социален климат и върху душевния комфорт на отделната личност. Уменията за недопускане на конфликти и своєвременното им отстраняване, когато вече са възникнали, са критерий за педагогическо майсторство на учителя по физическо възпитание.

Уменията за работа и взаимодействие в група са необходими от гледна точка на обстоятелството, че физкултурния педагог общува активно с цялата група. От първостепенна важност е съобразяването с груповата динамика: сплотеност, сътрудничество, неформални връзки, лидерски позиции.

Педагогическото творчество на детския учител

Педагогическото творчество има интегрална същност и се отнася до познавателната, емоционалната и социално-нравствената сфера на детския учител, ръководител на физкултурната дейност в детската градина.

Творчеството във физкултурната дейност се изразява в инициативност и активност, организираност и усет към новото, комбинативност, любознателност, способност за преценка, подбор на комуникациите и др. Той е в тясна зависимост от

педагогическата наблюдателност, изразено като обхват и разпределеност на вниманието, проникателност и съсредоточеност, висока сетивна култура. Педагогическото майсторство на учителя е свързано с планиране на нестандартни пътища за решаване на определени задачи (образователни и възпитателни), търсене на алгоритми и вземане на решения при случайно възникнали ситуации в процеса на взаимоотношение и взаимодействия между учител и дете.

При разясняване на ролята на детския учител като спортен педагог, трябва да се имат предвид четирите педагогически способности посочени от Н. В. Кузмина (комуникативна, организаторска, гностична, конструктивна) и пета, характерна за спротно-педагогическата практика – психомоторната.

Педагогическите умения и способности на детския учител се определят в зависимост от етапите в системата - възприемане – изпълнение – творчество, а творческата му дейност от:

- възрастовата динамика на децата и непрекъснатото им развитие на двигателните им възможности;
- многообразието от форми, средства и методи на физическата култура на въздействие и физическо развитие на децата;
- интеграцията и диференциацията на основните дейности (игра, обучение, труд) в процеса на физическата култура;
- задачите и специфичността на формиращите функции на учебния процес по физическа култура;
- непрекъснато изменящите се условия при изработване на двигателните навики и развитието на физически качества;
- голямата роля на подвижната игра и емоциите за активизиране и развитие на детето;
- единството между познавателна и двигателна активност;
- повишените изисквания при осъществяване на учебния процес, за реализиране на функциите; “обучение и тренировка”, “развитие и възпитание”.

При възприемането и изпълнението на двигателните действия, което става най-вече в заниманията по физическа култура и изпълнението им в подвижните игри, се налага творчески подход от страна на учителя. Това се проявява в умението му да: ръководи дейността на детето и детската група с оглед изпреварващото им развитие (реализирането на близки и по-далечни задачи); регулира отделните прояви; привлича вниманието на децата; да ги ангажира активно в дейността; разширява интересите им; вниква в механизма на двигателните действия и ги индивидуализира съобразно възможностите на децата и отделното дете, съобразно техните физични и морфологични особености. Учителят трябва да умее да показва упражненията, да се владее и ориентира при различни ситуации, да владее жестовете си. В етапа на реализация на двигателните действия са важни и комуникативните способности – умението да осъществява взаимодействие, взаимозависимост и взаимоотношение с децата, чрез конкретно програмно съдържание. Нужна е педагогическа общителност, която обхваща умението да се работи индивидуално с децата, да се дава допълнителна информация, която те да осмислят творчески, и да се приучват да работят самосто

ятелно.

За точното и правилното изпълнение на двигателните действия имат значение и познавателните способности определящи се от умението на учителя да ползва нови средства и методи с оглед оптимизиране на двигателната дейност, да проучва физическите, социално-нравствените и волеви качества на децата, колективните взаимодействия и взаимоотношения и да внася корекция.

Подвижните игри и спортно-подготвителните упражнения не могат да се провеждат като стереотипно повторение на минали такива, тъй като във всеки момент се крият различни възможности за педагогически и проблемни ситуации и

инциденти свързани с изпълнението на двигателните действия и възпитателна работа, когато се налага правилно и навременно вземане на решение.

Като средство на последния етап от системата възприемане – изпълнение – творчество, подвижните игри като самостоятелна практика сами по себе си налагат разнообразен подход на учителя. В този случай творческото мислене и действие изисква оригиналност, подвижност и бързина на мисленето, находчивост, творчески усет и такт, разпределено внимание и педагогическа наблюдателност, въображение, подбор на комуникациите и вътрешна потребност от общуване с децата. Нужна е проява на дивергентно мислене, т.е. избор на най-сполучливо решение между няколко възможни.

Често при решаване на проблемни ситуации в този етап участва интуицията и импровизацията на учителя.

- импровизацията се прилага при: непредвидени ситуации и реакции на децата; откриване на по-ефективен подход и метод за въздействие и оптимизиране на двигателната дейност; нови идеи в хода на заниманието, подвижните и спортно-подготвителните игри; възпитателни мерки възникнали в процеса на двигателната дейност;

- интуицията е свързана с целенасоченото търсене на разнообразни решения, на проблемни педагогически ситуации.

При подготовката на учителя за процеса на двигателната дейност се откроява като водещи конструктивните и познавателните способности. Те са свързани с умението за прогнозиране на характерологичните черти на децата, диагностициране нивото на възпитание, отчитане на собствената си дейност и усъвършенстване.

Също така, едни от важните компетенции на учителя е да използва **терминологията** на физическите упражнения. Една от задачите и е да улеснява провеждането на заниманията по физическо възпитание.

Детските педагози трябва да познават терминологията на общоразвиващите упражнения. Ползвайки свободно точните определения на двигателните действия учителите ще подобрят учебно-възпитателния процес. Чрез термините те ще създават (особено у децата от III възрастова група) възможности за формирането на предварителни представи у занимаващите се при изграждането на верни двигателни навици, ще улеснят и прехода на децата от детската градина в началното училище. Ефективността на подготвителните части на заниманието ще бъде сравнително голяма, защото употребата на термините съкращава пасивното време. Значението на терминологията се свързва и с качественото овладяване на гимнастическите упражнения и съчетания. [2]

Предварителна подготовка на бъдещия детски педагог за провеждане на заниманието по физическа култура

Предварителната подготовка за провеждането на заниманието по физическа култура е важен момент в работата на детския педагог. От нея зависи постигането на поставените цели и задачи. Необходима за правилното протичане на целия ход на заниманието и се отнася както за начинаещите, така и за опитни учители. В нея се включват следните компоненти:

- Разработване на месечно тематично разпределение на програмното съдържание за групата, която ще работи. Съдейства за правилно протичане на възпитателно-образователния процес. В него се планират средствата, методите, условията за работа и други. Задължително изискване е предварителното запознаване със здравословното състояние на децата, с данните от изследването на антропометричните им показатели, степента на развитие на двигателните им качества, двигателните им умения и навици;

- Разработване седмичен план;

- Определяне на етапа на обучение за всяка задача и съдържанието на средствата за решаването им (общоразвиващи упражнения, приложни упражнения, игри и др.);
- Осъществяване на правилен подбор на методите, подходите, прийомите за осъществяването на двигателната дейност;
- Осигуряване на ефективни условия за работа;
- Уточняване на уредите и правилното им поддръждане на физкултурната площадка или във физкултурния салон, занималня;
- Предварително обмисляне на организационно-методическите указания, които ще се поставят в хода на протичане на всяка част на заниманието, видове строй, които ще се използват, разположението на децата, начинът на раздаване и прибиране на уредите и други;
- Предвиждане на специални мерки за оказване на помощ, пазене при сложни упражнения;
- Определяне на отговорните на групи, които подпомагат дейността на учителя по отношение на спазването на реда, дисциплината, отказване на помощ, поддръждане на уреди, съдийство при игрите, преценката на работа за всяко дете и др.;
- Добра лично-техническа подготовка - учителят да умее да демонстрира всяко упражнение технически правилно, да контролира движенията си;
- Обмисляне начина на преподаване на всяко упражнение (къде ще застане, за да осигури видимост, как ще покаже упражнението и как ще го обясни, на кои моменти ще акцентира вниманието на децата);
- Обогаляване на знанията чрез специализирана литература (методически ръководства, списания книги), обмяна на опит и добри учители, квалификационни курсове и др.;
- Съставяне на план-конспект.[1]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С оглед на гореописаното може да се изведат следните изводи:

Наличието на професионално личностните качества и способности у всеки учител в учебния процес ще бъде несъмнено едно богатство със съществена стойност, за осъществяване на развиващия характер на програмния материал в детската градина, като най-съществени са: наличието на интуиция, фантазия, предвидливост и задълбочени знания; способност да излиза извън шаблона, да притежава оригиналност, инициативност, упоритост, висока самоорганизация, работоспособност.

Установено е, че социалните умения са показател за професионализъм и професионална компетентност на съвременния учител по физическо възпитание. Колкото по-високо е нивото на ценностите, възможностите, качествата, знанията и опита на учителя, толкова по-високо се оценява и неговият труд. Колкото по-висока обществена стойност имат създадените от учителя стойности, толкова по-висок е престижът на неговата професия, по-желан, по-търсен, по-необходим е той за своите ученици, за обществото.

Обосновано е, че педагогическото творчество във физкултурната дейност се изразява в инициативност и активност, организираност и усет към новото, комбинативност, любознателност, способност за преценка, подбор на комуникациите и др. Той е в тясна зависимост от педагогическата наблюдателност, изразено като обхват и разпределеност на вниманието, проникателност и съсредоточеност, висока сетивна култура.

Ползвайки свободно точните определения на двигателните действия учителите ще подобрят учебно-възпитателния процес. Чрез термините те ще създават

възможности за формирането на предварителни представи у занимаващите се при изграждането на верни двигателни навици, ще улеснят и прехода на децата от детската градина в началното училище;

Предварителната подготовка за провеждането на заниманието по физическа култура е важен момент в работата на детския педагог. От нея зависи постигането на поставените цели и задачи.

Педагогическото творчество, като професионално качество на учителя в детската градина е важен фактор за оптимизиране на двигателната дейност, за постигане на оптимум във взаимодействието между учител и дете.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Момчилова, А. Методическо ръководство по Физическа култура в детската градина. 2010.

[2] Попова, Е. Христова, Е. Теория и методика на физическото възпитание. Университетско издателство „Климент Охридски“. София. 1990.

За контакти:



Виктория Минева
Ф. №146312, спец. ПНУП
Email: v.valentinova.p@hotmail.com

гл. ас. д-р Илиян Илчев, Русенски университет “Ангел Кънчев”, Катедра „Физическо възпитание и спорт“, e-mail: iilchev@uni-ruse.bg.

Йога - практика в начална училищна възраст

автор: Десислава Ангелова

научен ръководител: гл. ас. д-р Искра Илиева

Йога е начин на живот – тя включва упражнения за ума и тялото и начина на хранене. Има различни степенни на йога, хата йога е най-ниската от тях и се препоръчва за начинаещи. Първото нещо, което трябва да се практикува е дишателни упражнения – или с определени ритъм или контролира провеждането на дъх. След това са упражнения за тялото – асани. Те използват стречинг и задържане с цел активизиране на определени групи от мускули. Храната, която е здравословна според йога се състои от плодове, зеленчуци, зърнени и бобови храни, ядки, захар, мляко и млечни продукти. Работа за ума трябва да се съсредоточи върху обучението за концентрация, авто-предложение и релакс.

Key words/ ключови думи: Шатрас, Ведите, Ришите, Махабхарата, Рамаяна, Йога Сутрите на Патанджали, ям, ахимаса, сатя, астея, брахмачария, апариграха, нияма, шауча, сантоша, тапас, асана, пранаяма, пратияхар, дхияна, самадхи.

ВЪВЕДЕНИЕ

Произходът на йога се намира в древността. За първи път е изложено във великите Шастрас (текстове), познати като Ведите. Четири на брой, те са най-ранните писания, известни на човечеството хилядолетия назад. Заедно тези текстове обясняват и регулират всички аспекти на живота, от върховната реалност до всички светски дела. Тук е мястото, както и в класическата литература, където можем да видим доказателство за произхода на йога.

От кога съществува йога? Точната поява на Ведите е загубена назад в годините. Ведите сами по себе си са били древни химни, първоначално изпъвани от Ришите (мъдrecи) в горите където са живели аскетичен живот...и по този начин са предавани от Гуру на ученик може би хиляди години преди да бъдат записани. Корените на йога могат да бъдат проследени до най-старинните скрипти Риг Веда, която говори за „събуждане на ума“ за „най-висшата сила“.

Ведическите мъдrecи са били наясно с естеството, значението и последиците на практическите аспекти на йога. Двата най-древни епоса се наричат **Рамаяна и Махабхарата** – те олицетворяват обносните, обичайте и положението на древните индийци.

Рамаяна – тя е практическо ръководство и показва на човечеството как да живее духовен живот с безброй уроци, които илюстрират правилните нагласи към всички предизвикателства на светския живот.

Махабхарата – означава Велика Индия, тя разказва историята на борбата на всяка човешка душа за преодоляване на животинските страсти и дава възможност на божествените ни качества, на вродената ни по-висша природа.

Йога Сутрите на Патанджали – първата пълна, добре организирана презентация на йога като духовна наука е Йога Сутрите на Махариши Паннджали (Маха – велик, риши – мъдrec) . Много се дебатите относно датата на творбата, но обикновено се приема, че е най-малко 2500 години. Йога сутрите е най-автентичното писание, с подробно описание на Аштанга йога – осморния път в йога.

1. Яма – морални признаци – придържане на чистота в отношението между хората е здравата основа. Яма се състои от ахимаса (ненасилие), сатя (придържане към истината), астея (некрадене), брахмачария (целомъдрие), и апариграха (отсъствие на алчност).
2. Нияма – дисциплина - състои се от шауча (чистота на тялото и ума), сантоша (задоволство и позитивност), тапас (съзнателно усилие за самовъзпитание).

3. Асана – стабилна и удобна поза, съществува тясна връзка между физиката и ума.
4. Пранаяма – контрол върху жизнения дъх, жизнената енергия е навсякъде около нас.
5. Пратияхара – обръщане на сетивността навътре, започва се същинско пътуване към себе си.
6. Дхияна – медитация.
7. Самадхи – свръхсъзнателно състояние, блаженство, покой, любов.

Това са открития, вярвания и практики, които са еволюирали и са били предавани през хиляди години, от самото начало на Ведическия път. Произхода на йога се простира по-далеч, където може да ни отведе съвременната история. Нейната философия не се корени само във физическата култура за здраве и благополучие, а извира от философия на съществуване, която е основа на по-висши стойности...

Стойности въз основа на които е построена цялата ведическа култура на древна Индия.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Възможности за приложение на йога в НУВ

Йога е древна наука за това как човек да живее хармонично, да развива както здраво и гъвкаво тяло, така и бистър ум и връзка с Божествената си природа. При децата йога практиката развива опорно-двигателната система, скелета, мускулатурата и връзката между тях.. Подвижността, ловкостта и правилната стойка, са много ценни качества за телата на младите. Същевременно йога оказва благоприятен ефект и върху контролиращите системи - нервна и ендокринна. Въздейства също върху метаболизма, храносмилателната и дихателната система. Йога практиките спомагат за хармоничното развитие на двете полукулба на мозъка, свързани съответно с логиката, рационалността и с креативността, въображението и интуицията.

Дихателните практики /пранаяма/ освобождават ума от натрупания стрес, увеличават способността на децата да възприемат и разбират информацията. Йога практиките помагат на децата да подобрят концентрацията си, да балансират материалното и духовното, да развият правилно тялото си, да дишат правилно. Учат ги как да релаксират и контролират емоциите си, за да не се достига до агресия, друга наболяла тема на обществото ни.

Йога практиките за деца са изключително забавни и лесни за изпълнение и могат да се прилагат както в специализирана зала, така и в класната стая, на двора или сред природата. При системно практикуване на йога значително се повишава устойчивостта на вниманието при децата .

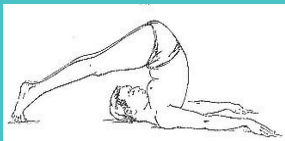
Упражнения и асани

Йогийските пози или така наречените асани са упражнения, имащи за цел да подобрят физическото състояние на човека, като развият гъвкавост, сила и равновесие. Обтягането на сухожилията напъва до максимум мускулните сночета. Това води до пораждането на усещания за импулси в рецепторите, подобни до известна степен на импулсите, съпровождащи цикличните упражнения.

Асаните отпускат мускулите и ставите, а задържането на позите масажират вътрешните органи, подобрява дишането и кръвообращението. Докато се правят асаните е необходимо да се обръща внимание на вътрешните усещанията. При издишване тялото се отпуска, а при вдишване е необходимо задържане в достигнатата позиция.

В началото занимаващите се трябва да открият съответното положение на тялото, в което се чувства удобно и постепенно да се напредва.

Някои от основните асани са: **триъгълник, свещ, риба, рало, главоколянна поза, кобра, обтегач и лотос.**

№	упражнения	Организационно-методически указания
1	Триъгълник 	И.П. стоеж. Вдишвайки, се повдигат ръцете встрани до хоризонтално положение и се заема широк разкрасчен стоеж като дясното стъпало се насочва навън. При издишване се изпълнява наклон надясно като дясната ръка се плъзга надолу по едноименния крак към ходилото. Едновременно с това се повдигнете лявата ръка нагоре, така че дланта да сочи напред. Погледът е насочен към нея. Тази позиция се задържа, обтягайки тялото нагоре при всяко издишване. След това вдишвайки се заема изходно положение. Упражнението се повтаря в другата посока. Не трябва да се измества таза назад, докато се изпълнява упражнението.
2	Кобра 	И.П. лег. Ръцете се поставят с длани на пода на ниво на гърдите. Вдишвайки главата се повдига нагоре. Следва издишване. Отново вдишване, като трупа се повдига назад. Издишване. Следва отново вдишване с допълнително повдигане на трупа нагоре и назад, като се спира точно преди пъпът да се повдигне над пода. Използват се мускулите на гърба, за повдигане на гърдния кош, а след това се включват и ръцете. Тази поза се задържа от три до пет вдишвания и след това бавно тялото се отпуска надолу с издишване.
3	Рало 	Рало е една от главните пози от групите навеждащи напред асани. Тя действа върху целия гръбначен стълб и увеличава гъвкавостта му. Коремната преса се засилва. Позата има освежаващо действие поради обърнатото положение и подобрено оросяване на мозъка. Благоприятен е и ефектът върху кожата на лицето. Начинаещите допускат следните грешки: сгъват коленете при заемането на самата поза; изпълняват движенията неравномерно и силно; стягат раменете, челюстите, врата; дишат неравномерно.
4	Главоколянна опора 	Главоколянна поза огъва цява гръбначния стълб, засилват се коремните и гръбните мускули. Упражняването отстранява тлъстините в областта на корема и бедрата. Оформя гръбначните прешлени и кръстните стави. Засилва перисталтиката на червата, кръвоснабдява бъбреците, черния дроб и стомаха. Възможните грешки при изпълнението на асаната са: повдигане на трупа, преди ръцете да са докоснали бедрата; извършване на бързи и неплавни движения; не отпускане мускулите на гърба; в стремежа да се допре челото в коленете се изгърбват, без да приближат гърдите и корема към краката.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Йога е науката, която води по пътя на опознаване на човешката същност и целта ѝ е достигане до чистото съзнание, покой и блаженството в нас. Йога ни разкрива скритите закони, които управляват ума, и ни дава средство да се справяме с емоции като гняв, угризения, вина, завист, страх.

Когато тези емоции ни обхванат, нашата жизнена енергия се изчерпва, тялото ни отпада, умът ни е омаломошен. Посредством техниките на йога – физическите и дихателните упражнения, медитацията и релаксацията, и чрез прилагането на знанието в ежедневието ние презареждаме тялото и ума си, печелим ценно време за себе си, за работата си, за семейството си и за обществото.

Йога ни учи как да запазим баланса си, когато сме радостни и щастливи, и как да преминаваме с успех през стресови ситуации, запазвайки самообладание. Или простичко казано – посредством йога ние се грижим за нашето тяло и ум, като се докосваме до нашия дух (източник), което ни зарежда с енергия и хармонизира живота ни, прави ни по- щастливи, по-спокойни и по-успешни.

ЛИТЕРАТУРА

Минчев Б., Обща психология, С.2009

Стамболова, С. – Синдром на хиперактивност с дефицит на внимание, С.2009

<http://www.discover-yoga-online.com/origin-of-yoga.html>;

<http://www.artofliving.org>

За контакти:



Десислава Иванова Ангелова, Русенски университет,
ФПНО, Специалност: ПНУП, Фак.№136304
e-mail: d_bojinova77@abv.bg

гл. ас. д-р Искра Илиева, Русенски университет “Ангел Кънчев”, Катедра
„Физическо възпитание и спорт”, e-mail: isilieva@uni-ruse.bg.

Система за контрол и оценка на физическите качества на деца от предучилищна възраст

автор: Севиляй Мустафа Паша

научен ръководител: гл.ас. д-р Илиян Илчев

Systems for monitoring and evaluation of the physical qualities of preschool children: Main task of surveillance is the systematic monitoring of the effects of physical training and sport and on this basis for an adjustment in funding methods and forms of impact. For a complete solution to the problem is needed in (basic) and differential (specific) criteria and indicators. Main complex criterion for the efficiency of the whole system of physical education and sport is its contribution to the physical state of the nation, which includes three components - physical and mental health, physical development and physical abilities. Everyone still children showed their physical abilities through sports activities develop them. The main physical qualities of man are speed, strength, endurance, flexibility and agility. They develop and improve under the influence of a number of endogenous (genetic, internal) and exogenous (external) factors. To exogenous factors apply: the impact of social environment, climate, demographic conditions, sanitation, nutrition, physical activity and more. Relevant to the physical qualities of man and age, and the means and methods used to develop various qualities. They develop through constant sports activities of man.

Key words: demographic conditions, nutrition, efficiency

ВЪВЕДЕНИЕ

Главна задача на контрола е системното проследяване на ефекта от заниманията с физически упражнения и спорт и на тази основа внасянето на съответни корекции в средствата, способите и формите на въздействие. За цялостно решаване на проблема са необходими комплексни (базисни) и диференцирани (специфични) критерии и показатели. Основен комплексен критерий за ефективността на цялата система за физическо възпитание и спорт е нейният принос за физическото състояние на нацията, което включва три компонента – физическо и психическо здраве, физическо развитие и физическа дееспособност.

Всеки човек още в детска възраст показва своите физически качества и чрез спортната дейност ги развива. Основните физически качества на човека са бързина, сила, издръжливост, гъвкавост и ловкост. Те се развиват и усъвършенстват под влияние на редица ендогенни (генетични, вътрешни) и екзогенни (външни) фактори. Към екзогенните фактори се отнася: влиянието на социалната среда, микроклимат, демографски предпоставки, хигиенни условия, хранене, двигателна активност и др. От значение за физическите качества на човека е и възрастта, както и средствата и методите, които се използват за развитието на различните качества. Те се развиват посредством постоянната спортна дейност на човека.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Бързината, силата, издръжливостта, гъвкавостта и ловкостта са основните физически качества на човека. Те се развиват постепенно като се проявяват в генетични, вътрешни или външни фактори. Проучванията показват, че двигателните качества се развиват неравномерно, но постоянно с прираст ту на едно, ту на друго качество. Възпитаването на двигателните качества влияе върху развитието с цел то да бъде изменено в необходимата ни посока.

Силата като физическо качество на човека може да се определи като неговата способност да преодолява външно съпротивление или да противодейства за сметка на мускулните усилия. Силата на човека и силовата му подготовка са изключително важни. Съществуват два вида силови способности- Собствено-силови способности (проявяват се при статически режим на работа и бавни повдигащи движения) и скоростно-силови способности(проявяват се при бързи движения и амортизационна сила - проявяват се при отстъпващи движения). Посочените видове

силови способности са основните, обаче, не изчерпват цялото многообразие в проявите на силите на човека. В много случаи крайно важна е така наречената "възривна сила" - способност да се проявяват големи сили в най-кратко време. Както всяко друго двигателно качество, така и силата се проявява в определени параметри на движенията и може да се измерва по тъждествен способ. Форми на проявление на силата са: абсолютна, скоростна, възривна сила и силова издръжливост. Всяка една от тях има своя характеристика и съответно методично значение, като цел и начин за развиване и усъвършенстване. Величината на мускулната сила зависи от редица анатомио-физиологични, нервно-мускулни, биохимични и други фактори.

Освен разгледаните до тук фактори на мускулната сила трябва да се отбележи и ролята на основните функционални системи - сърдечно-съдовата, дихателната, ендокринната и др. Не бива да се пропуска, че за проявление на силата влияят редица психически фактори - мотивацията, волевото усилие, концентрацията на вниманието, положителните емоции и други. За възпитаване на физическото качество сила, се използват най-различни упражнения, които от общата класификация са известни като физически упражнения за сила. Те са с подчертано естествено-приложен характер, общоразвиващи упражнения от фонда на основната гимнастика, упражнения с уреди и на уреди, физически упражнения от леката атлетика - скокове, хвърляне и тласкане, упражнения с противодействие, редица подвижни и щафетни игри и т. н. Не може да се говори за методите за възпитаване на силата без да се изясни същността и методиката на силовата подготовка.

Известно е, че съществуват три начина за създаване на максимални силови напрежения: повторно повдигане на непределен товар до изразена умора (до отказ); повдигане на пределен товар и повдигане на непределен товар с максимална скорост. В съответствие с това се предлагат три различни метода за възпитаване на силата: метод на повторните, метод на максималните и метод на динамичните усилия. Изложените принципи положения или правила, не бива да се възприемат догматично. Всеки учител или треньор трябва да ги прилага и използва примерно и строго индивидуално, за да се постигнат най-добри резултати.

Бързината на човека е изключително важна и има широк спектър на проявление в многопосочната му дейност - бит, трудова дейност, занимания с физически упражнения, в спорта и др. Тя дава възможност на човека да осъществява двигателни действия в минимален за дадени условия срок, изпълнението на задачата не трябва да води до възникване и натрупване на умора.

Бързината е способност на човека да извършва движения с голяма скорост и честота в продължение на минималния за дадени условия период от време. Същевременно обаче скоростта и бързината не трябва да се приемат като синоними. Специфичните форми на това физическо качество са скорост на отделното движение при малко съпротивление; честота на движенията при малка амплитуда; латентно време на двигателната реакция способност към бързо начало на движенията. В сравнение с другите двигателни качества на човека бързината най-трудно се поддава на развитие. Основно средство за възпитаването и са скоростните упражнения, лекоатлетически упражнения и игри за бързина. Основни методи за възпитаване на физическото качество бързина е повторните, игровия и състезателния метод. Емоционалният фон който се създава чрез тези методи благоприятства изпълняващите да се освободят, движенията стават по-непринудени и свободни.

Ловкостта е способност на човека да координира своите движения и действия време, пространство и усилие, адекватно на двигателната задача. Ловкостта е комплексно двигателно качество, функция от степента на развитие на останалите двигателни качества, за това най-интензивното повишение, както и най-високи стойности на развитие на ловкостта трябва да се търсят в детска възраст.

Високата, съвършена координираност на движенията лежи не в основата на т. нар. двигателно качество ловкост, а в основата на създаването чрез обучение двигателни навици, в основата на техниката на движенията. В тази светлина ние се придържаме към все още преобладаващото в теорията и практиката схващане за ловкостта, че е координационно-двигателните възможности на човека. Способността на организма да съгласува своите действие се проявява в две направления: способност към овладяване на нови двигателни действия; способност към двигателна адаптация, т.е. умение да се приспособява усвоена структура от двигателни действия към различните условия на дейността. Бързината, точността и икономичността, с които се овладяват и изпълняват сложни в координационно отношение двигателни действия, са конкретните измерители на ловкостта като двигателно качество на човека. Способността към овладяване на нови движения и двигателни действия се развива във възрастта само до определен момент, достигайки своя връхна точка. За усъвършенстване на способността към бързо и целесъобразно преустройство на двигателната дейност се използват упражнения, изискващи бързина на реакцията. Основно изискване при работата за ловкост е непрекъснатото повишаване на координационните трудности, които трябва да преодолеят занимаващите се.

Гъвкавостта се определя като способност на човека да изпълнява движения с голяма амплитуда. В теорията и практиката на физическото възпитание и спортната тренировка се използват понятията:

обща гъвкавост - позволяваща изпълнение на разнообразни движения с голяма амплитуда и специална гъвкавост - характеризираща пределната подвижност в отделни стави, специфична за определен вид спорт;

анатомична - дава ориентировъчна картина на възможните движения в една или друга става; пространствена гъвкавост - включва способността на тялото да се разтяга максимално далеч в различни посоки;

активна гъвкавост - проявява се посредством собствени мускулни усилия; пасивна гъвкавост - проявява се под влияние на външни сили.

Гъвкавостта зависи от еластичността на ставните връзки, мускулите, сухожилията и от подвижността на различните ставни съчленения на опорно-двигателния апарат. Зависи също така и от формата на ставните повърхнини, от дължината и еластичността на ставните връзки и от сухожилията, с които мускулите са прикрепени към скелета. Тя е един от основните фактори за овладяване техниката на физическите упражнения. При добро състояние на това качество с по-голяма лекота и икономичност се изпълняват отделните движения. Особено голямо е значението на гъвкавостта за постигане на високи постижения в гимнастиката, акробатиката, особено в художествената гимнастика, фигурното пързаляне и др. Тя е такова качество, което относително лесно се възпитава и бързо се губи.

КОНТРОЛ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ

Контролът и оценката при физическото възпитание на децата от предучилищна възраст се отличават с разнообразни функции и някои специфични особености.

1. Проучването, диагностиката и прогнозирането на детското развитие се осъществява съвместно от учителите, директорите, медицинските лица в предучилищните заведения, със съдействието на родители и специалисти по физическа култура.

2. Извършва се в естествена среда при дейността на детето в игрите, заниманията, празниците и други.

3. Прави се предварително, текущо (непрекъснато) и периодично проучване, контрол и оценка, които дават информация за резултатите от педагогическата дейност и развитието на детето.

Предварителното диагностициране подпомага планирането, индивидуализирането и диференцирането на обучението по физическо възпитание. Текущото разкрива степента на овладяване на програмното съдържание от всяко дете. То налага промени в планирането и осъществяването му. Позволява намирането на подходящи средства, форми, методи за оптимизиране на учебния процес. Периодичното диагностициране се осъществява най-малко два пъти в годината. Обикновено през месеците септември и май се организират контролни измервания.

4. Използват се определени критерии и показатели. Те са посочени в програмните документи и изисквания за работа в предучилищни заведения, на таблица 1 са показани и критериите за оценяване на физическото развитие при децата от предучилищна възраст.

Таблица 1

Критерии и показатели за оценка на резултатите на физическо развитие на децата:

	Критерии	Показатели
1	Здравословно състояние на детето	Общ вид, телодържание, активност, заболявания, брой отсъствия по болест.
2	Физически качества	Ръст в право положение, телесно тегло, гръдна обиколка разлика от вдишване и издишване.
3	Знания в областта на физическата култура	Названия на физически упражнения, уреди, пособия, спортове, основни понятия, двигателни представи за изпълнения на физически упражнения, игри, знания за обезопасяване, организация, самоорганизация, и др. За ползата от физически упражнения.
4	Двигателни умения и навики	Изпълнение на програмното образователно съдържание качествена и количествена оценка за изпълнение на физическите упражнения; приложението им в игри в различни условия.
5	Физическа дееспособност	Степен на развитие на физическите(двигателните) качества бързина, сила, издръжливост, гъвкавост, ловкост, измерени чрез определени тестове
6	Личностни качества	Проявени преди, след и по време на физкултурна дейност
7	Самостоятелни и допълнителни занимания с физкултурна дейност	По някой вид спорт с треньор, със семейството, извън детското заведение.

Физическата дееспособност се отчита с помощта на следните тестове:

1. Тест "Бягане не 40 м" (сек). - Информира за физическо качество бързина. Измерването се извършва на равна пътека дълга около 50 м. на която се очертава стартова линия и финална пинин. Бягането с от през старт. започва при сигнал от учителя. Стартовата линия не се пристъпва. Времето се отчита с хронометър едновременно на две деца, които бягат в две коридора с точност 0.1 сек. Тестът е еднократен;

2. Тест "Скок на дължина от място" (см). - Информира за взривната сила на долните крайници. Провежда се на равна площ. Пътеката се маркира предварително през един сантиметър. детето застава в стоеж с ръце горе пред стартова линия. Изпълнява мах с ръцете през напред до долу назад и леко пружинира. Следва

енергично замахане на ръцете до горе и мощен отскок напред нагоре. Приземяването е в полуклек с ръце напред. Измерва се разстоянието до най-близкия до стартовата линия белег визуално, с точност до 1 см. Изпълняват се три опита и се записва най-доброто постижение;

3. Тест "Хвърляне на плътна топка 1 кг с две ръце по начин отгоре". - Информира се за взривната сила на ръцете, раменния пояс и гърба. Детето е в разкрячен стоеж на стартова линия с ръце горе. Топката е хваната с разтворени пръсти. Ръцете леко свити отвеждат топката назад зад главата. Тазът е изнесен напред, коленете са свити. Разрешен е мах в предно-задна посока. Следва мощно изхвърляне на топката по посока напред нагоре и по възможност по-далеч. Краката не се местят, дължината се отчита визуално по предварително маркирана линия, с точност 1 см. Изпълняват се три опита и се записва най-доброто постижение;

4. Тест "Хвърляне на малка топка (80 гр.) във вертикална цел." - Информира за точността на стрелбата, (окомера). Хвърлянето се изпълнява в една ръка по начин отгоре в очертани на стена три концентрични кръга. Найвътрешният е с диаметър 30 см, средният 45 см, външният 60 см. Височината от центъра на вътрешния кръг до пода е 2 м. Разстоянието за стрелба за всички възрасти е 3 М. При попадение на топката във най-вътрешния кръг се отчитат 3 точки, за средния кръг 2 точки, за външния кръг 1 точка. За попадение на топката извън кръговете не се присъждат точки, допускат се три опита и се отчита сбора на точките;

5. Тест "Седеж от тилен лег за 30 сек" - Информира за силовите качества на коремната мускулатура. Изходното положение е тилен лег със свити и леко разтворени крака, ръцете се зад тил. Глезенните стави се придържат от дете или учителя. От това изходно положение детето трябва да се изправи до седеж, да опरे с лакти коленете и да се върне в изходно положение. Изпълнението започва след сигнал "Започни", като едновременно се пуска хронометърът. За 30 сек с оптимално бързо темпо детето се изправя и ляга. Едно изправяне и лягане се отчита за една бройка;

6. Тест "Клякане за 20 сек" - Информира за силата на мускулатурата на долните крайници и скоростно-силовата им издръжливост. Детето е в изходно положение стоеж, ръце покрай тялото. При сигнал "Започни", се пуска хронометърът. Клякането се изпълнява с оптимална бързина, дълбоко. За една бройка се отчита един цикъл клякане и ставане. Получената информация от контрола и оценката е критерий за цялостната дейност на предучилищното физическо възпитание. Тестът е еднократен.

В първия случай водещият критерий е многофункционалният и здравният ефект от заниманията с физически упражнения и спорт, респективно неговото въздействие върху главните компоненти на социалния статус на човека – учение, труд, дълголетие. Във втория случай основните критерии са: нивото на спортните постижения и резултатите от специализирания текущ и етапен контрол с елитните ни спортисти. Решаването на двата проблема е от компетенцията и задълженията на МФВС, което осъществява необходимата координация и контрол на национално равнище и осигурява целевите средства за тази дейност.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Задачите на физическото възпитание в предучилищна възраст се уточняват и конкретизират във всяка възрастова група. Реализират се чрез съдържанието, организацията и условията на възпитателно - образователния процес на физическо възпитание и в единство с другите дейности в детската градина; чрез създаване на необходимите реални предпоставки и възможности за целенасочено дейностно и личностно развитие на детето и подготовката му за училище.

На информационно табло се отразяват вербалните оценки за състоянието на физическата дееспособността (отлична, добра, задоволителна, слаба) и

постиженията за всеки показател. Прави се сравнение на резултатите с тези от таблицата за лонгитудиналното научно изследване на физическото развитие и физическата дееспособност на населението в България.

ЛИТЕРАТУРА

- [1]. Алексиев, Р. За някои аспекти и проблеми на двигателната активност и здравословното състояние на децата в съвременните детски градини, Русе, 2009
- [2]. Божилов, М. Теории и технологии на двигателната дейност в детската градина, УИ, Шумен, 2001
- [3]. Попов, И. Методите в училищното физическо възпитание МФ, С., 1982
- [4]. Гуревич, Й. Кръговата тренировка при развиване на физическите качества, М Ф, С., 1989

За контакти:



Севиляй Паша
Русенски университет „Ангел Кънчев”, ПНО,
Специалност
Предучилищна и начална училищна педагогика,
2-ри курс, ОКС – Бакалавър,
e-mail: swly@mail.bg

гл. ас. д-р Илиян Илчев, Русенски университет “Ангел Кънчев”, Катедра
„Физическо възпитание и спорт”, e-mail: iilchev@uni-ruse.bg.

**РУСЕНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
“АНГЕЛ КЪНЧЕВ”**



СТУДЕНТСКА НАУЧНА СЕСИЯ СНС'17

П О К А Н А

**Русе, ул. "Студентска" 8
Русенски университет
“Ангел Кънчев”**

Факултет „Обществено здраве и здравни грижи”

**СБОРНИК ДОКЛАДИ
на
СТУДЕНТСКА НАУЧНА СЕСИЯ – СНС’16**

Под общата редакция на:
доц. д-р Теодора Недева, д. м.
гл. ас. д-р Ирина Караганова
гл. ас. д-р Искра Илиева

Отговорен редактор:
проф. д-р Диана Антонова

Народност българска
Първо издание

Формат: А5
Коли: 27,375
Тираж: 28 бр.

ISSN 1311-3321

ИЗДАТЕЛСКИ ЦЕНТЪР
на Русенски университет “Ангел Кънчев”