



**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ**  
**„Проф. д-р П. Стоянов“ – гр. Варна**

---

**ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ“**  
**КАТЕДРА „ЗДРАВНИ ГРИЖИ“**

**Славена Тодорова Илиева**

**СЪВРЕМЕННАТА АКУШЕРКА В ЕКИПА ЗА ИНТЕНЗИВНИ  
НЕОНАТАЛНИ ГРИЖИ - ОБРАЗОВАТЕЛНИ АСПЕКТИ,  
КОМПЕТЕНЦИИ И РОЛЯ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

на дисертационен труд за присъждане на образователна степен  
„Доктор“

**Научна специалност:**

„Управление на здравните грижи“

**Научен ръководител:**

Проф. Соня Тончева, д.оз.н

**Научен консултант:**

Проф. д-р Емилия Христова, д.м

**Официални рецензенти:**

Доц. д-р Гена Грънчарова, д.м.

Проф. Силвия Борисова, д.оз.н

**Варна, 2020**

Дисертационният труд съдържа 180 страници и е структуриран в пет глави. Включва 57 фигури, 24 таблици и 6 приложения.

Библиографският списък включва 240 литературни източника, от които 132 са на кирилица, 93 на латиница и 15 интернет източника. Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита от разширен катедрен съвет на Катедра „Здравни грижи“ към Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов“, гр. Варна, на 11.12.2020 г.

Публичната защита на дисертационния труд ще се проведе на 16.03.2021г. от .....ч. в зала ..... в Медицински колеж на Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов“ - Варна на открито заседание на Научно жури.

Материалите по защитата са на разположение в научния отдел на МУ–Варна и са публикувани на интернет страницата на МУ-Варна.

## Съдържание

Използвани съкращения.....	5
<b>I. Въведение .....</b>	<b>7</b>
1.1. Структура на литературния обзор.....	9
<b>II. Методология и организация на научното проучване.....</b>	<b>10</b>
2.1. Цел и задачи на проучването.....	10
2.2. Работни хипотези.....	11
2.3. Организация, време и място на дисертационното проучване.....	11
2.4. Методи на проучването.....	15
2.5. Инструментариум на проучването.....	17
2.6. Дизайн на експеримент.....	18
2.7. Понятиен апарат.....	22
<b>III. Резултати и обсъждане.....</b>	<b>24</b>
3.1 Социо-демографска характеристика на изследваните лица.....	24
3.2 Компетентност на акушерките в ИНО.....	28
3.3 Необходимост от допълнително обучение и повишаване на квалификацията.....	33
3.4 Професионални качества на акушерките, необходими за работа в ИНО.....	40
3.5 Мотивация и адаптация на акушерките за работата в ИНО.....	43
3.6 Нагласи на акушерки и експерти, относно внедряване на специфична документация в практиката на акушерката (Протокол за интензивни неонатологични грижи .....	45
3.7 Иновации при оказването на неонатални грижи и участие на акушерката в тях - „Кенгуру грижа“.....	51
<b>IV. Съвременната акушерка – роля и приложими компетенции в ИНО.....</b>	<b>63</b>
4.1. SWOT анализ за професионализацията на акушерките, работещи в Интензивно неонатологично отделение и Кенгуру грижа .....	63
4.2 Експериментално внедряване на Протокол за акушерски грижи при Неонатален респираторен дистрес синдром на новороденото и приложение на сърфактант терапия в ИНО .....	66
4.3 Необходимост от въвеждане на протоколи за унифициране на акушерските грижи в ИНО – резултати от проведен експеримент с участието на акушерки.....	70

<b>V. Изводи, препоръки, приноси.....</b>	<b>76</b>
5.1. Изводи.....	76
5.2. Препоръки.....	77
5.3. Приноси.....	78
<b>Научни публикации във връзка с дисертационния труд.....</b>	<b>80</b>

## ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

ИНО	Интензивно неонатологично отделение
НИС	Неонатологичен интензивен сектор
СЗО	Световна здравна организация
СДО	Следдипломно обучение
ЕДИ	Единни държавни изисквания
СБАГАЛ	Специализирана болница по акушерство и гинекология за активно лечение „Проф. д-р. Д. Стаматов“ гр. Варна
БАПЗГ	Българска асоциация на специалистите по здравни грижи
КПР	Кардио-пулмонална ресусцитация
ХМБ	Хиалинно мембранна болест
НРДС	Неонатален респираторен дистрес синдром
СТ	Сърфактант терапия
КГ	Кенгуру грижа



## I. ВЪВЕДЕНИЕ

Неонатологията е сравнително нова специалност, дял на педиатрията, свързан с полагане на висококачествени рутинни, специални и интензивни грижи за новородени. През 1991 г. се обособява като самостоятелна специалност, дефинира се основната терминология като жизнеспособен плод, рисково новородено и критерии за организация и оборудване на неонатологичните звена. Интензивните грижи за рискови новородени се развиват прогресивно, което води до повишаване на преживяемостта и дава шанс за по-добро качество на живот на децата с висок риск.

Според редица епидемиологични проучвания през последните години се наблюдава повишаване на дела на рисковите новородени. Смъртността при тези деца в значителна степен формира неонаталната детска смъртност, а тя е основен демографски показател, който характеризира качеството, структурата и организацията на неонатологичната помощ в съответното лечебно заведение.

Бързото развитие на медицината и технологиите налагат внедряване на специализирана високотехнологична апаратура в отделенията за интензивна терапия. Интензивното лечение в неонатологията изисква допълнително обучение, системно актуализиране и надграждане на компетентностите на здравните професионалисти.

Добрата подготовка на акушерките е от съществено значение за осигуряване на високо качество на грижите за най-малките пациенти. Основната дейност на неонатологичната акушерка е полагането на първите грижи след раждането. Тя притежава компетентност, през първите „ПЕТ златни минути“ да направи преценка на риска за новороденото и това да предопредели обема на акушерските грижи, като рутинни, специални или интензивни. Акушерката активно съдейства на лекар, по време диагностично-терапевтичните процедури. Комунитативните ѝ умения са от изключително значение при общуване и обучение на родители на рискови новородени за последващи грижи след изписване.

През последните години, в България се правят опити за внедряване на метода „Кенгуру грижа“ в неонатологичната практика. Контактът „кожа до кожа“ има редица предимства както за майката, така и за детето. Сериозността и актуалността на проблема мотивира изследователски интерес за неговото проучване и успешно прилагане чрез създаването на благоприятна среда за обучение на родителите и перманентно консултиране. Позиционирането на семейна стая за осъществяване на „Кенгуру грижа“ осигурява възможности за активно участие на родителите в рутинните грижи за децата им, подпомага поддържане на по-близък контакт майка-дете и позволява обучение на родителите в последващите грижи, извън лечебното заведение.

Всичко това ни провокира да проучим и анализираме образователните аспекти, компетентности и роля на съвременната акушерка в екипа, осъществяващ интензивни неонатологични грижи. Основания за разработване на настоящия дисертационен труд са актуалността на темата, необходимостта от детайлизиране на задачите на акушерката в екипа и внедряване на унифицирана документация, описваща дейностите на акушерката.



## 1.1. Структура на литературния обзор

Първа глава на дисертационния труд включва литературен обзор, представящ в структуриран вид различни аспекти на интензивните неонатологични грижи (фиг.1).



*Фиг.1 Структура на литературния обзор*

## **II. МЕТОДОЛОГИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ НА НАУЧНОТО ПРОУЧВАНЕ**

### **2.1. Цел и задачи на проучването**

#### **Цел**

Да се изяснят образователните аспекти, компетенциите и ролята на съвременната акушерката в екипа, чрез проучено мнение на лекари, здравни професионалисти и проведен експеримент за приложение на Сърфактант терапия по Протокол за интензивни неонатологични грижи.

За постигане на целите си поставихме **следните задачи:**

1. Да се проучи готовността на медицинските професионалисти за осъществяване на акушерски грижи в Интензивно неонатологично отделение (ИНО).
2. Да се проучи международен опит при осъществяване на акушерски грижи в ИНО.
3. Да се анализират възможностите на университетското образование за придобиване на компетенции за работа в неонатологични отделения с интензивен сектор.
4. Да се изследва необходимостта от допълнително обучение на акушерките, започващи работа в ИНО.
5. Да се проучи мнението на лекари и професионалисти по здравни грижи относно ролята на акушерката в екипа, оказващ интензивни неонатологични грижи.
6. Да се проучат нагласите на родители за включване в грижите за рискови новородени, в периода на хоспитализация („Кенгуру грижа“).
7. Да се разработи Протокол за полагане на интензивни неонатологични грижи.
8. Да се проведе експеримент в реална работна среда, чрез внедряване на Протокол за интензивни неонатологични грижи и да се проучи мнението на акушерки и експерти относно ефективността на експеримента.
9. Да се разработи Информационна брошура за родители, полагащи грижи за рискови новородени.

## 2.2. Работни хипотези:

- ❖ Въвеждането на Протокол за интензивни грижи за рискови новородени ще доведе до изясняване ролята на акушерката в екипа и ще повиши качеството на здравните грижи, съобразно компетенциите.
- ❖ Позиционирането на стая за „Кенгуру грижа“ в ИНО ще доведе до индивидуализиране на акушерските грижи и възможности за обучение на родителите.
- ❖ Ролята на акушерката не е от съществено значение за качеството на здравните грижи, които се оказват за рискови новородени.

## 2.3. Организация, време и място на дисертационното проучване

### Предмет

Ролята на съвременната акушерка при полагане на интензивни грижи за рискови новородени.

### Обект

- ❖ *Акушерки/ медицински сестри* - работещи в Неонатологично отделение с интензивен сектор към акредитирани лечебни заведения;
- ❖ *Експерти* - лекари, работещи в Неонатологично отделение с интензивен сектор към акредитирани лечебни заведения;
- ❖ *Родители на рискови новородени*, хоспитализирани в Неонатологичен интензивен сектор.

### Обхват на проучването

В проучването се включиха **241** души, разпределени в три групи респонденти.

*Първа група* – акушерки/ медицински сестри, работещи в неонатологични отделения (n=104), (табл. 1);

**Табл. 1. Разпределение на респондентите от първа група по градове**

<b>Град</b>	<b>Лечебно заведение</b>	<b>Брой анкетирувани</b>
Варна	СБАГАЛ „Проф. д-р Д. Стаматов“	26
	МБАЛ „Св. Анна“	18
Шумен	МБАЛ Шумен АД	14
Сливен	МБАЛ „Д-р Ив. Селимински“ АД	15
Велико Търново	МОБАЛ „Д-р Ст. Черкезов“ АД	9
Русе	УМБАЛ „Канев“ АД	22

**Втора група** – експерти – лекари, работещи в неонатологични отделения (n=40), (табл. 2).

**Табл. 2. Разпределение на респондентите от втора група по градове.**

<b>Град</b>	<b>Лечебно заведение</b>	<b>Брой анкетирувани</b>
Варна	СБАГАЛ „Проф. д-р Д. Стаматов“	7
	МБАЛ „Св. Анна“	9
Шумен	МБАЛ Шумен АД	7
Сливен	МБАЛ „Д-р Ив. Селимински“ АД	7
Велико Търново	МОБАЛ „Д-р Ст. Черкезов“ АД	5
Русе	УМБАЛ „Канев“ АД	5

**Трета група** – родители (майка или баща) на деца в риск, настанени в интензивно неонатологично отделение (n = 97), (табл. 3).

**Табл. 3. Разпределение на респондентите от трета група по градове.**

<b>Град</b>	<b>Лечебно заведение</b>	<b>Брой анкетирувани</b>
Варна	СБАГАЛ „Проф. д-р Д. Стаматов“	97

## Логически единици на проучването

- ❖ **Първа логическа единица** – всяка *акушерка/медицинска сестра*, практикуваща в Интензивно неонатологично отделение/сектор към акредитирани лечебни заведения;
- ❖ **Втора логическа единица** – всеки *експерт – лекар*, практикуващ в Интензивно неонатологично отделение/сектор към акредитирани лечебни заведения;
- ❖ **Трета логическа единица** – всеки *родител*, на рисково новородено, настанено в Интензивно неонатологично отделение към СБАГАЛ – гр. Варна.

## Признаци на логическите единици

### Признаци на I-ва и II-ра логическа единица

- ❖ отнасящи се до мотивацията и нагласите на акушерки/медицински сестри за работа в ИНО;
- ❖ свързани с компетенциите на акушерки/медицински сестри за работа в ИНО;
- ❖ свързани с преценката на необходимостта от изготвяне на Протокол за интензивни неонатологични грижи и внедряването му в практиката на акушерката;
- ❖ свързани с нагласите и възможностите за внедряване на иновативни практики в интензивната неонатология (Кенгуру грижа);

### Признаци на III-та логическа единица

- ❖ отнасящи се до информираността на родители, относно концепцията „Кенгуру грижа“;
- ❖ свързани с нагласите и готовността на родители да участват контролирано в полагането на грижите за своето дете, по време на хоспитализация.

## Технически единици

Интензивно Неонатологично отделение/сектор към:

- ❖ СБАГАЛ „Проф. д-р Д. Стаматов“ – гр. Варна,
- ❖ МБАЛ „Св. Анна“ – гр. Варна;

- ❖ МБАЛ Шумен АД;
- ❖ МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ АД – гр. Сливен;
- ❖ МОБАЛ „Д-р Стефан Черкезов“ АД - гр. Велико Търново;
- ❖ УМБАЛ „Канев“ АД – гр. Русе.

### Критерии за допускане в проучването

**Първа група** – попълнили доброволно декларация за информирано съгласие;

**Втора група** – попълнили доброволно декларация за информирано съгласие;

**Трета група** – попълнили доброволно декларация за информирано съгласие, изявили съгласието си за участие, които към момента на проучването са пълнолетни.

### Органи на проучването

Основната част от проучването е извършено самостоятелно от автора. Привлечени са сътрудници - главни и старши медицински сестри и акушерки от определените лечебни заведения. Всички сътрудници бяха предварително запознати с целта и методиката на проучването и обучени за работа с инструментариума.

Проучването е проведено в пет етапа, като са определени инструментариум, място и период на провеждане, представени в табл. 4.

**Табл.4. Етапи на проучването**

<i>Етап</i>	<i>Дейност</i>	<i>Инструментариум</i>	<i>Място на провеждане</i>	<i>Време</i>
1	Проучване актуалността на проблема. Формулиране на тема, определяне на цел, задачи, обект и предмет на проучването, разработване на хипотези.	Литературни източници по темата, статии, учебна документация, публикации /включително международни/ норм	гр. Варна	януари 2018 г. - юни 2019 г.

	Разработване на инструментариум. Подготовка на литературния обзор.	ативни документи и др.		
2	Провеждане на анонимно анкетно проучване относно информираността на респондентите по темата.	Анкетна карта №1 за Акушерки	гр. Варна гр. Шумен гр. Сливен гр. Велико Търново гр. Русе	септември 2019 г. - януари 2020 г.
		Въпросник №1 Експерти		
		Анкетна карта №2 за Родители на деца в риск	гр. Варна	септември 2019 г. - август 2020 г.
3	Обработка и анализ на получените данни чрез подбраните методи за анализ.	SPSS v. 20.0	гр. Варна	ноември 2019 г. –май 2020 г.
4	Описание на резултатите: Обобщените данни са подробно описани с оглед разкриване същността на наблюдаваните явления и взаимозависимостите	SPSS v. 20.0 Microsoft Excel	гр. Варна	юни-август 2020 г.

## 2.4. Методи

Целта на настоящото проучване наложи използването на разнообразни социологически методи:

- ❖ *документален метод* – проучване на медицинска документация, наредби, консенсуси, медицински стандарти, учебна документация на катедра „Здравни грижи” на МУ-Варна;
- ❖ *социологически - анкетен метод* – използвани са преки индивидуални анкети за събиране, анализиране и обобщаване на информацията. Изготвени са две отделни анкетни карти за проучване мнението на акушерки и родители;
- ❖ *стандартизирано интервю* с експерти, по предварително подготвен въпросник, съдържащ 24 въпроса;

- ❖ *метод на SWOT анализ* за изследване на професионализацията на акушерките, работещи в ИНО и метода „Кенгуру грижа“.
- ❖ *експериментален метод*:
  - внедряване на Протокол за интензивни неонатологични грижи в практиката на акушерката. В експеримента участваха 14 акушерки и 8 лекари, работещи в ИНО към СБАГАЛ- гр. Варна;
  - провеждане на проучване, относно ефективността от въвеждане на Протокол за интензивни грижи чрез въпросник за проучване мнението на лекари и анкетна карта за проучване мнението на акушерки.

Приложени са комплекс от *статистически методи* за анализ и интерпретация на получените данни, с оглед разкриване същността на наблюдаваните явления и взаимозависимостите им:

- ❖ *сравнителен анализ* – за сравнение на измененията в показателите на променливите;
- ❖ *параметрични и непараметрични тестове* - за оценка на хипотези – статистическо сравнение  $\chi^2$  анализ за проверка на хипотези за връзка между качествени променливи. Критичното ниво на значимост в изследванията е  $\alpha = 0,05$ ;
- ❖ *вариационен анализ* - измерва различията в съвкупността по определен признак. Измерване на показателите средноаритметична стойност ( $\bar{X}$ ) и средно квадратично отклонение;
- ❖ *корелационен анализ* - за установяване на степен на свързаност между две променливи. Измерване на коефициент на Пийърсън, за установяване и определяне на степен на праволинейна корелационна зависимост между количествени променливи и коефициент на Стюдент за качествени променливи;
- ❖ *графичен анализ* – показва графично обработените от анкетата данни. За графичния анализи са използвани MS Excel и IBM Statistics 19.

Данните в анкетното проучване са обработени със статистически пакет IBM Statistics - SPSS for Windows , ver. 19.



## 2.5. Инструментарниум на изследването

За постигане на научно-изследователските цели и задачи са разработени:

- ❖ *Анкетна карта №1* за проучване мнението на работещи акушерки/ медицински сестри по изследваните признаци, която съдържа 29 въпроса, от които 12 закрити и 17 полузакрити. Въпросите в анкетата са разпределени в 5 групи, (табл.5).

**Табл.5 Разпределение на въпросите в Анкетна карта №1**

<b>Първа група</b> – свързана с компетенциите на акушерките, работещи в ИНО и намерение за надграждане и усъвършенстване на професионалните знания и умения;
<b>Втора група</b> – свързана с трудностите, които срещат работещите акушерки по време на работа в интензивен сектор;
<b>Трета група</b> – отразява мнение на акушерки, относно внедряване на <b>Протокол за интензивни неонатологично грижи</b> ;
<b>Четвърта група</b> – отразява мнение на акушерки, относно метода „Кенгуру грижа“;
<b>Пета група</b> –представят социално-демографска характеристика на изследваните лица.

- ❖ **Въпросник №1** за проучване мнението на експерти, който съдържа 24 въпроса, от които 11 закрити и 13 полузакрити, (табл. 6).

**Табл. 6. Разпределение на въпросите във Въпросник №1**

<b>Първа група</b> – свързана с компетенциите на акушерките в ИНО и необходимостта от продължаващо обучение;
<b>Втора група</b> – отразява мнение на лекари, относно внедряване на <i>Протокол за интензивни неонатологично грижи</i> ;
<b>Трета група</b> – отразява мнение на лекари, относно метода „Кенгуру грижа“;
<b>Четвърта група</b> – представят социално-демографска характеристика на изследваните лица.

- ❖ **Анкетна карта №2** за изследване мнението на родители, която съдържа 9 въпроса, от които 1 открит, 5 закрити и 3 полузакрити, (табл. 7).

**Табл. 7. Разпределение на въпросите в Анкета №2**

<b>Първа група</b> – проучване информираността на родители, относно метода „Кенгуру грижа“;
<b>Втора група</b> – отразява мнение на родители, относно желанието им за контролирано участие в грижите за техните деца в периода на хоспитализация;
<b>Трета група</b> – отразява мнение на родители, относно последващо обучение за отглеждане на детето им;
<b>Четвърта група</b> – представят социално-демографска характеристика на изследваните лица.

### **Информирано съгласие**

Изготвено е информирано съгласие за участие в изследването, съдържащо подробни данни за същността на проучването. Анонимността на участниците е гарантирана. Представен е състава на изследователския екип и контакти, в случай на допълнително възникнали въпроси или потребност от информация.

### **Информация за изследваните лица**

На всеки участник в проучването бе предоставена информация за изследваните лица, описваща целта на изследването, ползи за участника в проучването, поверителност на информацията. Участието в изследването е доброволно и лицето може да се откаже във всеки момент.

## **2. 6. Дизайн на експеримент**

**Цел на експеримента:** Да се установят компетенциите и ролята на акушерката в ИНО чрез внедряване на Протокол за интензивни неонатологични грижи (специфична работна документация)

### **Цел на протокола:**

- ❖ Да намали риска от пропуски и грешки на медицинският екип при подготовка и приложение на терапия със сърфактант;
- ❖ Да се дефинира ясно и точно мястото и ролята на всеки член на медицинският екип, участващ в приложението на сърфактант терапия;
- ❖ Да се осигури индивидуален подход при акушерските грижи в зависимост от риска при децата;

- ❖ Да се регламентира като настолно ръководство за обучение на новопостъпили акушерки в отделението.

#### **Задачи на протокола:**

- ❖ да се проучат медицинските аспекти на Неонаталния респираторен дистрес синдром (НРДС);
- ❖ да се проучат фактори от външната среда, оказващи влияние върху развитието на НРДС;
- ❖ да се дефинира мястото и ролята на всеки член от екипа, осъществяващ сърфактант терапия;
- ❖ Да се подпомогне адаптацията на новопостъпилите акушерки;
- ❖ Да се определят източниците на грешки при приложение на сърфактант.

**Обект на експеримента:** акушерки и експерти, работещи в ИНО към СБАГАЛ „Проф. Д-р Д. Стаматов“, гр. Варна.

#### **Обхват на експеримента**

В експеримента се включиха **22** респонденти, разпределени в две групи:

**Първа група** – Акушерки, работещи в Интензивно неонатологично отделение (n=14);

**Втора група** – експерти – лекари, работещи в Интензивно неонатологично отделение (n=8).

След установяване на целесъобразността от въвеждане на специфична документация при осъществяване на високоспециализирани акушерски дейности беше разработен Протокол за интензивни грижи, касаещ приложението на сърфактант при рискови новородени. Проведе се експеримент чрез внедряване на изработен от докторанта Протокол за сърфактант терапия в работата на акушерките с предварително проведен инструктаж относно целта и същността на експеримента. Всяка акушерка получи на хартиен носител *Протокол за интензивни неонатологични грижи* (Сърфактант терапия) и същият бе наличен във всички боксове на отделението за интензивно лечение на новородени.

Експериментът е проведен в 4 стъпки (табл. 8).

**Табл.8. Стъпки на провеждане на експеримента**

<i>Стъпка</i>	<i>Дейност</i>	<i>Инструментарий</i>	<i>Място на провеждане</i>	<i>Време</i>
1	Изготвяне на Протокол за интензивни неонатологични грижи.	Авторска разработка	гр. Варна	януари 2020 г.
2	Провеждане на експеримент чрез внедряване на Протокол за интензивни неонатологични грижи в практиката.	Протокол за интензивни неонатологични грижи	СБАГАЛ „Проф. д-р Д. Стаматов“ гр. Варна - ИНО	март 2020 г.
3	Провеждане на анонимно анкетно проучване, относно ефективността от проведения експеримент.	Анкетна карта №3 за акушерки; Въпросник №2 за експерти	СБАГАЛ „Проф. Д-р Д. Стаматов“ гр. Варна - ИНО	м. юни - юли 2020 г.
4	На база на анализа на резултатите - формулиране на изводи, препоръки и приноси (конкретизация на компетенциите и ролята на акушерката в ИНО).		гр. Варна	м. юли – август 2020 г.

След провеждане на експеримента, проучихме мнението на експерти и акушерки, което има за цел да установи ефективността от въвеждане на специфична работна документация (Протокол за интензивни неонатологични грижи), касаещ вискоквалифицирани акушерски компетенции при оказване на грижи в ИНО.

### **Инструментарий на експеримента**

- ❖ **Анкетна карта №3** за проучване мнението на работещи акушерки/ медицински сестри, по изследваните признаци, която съдържа 10 въпроса, от които 6 закрити и 4 полузакрити, (табл. 9)

**Табл. 9. Разпределение на въпросите от Анкетна карта №3**

<b>Първа група</b> – относно необходимостта и ефективността от въвеждането на протокол в интензивната неонатологична практика;
<b>Втора група</b> – относно затрудненията, които срещат акушерките при работа с Протоколът за интензивни неонатологични грижи;
<b>Трета група</b> – представят социално-демографска характеристика на изследваните лица.

- ❖ **Въпросник №2** за проучване мнението на експерти, който съдържа 11 въпроса, от които 7 закрити и 4 полузакрити (Приложение №5). Включени са въпроси, съответстващи на поставените задачи, (табл.10)

**Табл.10 Разпределение на въпросите във Въпросник №2**

<b>Първа група</b> – относно необходимостта и ефективността от въвеждането на протокол в интензивната неонатологична практика;
<b>Втора група</b> – относно компетентността на акушерките, работещи в Интензивно неонатологично отделение;
<b>Трета група</b> – представят социално-демографска характеристика на изследваните лица.

#### ❖ **Протокол за провеждане на експеримент**

В хода на научното проучване бе изготвен *Протокол за интензивни неонатологични грижи*, описващ последователни стъпки от действия в работата на акушерката.

#### **Структура на Протокол за интензивни неонатологични грижи**

Протоколът започва с кратка информация за Неонаталния респираторен дистрес синдром (НРДС) и сърфактант терапията и съвременни подходи за преодоляването му, показания и противопоказания за приложение. Описани са целите и задачите на протоколът, изготвен е списък на необходима апаратура и консумативи за приложение на сърфактант, както и какво включва подготовката на акушерката за провеждане на сърфактант терапия (СТ). Изготвен е алгоритъм за поведение на акушерката по време на СТ и какви са последващите интензивни акушерски грижи за детето. Протоколът завършва с възможните грешки, които могат да бъдат допуснати от страна на акушерката при на обгрижване на дете в риск.

## 2.7. Понятиен апарат

Поради многообразието от понятия, които често се използват еднозначно, но се различават в съдържателен аспект по смисъл, считаме за необходимо да представим понятиен апарат и възприетите от нас понятия.

- ❖ *жив плод* - Съгласно стандарта по Акушерство и гинекология за жив плод се счита новородено, което проявява признаци на кръвна циркулация. За потенциално жизнеспособен плод се определя новородено с телесна маса при раждането 800 грама и повече и гестационна възраст 24 седмици;
- ❖ *новородено* се нарича детето в първите 28 дни от живота му. Според стандарта по Неонатология, неонаталният период започва от момента на раждането и завършва след 28 пълни дни. Ранния неонатален период започва от момента на раждането до 7 пълни дни след раждането, а късния от 7 пълни дни след раждането до 28 пълни дни;
- ❖ *гестационна седмица* - нормално бременността е с продължителност 40 гестационни седмици, всяка от които с 7 дни;
- ❖ *гестационна възраст* се измерва в завършени гестационни седмици на плода;
- ❖ *рискови новородени* са тези деца, чиито живот и здраве са застрашени от различни патологични фактори, възникнали преди, по време на раждането и в неонаталния период: гестационна възраст по-малка от 37 г.с. или по-голяма от 42 г.с., тегло при раждането под 2500 г и над 4000 г., хипотрофично или хипертрофично новородено дете, деца с тежка асфиксия при раждането, тежки родо-травматични увреждания, ранна и протрахирана жълтеница, вродени малформации или наследствени заболявания, с вродени или постнатално придобити инфекции, трайни неврологични увреждания, новородени подложени на изкуствена белодробна вентилация и др.;
- ❖ *сърфактант* - Алвеоларният сърфактант в белия дроб е сложна липидно-белтъчна смес, която е жизнено необходима за осъществяване на нормално дишане. Основната му функция е

да намалява повърхностното напрежение на алвеоларната повърхност и да я поддържа разгъната по време на дишането, като осигурява стабилност на алвеолите;

- ❖ *кардио-пулмонална ресусцитация (КПР)* – комплекс от диагностично-терапевтични действия за възстановяване на преустановени основни жизнени функции, възстановяване на спонтанна циркулация и поддържане на мозъчна перфузия, чрез приложение на външен сърдечен масаж и белодробна вентилация и медикаментозна терапия;
- ❖ *Неонатален респираторен дистрес синдром (НРДС)* е живото застрашаващо състояние, което се среща при рискови новородени деца. Заболяването се характеризира с дихателна недостатъчност поради недостиг на сърфактант в белите дробове, намалена алвеоларна стабилност и повишена работа на дишането.
- ❖ *Кенгуру грижа (КГ)* – метод, чрез който се установява непрекъснат контакт (кожа в кожа) между детето и майката/бащата. Практикуването на Кенгуру грижата има редица предимства: стабилизира дишането при новороденото, подпомага стабилизирането на сърдечната честота, поддържа телесната температура на новороденото чрез допира кожа в кожа, намалява нивото на стрес-хормоните при майката, намалява честотата на следродилната депресия, подобрява поддържането на лактация и подпомага бързата адаптация на новороденото към извънтробния живот.

### III. Резултати и обсъждане

#### 3.1 Социо-демографска характеристика на изследваните лица

##### ❖ Акушерки

Потърсено е мнението на професионалисти по здравни грижи, работещи в Интензивни отделения/сектори в посочените лечебни заведения (табл.11).

**Табл. 11. Социо-демографска характеристика на акушерки**

<i>Град</i>	<i>n (брой)</i>	<i>%</i>
Варна	44	42,31%
Шумен	14	13,45%
Сливен	15	14,42%
Велико Търново	9	8,65%
Русе	22	21,15%
<b>Базово образование</b>	<b>n (брой)</b>	<b>%</b>
Акушерка	62	59,62%
Медицинска сестра	42	40,38%
<b>Стаж по специалността</b>	<b>n (брой)</b>	<b>%</b>
0 - 3 г	34	32,69%
4 - 10 г	23	22,12%
11 - 20 г	17	16,35%
повече от 20 г	30	28,85%
<b>Стаж в ИНО</b>	<b>n (брой)</b>	<b>%</b>
0 - 3 г	51	49,04%
4 - 10 г	20	19,23%
11 - 20 г	12	11,54%
повече от 20 г	21	20,19%

Според местоживеенето си, най-голям е дялът на акушерките от град Варна (42,31%) и град Русе (21,15%). Повече от половината респонденти са с базово образование „Акушерка“ (59,62%), а останалите са медицински сестри (40,38%).



Продължителността на стажа е важен фактор, оказващ влияние върху мнението на анкетираните лица по темата на изследването. Данните от проучването сочат, че най-голям е дялът на акушерките със стаж от 0 до 3 години (32,69%), последвани от тези, които работят повече от 20 години (28,85%). Този резултат може да си обясним с факта, че в последните години се наблюдава текучество в сферата на медицината, особено в отделенията с висок интензитет на работа. От друга страна назначаването предимно на млади специалисти крие рискове, тъй като липсва опит и стаж по специалността.

В проучването акушерките имаха възможност да посочат какъв период от време са работили конкретно в ИНО. Отново най-голям е дялът на акушерките със стаж 0-3 години (49,04%) в посоченото отделение, последван от тези със стаж 4-10 години (19,23%). Прави впечатление, че около 1/5 от респондентите са посветили повече от 20 години от професионалния си път на Интензивно неонатологично отделение.

#### ❖ **Експерти – лекари**

В проведеното проучване се включиха експерти, работещи в Интензивно неонатологично отделение/сектор към посочените лечебни заведения (табл.12).

**Табл. 12. Социо-демографска характеристика на експерти**

<b>Град</b>	<b>n (брой)</b>	<b>%</b>
Варна	16	40%
Шумен	7	17,5%
Сливен	7	17,5%
Велико Търново	5	12,5%
Русе	5	12,5%
<b>Специалност</b>	<b>n (брой)</b>	<b>%</b>
Детски болести	26	65%
Неонатология	15	37,5%
Без специалност	5	12,5%
Не отговорили	3	7,5%
<b>Стаж като лекар</b>	<b>n (брой)</b>	<b>%</b>
0 - 3 г	4	10,0%
4 - 10 г	5	12,5%

11 - 20 г	11	27,5%
повече от 20 г	16	40,0%
Не отговорили	4	10,0%
<b>Стаж в ИНО</b>	<b>n (брой)</b>	<b>%</b>
0 - 3 г	6	15,0%
4 - 10 г	10	25,0%
11 - 20 г	11	27,5%
повече от 20 г	9	22,5%
Не отговорили	4	10,0%

От получените резултати може да заключим, че най-голям е дялът на експертите от град Варна (40%), следвани от градовете Шумен (17,5%) и Сливен (17,5%). Основната част от проучването е проведено в Неонатологично отделение към СБАГАЛ „проф. Д-р Д. Стаматов“, тъй като отговаря на всички изисквания по Стандарт за отделение от III ниво на компетентност. Болницата е с методични функции, база за обучение на студенти към Медицински университет - град Варна. В отделението се полагат интензивни грижи за рискови новородени.

Проверихме, колко от лекарите, работещи в Интензивни неонатологични отделения/сектори в посочените лечебни заведения имат придобитата специалност „Неонатология“. Резултатите от проведеното проучване сочат, че повече от 1/3 от респондентите са придобили тази специалност. Най-голям е дялът на лекарите със специалност „Детски болести“ (65%). Анализът на получените данни показва, че 1/5 от лекарите са посочили, че нямат придобитата специалност (12,5%) или не са отговорили (7,5%).

Стажът на лекарите по специалността е друг значим фактор, който имаме възможност да проучим. Почти половината от попадналите в извадката притежават стаж повече от 20 години (40%), а около ¼ - между 11-20 години (27,5%). Резултатите показват, че в ИНО работят лекари с богат професионален опит. За да бъде по-задълбочено изследването, дадохме възможност на лекарите, да посочат продължителността на стажът им конкретно в Интензивно неонатологично отделение. Отговорите на респонденти показва най-

голям относителен дял на лекарите със стаж от 4 до 10 години (25%) и от 11 до 20 години (27,5%).

#### ❖ Родители (майка или баща)

В проведеното проучване се включиха *родители* ( $n=97$ ), на деца настанени в Интензивно неонатологично отделение към СБАГАЛ „Проф.д-р Д. Стаматов“ – гр. Варна и МБАЛ „Света Анна“ – гр. Варна. (табл. 13)

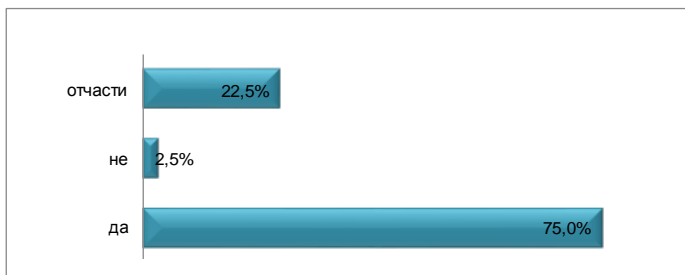
*Табл.13. Социо-демографска характеристика на родители*

<i>Образование</i>	<i>n (брой)</i>	<i>%</i>
основно	4	4,1%
средно	40	41,2%
средно-специално	12	12,4%
полувисше	3	3,1%
висше	34	35,1%
без образование	0	0
не отговорили	4	4,1%
<b><i>живородени деца</i></b>	<b><i>n (брой)</i></b>	<b><i>%</i></b>
едно	54	55,7%
две	34	35,1%
три	9	9,3%
повече от три	0	0

Образованието на родителите е важен фактор, който може да има отношение към предоставянето на грижи за новороденото. Най-висок е дялът на родителите със средно образование (41,2%), последван от тези с висше (35,1%), което предполага добра осведоменост и изказване на свободно мнение по въпросите свързани с изследването. Поредността на детето в семейството също има значение, по отношение на получените отговори в интерес на проучването. Родителите на две и повече деца предполага да имат натрупан вече опит и увереност при отглеждане на новородено. Повече от половината анкетирани споделят, че това е първото им дете (55,7%), а около 1/3 от тях имат по две деца (35,1%).

### 3.2 Компетентност на акушерките в ИНО

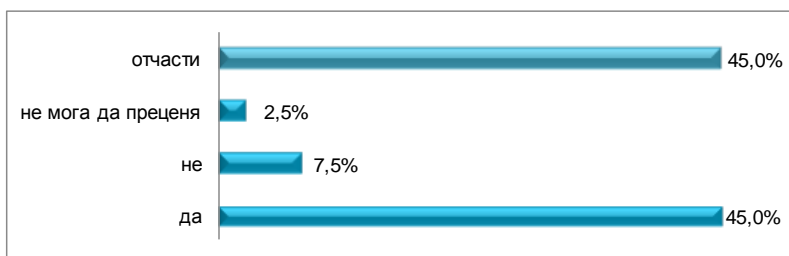
Базовото образование на акушерките осигурява необходимите теоретични знания и практически умения за работа в лечебните заведения в страната. Предоставена бе възможност на експертите да изкажат мнение, относно практическата подготовка на акушерките (фиг.2)



*фиг. 2. Мнение на експерти относно практическата подготовка на акушерките в ИНО*

Експертите оценяват високо практическата подготовка на акушерките (75%), а около  $\frac{1}{4}$  от тях споделят, че те са подготвено отчасти (22,5%).

Потърсихме мнението на експерти относно теоретичната подготовка на акушерките (фиг.3).

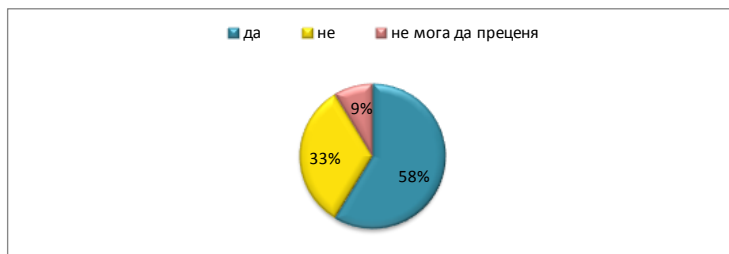


*Фиг. 3. Мнение на лекари относно теоретичната подготовка на акушерките в ИНО*

Според половината от анкетираните експерти, здравните професионалисти имат добра теоретична подготовка за работа в отделението (45%), а останалата половина са на мнение, че са частично

подготвени (45%). Нищожен е делът на тези от тях, които изказват отрицателно мнение по въпроса (7,5%). Вероятно отговорът им е повлиян от това, че в отделението работят и здравни специалисти с малък трудов стаж, които тепърва се адаптират към работната среда и разгъват своя потенциал. Работата в интензивните отделения налага като изискване надграждане на базовите и усвояване на специфични знания за високотехнологично комплексно интензивно лечение, което ще гарантира успешното им развитие във времето.

По време на образованието си студентите задълбочат своите познания, чрез прилагане на различни методи на обучение (практически, ситуационни задачи, тестове с практическа насоченост, затвърждаване на манипулативна техника – хранене със сонда, приложение на ваксини, основен и частичен тоалет на новородено), като по този начин те максимално се доближават до практиката. Предоставихме възможност на акушерките да оценят ролята на базовото си образование (фиг.4).



**Фиг. 4 Мнение на акушерки относно базовото образование**

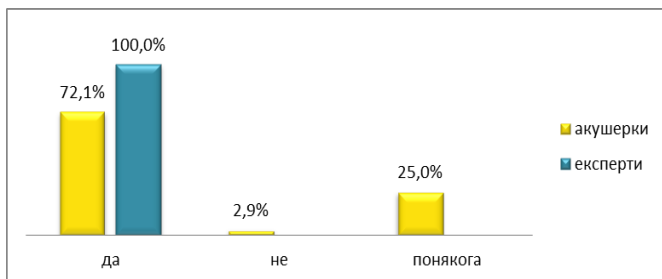
Около половината от тях са на мнение, че са получили добра основа от знания за работа в Интензивно отделение (58%), а останалите изразяват отрицание (33%) или колебание (9%).

Бързото развитие на медицината и технологиите налага внедряване на специализирана апаратура в отделенията с интензивен характер, а това от своя страна изисква допълнително обучение, системно актуализиране и надграждане на компетенциите на здравните професионалисти.

Акушерките трябва да бъдат добре запознати със специализираната апаратура в отделението (неонатални монитори за проследяване на основни жизнени показатели, пулсоксиметри, апаратура за дихателна

ресуситация и др.), като те носят отговорност за изправността и състоянието ѝ по време на работната смяна.

Експертите убедено потвърждават тезата, че част от акушерските дейности и грижи са свързани с работа със специфична апаратура (100%), (фиг.5).



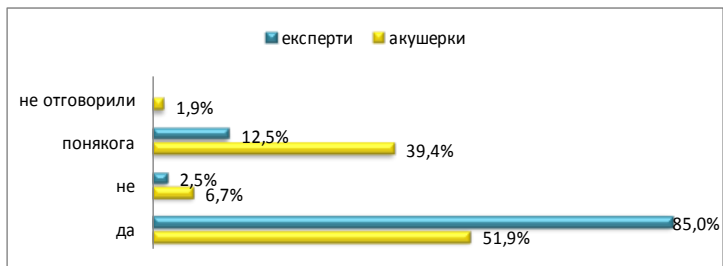
**Фиг.5 Работа със специфична апаратура по време на дежурство**

Акушерките подкрепят тяхното мнение (72,1%), а според ¼ от тях се налага да я използват понякога (25%).

Непосредствено след раждането, настъпват редица промени в организма на детето, свързани с адаптацията му към извънматричното развитие. Акушерките трябва да са запознати с нормалната адаптация на новороденото и да проследяват клиничното му състояние с готовност за адекватни действия при констатирани отклонения от нормата. Като пряк участник в процеса на реанимация, познанията на акушерката в тази област са от изключително важно значение.

В Стандарта по Неонатология ясно са описани дейностите на акушерката, свързани с грижи за здравето на новороденото и това, което е обект на специални или интензивни грижи. Акушерските дейности в ИНО включват широк обхват от грижи, свързани с приемане на детето, диагностика и терапевтично поведение за рискован новороден. Тя активно съдейства на лекар по време на манипулации като предварително подготвя детето за тях.

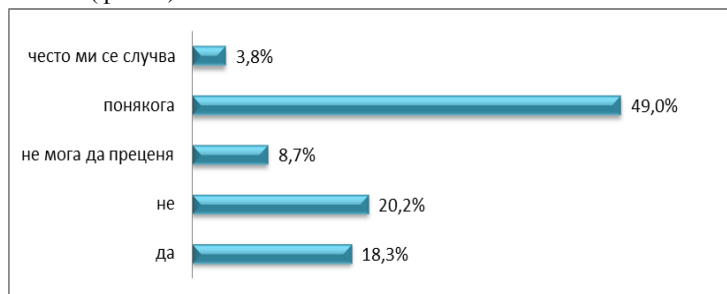
За нас беше интересно да разберем включват ли се акушерките в процеса на реанимация на новороденото (фиг. 6).



**Фиг.6 Участие на акушерката по време на реанимация на рисково новородено дете.**

Според експерти, акушерките вземат активно участие при реанимация на новороденото (85 %). Около ½ от специалистите по здравни грижи са на същото мнение (51,9%), а останалите изказват колебание (39,4%). Незначимо малък е дялът на респондентите, които имат отрицателно мнение по въпроса (експерти - 6,7 %, акушерки – 2,5%).

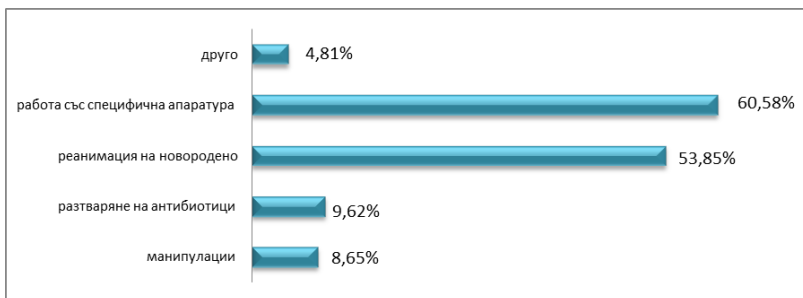
Чувството за несигурност може да бъде породено от редица обстоятелства в живота. В работата, причина за това може да бъде недостатъчна подготовка на акушерката, липса на трудов стаж, лоша самооценка или други личностни особености и фактори. Предвид спецификата на отделението, предоставихме възможност на акушерките да споделят имало ли е случаи, в които да се чувстват неподготвени за работа в ИНО (фиг. 7).



**Фиг.7. Несигурност сред акушерките по време на работа**

Около 1/5 от респондентите споделят, че са се чувствали неуверени по време на работа (18,3%), също толкова от тях отричат. Половината от акушерките са изказали мнение за несигурност, в отделни моменти (49%).

За установяване факторите, водещи до несигурност сред акушерките в ИНО, се наложи да потърсим тяхното мнение. Акушерките, като преки участници в полагаането на грижи за рискови деца имат редица задълженията по време на дежурство. Анализът на резултатите показва, че затрудненията на акушерките са породени от необходимостта за работа със специфична апаратура (60,58%), последвани от участието им в реанимация на рисково новородено (53,85%), (фиг. 8).



**Фиг.8 Затруднения на акушерките по време на работа в ИНО**

За около 1/10 от акушерките затрудненията са свързани с разтваряне и дозиране на антибиотици (9,62%) и манипулативната техника (8,65%).

В медицината се наблюдава непрекъснато развитие и навлизане на модерни фармацевтични и терапевтични технологии. Това предполага необходимост от запознаване с новите продукти на пазара и начина им на приложение в практиката. От анализа на резултатите може да заключим, че неувереността сред акушерките при постъпване на работа в Интензивно неонатологично отделение е породена от спецификата на работа и необходимостта от знания и умения за работа с апаратура. Липсата на кадри в Неонатологично отделение също е фактор, който не бива да бъде пренебрегнат, тъй като предполага допълнително натоварване на акушерките с много и разнородни задължения. Друга причина за възникване на съмнения и неувереност, по време на работа може да бъде породена от периода на адаптация на акушерката при

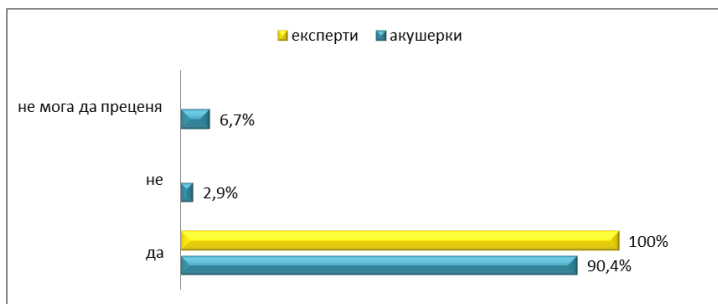


започване на работа в ИНО. Внедряването на унифицирана документация (Протокол), описваща последователни стъпки от действия в работата на акушерките, би довела до по-голяма сигурност на работното място.

### **3.3 Необходимост от допълнително обучение и повишаване на квалификацията на акушерките в ИНО.**

Според стандарта по Неонатология е необходимо всички лекари, независимо дали имат специалност, да преминат допълнителни обучителни курсове за повишаване на квалификацията. За да се осигури качество на здравните грижи е необходимо системно поддържане на компетентността и на акушерките във всички звена на лечебните заведения, най-вече в тези с интензивен характер. Това може да бъде постигнато чрез включването им в курсове за продължаващо обучение, колегиуми, следдипломни квалификации. Продължаващото обучение е задължителен елемент за акушерките, желаещи професионално израстване.

Намеренията за следдипломна квалификация са важен индикатор за перспективите на професията. Беше потърсено мнението на акушерки и експерти, относно необходимостта от поддържане и актуализиране на знанията и уменията на специалистите по здравни грижи (фиг. 9).

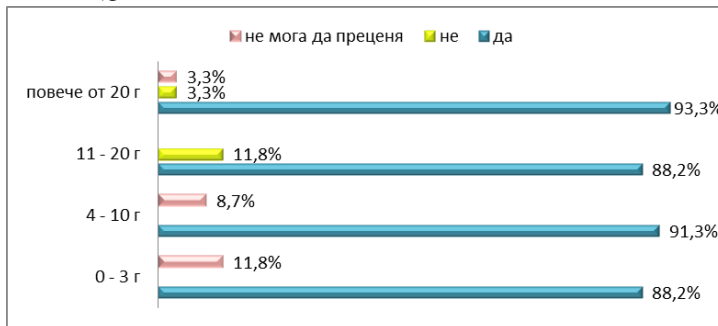


**Фиг.9 Необходимост от поддържане и усъвършенстване на знанията и уменията на акушерките, работещи в ИНО.**

Експерти и акушерки убедено изказват мнение, че следдипломното обучение е необходима стъпка за усъвършенстване на знанията и уменията на специалистите по здравни грижи, (експерти – 100%,

акушерки - 90,4%). Много малка част от акушерките изказват отрицание (2,9%) или колебание (6,7%).

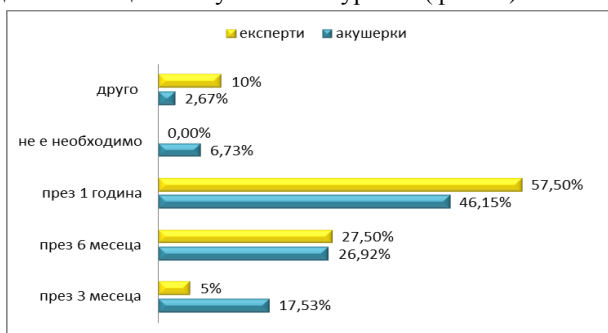
За да установим, влияе ли стажът в ИНО върху нагласите на акушерките за продължаващо обучение, направихме някои статистически изчисления (фиг. 10).



**Фиг.10. Необходимост от поддържане и усъвършенстване на знанията и уменията на акушерките, според стажът им в ИНО.**

Наблюдаваните различия в резултатите между двете извадки не са значими (статистически достоверни), ( $\chi^2 = 9,440$ ,  $n = 104$ ,  $r = -0,107$ ). Трудовият стаж по специалността не оказва влияние върху мнението им, за поддържане и усъвършенстване на компетенциите.

Положителното мнение на анкетираните, относно необходимостта от следдипломно обучение на специалистите по здравни грижи, наложи да потърсим мнението на лекари и акушерки, относно интервалът от време, през който да се посещават обучителни курсове (фиг. 11).

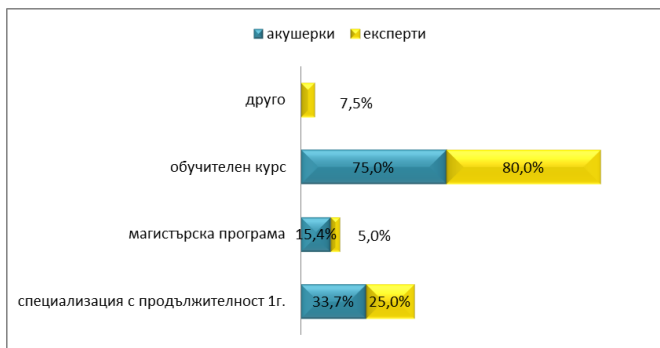


**Фиг. 11. Периодичност на актуализиране на знанията на акушерките в ИНО.**

За около половината от двете групи респонденти периодът от 1 година е преценен като оптимален (експерти - 57,5%, акушерки - 46,15%). Приблизително ¼ от лекари и акушерки са на мнение, че е необходимо да се актуализират знанията през интервал от 6 месеца (27,5%). Според част от експертите, периодът варира от 2 до 4 години (10%). Незначителен дял от акушерките (2,67%) считат, че изобщо не е необходимо да продължат своето обучение.

Следдипломната квалификация включва различни форми на обучение, даващи възможност за актуализиране на знанията и ефективно преодоляване на трудности, породени от работата на акушерката. Включването в курсове за СДО има за цел надграждане на знанията и поддържане на високо професионално ниво, като се акцентира върху промотивните дейности и комуникативните умения в работата на акушерката. Обучителните курсове са с по-малка продължителност в сравнение с магистърските програми и специализацията, което ги прави по-привлекателни за избор като форма на обучение. Магистърските програми са друга възможност за надграждане на образованието на акушерките и предлагат широк спектър от знания, необходими за бъдещата реализация на здравните професионалисти. Важно е да отбележим и възможностите за научно-изследователска работа, заемане на управленски позиции в организацията, разкриване на автономни практики и др. Специализациите в системата на здравеопазването се провеждат по Наредба на Министерството на здравеопазването във висши медицински университети и акредитирани лечебни заведения.

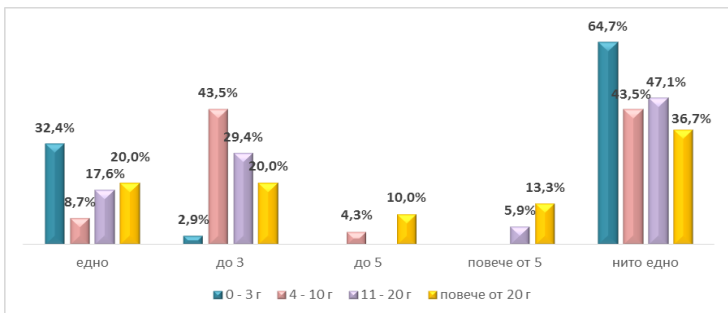
Интерес за изследването представляваше какви форми за СДО считат за подходящи двете групи респонденти (фиг. 12).



**Фиг. 12. Форми за следдипломно обучение на акушерки в ИНО (сравнителни данни)**

Сериозен е делът на акушерки и лекари, според които СДО на здравните професионалисти трябва да се провежда чрез обучителен курс (акушерки - 75%, експерти - 80%). Приблизително 1/3 от експертите попаднали в извадката посочват специализацията като добър вариант за следдипломна квалификация (33,7%), около ¼ от акушерките подкрепят мнението на експертите по въпроса (25%). Вероятно причината за този резултат е липсата на информираност сред респондентите, относно предимствата на този вид обучение и възможност за постигане на образователен ценз. Колебанието им може да се дължи на липсата на клинично насочени магистърски програми, които предоставят възможности за надграждане на тясноспециализирани знания в областта на интензивната неонатология. Вероятно наличието на допълнителен стимул, би мотивирало акушерките за участие в различните форми за СДО. Респондентите имаха възможност да посочват свободен отговор, извън изброените. Нищожен е делът на тези от тях, които считат, че обучението на акушерките трябва да се основава на обмяна на опит между колеги и индивидуално обучение в Неонатологично отделение - трето ниво на компетентност (7,5%).

За целите на изследването беше важно да разберем, как се отразява продължителността на стажа в отделението върху мнението на акушерките, относно включването в обученията (фиг. 13)

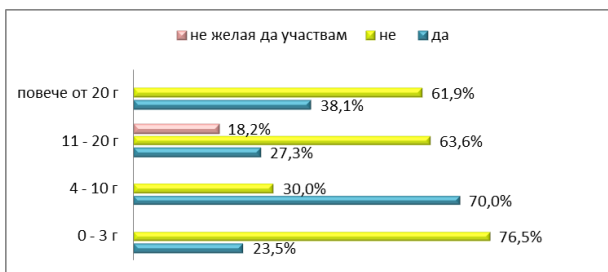


**Фиг.13. Включване в обученията, според стаж в ИНО**

Няма статистически значима разлика в отговорите,  $n = 104$ ,  $\chi^2 = 30,182$ ,  $r = -0,074$ . Забелязва се, че е сравнително висок дела на акушерките със стаж между 0 и 3 години, които не посещават обученията (64,7%). Вероятно причината за това е липсата на трудов опит, ориентиране в професията или процес на адаптация на акушерката.

Професионалистите по здравни грижи осъзнават необходимостта от продължаващо обучение през целия професионален път. От много публикации, напоследък, става ясно, че повечето акушерки работят на втори трудов договор и е възможно, причината за ниската активност в обучителни курсове да е обвързана с липсата на свободно лично време или отделяне на допълнителни средства. Допълнителната квалификация не носи финансови стимули, което е основна причина за липса на мотивация сред акушерките.

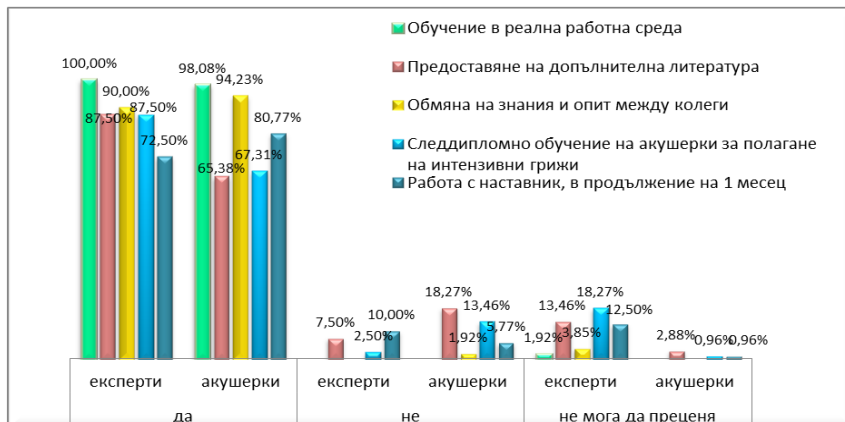
Изследвахме влиянието на трудовия стаж на акушерките в ИНО върху мотивацията и желанието за участие в научни форуми (фиг. 14).



**Фиг. 14. Участие на акушерките в научни форуми, според стажът им в ИНО**

Най-голям дял на участвали в организирани от БАПЗГ научни форуми формират акушерките с трудов стаж в ИНО между 4 и 10 години (70%), следвани от акушерките със стаж над 20 г. (38,1%). Значителен е дялът на акушерките, които отричат да са участвали в научни форуми - акушерки с трудов стаж в ИНО от 0 до 3 години (76,5%), от 11 до 20 години (63,6%) и над 20 години (61,9%). Разликата в мненията на специалистите е статистически значима ( $\chi^2 = 29,497$ ,  $n = 104$ ,  $r = - 0,063$ ), като е установена много слабо изразена обратно пропорционална зависимост между трудовия стаж на акушерките и участието им в научни форуми. Положителната нагласа за участие на по-младите акушерки е свидетелство за формиране на нова култура за споделяне на позитивен опит и мотивация на специалистите по здравни грижи за обучение през целия живот.

Работата в интензивните отделение е динамична и специфична, което е свързано с необходимост от адаптация за новопостъпилите акушерки. Обучението в реална работна среда носи със себе си редица предизвикателства и предоставя възможности за усвояване на ценни познания и манипулативна техника. Ролята на наставника е от важно значение за обучението и бързата адаптация на новопостъпилите акушерки. Добрият наставник трябва на първо място да бъде професионалист в направлението, в което работи, да мотивира и сътрудничи на обучаващата се акушерка (104). За постигане на ефективност в процеса на обучение е необходима добра концентрация, отговорност и дисциплина в работата на акушерката. Попитахме респондентите по какъв начин, според тях, трябва да протече обучението на акушерките, започващи работа в отделението. Категорично експерти (100%) и здравни професионалисти (98,1%) посочиха, че обучението трябва да се осъществи в реална работна среда (фиг.15).



**Фиг 15. Обучение на новопостъпили акушерки в ИНО (сравнителни данни)**

*\*% надхвърля 100, тъй като анкетираните са давали повече от 1 отговор*

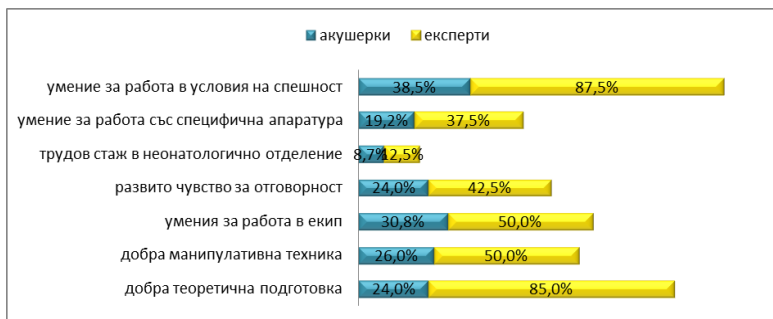
Анализът на събраната информация ни даде възможност да установим, че значителен дял от лекарите (72,5%) и акушерките (80,77%) считат, че е целесъобразно обучението на новопостъпилите да се провежда с наставник. Анкетираните са почти единодушни по отношение на необходимостта от обмяната на опит между колеги с повече трудов стаж в областта, като основно средство за обучение (акушерки - 94,2%, експерти - 90%). Задълбоченото анализиране на резултатите показва, че експертите в ИНО осъзнават необходимостта от продължаващо обучение след завършване на базовото образование (87,5%), повече от половината акушерки също подкрепят тяхното мнение (67,3%). Фактът, че в ИНО работят акушерки с опит повече от 20 години, гарантира адекватно обучение на новопостъпилите здравни професионалисти.

Немалък е дялът на анкетираните, посочили необходимостта от предоставяне на допълнителна литература по темите, свързани с интензивните неонатологични грижи (експерти - 87,5%, акушерки - 65,3%). В процеса на научната работа установихме, че наличието на такава специфична литература е оскъдна. Открихме единични специализирани издания, предназначени за лекари. Това е още едно доказателство за необходимостта от изготвяне и внедряване в практиката

на протоколи за интензивни грижи в работата на акушерката, както и разработване на учебни помагала за интензивни грижи за акушерки.

### 3.4 Професионални качества на акушерките, необходими за работа в ИНО

В интензивните отделения твърде често медицинският екип се сблъсква със състояния, застрашаващи живота и здравето на пациентите. Това изисква освен базови знания и умения, притежаване на личностни качества, гъвкавост и адаптивност. Изследвахме мнението на лекари и здравни професионалисти относно най-важните критерии, на които трябва да отговарят акушерките, работещи в ИНО (фиг. 16).



**фиг. 16. Професионални качества на акушерката, работеща в ИНО**

*\*% надхвърля 100, тъй като анкетираните са давали повече от 1 отговор*

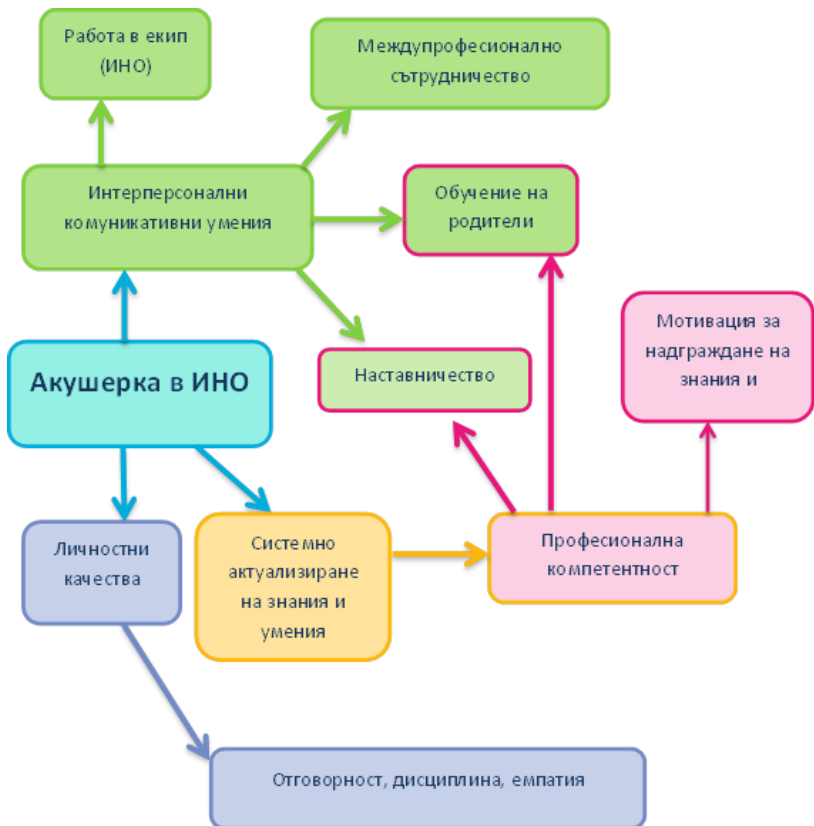
Според експертите на първо място акушерките трябва да притежават умения за работа в условия на спешност (87,5%) и добрата теоретична и практическа подготовка (85%, 50%), както и умения за работа в екип (50%) и личностна отговорност (42,5%). Идентичен бе въпросът към акушерките, относно критериите, на които трябва да отговарят за работа в интензивен сектор, но отговорите им се различават от тези на лекарите. Разнообразието на отговорите им показва липса на единомислие по конкретния въпрос. Акушерките, също като експертите поставят на първо място уменията за работа в условия на спешност (38,5%). Почти с еднаква важност са посочили всички останали критерии за работа (между 19,2% и 30,8%). Прави впечатление, че според двете групи респонденти трудовия стаж в отделението не се определя като съществен критерий (експерти –



12,5 %, акушерки - 8,7%). От получените резултати може да заключим, че от основно значение за работата в интензивно отделение са адекватното поведение и грижи от страна на акушерката при внезапно настъпили животозастрашаващи състояния и необходимостта от отлични познания в областта на интензивната неонатология. Тези качества са взаимосвързани с уменията за работа в екип в отделенията с интензивен характер.

Базовото образование е основата, върху която акушерката надгражда своята компетентност и се усъвършенства във времето. Тя притежава теоретични, практически и комуникативни знания и умения, които я правят пригодна за работа в интензивно отделение.

Необходими са добри комуникативни умения за справяне в различни ситуации, породени в процеса на работа, личностни качества и системно актуализиране на знанията. Комуникацията е важна и неделима част в работата на акушерката, свързана с обучение и грижи в процеса на хоспитализация на детето. Интерперсоналното общуване е значим компонент за работата в екип и междупрофесионалното сътрудничество. *Изготвихме модел на съвременната акушерката, работеща в ИНО (фиг.17).*

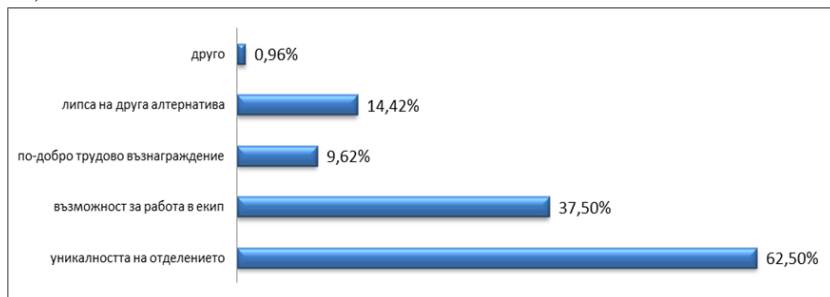


**Фиг.17. Модел на съвременната акушерката, работеща в ИНО.**

Личните качества на работещите акушерки също оказват влияние върху работата и желанието за професионално израстване. Необходими са отговорност и дисциплина при изпълнение на задълженията и проява на емпатия в деликатните моменти, свързани с раждането на рискови новородени. Акушерките, притежаващи добри комуникативни умения участват ефективно в процеса на обучение не само на родителите, но и на студенти, стажанти и новопостъпили колеги. Всички качества, описани в модела са еднакво значими, взаимосвързани и водят до лична и професионална удовлетвореност на акушерката.

### 3.5 Мотивация и адаптация на акушерките за работа в ИНО

Наблюдава се сериозен дисбаланс между потребност от професионалисти по здравни грижи и осигуреност на системата, като в същото време потребностите от здравни грижи растат. Работата в екип е основен принцип на действие в медицинската практика и се отнася с още по-голяма сила в интензивните сектори, където бързината и колаборацията между специалистите е от значителна важност при вземане на решения и акушерски интервенции. Екипът в ИНО включва различни категории професионалисти, които работят с еднаква интензивност, но на базата на собствени компетенции, знания и умения, темперамент, особености на характера. Мотивацията за работа се счита за движеща сила при постигането на определени цели, затова беше важно да проучим какво е мотивирало акушерките да започнат работа в ИНО (фиг. 18).



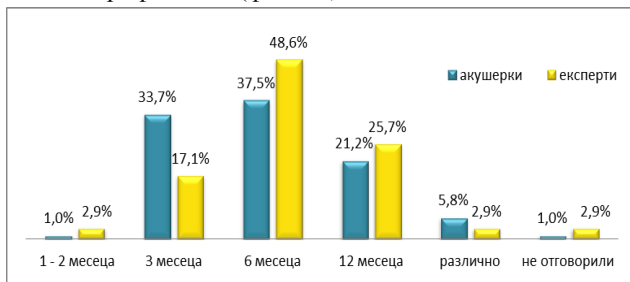
**Фиг.18. Мотивация на акушерки за работа в ИНО**

*\*% надхвърля 100, тъй като анкетираните са давали повече от 1 отговор*

Уникалността на отделението е основен мотив, посочен от тях за започване на работа (62,5%). Повече от 1/3 от респондентите считат, че практикуването на акушерската професия в ИНО е добър пример за работа в екип (37,5%). Екипната работа е от изключителна важност в интензивните отделения, създава се атмосфера на сигурност, взаимно доверие и положителни емоции, а положените усилия, водят до постигане на добри резултати. Когато акушерките са мотивирани и работят в екип, резултатът е осигуряване на високо качество на здравни грижи. Нищожен е делът на акушерките, посочили по-доброто възнаграждение като стимул за работа в ИНО (9,62%) или липса на друга алтернатива (14,42%).

Акушерките осъзнават своя избор за работно място и възможностите за професионално израстване и надграждане на знания и умения, които им предоставя работата в отделението. От проведеното изследване може да заключим, че уникалността на отделението, специфичната работа, високите резултати, които се постигат с безнадеждни случаи в практиката, привличат акушерките.

*Адаптацията* представлява процес на приспособяване на работещите към нови условия на работа. Независимо от усвоените базови умения и знания, всяко отделение притежава специфична документация, апаратура, манипулации, с които трябва да се запознаят новопостъпилите акушерки. Времето, необходимо за адаптация е строго индивидуално и се дължи на взаимодействието на съвкупност от личностни особености, теоретични и практически знания и обикновено съвпада с периода на обучение. За нас представляваше интерес колко време за адаптация е било нужно на новопостъпилите акушерки да се почувстват сигурни и уверени при практикуването на професията. (фиг. 19).

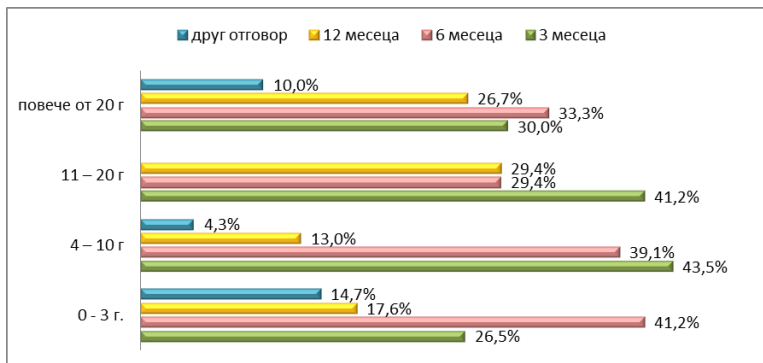


**Фиг. 19. Период за адаптация на новопостъпили акушерки в ИНО**

Най-голям е делът на двете групи анкетирани лица, посочили период от 6 месеца, като необходим за адаптиране на акушерките (акушерки - 37,5%, лекари - 48,6%). Според 1/3 от здравните професионалисти, 3 месеца са достатъчни за приспособяване към новите условия за работа (33,75%). Незначителен е делът на анкетираните, според които 1-2 месеца са достатъчни за адаптация (акушерки – 1%, лекари 2,9%), също толкова от тях не са дали отговор на въпроса. Според респондентите, посочили различен от предложените отговори в анкетата е необходимо обучението да не е строго фиксирано, а индивидуално съобразено. Вероятно са имали

предвид бързина, сръчност, компетентност, личностните качества на акушерката и др. При постъпване на работа, освен с характера на работа те се запознават и с начина на работа на всеки член от екипа и особености на характера.

Проучихме има ли връзка стажът на акушерките в ИНО с мнението им относно продължителността на процеса на адаптация (фиг. 20).



**Фиг. 20. Мнение на акушерки, относно продължителност на адаптацията на новопостъпили, според стажът им в ИНО.**

*\*% надхвърля 100, тъй като анкетираните са давали повече от 1 отговор*

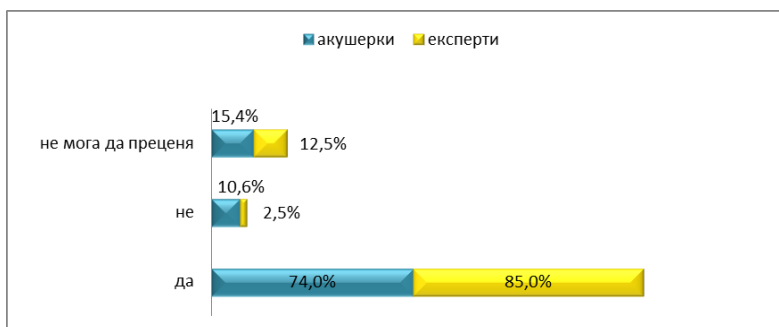
От получените резултати може да заключим, че разликата в мненията на специалистите не е статистически значима ( $\chi^2 = 6,909$ ,  $n = 104$ ,  $r = 0,647$ ), а мнението на респондентите е разпределено между 3 и 6 месеца като оптимален период за адаптация на новопостъпили специалисти по здравни грижи. Най-малък е дялът на акушерките със стаж от 0 до 3г. и от 4 до 10 години, според които продължителността на адаптация трябва да бъде 12 месеца (съответно - 17,6%, 13%).

### **3.6. Нагласи на акушерки и експерти, относно внедряване на специфична документация в практиката на акушерката (Протокол за интензивни неонатологични грижи).**

В интензивните отделения се извършват грижи за новородени деца с нарушения на адаптацията, с нужда от кардио-пулмонална ресусцитация, терапевтични и профилактични процедури, специални и интензивни грижи за деца в риск, с ниско и екстремно ниско тегло. Акушерката пряко

участва в процеса на реанимация на новороденото и активно съдейства на лекаря при осъществяването ѝ.

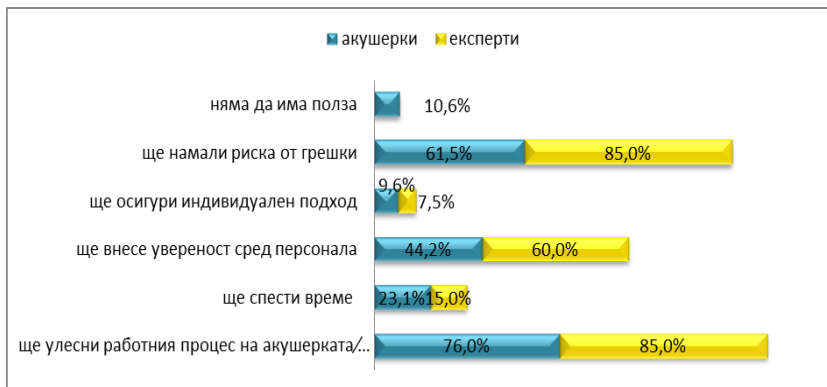
В неонатологичната практика липсва официално утвърдена документация (протоколи), описваща работата на акушерките. Налице са проучвания в областта на интензивната терапия, които са изследвали необходимостта от въвеждане на такава документация за унифициране на дейностите и повишаване качеството на здравните грижи. Интерес за проучването представляваше, какви са нагласите на акушерки и експерти, относно въвеждане на Протокол за интензивни неонатологични грижи, описващ последователни действия при специфични манипулации (напр. сурфактант терапия, реанимация на дете в риск и др.), (фиг. 21).



**Фиг. 21. Необходимост от въвеждане на протокол за интензивни грижи**

Експертите убедено изказват положително мнение, относно потребността от изготвяне и внедряване на специфична документация в неонатологичната практика (85%). Незначителен е дялът на тези от тях, които имат негативно мнение по въпроса (2,5%), а около 1/10 се колебаят (12,5%) . Вероятно, колебанието им е породено от липсата на ясна визия за същността на документацията и доколко тя би била приложима в практиката. Почти идентични са отговорите на акушерките, които също подкрепят въвеждането на специфична документация (74%), макар и не толкова уверено колкото лекарите. От получените резултати може да заключим, че акушерки и експерти осъзнават необходимостта от въвеждане на такава документация в практиката и изразяват положителна нагласа за внедряване ѝ в практиката.

Беше важно да изясним, каква ще е ползата от внедряването на протоколи за интензивни грижи, затова потърсихме мнението на акушерки и експерти по въпроса (фиг. 22).

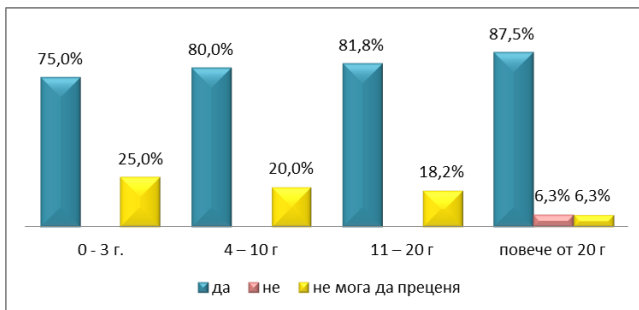


**Фиг. 22. Резултат от разработване на Протокол за интензивни неонатологични грижи**

\*% надхвърля 100, тъй като анкетираните са давали повече от 1 отговор

Значителен дял от двете групи респонденти считат, че това ще улесни работния процес на работещите в ИНО (експерти - 85%, акушерки 76%) и ще намали риска от грешки и пропуски (експерти - 85%, акушерки 61,5%). Повече от половината лекари в ИНО, са на мнение, че протоколът ще внесе увереност сред персонала (60%). Подобно е и мнението на акушерките, макар и не със същата убеденост (44,2%). Получените резултати свидетелстват за пълна подкрепа за въвеждане на протоколи за интензивни неонатологични грижи.

За нас беше интересно да разберем как трудовият стаж на лекарите се отразява на мнението им относно внедряване на специфичната документация в Интензивно отделение. Изхождайки от хипотезата, че лекарите с по-голям трудов опит, работят с рутина и без затруднения извършват специфични манипулации, биха сметнали за ненужно въвеждането на такъв документ, за разлика от тези, които са с по-малък опит (фиг. 23).

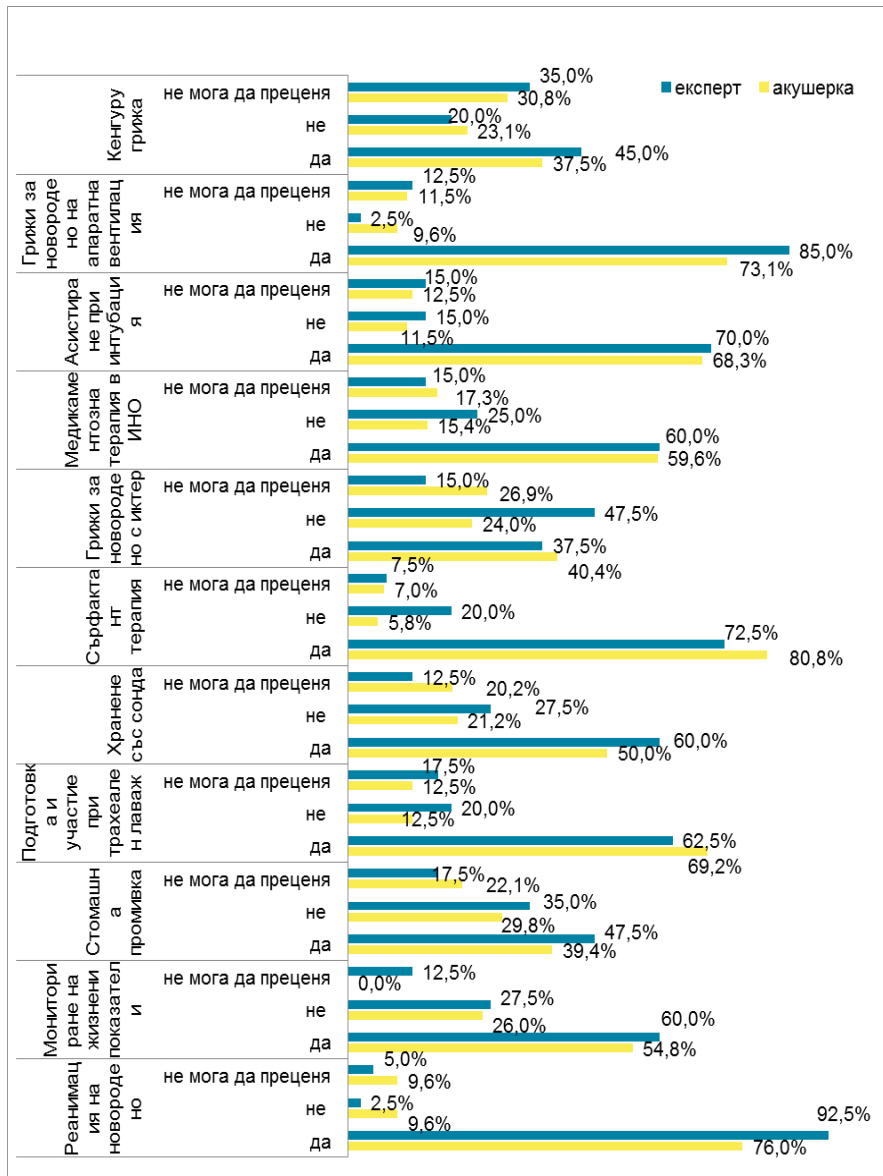


**Фиг. 23. Професионален опит на експерти и мнение относно въвеждане на документация**

Резултатите категорично показват, че разликата в мненията на експертите не е статистически значима и стажът не повлиява на мнението им ( $\chi^2 = 3,702$ ,  $n = 40$ ,  $r = -0,201$ ). Експерти и акушерки осъзнато подкрепят необходимостта от внедряване на протоколи, което ще доведе до положителна промяна, свързана с оптимизиране и регламентиране работата на специалистите по здравни грижи в ИНО.

Работата в интензивните отделения е изключително отговорна, свързана с полагане на вискоквалифицирани грижи за рискови новородени. Акушерките трябва да са добре обучени за работа със специфичната за отделението апаратура и да осигуряват 24 часово - непрекъснато наблюдение и грижи на рискови деца. Те проследяват динамиката на основни жизнени показатели и ги отразяват в интензивен лист. Това са само част от ежедневните дейности на акушерката, затова дадохме възможност на експерти и акушерки да посочат, за кои дейности в работата на акушерката е необходимо да има изготвен протокол (фиг. 24).



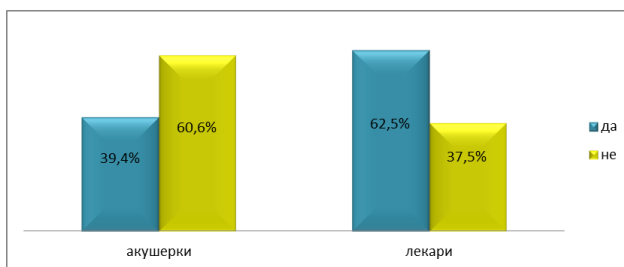


Фиг. 24. Необходимост от въвеждане на Протоколи за интензивни неонатологични грижи

\*% надхвърля 100, тъй като анкетираните са давали повече от 1 отговор

Анализът на получените резултати свидетелства за необходимост от разработване на протоколи за интензивни грижи за Сърфактант терапия (акушерки – 80,8%, експерти – 72,5%) и реанимация на новородено (акушерки 76%, експерти – 92,5% ), които са посочени от значителен дял от респондентите. Висок е дялът на лекарите, които считат, че е резонно да се въведе такава документация за асистиране по време на интубация (70%) и апаратна вентилация (85%), което би довело по-пълноценна работа в екипа. Част от акушерките изказват отрицание (23,1%) или колебание (30,8%), относно необходимостта от изготвяне и внедряване на протокол за приложение на метода „Кенгуру грижа“ в практиката. Причината за отрицателното мнение по въпроса вероятно се дължи на това, че за приложението на концепцията не се изискват специфични манипулативни умения. Изготвянето на такъв протокол би довело до популяризиране на идеята за внедряване на метода и недопускане на пропуски и грешки при осъществяването му.

Редица международни изследвания показват, че прилагането на стандарти по здравни грижи в практиката допринася за високото качество на грижите. Познаването на международния опит в областта на професионалната практика, осигурява висококвалифицирана грижа и прилагане на иновативни техники за рискови новородени. Попитахме акушерки и експерти, запознати ли са с международните стандарти за оказване на интензивни неонатологични грижи (фиг. 25).



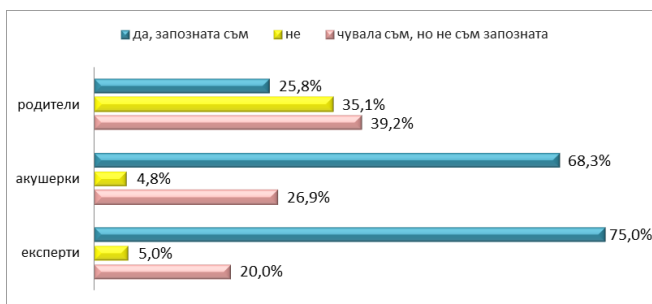
**Фиг. 25. Информираност относно международен опит за приложение на стандарти по здравни грижи.**

От получените резултати следва, че повече от половината експерти са запознати с международния опит за прилагане на стандарти (62,5%) за разлика от акушерките (39,4 %).

### 3.7 Иновации при оказването на неонатални грижи и участие на акушерката в тях - „Кенгуру грижа“

Кенгуру грижата (КГ) е една от концепциите в иновативната неонатологична практика, която плавно навлиза в страната. Понастоящем, благодарение на множество световни проучвания е доказано, че прилагането на КГ има редица предимства както за детето, така и за майката. В международната литература се налага становището, че по време на хоспитализацията на новородените в Интензивно неонатологично отделение, изключително голяма роля играе семейството. Според редица неонатолози, Кенгуру грижата е основен инструмент за справяне с проблемите, породени от разделянето на майката и детето. Ключова роля за нормалното нервно-психическо развитие на детето има контактът кожа до кожа, което доказано подпомага съзряването на мозъчната функция. Методът се прилага при здрави, доносени деца и всички рискови новородените, обект на специални грижи, със стабилна хемодинамика, излезли от интензивния сектор и по преценка на лекар.

Всяка иновация в медицината може да бъде положително посрещната или отхвърлена поради различия в разбиранията и нагласите на тези, които засяга. Необходимо е тя да бъде подкрепена с добре структурирано изложение и обяснение, за да се отговори на въпроси, които евентуално биха постъпили. Интерес за проучването представляваше запознати ли са акушерки, експерти и родители с концепцията „Кенгуру грижа“ (фиг.26)

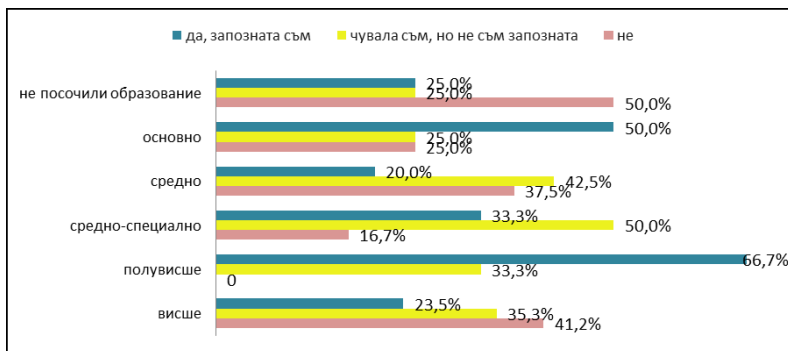


**Фиг.26. Информираност относно концепцията „Кенгуру грижа“**

От анализа на получените резултати става ясно, че значителен дял от експертите (75%) и акушерките (68,3%) попаднали в извадката са запознати с концепцията. Около 1/5 от тях (експерти - 20%, акушерки –

26.9%) са чували за този метод, но не са напълно запознати. Методът „Кенгуру грижа“ е малко известен за родителите, участвали в проучването (25,8%). По-голям е дялът на тези от тях, които са запознати отчасти (39,2%) или отричат (35,1%).

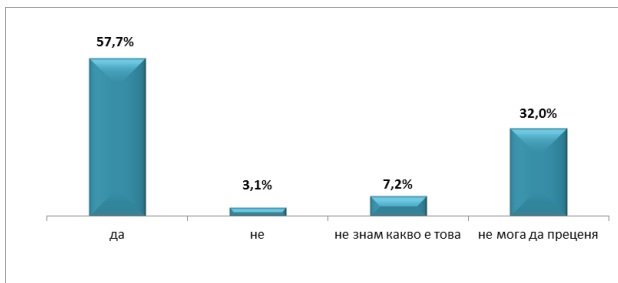
Направихме статистически изчисления, за да установим има ли зависимост между образованието на родителите и информираността им за метода „Кенгуру грижа“ (фиг.27).



**Фиг. 27. Информираност на родители, относно концепцията „Кенгуру грижа“, според образованието им.**

Разликата в отговорите не е статистически значима ( $n=97$ ,  $df = 10$ ,  $\chi^2 = 7,759$ ,  $r = -0,008$ ). Независимо от образованието им, дялът на родителите, които нямат представа за какво става въпрос е значителен (от 37,5% до 50%) или само са чували за концепцията (от 23,5% до 50%).

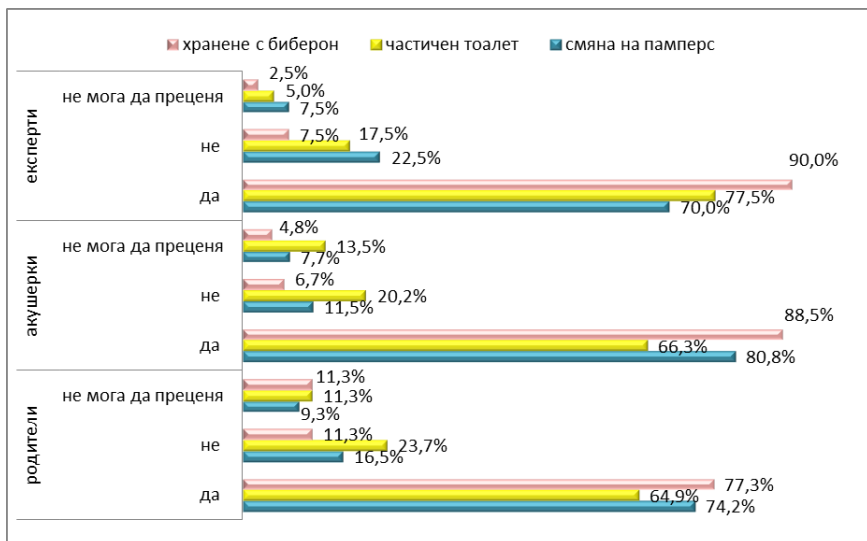
Попитяхме родителите на деца, настанени в ИНО, имат ли желание да осъществят „Кенгуру грижа“ (фиг. 28).



**Фиг. 28. Желание на родители за приложение на концепцията „Кенгуру грижа“**

Респондентите са посочили положителна нагласа за приложение на концепцията КГ (57,7%). Около 1/3 от тях не могат да дадат конкретен отговор (32%), вероятно поради липсата на допълнителна информация по темата. При повечето родители страхът надделява пред желанието, особено когато се касае до иновативни методи. Нищожен е делът на анкетираните, които изказват категорично отрицание (3,1%).

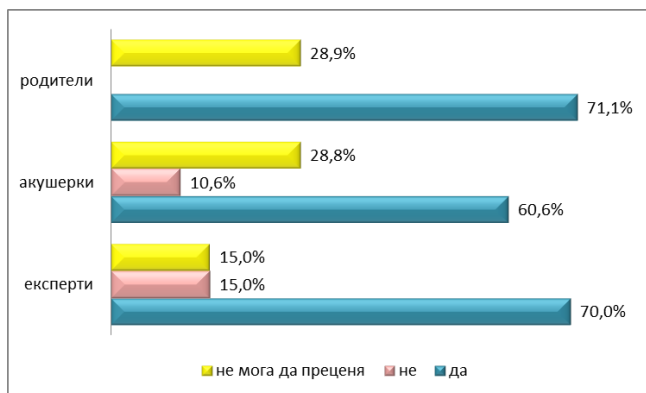
Част от рутинните грижи за деца, настанени в ИНО включват хранене с биберон (стига състоянието им да позволява), частичен тоалет и смяна на памперс. За нас представляваше интерес какви са нагласите на трите групи респонденти, относно включване на родителите в тези грижи, с цел подобряване на връзката родител-дете и внасяне на повече увереност и спокойствие сред майки и бащи (фиг.29)



**Фиг.29 Нагласи на родители за полагане на грижи за детето им, под контрол на акушерка**

Анализът на получените данни сочи, че според експерти (90%) и акушерки (88,5%) е удачно родителите да бъдат включвани в храненето на детето. Самите родители също изказват положителна нагласа (77,3%). Активното участие при смяна на памперс също е подкрепено от трите групи респонденти (експерти – 70%, акушерки – 80,8% и родители 74,2%). Повече от половината от акушерките (66,3%) подкрепят идеята за включване на родителите във времето за частичен тоалет, останалите изказват отрицание (20%) или колебание (13,5%). Близо ¼ от родителите изказват негативно мнение относно участието им в частичния тоалет (23,7%), вероятно поради несигурност от самата процедура и необходимост от допълнително обучение. Отрицанието и колебанието на част от акушерките и експертите по въпроса за включване на родители в грижите за техните деца вероятно е породено от организационни въпроси и опасенията от допълнително натоварване и увеличаване на задълженията за акушерките.

Сериозността и актуалността на проблема мотивира изследователски интерес за неговото проучване и успешно прилагане, чрез създаването на благоприятна среда за обучение на родителите и условия за перманентно консултиране. Позиционирането на семейна стая за осъществяване на „Кенгуру грижа“ осигурява възможности за активно участие на родителите в рутинните грижи за децата им. Това спомага за поддържане на близък контакт майка-дете и същевременно дава възможности за обучение на родителите в последващите грижи, извън лечебното заведение. Една от задачите на проучването е да се открият иновациите в неонатологичната практика, като източник за обучение на родители, чрез проучване и анализиране мнението на акушерки и експерти, работещи в интензивно неонатологично отделение и родители на рискови новородени. Попитахме респондентите, считат ли за удачно позиционирането на семейна стая за осъществяване на „Кенгуру грижа“ (фиг.30)

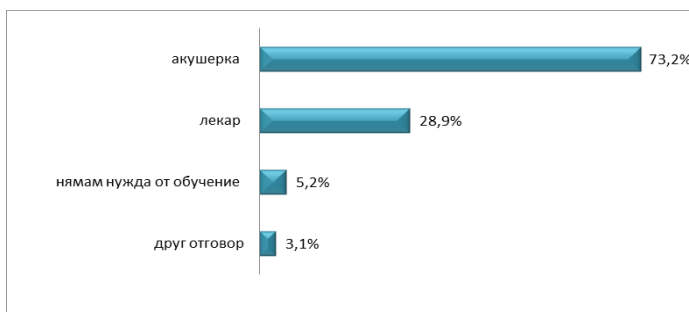


**Фиг.30. Позициониране на семейна стая за „Кенгуру грижа“**

Според трите групи респонденти е удачно позиционирането на семейна стая за приложение на концепцията „Кенгуру грижа“ (родители – 71,1%, експерти - 70%, акушерки – 60,6% ). Около 1/3 от акушерките и родителите изказват колебание (28,9%). Нищожен е делът на експерти и акушерки, според които е нецелесъобразно да има такава стая в

отделението (акушерки 10,6% и експерти 15%), което вероятно се дължи на необходимостта от допълнително обезпечаване с персонал, обучение на акушерките и затруднения по отношение на осигуряването на подходяща материално-техническа база. Прави впечатление, че липсва негативно мнение по въпроса от страна на родителите.

Обикновено родителите са плахи и тревожни поради факта, че детето им е с ниско тегло. Професионалното поведение на акушерката включва не само рутинните грижи за децата, настанени в ИНО, но и емпатия, разбиране, търпение. Част от компетенциите на акушерката, придобити по време на базовото образование включват промоция на здравето и обучение на родителите в грижите за новороденото. Попитахме родителите на рискови новородени, на кого биха се доверили да ги обучава в грижите за детето след изписването му (фиг.31).



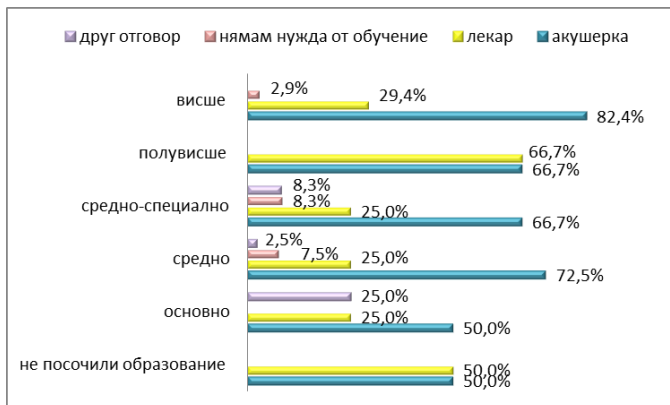
**Фиг. 31. Обучение на родители в грижите за детето след изписване**  
\*% надхвърля 100, тъй като анкетираните са давали повече от 1 отговор

Болшинството от родителите изказват желание да бъдат обучавани приоритетно от акушерка (73,2%). Около 1/3 от тях биха се доверили на лекар (28,9%). Незначителен е дялът на тези от тях, които споделят, че нямат нужда от обучение (5,2%). Респондентите имаха възможност за свободен отговор по въпроса и посочиха, че биха се доверили на близки и роднини, относно съвети, свързани с отглеждане на детето им (3,1%).

Беше важно да детайлизираме отговорът на респондентите, затова направихме допълнителен анализ на образователният статус на



родителите и го съпоставихме с мнението им относно обучението им в последващите грижи (фиг. 32)



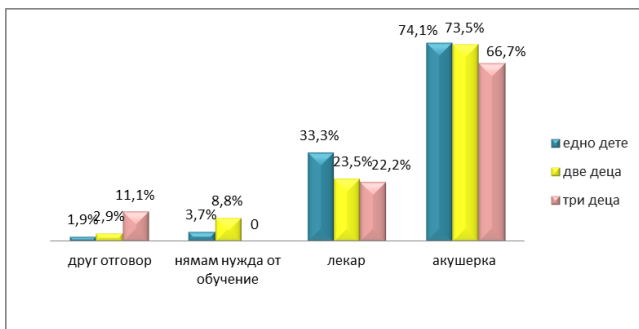
**Фиг. 32. Влияние на образованието на родителите върху мнението им за обучение в грижите за детето им.**

*\*% надхвърля 100, тъй като анкетираните са давали повече от 1 отговор*

Родителите имаха възможност да посочат повече от един отговор. Анализът на получените данни сочи, че значителен дял от родителите с висше (82,4%) и средно образование (72,5%) изказват доверие в компетенциите на акушерката и желаят да ги обучава в грижите за детето им. Респондентите с полувисше образование изказват желание да бъдат обучавани и от акушерка (66,7%) и от лекар (66,7%). От резултатите може да заключим, че образованите родители желаят да бъдат обучавани от акушерка, което е доказателство за високата оценка към акушерския труд и свидетелства за осъзната нужда от грижа.

Раждането на дете преди вероятния термин създава чувство на нерешителност и безпокойство сред родителите, както по време на хоспитализация, така и след изписването. Логично е в такъв период от живота да възникнат редица въпроси, свързани с по нататъшното развитие на детето. В случаите, когато преждевременно роденото дете е второ или трето по ред, предполага наличие на натрупан опит, знания и умения у родителите за полагане на грижи, въпреки това в повечето случаи страхът и тревогата надделяват. В този смисъл е важно да бъде

изяснена връзката между паритета и осъзнаване на необходимостта от акушерски грижи и обучение (фиг.33).

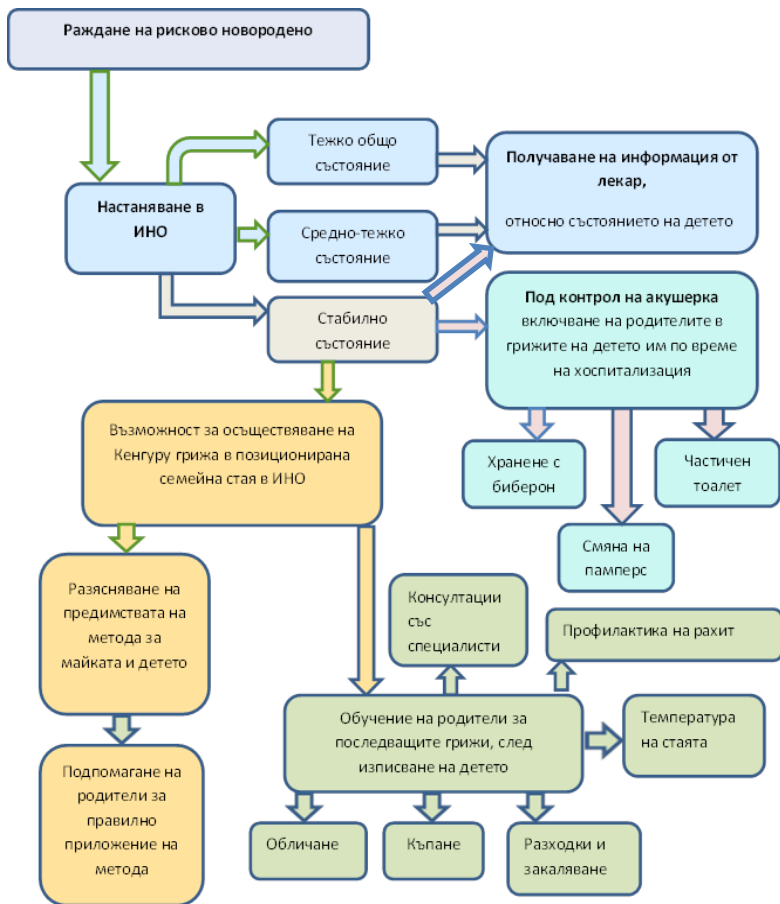


**Фиг. 33. Обучение на родителите в грижите за детето след изписване, според броя живородени деца.**

*\*% надхвърля 100, тъй като анкетираните са давали повече от 1 отговор*

Родителите изразяват доверие към акушерката, без особено значение от това колко деца имат (от 66,7 до 74,1%). Отговорът на респондентите е твърде показателен, независимо, че убедеността им незначително намалява във връзка с това, че имат опит в отглеждането на дете. Акушерките притежават необходимата компетентност за обучение на родители в грижите за детето след изписване от ИНО, но считаме, че тези умения не се използват ефективно. Обучението, уменията за комуникация и контактът с родителите трябва да бъдат от първостепенно значение в работата на акушерката, което изисква овладяването на комплекс от професионални знания, умения и навици.

Раждането на дете в риск е стрес за цялото семейство. Акушерката заема централно роля в общуването с родителите и предоставянето на здравни грижи за детето по време на хоспитализация и след изписването му от лечебното заведение. Изработихме нагледна схема, описваща поредността от действия в грижите за рисковено новородено от раждането му до момента на изписване от лечебното заведение (фиг.34).



**Фиг.34. Дейности на акушерката в процеса на обучение на родители на рисково новородено.**

Рисковите новородени се настаняват в ИНО. Към настоящия момент информация за децата се предоставя от дежурния лекар, независимо от състоянието им. По преценка на лекар и при стабилно състояние на детето, родителите могат да бъдат включвани в грижите за

детето им (смяна на памперс, частичен тоалет, хранене с биберон) под контрол на акушерка.

Раждането на недоносено дете носи след себе си тревожност сред родителите и множество въпроси, свързани с отглеждане, закаляване, допълнителни прегледи и консултации. Позиционирането на семейна стая в отделението предоставя възможности за обучение на родителите, паралелно с грижите, полагани по време на хоспитализация. Кенгуру грижата е сравнително нова концепция, която носи редица предимства за детето и майката. Акушерката има възможност да разясни същността на концепцията и правилното ѝ приложение.

В хода на изследването ясно пролича необходимостта от разработване на Информационна брошура за родители на рискови новородени. Чрез нея, по достъпен начин, ще се повиши информираността на родителите относно предимствата на концепцията „Кенгуру грижа“ и ще се улесни работата на акушерката при прилагането ѝ в практиката. Информационната брошура предоставя възможност за информиран избор относно прилагане на концепцията и ще доведе до популяризирането ѝ.

## **Информационна брошура за родители**

**Научете повече за „Кенгуру грижата“. Нека дадем повече любов за децата!**



За „Кенгуру грижа“ започва да се говори още през 70 - те години на 19 век в Колумбия. Поради липсата на специализирана медицинска апаратура, д-р Едгар Рей Санабрия предлага всички недоносени деца да бъдат поставяни върху гърдите на своите майки, в продължение на 24 часа. По този начин детето е в непрекъснат контакт с майка си – спи, храни се и чува познатия от утробата сърдечен ритъм. Резултатите от този експеримент били впечатляващи, тъй като голяма част от децата са показали сравнително бърза адаптация към извънматричния живот.

Чрез допирът кожа до кожа вие осигурявате топлинен комфорт на детето си, като по този начин, то поддържа нормална телесна температура. Едновременно с това му помагате да стабилизира дишането и сърдечната си честота. Този метод е изключително емоционален и осигурява стабилна връзка между родител и дете. Вие подпомагате адаптацията му, а то от своя страна ви помага да преодолее стреса. Допирът кожа до кожа ще намали нивото на стрес-хормоните и ще подобри кърменето. Доказано е, че честотата на следродилната депресия намалява при майки, практикуващи „Кенгуру грижа“.



**Раждането на недоносено дете обикновено е свързано с редица тревоги, емоции и стрес.** Не се страхувайте да приемете детето си, то има нужда от Вашата любов, то ви усеща. Понякога това е един продължителен и труден период, както за родителите така и за децата. Не се отказвайте! Паниката и сълзите не помагат, бъдете до детето си! В момента, в който се почувствате добре, потърсете ни, почувтайте се част от екипа, полагащ грижи за Вашето дете,

покажете Вашето желание.

**Не изпитвайте вина, преодолейте страха, детето има нужда от Вашата прегръдка!**

Към настоящия момент Кенгуру грижата се препоръчва от Световната здравна организация, като успешен метод в грижите за най-малките новородени. В много страни по света той се прилага, поради доказания си ползотворен ефект. В САЩ методът „Кенгуру грижа“ се практикува в 82 % от неонатологичните отделения.



В България също се правят опити за внедряване на Кенгуру грижата в неонатологичната практика. Това дава шанс на родителите да участват контролирано в грижите за недоносеното си дете, да поддържат близък контакт с него и да бъдат обучавани относно последващите грижи.

Прилагането на Кенгуру грижата не винаги е подходяща, но за това ще направи преценка неонатологът, който наблюдава детето!

Само близостта и огромната Ви обич могат да помогнат в критичния момент за вашето мъниче! Подарете топлина, ласка и любов, за да извървите заедно трудния път!

### **Изводи от III глава**

1. В Интензивно неонатологично отделение работят млади специалисти, което крие рискове, тъй като липсва натрупан опит (стаж от 0 – 3г. - 32,69%).
2. В ИНО работят лекари с богат професионален опит и предоставят високо качество на грижите за недоносени деца, (стаж повече от 20 години - 40%).
3. Респондентите са категорични, че следдипломното обучение е задължителен елемент за работещите в ИНО, (експерти - 100%, акушерки - 90,4%).
4. Значителен дял от лекарите (72,5%) и акушерките (80,8%) считат, че обучението на новопостъпилите професионалисти по здравни грижи е добре да се проведе с наставник.
5. Периодът от 1 година е преценен като оптимален за актуализиране на знанията на акушерките в ИНО (експерти - 57,5%, акушерки - 46,15%).

#### IV. Съвременната акушерка – роля и приложими компетенции в ИНО.

##### 4.1. SWOT анализ за професионализацията на акушерките, работещи в ИНО и „Кенгуру грижа“.

На базата на получените резултати и данните от реалната практика, направихме SWOT анализ за професионализацията на акушерката в ИНО (табл.14).

*Табл. 14. SWOT анализ за професионализацията на акушерката в ИНО.*

<b>Силни страни</b>	<b>Слаби страни</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• наличие на регламент за Следдипломно обучение (СДО) на акушерките в „Закон за здравето и ЗСОМСААМС;</li><li>• акушерката следва да подобрява уменията си чрез продължаващо обучение - „Етичен кодекс за професионална етика“</li><li>• подготвя висококвалифицирани кадри за осъществяване на интензивни неонатологични грижи;</li><li>• налична нормативна база, регламентираща акушерските грижи;</li><li>• утвърждава развитието на конкурентноспособни здравни професионалисти;</li><li>• представлява престиж за организацията;</li><li>• създава благоприятна среда за провеждане на тясноспециализирани клинично базирани обучителни курсове/програми;</li><li>• способства за придобиване на знания и умения, съответстващи на съвременните изисквания за професионална квалификация;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• липса на сертифициране на акушерките, посещавали клинично насочени курсове за обучение;</li><li>• липса на допълнително заплащане на акушерките, притежаващи по-висока квалификация;</li><li>• не се осигурява свободно време – допълнителен платен годишен отпуск, отпуск за обучение;</li><li>• няма изискване от работодателите, свързано с повишаване квалификацията на акушерките и тяхното кариерни развитие;</li><li>• финансирането на обучителните курсове и специализации са за лична сметка.</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• осигурява среда за научноизследователска дейност;</li> <li>• позволява провеждане на научни регионални, национални и международни форуми;</li> <li>• утвърждава по-добри позиции на пазара на труда.</li> </ul>	
<p style="text-align: center;"><b>Възможности</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Заплахи</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• непрекъснато обучение през целия професионален път;</li> <li>• личностна и професионална удовлетвореност;</li> <li>• придобиване на специализация или магистърска степен;</li> <li>• усвояване на лидерски умения;</li> <li>• повишаване на личностна и професионална удовлетвореност;</li> <li>• възможност за постигане на по-високо образователно ниво;</li> <li>• възможност за заемане на ръководни длъжности (старша, главна акушерка, мениджърски позиции);</li> <li>• възможност за научно-изследователска дейност;</li> <li>• възможности за заемане на академични длъжности;</li> <li>• повишаване на вече придобита квалификация;</li> <li>• възможности за участие в дискутиране на проблеми, свързани с общественото здраве.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• промяна в динамика на законодателството, регламентиращо здравната система и акушерската професия;</li> <li>• разминаване между теоретичната основа и практиката;</li> <li>• недостатъчна подкрепа от страна на работодателите;</li> <li>• липса на критерии относно дейностите на акушерката с по-висока квалификация;</li> <li>• натоварване с допълнителни задължения на акушерките, без увеличаване на месечно възнаграждение;</li> <li>• липса на желание за промяна от традиционния модел на акушерската практика;</li> <li>• липса на мотивация за кариерно израстване;</li> <li>• отлив на интерес към професията.</li> </ul>

На базата на получените резултати и данните от реалната практика, направихме *SWOT анализ* на приложение на „Кенгуру грижа“ при деца, настанени в ИНО (табл.15).



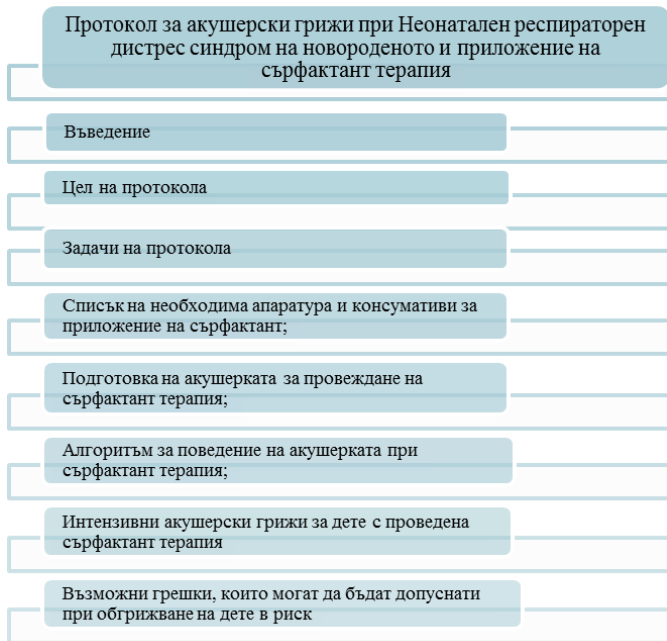
*Табл. 15. SWOT анализ на приложение на „Кенгуру грижа“ при деца, настанени в ИНО.*

<b>Силни страни</b>	<b>Слаби страни</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• осигурява по-бърза адаптация на детето към извънтробния живот и стабилизиране на жизнени показатели;</li> <li>• позволява индивидуализиране на здравните грижи за най-малките пациенти;</li> <li>• осигурява емоционално-стабилна връзка майка-дете;</li> <li>• способства за намаляване на чувството на тревожност и стрес сред родителите;</li> <li>• осигурява по-добра комуникация между акушерка и родител.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• недостатъчно познаване на концепцията от родители и здравни професионалисти;</li> <li>• недостатъчно познаване на международния опит за прилагане на Кенгуру грижа;</li> <li>• липса на законов регламент за приложение на Кенгуру грижа в страната;</li> <li>• липса на критерии, свързани със знанията и уменията на акушерките за приложение на концепцията;</li> <li>• подценяване на акушерски компетенции;</li> <li>• недостатъчно оценени комуникативни и обучителни функции на акушерката;</li> <li>• дейността не е заложена в политиката на лечебното заведение;</li> <li>• недостатъчна подкрепа от страна на ръководството;</li> <li>• проблеми свързани с материално-техническата база за позициониране на семейна стая;</li> <li>• необходимост от допълнителни ресурси – материални и човешки;</li> <li>• недостиг на акушерки.</li> </ul>
<b>Възможности</b>	<b>Заплахи</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• възможност за обучение на родителите в последващите грижи за детето в домашни условия;</li> <li>• възможности за информиран избор на родителите за приложение на Кенгуру грижа;</li> <li>• възможност за внедряване на специфична документация – Протокол за „Кенгуру грижа“;</li> <li>• възможност за повишаване на качеството и ефективността на предоставяните неонатологични грижи;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• промени в законодателството регламентиращо професията на акушерката;</li> <li>• промяна на обществените представи и схващания относно КГ и ролята на акушерката;</li> <li>• липса на допълнително възнаграждение за сметка на нови задължения;</li> <li>• необходимост от обучение на акушерки за приложение на концепцията;</li> <li>• въвеждане на допълнителни</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• възможност за обществена подкрепа свързана с дейността на акушерката;</li> <li>• възможност за въвеждане на единен стандарт за КГ.</li> </ul>	<p>изисквания към акушерката;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• отговорност за пропуски и грешки при приложение на концепцията;</li> <li>• съпротива от страна на лекари и ръководство.</li> </ul>
--	---

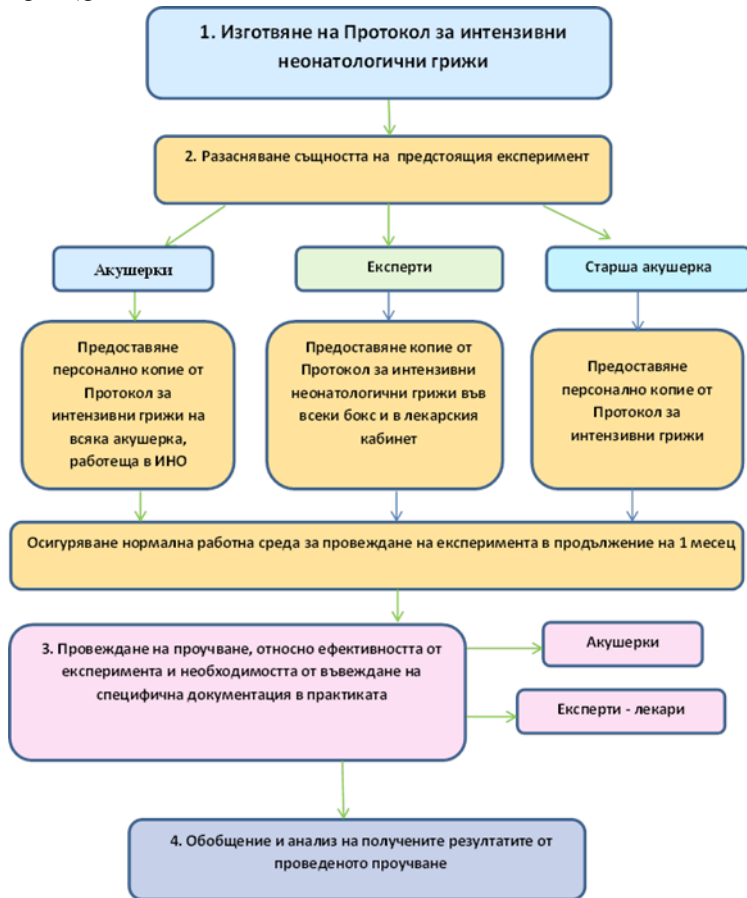
#### **4.2. Експериментално внедряване на Протокол за акушерски грижи при Неонатален респираторен дистрес синдром на новороденото и приложение на сърфактант терапия в ИНО.**

След анализ на литературни източници установихме липсата на унифицирана документация, описваща дейността на акушерката в ИНО (Протоколи). Това ни мотивира да разработим Протокол за приложение на Сърфактант терапия, който да внедрим в практиката на акушерката. Протоколът, който е схематично представен е детайлно обяснен и описан в дисертационния труд. (фиг. 35).



**Фиг.35. Структура на Протокол**

Протоколът, беше размножен на хартиен носител, според броя на акушерките в отделението, така че всяка да получи персонално копие. За да се осигури достъпност до документа във всеки момент, беше осигурено копие във всеки бокс, в лекарския кабинет и при старшата акушерка (фиг. 36).



**Фиг. 36. Модел на експеримент**

Ефективното приложение на Протокола в практиката бе обезпечено със съдействието на ръководството на отделението чрез създаване на спокойна работна атмосфера. След приключване на

експеримента се проведе проучване относно ефективността му и необходимостта от унифициране на грижите, чрез внедряване на специфична документация в ИНО. Последва анализ и интерпретация на получените резултати.

Проведе се анкетно проучване сред две групи респонденти - акушерки (n=14) и лекари (n=8), работещи в Интензивно неонатологично отделение, участвали в провеждането на експеримента. Целта на изследването бе да се установи ефективността от внедряване на Протокол в практиката на акушерката.

- *Социо-демографска характеристика на изследваните лица, участвали в провеждането на експеримент*

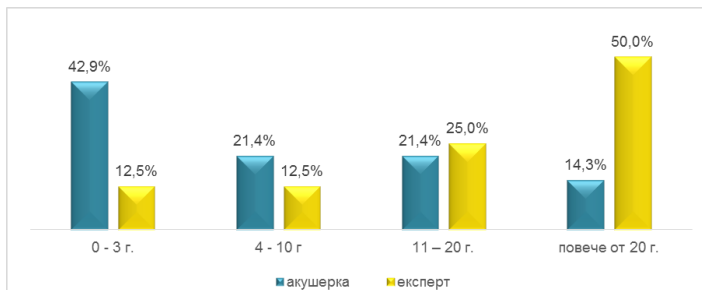
За целите на проучването беше важно да разберем каква придобита специалност имат лекарите, попаднали в извадката (фиг.37).



**Фиг.37. Специалност на лекарите в ИНО**

*\*% надхвърля 100, тъй като анкетираните са давали повече от 1 отговор*

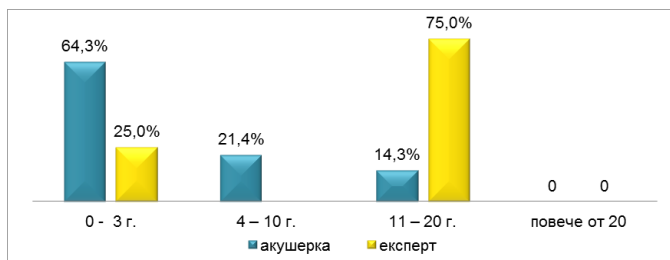
Експертите имаха възможност да посочат повече от един отговор, тъй като има такива с придобити две специалности. Значителен е дялът на респондентите със специалност „Неонатология“ (75%) и „Детски болести“ (75%). Само един от лекарите в ИНО е без специалност (12,5%). Попитахме акушерки и експерти какъв е техния трудов стаж и получихме следните отговори: (фиг.38).



**Фиг.38. Стаж на лекари и акушерки**

Прави впечатление, че най-голям е дялът на акушерките в ИНО със стаж от 0 до 3 години (42,9%), а най-малък е на тези със стаж повече от 20 години (14,3%). При експертите се наблюдава обратното. Половината от респондентите са със стаж повече от 20 години (50%), последвани от тези със стаж между 11 и 20 години (25%), а най-малък е дялът на тези със стаж от 0 до 3 години (12,5%). От резултатите може да заключим, че в ИНО работят лекари с богат професионален опит. Назначаването на акушерки с по-малък трудов стаж предполага необходимост от допълнително обучение.

Попитахме акушерки и експерти, от колко време работят в ИНО (фиг.39).



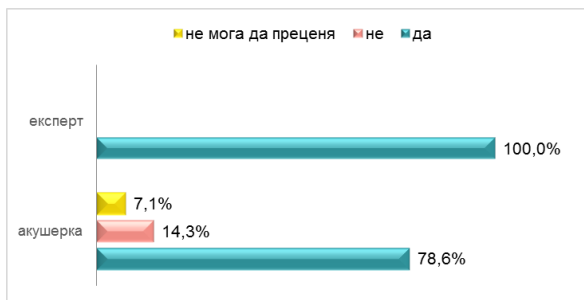
**Фиг.39. Стаж на лекари и акушерки в ИНО**

Резултатите от изследването показват, че значителен дял експертите (75%) са посветили от 11 до 20 години от стажа си на интензивните неонатологични грижи. Голям е и дялът на акушерките, работещи от 0 до 3 години в ИНО (64,3%), което предполага, че изработването на специфична документация и внедряването ѝ в

практиката би довело до подпомагане дейността на акушерката и внасяне на повече сигурност. От обработените резултати може да заключим, че в ИНО работят млади, мотивирани за работа акушерки, и лекари с натрупан богат клиничен опит, което предполага получаване на компетентни отговори на въпросите, свързани с дисертационния труд.

#### **4.3 Необходимост от въвеждане на протоколи за унифициране на акушерските грижи в ИНО – резултати от проведен експеримент, с участието на акушерки.**

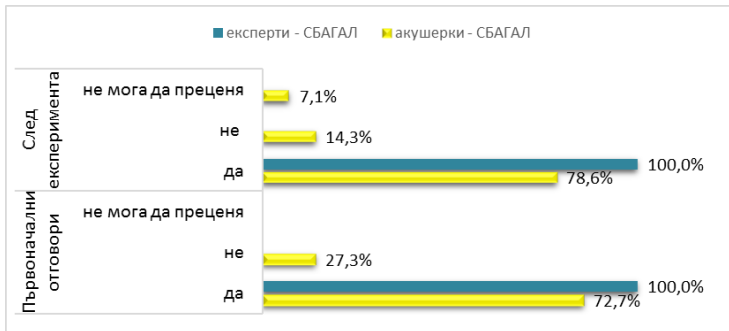
Преди провеждането на експеримента, проучихме мнението на експерти и акушерки от всички лечебни заведения, посочени в методиката, относно необходимостта от въвеждане на Протоколи за интензивни неонатологични грижи (фиг. 40).



**Фиг.40** *Необходимост от въвеждане на Протоколи за интензивни неонатологични грижи, в практиката на акушерката.*

Докато експертите са единни и категорични в мнението си относно необходимостта от въвеждане на Протоколи в ИНО (100%), акушерките не са толкова убедени (78,6%). Макар и малка част от тях изказват колебание (7,1%) или се отнасят негативно (14,3%).

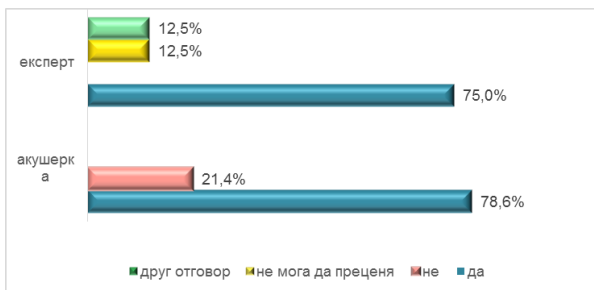
Постигането на целите на изследването наложи да направим сравнителен анализ на отговорите на експерти и акушерки от СБАГАЛ-гр. Варна, преди и след провеждане на експеримента (фиг.41).



**Фиг.41. Мнение на експерти и акушерки от СБАГAL, относно необходимостта от въвеждане на Протокол – преди и след експеримента.**

Експертите са убедени в необходимостта от внедряване на документация в отделението и изказват категорично положително мнението преди и след експеримента (100%). Значителен е дялът на акушерките, които подкрепят тяхното мнение (преди – 72,7%, след 78,6%).

За да бъде ефективен експеримента, едно от необходимите условия е да се създаде подходяща атмосфера на работа. Попитахме респондентите, бяха ли създадени възможности за работа по протоколът за интензивни грижи (фиг.42).

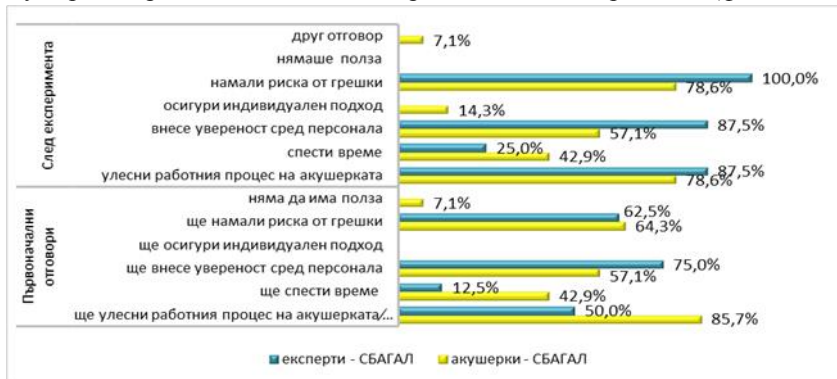


**Фиг.42. Създадени възможности за работа по Протоколите за интензивни неонатологични грижи**

Изказано е положително мнение от акушерки (78,6%) и експерти (75%), относно създадените възможностите за работа по Протокол.

Отрицателния отговор на акушерките (21,4%) и колебанието на експерти (12,5%), вероятно се дължи на различни очаквания или липса на знания.

Интерес за изследването представляваше да разберем, какво отражение ще има проведения експеримент върху мнението на двете групи респонденти, относно ефекта от внедряване на протоколи в практиката. Направихме сравнителен анализ на отговорите на акушерките, работещи в СБАГАЛ преди и след експеримента (фиг.43).



**Фиг.43. Мнение на експерти и акушерки, относно ефекта от внедряване на протоколи за интензивни грижи – преди и след експеримента**

Експертите ясно са осъзнавали ползата от внедряване на Протокол в ИНО, като преди експеримента са посочили, че той би довел до намаляване риска от грешки по време на работа (62,5%). След приключване на експеримента мнението им се обединява и е категорично положително (100%). При акушерките също се наблюдават подобни резултати ( преди експеримента - 64,3%, след - 78,6%).

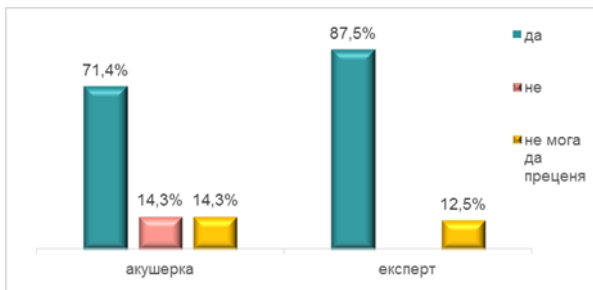
Идентични са отговорите на експертите относно улесняването на работния процес, вследствие от Протоколите (преди експеримента - 50%, след - 87,5%). Акушерките са били по-убедени в това мнение преди провеждането на експеримента (85,7%). Вероятно допълнителната документация и необходимостта от внедряване на иновации ги смущава и предполага допълнителни задължения.

Прави впечатление наличието на негативен отговор след експеримента, по отношение на ползата на този вид документация



(Протокол). Акушерки са изразили отрицателно мнение преди експеримента, който липсва след провеждането му.

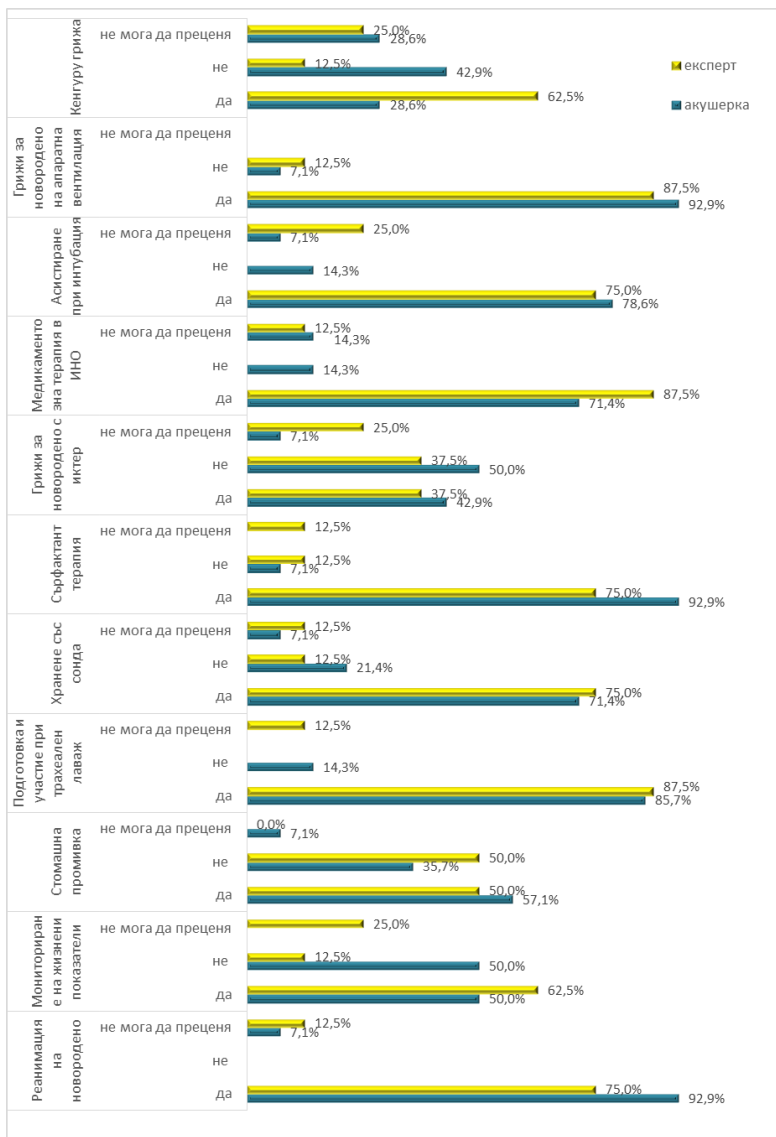
Работата в ИНО е интензивна и динамична, свързана с разнородни задължения. Решихме да попитаме акушерки и експерти, считат ли, че е необходимо изготвяне и внедряване в практиката на протоколи за останалите манипулации в работата на акушерката (фиг.44).



**Фиг.44. Необходимост от въвеждане на протоколи за останалите манипулации в работата на акушерката**

Значителен е дялът на експертите, изказали положителна нагласа по въпросът (87,5%), последван от мнението на акушерките (71,4%), макар и не със същата убеденост. Почти еднакъв е дялът на двете групи анкетирувани лица, изказали колебание по въпроса (акушерки – 14,3%, експерти – 12,5%) Единствено акушерките са изказали отрицателно мнение за необходимостта от въвеждане на Протокол за останалите манипулации.

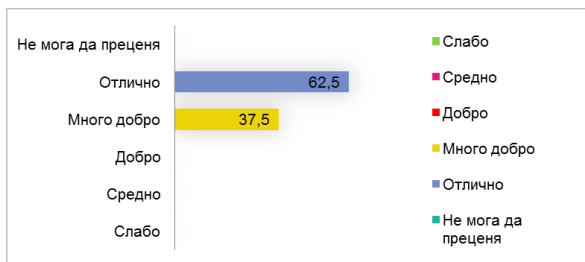
Изготвянето на Протокол е свързано не само с преодоляване на неяснотите при извършване на конкретна манипулация, но и с намаляване на стресовите ситуации по време на работа. Експерти и акушерки имаха възможност да посочат, за кои от дейностите в ИНО е необходимо да се разработи протокол (Фиг.45).



Фиг. 45. Изготвяне на протоколи за манипулации в ИНО.

От всички изброени манипулации, акушерките в ИНО посочват с приоритет реанимация на новородено и грижи за новородено на апаратна вентилация (92,9%). Това са част от манипулациите в интензивно отделение, прилагани при животозастрашаващи състояния и вероятно това е причината да бъдат препоръчани от акушерките за изготвяне на протокол. Експертите са оценили най-високо необходимостта от разработване на протоколи за следните интензивни манипулации: грижи за новородено на апаратна вентилация, медикаментозна терапия в ИНО, подготовка и участие на акушерката в трахеален лаваж (съответно 87,5%). Респондентите са раздвоени относно необходимостта от въвеждане на документация, описваща дейностите, свързани с подготовка и извършване на стомашна промивка на рисково новородено (Протокол). Половината от тях подкрепят идеята (акушерки 57,1%, експерти - 50%), а останалите я отхвърлят.

Предоставена бе възможност на експертите да оценят компетенциите на акушерките, работещи в ИНО (фиг.46).



**Фиг.46. Оценка на компетенциите на акушерките в ИНО**

Експертите оценяват високо знанията и уменията на акушерките, те поставят отлична (62,5%) или много добра оценка (37,5%) на компетентността им. Липсата на ниска оценка показва високо качество на грижите в отделението.

## V. Изводи, препоръки и предложения

### 5.1 Изводи

1. Университетското образование осигурява знания и умения на акушерките за работа в Интензивно неонатологично отделение (58%). Техните компетенции са високо оценени от експерти (75%).
2. Установено е положително отношение за включване на здравните специалисти във форми за продължаващо обучение (експерти - 100%, акушерки - 90,4%).
3. Водещите качества сред акушерките, необходими за работа в интензивни отделения са уменията за работа при спешни състояния (87,5%) и чувство за отговорност (42,5%).
4. Осъзната е необходимостта от въвеждане на унифицирана документация в ИНО - Протокол (акушерки - 74%, експерти - 85%), което е предпоставка за намаляване риска от грешки и по-голяма сигурност на работното място.
5. Установена е положителна нагласа за позиционирането на семейна стая за приложение на концепцията „Кенгуру грижа“ (родители – 71,1%, експерти - 70%, акушерки – 60,6%).
6. Родителите изразяват готовност за включване в рутинните грижи за новородените по време на хоспитализация (77,3%), което е основание за подобряване на връзката родител-дете и внасяне на повече увереност и спокойствие. Методът „Кенгуру грижа“ е малко известен за родителите участвали в проучването (25,8%).
7. Предложеният Протокол за целите на научният експеримент е основа за разработване на протоколи за интензивни неонатологични грижи в практиката на акушерката.
8. След проведен експеримент акушерките (78,6%) и експертите (100%) категорично заявяват необходимост от документиране дейностите на акушерката в ИНО.
9. Изготвената брошура за родители повишава знанията им относно концепцията „Кенгуру грижа“ и предоставя възможност за информиран избор относно прилагането ѝ.

10. Родителите изразяват необходимост да бъдат обучавани в последващите грижи за новороденото, приоритетно от акушерка (73,2%).
11. Резултатите от проведеното проучване, потвърждават положителните хипотези и отхвърлят отрицателната.

## 5.2. Препоръки

На базата на проучената литература, резултати от собствено проучване и проведен експеримент, считаме за удачно да направим следните препоръки:

### ❖ Към Министерството на здравеопазването

- Да се утвърди стандарт за Интензивни неонатологични грижи в практиката на акушерката;
- Утвърждаване на специализация „Интензивни неонатологични грижи в практиката на акушерката“;
- Да се създаде и утвърди единен национален регистър на недоносените деца.

### ❖ Към БАПЗГ и медицинските университети

- Да се разработят стандарти за интензивни акушерски грижи в практиката на акушерката, свързана с полагане на грижи за рискови новородени;
- Провеждане на обучение на акушерки за прилагане на концепцията „Кенгуру грижа“

### ❖ Към ръководството на лечебните заведения

- Прилагане на метода „Кенгуру грижа в неонатологичните отделения. Позициониране на семейна стая в отделението, предоставяща възможности за обучение и подкрепа на родители на рискови новородени.
- Обучение на акушерки в приложението на концепцията „Кенгуру грижа“ и създаване на критерии за подбор на професионалисти по здравни грижи, подкрепящи метода.

### ❖ Към Българска асоциация по Неонатология

- Разработване на национална програма за проследяване и превенция на настъпили усложнения при недоносените деца.

### **5.3. Приноси:**

На базата на направените изводи, препоръки и резултати от собствените проучвания могат да бъдат очертани приноси с теоретичен и практикоприложен характер.

#### **С теоретичен характер**

1. Направен е исторически преглед на възникването и развитието на Неонатологичната практика.
2. Проучен е международен опит относно оказване на интензивни неонатологични грижи и прилагане на метода „Кенгуру грижа“.
3. В теоретичен аспект е обоснована необходимост от допълнително разширяване на компетенциите на акушерките, работещи в ИНО.
4. Проучени са готовността, нагласите и мотивацията на акушерките за осъществяване на интензивни неонатологични грижи за рискови новородени.
5. Направен е SWOT анализ за „Кенгуру грижа“ и професионализацията на акушерката в ИНО.
6. Описана е професионалната компетентност на акушерката, готовността и нагласата ѝ за работа в ИНО.
7. Разработен е модел на съвременната акушерката, работеща в ИНО.

#### **С практико-приложен характер**

1. Предложен е собствено разработен Протокол за интензивни неонатологични грижи при НРДС и приложение на Сърфактант терапия;
2. Проведен е експеримент чрез внедряване на Протокол за интензивни неонатологични грижи в практиката на акушерката. В резултат на проведения експеримент се установи необходимост от внедряване на унифицирана документация (протоколи) в работата на акушерката в ИНО.

3. Предложен е нов подход за включване на родители в грижите за новороденото по време на хоспитализация и позициониране на семейна стая за осъществяване на „Кенгуру грижа“.
4. Разработена е информационна брошура за родители на рискови новородени, относно прилагане на концепцията „Кенгуру грижа“

### **Публикации свързани с дисертационния труд:**

- 1. Илиева, С., В. Димитрова, Р. Лалева, Нагласи на студентите в специалност "Акушерка" за работа в интензивно неонатологично отделение, Здравна политика и мениджмънт, 2017, 386-390, ISBN 978-619-221-087-8**
- 2. Илиева, С., Р. Лалева, В. Станева, В. Димитрова, Съвременната акушерка през погледа на дипломантите на МУ – Варна“, Сборник доклади, Под ред. на проф. Соня Тончева, д.м. Шумен, 2017, ISBN 978-619-978-619-221-168-4, Шумен, 2017**
- 3. Илиева, Сл., С. Тончева, Потребност от документиране дейностите на акушерките в интензивно неонатологично отделение, сп. „Здравни грижи“, 2020, 2, ISSN 1312-2592.**
- 4. Пиева Sl. T. Innovations in neonatological practice as a training opportunity for parents of at risk newborns, Материали международной научной-практической конференции „Психологически безопасная образовательная среда: проблемы проектирования и перспективы развития“, Тула, 2019, ISBN 978-5-6043744-4-3.**