



**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН**  
**ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ“**  
**КАТЕДРА „ОБЩЕСТВЕНОЗДРАВНИ НАУКИ“**

**ПЕТЯ ИВАНОВА ДИЛОВА**

**КАЧЕСТВО НА АКУШЕРСКИТЕ ГРИЖИ И ПЕРСПЕКТИВИ**  
**ЗА РАЗВИТИЕТО ИМ В БЪЛГАРИЯ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

на дисертационен труд за присъждане на  
образователна и научна степен „Доктор”

**Научна специалност:**

„Управление на здравните грижи“

**Научен ръководител:**

Проф. д-р Силвия Александрова-Янкуловска, д.м.н.

**Официални рецензенти**

Проф. Соня Тончева, д.оз.н.

Проф. д-р Елена Шипковенска, д.м.н.

Плевен, 2019 г.

Дисертационният труд съдържа 155 стандартни машинописни страници и е онагледен с 33 фигури, 17 таблици и 11 приложения.

Библиографският списък включва 187 заглавия, от които 54 на кирилица и 133 на латиница.

Във връзка с дисертационния труд са направени 4 публикации и научни съобщения на национални и международни форуми.

Дисертационният труд е одобрен и насочен за публична защита от подсилен катедрен съвет на катедра „Общественоздравни науки“ при факултет „Обществено здраве“ на Медицински университет – Плевен на 16.11.2018 год.

Официалната защита на дисертационния труд ще се състои на 25.01.2019 год. от 14<sup>00</sup> часа в зала „Амброаз Паре“, ТЕЛЕЦ на МУ-Плевен.

Материалите по защитата са публикувани и достъпни на сайта на МУ-Плевен ([www.mu-pleven.bg](http://www.mu-pleven.bg)).

## СЪДЪРЖАНИЕ

	Стр.
<b>ВЪВЕДЕНИЕ</b>	5
<b>I. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО</b>	5
<b>II. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ</b>	9
1. Характеристика на организацията на акушерските грижи в България	9
2. Социо-демографски характеристики на изследваните лица	11
3. Качество на акушерските грижи	16
3.1. Качество на грижите по време на бременността	16
3.2. Качество на грижите свързани с раждането	22
3.3. Качество на грижите след изписване от родилното заведение	30
3.4. Препоръки на респондентите за подобряване качеството на акушерските грижи	36
4. Обучение на акушерките	37
5. Учебна програма по патронажни акушерски грижи	42
<b>III. ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ</b>	44
<b>IV. ПРИНОСИ</b>	45
<b>ПУБЛИКАЦИИ И НАУЧНИ СЪОБЩЕНИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД</b>	46
<b>SUMMARY</b>	47

## Използвани съкращения:

АГП	Акушеро-гинекологична помощ
БАПЗГ	Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи
БП	Болнична помощ
ЕДИ	Единни държавни изисквания
ЖК	Женска консултация
ЗЛЗ	Закон за лечебните заведения
ИБП	Извънболнична помощ
МБАЛ	Многопрофилна болница за активно лечение
МУ	Медицински Университет
НЗОК	Национална здравно осигурителна каса
СЗО	Световна здравна организация
ACNM	American College of Nurse-Midwives
AWHONN	Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses
ECSACON	East, Central, and South African College of Nurses
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics (Международната федерация на гинеколозите и акушерите)
ICM	International Confederation of Midwives (Международна конфедерация на акушерките)
UNFPA	United Nation Population Fund
UNICEF	United Nation Children`s Fund
WHO	World Health Organization

## **ВЪВЕДЕНИЕ**

Световната Здравна Организация (СЗО) определя качеството на грижите като степента, до която здравните услуги, предоставяни на индивидите и пациентските популации, подобряват желаните здравните резултати. Акушерката е жизненоважното решение на предизвикателствата за осигуряване на високо качество на грижите за всички жени и новородени деца във всички страни. Активната роля на акушерките е необходима за гарантиране на специфични здравни политики, планове и решения, ориентирани към потребностите в конкретните страни и в съответствие с принципите за ефективно управление и регулирана практика.

Международната конфедерация на акушерките определя автономността на акушерката като осигуряване на грижи по време на бременността, раждането и послеродовия период и вземане на решения в партньорство с жената.

В съответствие с международните и национални норми за акушерска практика, се провеждат проучвания за качеството на грижите, осъществявани от акушерките. То може да бъде оценено с различни измерители, фокусирани върху: достъп до грижи, протичане на бременността, психоемоционално състояние на жената, потребности от специфични грижи и др.

Независимо от различията в организацията на акушерските дейности в различните страни, достъпът на жените до акушерка е гарантиран и е доказано най-добрата грижа за жените с нискорискова бременност, раждане и следродилен период.

Разработването на настоящия дисертационен труд е в отговор на потребностите от анализ на състоянието на дейностите за наблюдение и грижи за жените по време на бременността, раждането и следродилния период в България, проучване на техните потребности и готовността на акушерките да отговорят на нуждите на потребителите с цел повишаване на качеството на предоставяните грижи.

На базата на резултатите от проведеното комплексно проучване са направени изводи и са формулирани препоръки за подобряване организацията на дейностите за предоставяне на качествени акушерски грижи, в съответствие с мнението на медицинските професионалисти и потребителите (бременни жени и родилки) и повишаване качеството на обучение на акушерките.

## **I. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО**

### **1. ЦЕЛ НА ПРОУЧВАНЕТО**

Да се направи анализ на настоящите условия за предоставяне на акушерски грижи в България, да се определят потребностите от такива и съобразно резултатите да се предложат промени в организацията на дейностите и обучението на акушерките.

### **2. ЗАДАЧИ НА ПРОУЧВАНЕТО**

1. Да се проучи и анализира нормативната база, регламентираща акушерските компетенции и дейности в България, Европейски съюз, САЩ, Канада, Африка, Япония, Австралия и Нова Зеландия.

2. Да се проучи мнението на лекарите акушер-гинеколози и акушерки, работещи в лечебни заведения за болнична и извънболнична акушеро-гинекологична помощ (АГП), относно качеството и потребностите от акушерски грижи по време на бременността, раждането и в следродилния период.
3. Да се проучи мнението на потребителите – бременни жени и родилки, относно качеството и потребностите от акушерски грижи по време на бременността, раждането и в следродилния период.
4. Да се установи мнението на стажантите-акушерки, относно качество на обучението и тяхната готовност за оказване на акушерски грижи.
5. Да се разработи учебна програма за избираема дисциплина „Патронажни акушерски грижи“, която да повиши качеството на обучение на студентите от специалност „Акушерка“ по отношение на самостоятелните акушерски дейности в домашна среда.

### **3. ХИПОТЕЗИ**

Проучването е проведено на основата на следните работни хипотези:

1. Жените нямат достатъчен достъп до грижи от акушерка по време на бременността и в следродилния период.
2. Налице са потребности от самостоятелни акушерски практики за грижи по време на бременността и следродилния период.
3. Доверието на жените към самостоятелните дейности на акушерките е ниско.
4. Увереността на акушерките за осъществяване на самостоятелни дейности е недостатъчна.

### **4. ПРЕДМЕТ НА ПРОУЧВАНЕТО**

Предмет на настоящото проучване са качеството и потребностите от акушерски грижи по време на бременността, раждането и следродилния период.

### **5. ОБЕКТ НА ПРОУЧВАНЕТО И ЕДИНИЦИ НА НАБЛЮДЕНИЕ**

**Обект** на настоящото проучване са лечебните заведения за болнична и извънболнична акушеро-гинекологична помощ в Централна Северна България и висши училища, в които се осъществява обучение по специалност „Акушерка“ в Р. България.

**Технически единици на наблюдение** са общо 14 лечебни и 6 учебни заведения:

- 8 лечебни заведения/отделения за болнична акушеро-гинекологична помощ, от които 3 в университетски (в гр. София и гр. Плевен) и 5 в многопрофилни болници (в гр. Плевен, гр. Габрово, гр. Севлиево, гр. Ловеч и гр. Троян),
- 6 лечебни заведения за извънболнична акушеро-гинекологична помощ в гр. Плевен,
- 6 висши учебни заведения - (гр. Плевен, гр. Варна, гр. София, гр. Враца, гр. Пловдив, гр. Стара Загора).

**Логически единици на наблюдение:**

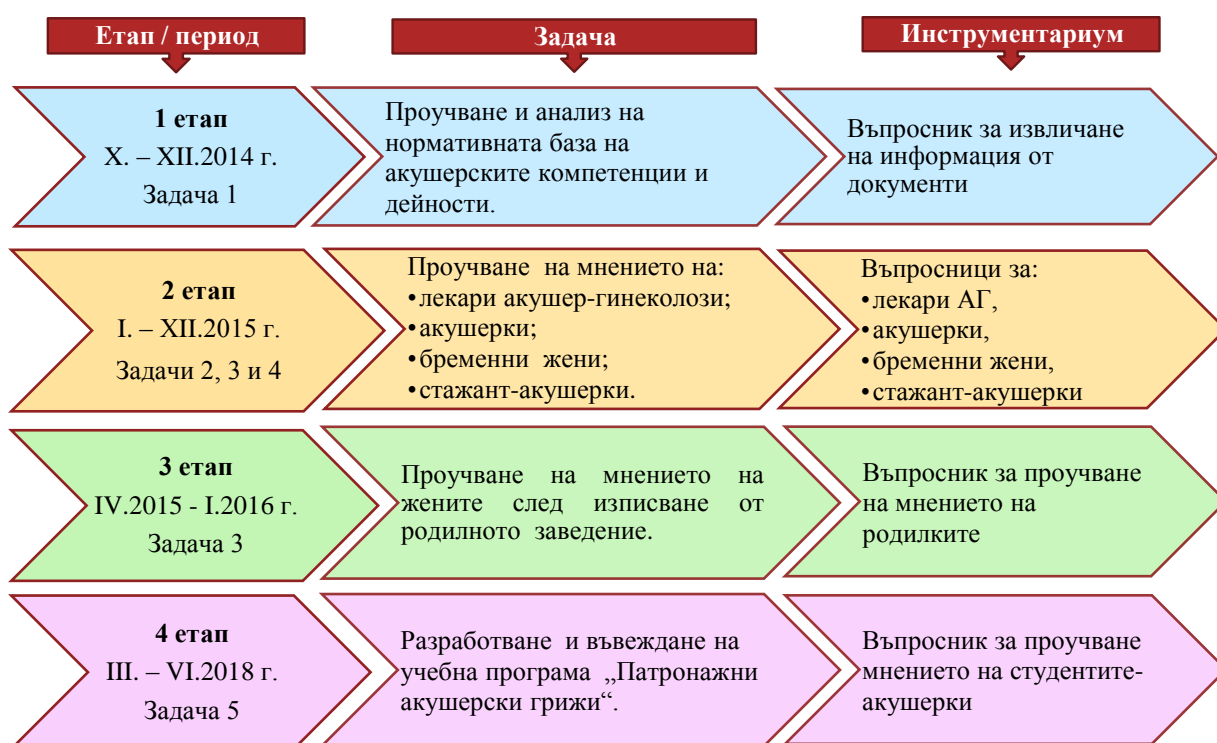
- лекари акушер-гинеколози,
- акушерки,

- бременни жени с нормална бременност,
- родилки – проследявани са жените, анкетирани по време на бременността,
- стажант-акушерки,
- студенти-акушерки.

## 6. ПОСТАНОВКА И ИНСТРУМЕНТАРИУМ НА ПРОУЧВАНЕТО

Проучването обхваща периода от м. декември 2014 год. до м. май 2018 год. По своя характер то е **медико-социално проучване** с използване на социологически методи (документален, анкетен, SWOT анализ) и статистически методи за описание и анализ на резултатите.

Проучването е проведено в няколко етапа. За всеки от тях е разработен инструментариум – общо 8 документа (*фиг. 1*).



**Фиг. 1** Етапи, периоди, задачи и инструментариум на проучването

**В първи етап на проучването, в изпълнение на задача 1,** в периода от м. октомври до м. декември 2014 г. са проучени нормативните документи, регламентиращи акушерските компетенции и дейности в България, Европейски съюз, САЩ, Канада, Япония, Австралия и Нова Зеландия. Проучени са достъпните международни и национални нормативни документи – общо 57 (17 на кирилица и 40 на латиница). От тях с международно значение - 25, национални за България и други страни - 32.

**Във втори етап на проучването, в изпълнение на задача 2,** в периода м. януари – м. март 2015 г., след получаване на писмено разрешение от изпълнителните

директори на лечебните заведения, е проведено анкетирането на медицинските професионалисти.

**В изпълнение на задача 3**, в периода м. януари 2015 г. до м. декември 2015 г. са разпространени анкетните карти сред бременните жени, посещаващи женска консултация в обхванатите в проучването лечебни заведения за извънболнична акушеро-гинекологична помощ. Анкетирането не е анонимно, за да може да се съпоставят очакванията и потребностите на жените преди раждането и тяхната удовлетвореност, както и потребностите им след раждането.

**В изпълнение на задача 4**, през м. януари 2015 г. е получено писмено съгласие от Деканите на факултетите в обхванатите висши училища. В периода м. януари – м. май 2015 г. е проведено анонимно анкетно проучване сред стажант-акушерките от МУ-Плевен, МУ-Варна, ТУ-Стара Загора, МУ-София, МУ-София - филиал Враца и МУ-Пловдив.

**В трети етап на проучването**, в периода м. април 2015 г. до м. януари 2016 г., с писмено съгласие на бременните жени и след предоставена контактна информация от тях, те са анкетирани отново след изписването от родилното заведение по отношение на удовлетвореността на техните очаквания, свързани с раждането и потребностите им от акушерски грижи в следродилния период.

**В четвърти етап на проучването, в изпълнение на задача 5**, в периода м. март - м. април 2018 г., е разработена учебна програма за избираема дисциплина „Патронажни акушерски грижи“. За установяване необходимостта от такава учебна дисциплина, през м. май 2018 год. е проведено и проучване на мнението на студентите от 2, 3 и 4 курс, специалност „Акушерка“ в Медицински университет – Плевен.

Обхванати в проучването са общо **521** лица, от които се отзоваха **364** като се постигна **69,9%** отзоваване.

## **7. МЕТОДИ НА ПРОУЧВАНЕТО**

Целта на проучването изисква използването на комплекс от социологически и статистически методи.

### **7.1. Социологически методи**

#### **▪ Документален метод**

За извличане на съпоставима информация от изследваните нормативни документи е разработен **въпросник за извличане на информация от документи**, който съдържа 8 въпроса, насочени към събиране на конкретна информация от разглеждания документ.

#### **▪ SWOT анализ**

След проучване на нормативните документи и статистическите данни е направен анализ на силните и слаби страни на организацията на акушерските грижи в Р. България, както и на съществуващите възможности и заплахи.

#### **▪ Анкетен метод**



Първичната социологическа информация е събрана в периода м. януари 2015 г. – м. май 2018 г., чрез съчетание на пряка индивидуална и пощенска анкета. Оригинално разработени от докторанта са **8 вида въпросници** (анкетни карти), в които са отразени **основните признаци на наблюдение** за анкетираните лица: бременни жени, родилки, лекари акушер-гинеколози, акушерки, работещи в болничната и извънболничната АГП, стажант-акушерки и студенти-акушерки.

Всички въпросници включват комбинация от отворени, полуотворени и затворени въпроси. При част от затворените въпроси е използван формат Likert с 5 степенна скала.

Въпросниците са одобрени от Комисията по етика на научно-изследователската дейност при Медицински Университет – Плевен.

## **7.2. Статистически методи**

Обработката на първичните данни статистически е осъществена със софтуерните пакети Microsoft Office Excel 2010 и SPSS v. 24. Попълнените анкетни карти са прегледани и кодирани съгласно изискванията на SPSS. Формулирани са всички качествени и количествени променливи и е оформен скелета на внасянето на данните в SPSS.

Преобладаващата част от информацията във въпросниците е във вид на качествени променливи. По тази причина са изчислявани предимно описателни статистически показатели за качествени променливи и данните са организирани в подходящи едномерни и многомерни таблици. Графичният анализ е извършен с помощта на софтуерния пакет Excel 2010, който дава много добри възможности за графично представяне на данните. За неголемия брой количествени променливи е определен видът на разпределението и са изчислявани съответни описателни статистики за количествени променливи. За характеристиката му са използвани коефициент на асиметрия  $|A|$  и моментен коефициент на ексцес  $|E|$ . За съществена асиметрия са приемани стойностите на  $|A| \geq 0,50$  и  $|E| \leq 0,20$ . В тези случаи за характеристика на централната тенденция са използвани мода ( $M_0$ ) и медиана ( $M_e$ ) вместо средна аритметична, която е мярка за централна тенденция при нормално разпределение.

Статистическата достоверност на различията е оценявана с помощта на непараметрични и параметрични тестове (хи-квадрат и t-критерий на Стюdent-Фишер при едностранен и двустранен тест). За значими са приемани различията при ниво на  $P_{\chi^2} < 0,05$  и  $P_t < 0,05$  при двустранен тест и  $P_t < 0,025$  при едностранен тест. Корелационните зависимости са оценявани чрез коефициентите на корелация на Пирсон ( $r$ ) и Спирман ( $\rho$ ).

## **II. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ**

### **1. Характеристика на организацията на акушерските грижи в България**

В България здравното обслужване на бременните жени, майките до 45-я ден след раждането и децата до 18 год. са регламентирани с нормативни актове на Министъра на здравеопазването. Съгласно програмата „Майчино здравеопазване“ на НЗОК, според която се осъществяват пренаталните и постнатални грижи, те може да

се провеждат само от общопрактикуващи лекари и лекари акушер-гинеколози, а акушерките не са включени изобщо като необходими специалисти. В програмата не са заложили домашни посещения – практика, доказала ефективността си в миналото в нашата страна, препоръчвана от СЗО и провеждана успешно в много страни от акушерки по време на бременността и в следродилния период.

Условията на заплащане в системата на здравеопазване доведоха до сериозен отлив от медицинските професии и емиграция на голяма част от кадрите. Данните за броя на акушерките в България са повече от тревожни, което е предпоставка за сериозни проблеми, свързани с адекватността и качеството на акушерските грижи. По данни на Националния статистически институт, броят на акушерките намалява от 7897 до 3247 (58,9%) за периода 1990 – 2010 г. и остава трайно на същите нива до настоящия момент.

На базата на проучените нормативни документи, регламентиращи организацията на майчиното здравеопазване и дейностите на акушерките в България, и статистическите данни е направен

### SWOT анализ на организацията на акушерските дейности в България

<p><b>1. Силни страни</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Професията „Акушерка” е част от регулираните професии в Европейския съюз;</li> <li>➤ Налице е нормативна база, регламентираща дейностите, включително самостоятелни, на акушерките;</li> <li>➤ Създадена е секция „Акушерки” към Българското дружество по акушерство и гинекология и Алианс на българските акушерки.</li> </ul>	<p><b>2. Слаби страни</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Намалява броят на акушерките в страната;</li> <li>➤ Дейностите на акушерките не са включени в програма „Майчино здравеопазване”;</li> <li>➤ Липсват самостоятелни акушерски практики.</li> </ul>
<p><b>3. Възможности</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Включване на акушерките в програмата „Майчино здравеопазване”;</li> <li>➤ Подобряване достъпа на жените до квалифицирани акушерски грижи в извънболничната помощ;</li> <li>➤ Повишаване качеството на акушерските грижи, чрез приложение на научнообосновани дейности.</li> </ul>	<p><b>4. Заплахи</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Социално-икономическите условия са причина за несвоевременното обхващане на част от бременните в женска консултация;</li> <li>➤ Липсва активно наблюдение в постнаталния период на родилката и новороденото;</li> <li>➤ Професията на акушерката не е автономна.</li> </ul>

## 2. Социо-демографски характеристики на изследваните лица

### Характеристики на пациентките

В проучването са обхванати бременни жени във всички възрастови групи над 18 години (**Табл. 1**). Най-голям е относителния дял на респондентите във възрастта 25-29 години (39,5%), следвани от 30-34 годишните (26,3%) и 20-24 годишните (18,4%). Според поредност на бременността, най-голям е относителния дял на жените с първа бременност (48,7%), като те са на възраст предимно 20-24 г. и 25-29 г. Въпреки това, съответно на тенденциите в последните години, и във възрастта над 30 години има жени с първа бременност. Най-голям е относителният дял на жените с висше образование - 60,5% от бременните и 60,4% от отзовалите се родилки. На второ място са жените със средно образование – 33,5% от бременните жени, съответно 33,3% от родилките. С основно образование са 2 от бременните жени (2,6%), а с начално една (1,3%), като и трите жени са се отзовали във втората част на проучването. Сред тези с висше образование е постигнато 63% отзоваване, а от тези със средно – 59,2%.

**Табл. 1** Разпределение на бременните според възраст и поредност на бременността

Поредна бременност	Първа		Втора		Трета +		Общо	
	брой	%	брой	%	брой	%	брой	%
18-19	1	1,3	1	1,3			2	2,6
20-24	10	13,2	3	3,9	1	1,3	14	18,4
25-29	18	23,7	11	14,5	1	1,3	30	39,5
30-34	6	7,9	12	15,8	2	2,6	20	26,3
над 34	2	2,6	6	8,0	2	2,6	10	13,2
общо	37	48,7	33	43,5	6	7,8	76	100,0

Според брачния статус, най-голям е дялът на бременните жени със сключен граждански брак (55,3%), следвани от живеещите без юридически брак (38,2%), несемейните са 3,9%, а 2 жени (2,9%) не са отговорили.

Според професията, която упражняват, сред бременните най-голям е дялът на работничките (57,9%), следвани от служителки - 21,1%, а 7,9% са учащи. Неработещи домакини са 10 (13,1%) от бременните жени.

Според местоживеенето си, по-голямата част (85,5%) от бременните жени са посочили, че живеят в град, а 14,5% в село.

Според начина на протичане на раждането, най-голям е относителният дял на родилите по нормален механизъм (56,2%), оперативно родоразрешение е имало при 39,6% от родилките, при една е наложен форцепс (2,1%) и при една вакуум (2,1%)

Не се установи статистически значима разлика в начина на протичане на раждането според поредността му ( $\chi^2=2,246$ ;  $df=6$ ;  $\Phi=0,216$ ; Cramer`s V=0,153;  $p=0,896$ ). Разлика не се установи и по отношение на възрастта на родилката и начина на протичане на раждането ( $\chi^2=16,614$ ;  $df=12$ ;  $\Phi=0,588$ ; Cramer`s V=0,340;  $p=0,165$ ).

Тъй като броят на жените с трета и повече поредни бременности е твърде малък (6 жени), в по-нататъшният анализ на данните те са включени в групата на жени с втора и повече бременности.

#### *Характеристики на медицинските професионалисти*

Отзовалите се лица са общо 86, които се разпределят както следва:

- 26 лекари акушер-гинеколози;
- 10 акушерки, работещи в лечебни заведения за извънболнична акушеро-гинекологична помощ;
- 50 акушерки, работещи в лечебни заведения за болнична акушеро-гинекологична помощ.

Разпределението по вид на персонала и лечебни заведения е представено в **табл. 2**.

**Табл. 2** *Разпределение на персонала по вид и лечебни заведения (в брой)*

		лекари	акушерки
Лечебни заведения в гр. Плевен	УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ ЕАД	2	17
	УМБАЛ „Св. Марина“	2	9
	МБАЛ „Авис медика“	4	7
	МЦ КИРМ „Св. Елисавета“	2	4
	ДКЦ Плевен ЕООД	1	0
	ДКЦ 2	1	0
	ЕТ „Д-р Красимир Романов“	1	1
Регионални болници	МБАЛ „Проф. Д-р Параскев Стоянов“ АД, гр. Ловеч	4	5
	МБАЛ „Д-р Георги Стоев-Шварц“ гр. Троян	5	5
	МБАЛ „Д-р Стойчо Христов“ ЕООД гр. Севлиево	2	6
	МБАЛ „Д-р Тота Венкова“ АД гр. Габрово	2	6
общо		26	60

Социо-демографските характеристики на медицинските професионалисти са представени в **табл. 3**. Най-голям е относителният дял на акушерките на възраст над 50 години (36,7%), следвани от тези под 30 години (23,3%), а със сравнително равен дял са тези на възраст 30-40 години (21,7%) и 40-50 години (18,3%). Установи се статистически значима разлика във възрастта между акушерките от гр. Плевен и

регионалните болници ( $\chi^2=21,182$ ;  $df=4$ ;  $\Phi=0,594$ ;  $Cramer`s V=0,594$ ;  $p=0,000$ ). Този резултат може да бъде обяснен с факта, че в гр. Плевен се обучават акушерки и възможностите за реализация на младите професионалисти, предвид наличието на повече лечебни заведения за АГП, са по-големи. Сред лекарите също най-голям е относителния дял във възрастовата група над 50 години (общо 69,2%), следвани от групата на 40-50 годишните (19,2%). Най-малък е дялът на лекарите във възрастта 31-39 години, като те са само от гр.Плевен (11,5%).

Съответно на разпределението по възраст е и това по продължителност на професионалния стаж. Най-голям е дялът и в двете групи (лекари и акушерки) на респондентите с професионален стаж повече от 20 години. Стойностите сред специалистите от гр. Плевен и тези от регионалните болници са приблизително равни. Общо 57,7% от лекарите са започнали работа в извънболничните структури, а 42,3% в болнична АГ структура. Професионалният си стаж „на село“ са започнали общо 26,9% от респондентите, а в извънболнична структура (поликлиника) – 30,8%. Към момента на анкетиране 57,7% от лекарите са посочили, че работят в ИБАГ структура, а 84,6% в болнична. По-голямата част от лекарите работят и в двата вида лечебни заведения. Само в ИБП работят трима от лекарите. Преподаватели в обучението на студенти от специалност „Акушерка“ са трима (11,5%) от лекарите.

**Табл. 3** Социо-демографски характеристики на медицинските професионалисти

Характеристика	Разновидност	гр. Плевен		Регионални болници	
		лекари	акушерки	лекари	акушерки
Възраст	< 30	-	18,3	-	5,0
	31-39	11,5	18,3	-	3,3
	40-50	7,7	11,7	11,5	6,7
	50 <	30,8	15,0	38,0	21,7
Стаж по специалността (години)	< 5	7,7	15,0	-	3,3
	5-10	3,8	15,0	-	1,6
	10-20	7,7	11,7	11,5	6,7
	20 <	30,8	21,7	38,5	25,0
Начало професионален стаж	на село	11,5	3,3	15,4	11,7
	ИБ АГП	19,2	10,0	11,5	1,7
	БАГП	19,2	18,4	23,1	6,6
Настояща месторабота*	ИБ АГП	34,6	16,7	23,1	-
	БАГП	34,6	46,7	50,0	36,7

\*Сумата от отговорите е по-голяма от 100%, тъй като е дадена възможност за повече от 1 отговор

### Продължаващо обучение на акушерките

От представените на **табл. 4** резултати, статистически значими разлики в изказаните мнения за участие във форми на продължаващо обучение и научни форуми между акушерките от гр. Плевен и Регионалните болници не се установиха по всички въпроси:

- Посещавате ли курсове или други форми за повишаване на квалификацията?  
( $\chi^2=1,78$ ;  $df=4$ ;  $\Phi=0,169$ ; Cramer`s V=0,169;  $p=0,788$ );
- Ако посещавате – колко често го правите?  
( $\chi^2=0,590$ ;  $df=2$ ;  $\Phi=0,999$ ; Cramer`s V=0,999;  $p=0,744$ );
- Участвате ли в научни форуми за акушерки с Ваши разработки?  
( $\chi^2=0,276$ ;  $df=1$ ;  $\Phi=-0,68$ ; Cramer`s V=0,68;  $p=0,599$ ).

**Табл. 4** Продължаващо обучение на акушерките

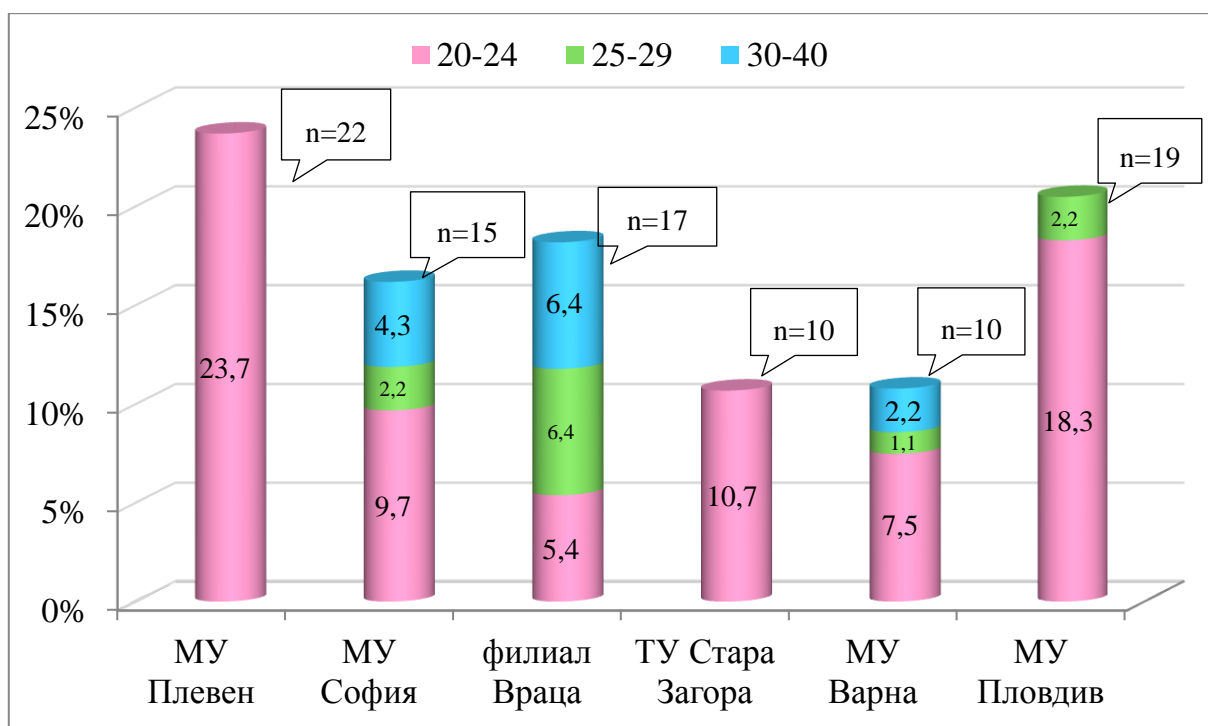
Въпроси и отговори	Гр. Плевен		Регионални болници		общо	
	брой	%	брой	%	брой	%
Посещавате ли курсове или други форми за повишаване на квалификацията?						
да	17	28,3	12	20,0	29	48,3
не – не ми е необходимо	6	10,0	3	5,0	9	15,0
не – нямам финансова възможност	10	16,7	6	10,0	16	26,7
без отговор	5	8,3	1	1,7	6	10,0
Ако посещавате – колко често го правите?						
винаги, когато имам възможност	15	25,0	7	11,7	22	36,7
винаги, когато открия нещо полезно	6	10,0	5	8,3	11	18,3
всяка година	-	-	-	-	-	-
без отговор	17	28,3	10	16,7	27	45,0
Участвате ли в научни форуми за акушерки с Ваши разработки?						
да	5	8,3	4	6,7	9	15,0
не	33	55,0	18	30,0	51	85,0
общо	38	63,3	22	36,7	60	100,0

Като цяло се отчете ниска активност на акушерките във формите на продължаващо обучение – едва 48,3% от всички акушерки посещават курсове или други форми за повишаване на квалификацията. Като причина за това, че не

посещават, най-голям е дялът на акушерките посочили липсата на финансова възможност - 26,7%, 15% считат, че не им е необходимо, а 10% не са отговорили на въпроса. Участието в научни форуми, също е посочено от много малка част от респондентите – едва 15%.

#### *Характеристики на стажант-акушерките*

В проучването се отзоваха 93 стажант-акушерки от 6 висши училища: МУ-София, МУ-София - филиал гр. Враца, ТУ гр. Стара Загора, МУ-Варна и МУ-Пловдив. На **фиг. 2** е представено разпределението на стажантките според висшето училище и възрастовата група. Прави впечатление, че сред обучаващите се по специалност „Акушерка“ има и студенти във възрастовите групи 25-29 години (общо 11,8%) и 30-40 години (общо 12,9%). А 5 (5,4%) от студентките имат завършено и друго висше образование. Тези факти ни дават основание да считаме, че ориентацията към специалността е осъзната и целенасочена за голяма част от обучаващите се, което е добра основа за качеството на бъдещите акушерски грижи.



**Фиг. 2** Разпределение на стажант-акушерките според учебно заведение и възраст

#### *Характеристики на студентите-акушерки*

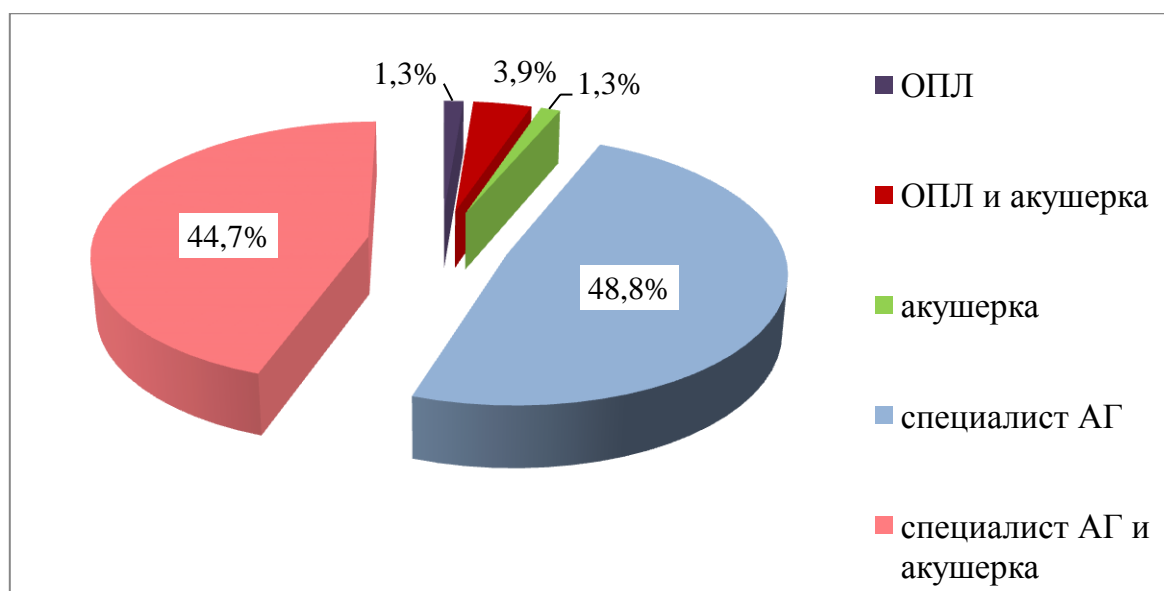
Студентите, обхванати в проучването относно необходимостта от избираема дисциплина „Патронажни акушерски грижи“ са обучаващи се в МУ-Плевен във втори, трети и четвърти курс по специалност „Акушерка“. Отзоваха се общо 61 студенти, разпределени, както следва: втори курс – 22 (36,1%), трети курс – 24 (39,3%), четвърти курс – 15 (24,6%). Четвъртокурсничките са посочени в групата на студентите и не са включени в общия брой стажант-акушерки, тъй като те са анкетирани само с този въпросник.

### 3. Качество на акушерските грижи

#### 3.1. Качество на грижите по време на бременността

##### *Достъп до АГ помощ по време на бременността*

По данни от обхванатите в проучването бременни жени, наблюдението на бременността им в 48,8% от случаите се осъществява от специалист акушер-гинеколог, 44,7% са наблюдавани от екип специалист акушер-гинеколог и акушерка. Едва 3,9% от бременностите са наблюдавани от общопрактикуващ лекар и акушерка, а по 1,3% от бременностите само от общопрактикуващ лекар или само от акушерка. Провеждането на ЖК само от акушерка на практика е невъзможно към настоящия момент. Тези резултати вероятно се дължат на делегирането на повече правомощия от страна на лекаря към акушерката и възможността тя да има по-продължителен и пълноценен контакт с жената по време на посещенията. Жените са разпознали акушерката като професионалист едва в 49,9% от всички случаи - **фиг. 3**.

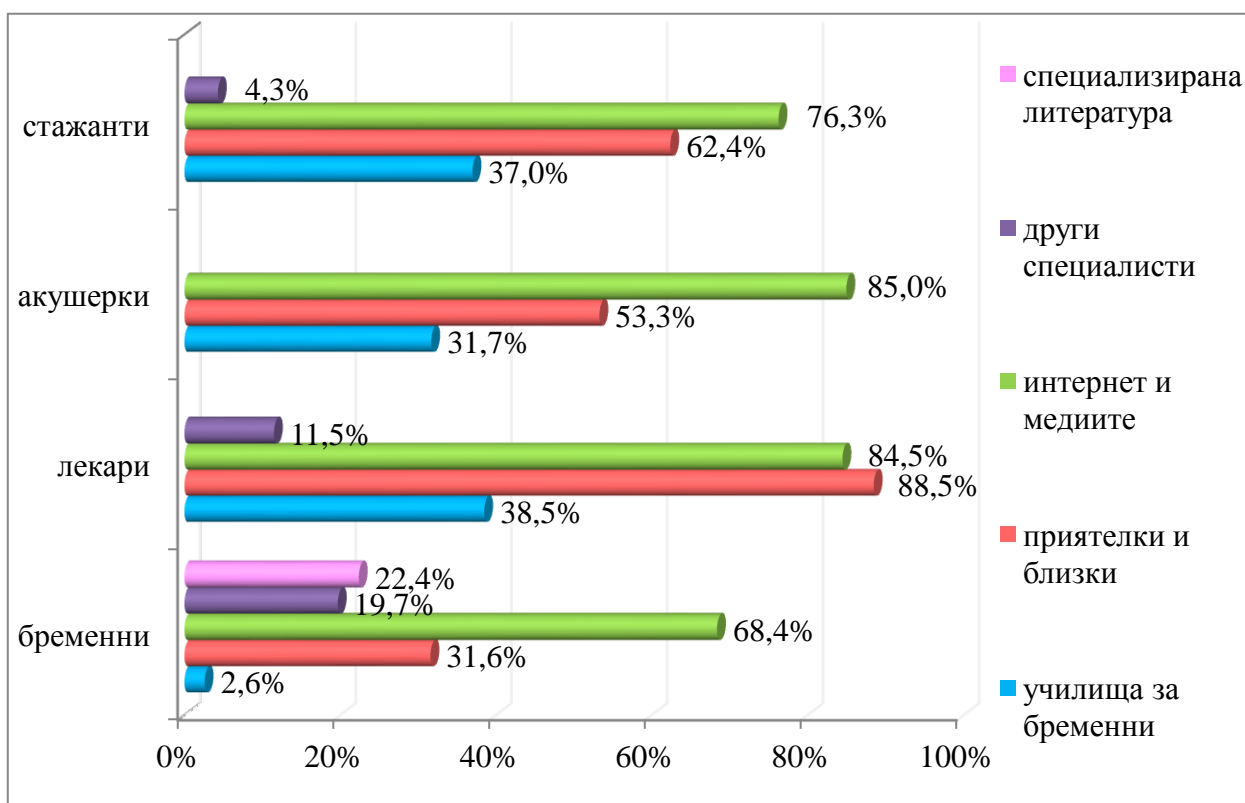


**Фиг. 3** Разпределение на бременните жени според специалиста, водещ женската консултация

Според нас, непрекъснатият достъп до специалиста, осъществяващ наблюдението на бременността е важен елемент за качеството на предоставяните грижи. На въпроса „Имате ли непрекъснат достъп (в кабинета, телефон или електронна поща) до специалиста, който провежда Женска консултация, ако възникнат въпроси?“ 94,7% от бременните са дали утвърдителен отговор, а 1,3% считат, че по-скоро нямат такъв достъп. Според 3,9% достъпът е ограничен само в дните за консултация. Тези резултати ни дават основание да считаме, че бременните жени в по-голямата част от случаите имат достатъчен достъп до специалист по време на бременността. За съжаление, има и жени, които няма към кого да се обърнат в населеното място, в което живеят, при необходимост или достъпът до специалист е ограничен.



Сравнихме мненията на бременните жени, специалистите (лекари акушер-гинеколози и акушерки) и стажант-акушерките, относно допълнителните източници на информация, които се използват от бременните жени - **фиг. 4**. И четирите групи респонденти са посочили интернет и медиите като най-често използвани източници на информация (84,5% от лекарите, 85% от акушерките, 76,3% от стажантите и 68,4% от бременните жени). Различията в отговорите на 4-те групи изследвани лица са статистически незначими ( $\chi^2=6,172$ ;  $df=3$ ;  $\Phi=0,156$ ; Cramer`s V=0,156,  $p = 0,104$ ). Според относителния дял на изразените мнения, на второ място по честота е посочен отговорът „приятелки и близки“ (88,5% от лекарите, 53,3% от акушерките, 62,4% от стажантите и 31,6% от бременните жени). Разликата в мненията за този източник е статистически значима ( $\chi^2=30,408$ ;  $df=3$ ;  $\Phi=0,345$ ; Cramer`s V=0,345,  $p=0,000$ ). Според специалистите (38,5% от лекарите и 31,7% от акушерките) и 37% от стажантите, на трето място по значимост като източник са училищата за бременни. Относителният дял на бременните жени, посещаващи такива училища, обаче е много малък – едва 2,6% от анкетираните. Разликата в мненията и за този източник на информация е статистически значима ( $\chi^2=17,508$ ,  $df=3$ ;  $\Phi=0,262$ ; Cramer`s V=0,262,  $p=0,001$ ).



**Фиг. 4** Източници на допълнителна информация за бременните

\*Сумата от отговорите е по-голяма от 100%, тъй като анкетираните са посочвали повече от 1 отговор

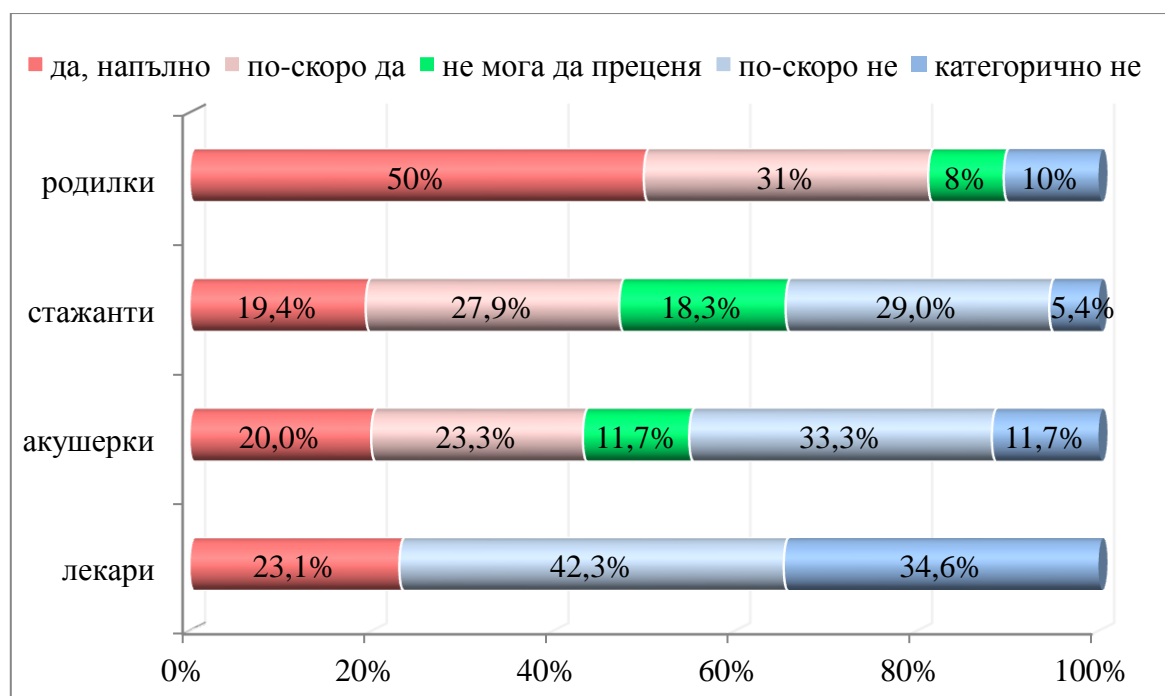
Тези резултати може да се обяснят с това, че на отделно зададения въпрос: „Посещавате ли училище или други подготвителни курсове за бъдещи родители?“, положителен отговор са дали едва 10,5% от бременните жени. Най-голям е дялът на

жените, посочили, че не посещават, тъй като в населеното място в което живеят, такива не се организират (38,2%), а 26,3% не посещават, защото „нямат нужда“. Малък е делът на жените, посочили, че не посещават, тъй като: „в женската консултация ме подготвят много добре за раждането“ (17,1%).

Относителният дял на бременните жени, посочили, че посещават и други специалисти е по-висок (19,7%), сравнено с мненията на лекарите (11,5%), акушерките (1,6%) и стажантите (4,3%). Разликата в мненията е статистически значима ( $\chi^2=17,315$ ;  $df=3$ ;  $\Phi=0,262$ ;  $Cramer's V=0,262$ ,  $p=0,001$ ). Специализираната литература е посочена като източник само от групата на бременните жени (22,4%).

Тези резултати показват недостатъчно познаване от страна на специалистите и стажантите на потребностите на жените от информация и подготовката им по време на бременността и кореспондират с високия относителен дял на жените, търсещи допълнителна информация (89,5%).

Сравнихме мнението на жените след раждане, специалистите (лекари и акушерки) и стажант-акушерките за това, дали подготовката на бременните жени в женска консултация е достатъчна за нормалното протичане на раждането (*фиг. 5*). По-голямата част от родилките (81%) са изказали положителни мнения, 8% не могат да преценят, а категорично негативните мнения са 10%. Мнението си за това, което не е било достатъчно, са изразили 16 (33,3%) от родилките. Те считат, че не са били подготвени по въпроси, касаещи: страх от раждането (14,6%), обща представа за раждането (8,3%), признаците на раждане (4,2%), справяне с болката по време на раждането (4,3%).

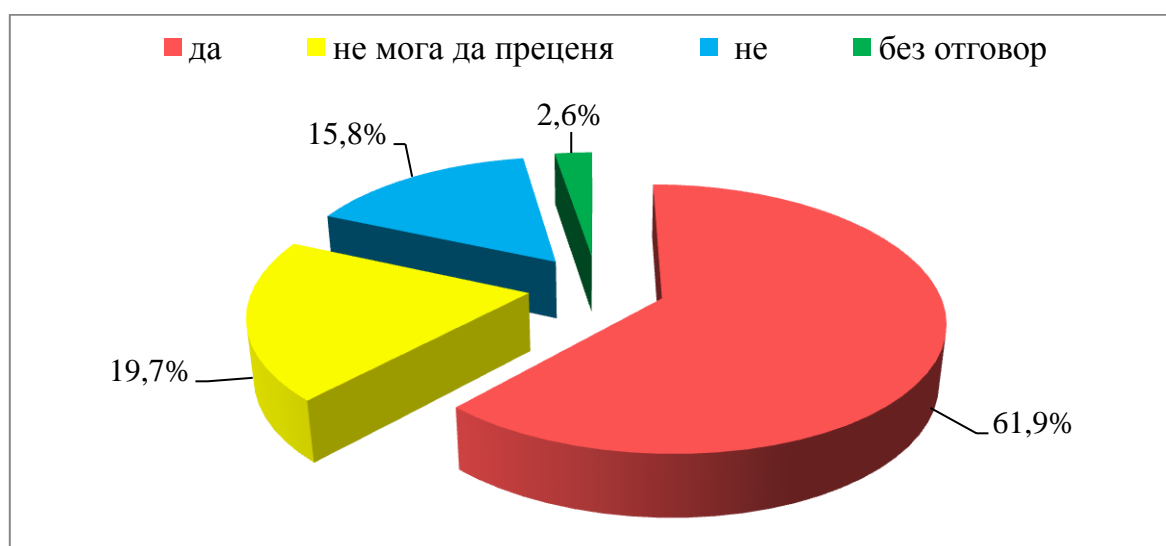


**Фиг. 5** Мнения относно подготовката за раждане в ЖК

По-критични към подготовката на жените за раждане са специалистите. Едва 23,1% от лекарите считат, че е напълно достатъчна, а по-голямата част (76,9%) са изразили

негативни мнения. Мненията на акушерките също са предимно негативни (45%), положително мнение (да и по-скоро да) са изказали 41,7%, а 11,7% не могат да преценят. Като цяло, положителна оценка на подготовката за раждане е дадена от 52,4% от всички респонденти, негативна от 36,1%, а колебаещи се в отговорите си са 11,5%. Разликата в изразените мнения е статистически значима ( $\chi^2=37,261$ ;  $df=12$ ;  $\Phi=0,405$ ;  $Cramer`sV=0,234$ ,  $p=0,000$ ). Тези резултати би могло да бъдат обяснени с факта, че специалистите имат по-високо ниво на компетентност по отношение на механизма на протичане на раждането и необходимите знания и умения, които жените би трябвало да са придобили по време на бременността, за да протече раждането нормално и без усложнения. Мненията на специалистите за това, че подготовката на бременните в женска консултация за раждането не е достатъчна, кореспондира с търсенето на допълнителна информация от бременните жени.

Недостатъчното ниво на подготовка за раждане по време на бременността може да се отдаде и на слабата комуникация между жените и акушерките при провеждане на ЖК. Това се потвърждава и от факта, че едва 42,2% от бременните жени са запознати с това, че акушерките имат право на самостоятелни дейности. Този факт е тревожен, тъй като проучването е проведено в консултации, в които работят акушерки. Явно при контактите си с акушерките, бременните жени не са придобили впечатления, че те имат някаква професионална автономност. Липсата на самостоятелност в дейностите на акушерките в женските консултации и свеждането на техните отговорности до чисто техническа работа и строго следване на лекарските нареждания, са най-вероятното обяснение на този резултат. Въпреки това, по-голямата част от анкетираните бременни жени (61,9%) считат за полезно наличието на самостоятелни акушерски практики – *фиг. 6*.

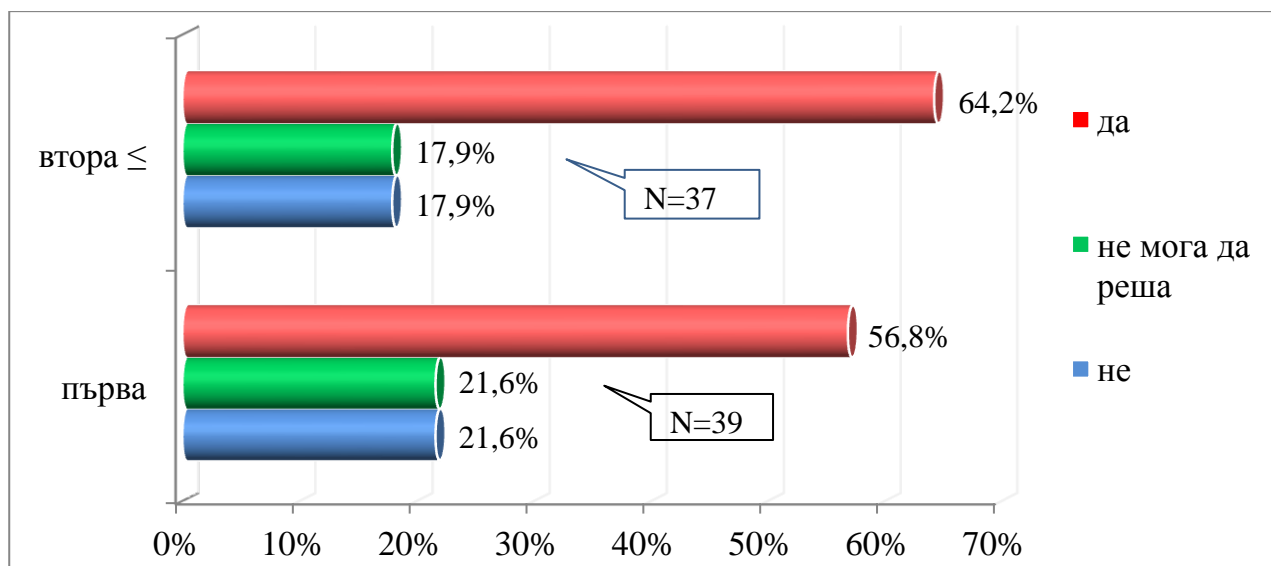


**Фиг. 6** Необходимост от самостоятелни акушерски практики (бременни)

Нашите резултати потвърждават тези на С. Тончева (2012), според която потребностите от информация и достъп до квалифицирани грижи по време на

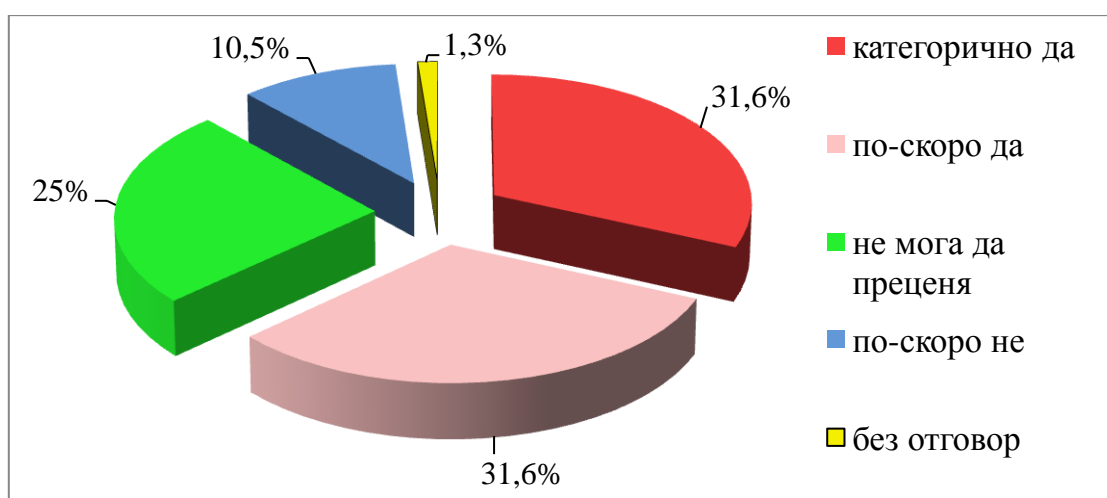
бременността и задоволяването им може да се реализира чрез създаване на акушерски консултативен център за проследяване на хода на нормално протичаща бременност.

Логично следващ въпрос в проучването ни е свързан със степента на доверие на бременните жени към акушерките за самостоятелно наблюдение на бременността. Резултатите, представени на **фиг. 7**, показват преобладаващо доверие – 56,8% от жените с първа бременност и 64,2% от тези с втора и последващи бременности биха се доверили напълно на акушерката, което е общо 60,6% от всички изследвани лица.



**Фиг. 7** Доверие за наблюдение на бременността от акушерка, според поредност на бременността.

Установи се категорична подкрепа от страна на пациентите за домашните посещения от акушерка по време на бременността - **фиг. 8**. Тези резултати потвърждават недостатъчния обем на пренаталните грижи към настоящия момент и възможността за повишаване на тяхното качество с предоставяне на услуги в отговор на очакванията на потребителите.



**Фиг. 8** Разпределение на мненията на бременните жени, относно домашните посещения от акушерка

Изразените очаквания на бременните жени от домашните посещения на акушерката са: увереност и подкрепа в подготовката за родителство (51,3%); възможност за въпроси в спокойна атмосфера (38%); придобиване на допълнителни знания за поведението по време на бременността (25%); подобряване на емоционалната стабилност през бременността (17,1%); възможност за съвети към цялото семейство (10,5%).

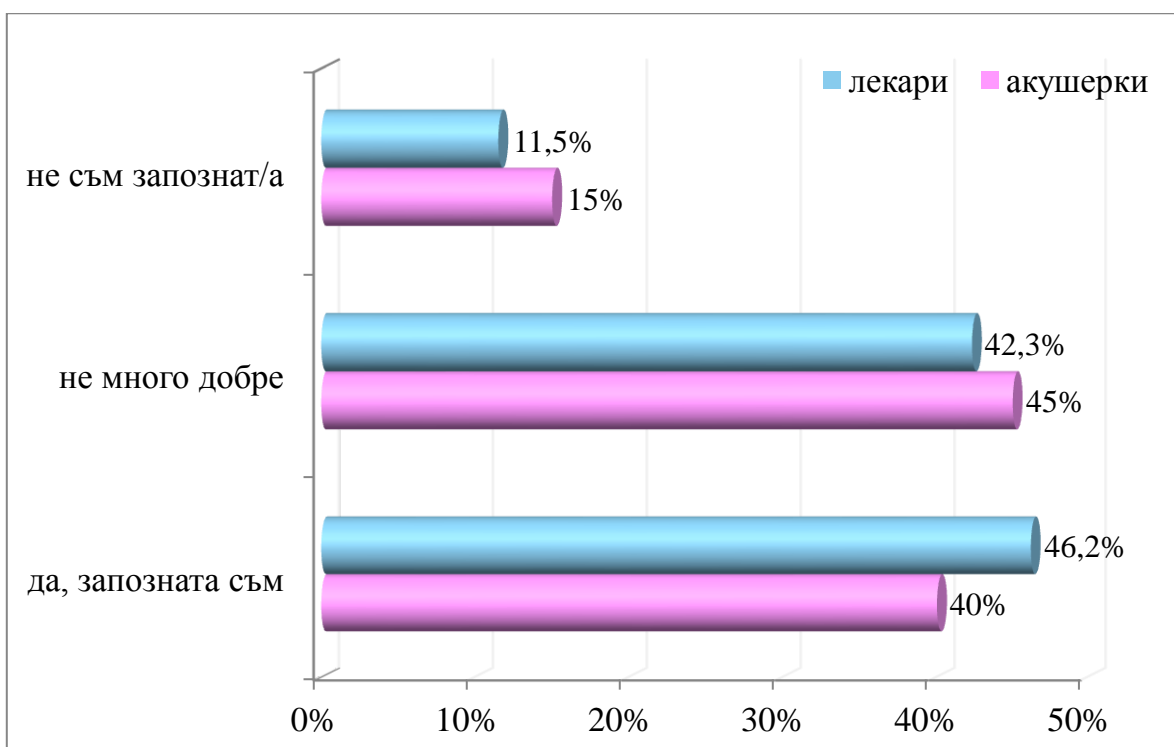
Сравнихме мненията на бременните жени, лекарите, акушерките, работещи в ИБП и стажант-акушерките по въпроса: „Според Вас, полезно ли ще бъде акушерка да провежда домашни посещения в дома на бременната?“. От анкетираните лекари положителни мнения („да“ и „по-скоро да“) са изразили 88,5%, 7,7% не могат да преценят, а 3,8% считат, че „по-скоро не“ би било полезно. По-голямата част от акушерките (80%) също са изказали положителни мнения, а с равен дял по 10% са тези, които не могат да преценят и тези, които считат, че по-скоро няма да е полезно. Голям е относителният дял (78,5%) на положителните мнения и сред стажант-акушерките. Сред тях 14,4% не могат да преценят полезността на тези посещения, а 7,5% считат, че по-скоро няма да са полезни. Разликата в изказаните от всички групи респонденти мнения е статистически незначима ( $\chi^2=11,085$ ,  $df=9$ ;  $\Phi=0,233$ ; Cramer`s  $V=0,134$ ,  $p=0,270$ ). Тези резултати доказват необходимостта от този вид дейност, потвърдена и от четирите групи анкетирани лица.

На бременните жени бе дадена и възможност да изразят мнението си, относно необходимостта от непрекъснат достъп до акушерка по време на бременността, чрез телефонна връзка, електронна поща или в кабинет. Отговори получихме от 43 бременни жени (56,6%). Две от тях считат тази възможност за задължителна, 10 (13,1%) за необходима, а 31 жени (40,8%) посочват, че непрекъснатият достъп би бил полезен и би осигурил спокойствие на бременната жена. Относно начина за връзка, изразени са предпочитания само от 10 (13,3%) бременни, като 5 от тях са посочили телефонен разговор, 4 - личен контакт в кабинет, а една предпочита електронната поща като начин за връзка.

Като цяло от мненията на бременните жени се установи доверие към акушерките за самостоятелно наблюдение на нормално протичаща бременност, необходимост от домашни посещения от акушерка и подкрепа за самостоятелни акушерски практики.

Възможностите за реализация на тези дейности зависят от мнението и отношението на специалистите, от които се очаква да ги осъществяват. Само 40% от акушерките и 46,2% от лекарите са запознати със самостоятелните дейности на акушерките, регламентирани с нормативните документи в България. Отчасти (не много добре) са запознати 45% от акушерките и 42,3% от лекарите, а 13,9% от респондентите не са запознати изобщо (*фиг. 9*).

Не се установи статистически значима зависимост на информираността спрямо професионалния стаж сред лекарите ( $\chi^2=5,139$ ;  $p=0,526$ ) и акушерките ( $\chi^2=1,283$ ;  $p=0,973$ ).



**Фиг. 9** Информированост относно самостоятелните дейности на акушерките

Мнение, напълно подкрепящо самостоятелните дейности са изразили 52% от акушерките и 43% от стажантите. Едва 33% от акушерките и 44,1% от стажантите считат, че имат достатъчна подготовка за да ги осъществяват. Неувереност са изразили 7% от акушерките и 10,8% от стажантите като те считат, че „не могат да се справят“.

### 3.2. Качество на грижите, свързани с раждането

#### *Достъп до родилно заведение*

По-голямата част от родилките (52%) са посочили, че родилното заведение, в което са родили се намира в населеното място, в което живеят. За раждане в друго населено място са пътували 48% от жените. Това за част от тях (33%) се определя от предпочитания към определено лечебно заведение, а 15% са посочили, че в населеното място, в което живеят няма родилно заведение, поради което се е наложило да пътуват.

#### *Избор на лечебно заведение*

На **табл. 5** е представено разпределението на факторите, определящи избора на родилно заведение според бременните жени, лекарите, акушерките и стажант-акушерките.

Фактор за избор, посочен от най-голям дял от лекарите (69,2%), акушерките (68,3%) и стажантите (46,2%) е мястото, където работи лекарят, който провежда женската консултация. Сред мненията на бременните жени, този фактор също е водещ, но с по-малък относителен дял – 42,1%. Разликата в мненията е статистически значима ( $p < 0,05$ ).

**Табл. 5 Фактори определящи избора на лечебно заведение за раждане\***

Фактори	Лекари n = 26	Акушерки n = 60	Бременни n = 76	Стажанти n = 93	$\chi^2 / P$
	Брой (%)	Брой (%)	Брой (%)	Брой (%)	
При лекаря от ЖК	18 (69,2)	41 (68,3)	32 (42,1)	43 (46,2)	$\chi^2=13,707$ p = 0,003
Съвет на лекаря от ЖК	6 (23,1)	19 (31,7)	5 (6,6)	38 (40,9)	$\chi^2=26,201$ p=0,000
Позната акушерка	8 (30,8)	18 (30,0)	-	21 (22,6)	$\chi^2=26,212$ p=0,000
Мнение на приятелки	9 (34,6)	18 (30,0)	2 (2,6)	28 (30,1)	$\chi^2=24,527$ p=0,000
Комфортни битови условия	8 (30,8)	17 (28,3)	19 (25,0)	28 (30,1)	$\chi^2=0,636$ p=0,888
Възможности за реакция при усложнения	14 (53,8)	21 (35,0)	32 (42,1)	36 (38,7)	$\chi^2=2,881$ p=0,410
Млад и любезен персонал	5 (19,2)	8 (13,3)	10 (13,2)	16 (17,2)	$\chi^2=1,019$ p=0,797

\*Сумата от отговорите е по-голяма от 100%, тъй като анкетираните са посочвали повече от 1 отговор

Втори по значимост фактор, определящ решението на бременната, също е еднакъв при трите групи (лекари, акушерки и бременни жени) - „Наличието на специалисти, апаратура и възможности за реакция при усложнения“. За бременните жени той е със същия относителен дял - 42,1%, според лекарите е 53,8%, а според акушерките е 35%. Стажант-акушерките са ранжирали по-високо „Съветът на лекаря, водещ женската консултация“ (40,9%). На трето място 34,6% от лекарите, считат, че е определящо „мнението на приятелките“, според 31,7% от акушерките – съветът от лекаря, който провежда женската консултация, а според 25% от бременните жени, по-важен е комфорта, който предлага лечебното заведение на раждащата жена. Посочените от специалистите два фактора са с много по-малък относителен дял. Едва 2,6% от бременните приемат за важно мнението на приятелките си, а 6,6% - съветите на лекаря, който провежда консултацията.

Социално-икономическите фактори също имат своята значимост при избор на родилно заведение. Много малка част (5,3%) от бременните жени са посочили само един отговор – „нямам финансова възможност за избор“. Този отговор не е включен в анализа на резултатите на четирите групи респонденти. Тревожен резултат, според нас е, че нито една от бременните жени не е посочила „наличието на позната

акушерка, която ще участва по време на раждането“. Същевременно този фактор е посочен от двете групи специалисти с почти равен относителен дял от 30%.

Статистически значими разлики в мненията на респондентите се установиха по първите четири от посочените отговори ( $p < 0,05$ ). Резултатите се обясняват с това, че тези отговори са посочени от малък брой от бременните жени. Тези резултати ни дават основание да считаме, че специалистите не познават добре потребностите на бременните жени при избор на родилно заведение. От друга страна, отговорът „наличието на позната акушерка, която ще участва по време на раждането“ не е посочен от нито една от бременните, което потвърждава, че те не познават акушерките в родилните заведения. Вероятна причина за това е, че акушерките, работещи в женските консултации не работят и в родилните отделения. В потвърждение на това мнение са и резултатите от следващия въпрос към бременните жени: „Познавате ли екипа, който ще бъде на Вашето раждане?“. По-голямата част от респондентите са посочили, че познават само лекаря (65,8%), за 17,1% ще бъде избор на екип лекар и акушерка. Само 1 (една) бременна е посочила, че познава акушерката, която ще бъде на раждането ѝ. Останалите 12 (15,8%) от бременните не познават нито лекар, нито акушерка. Не се установи статистически значима разлика в мненията на бременните жени в зависимост от поредността на бременността им ( $\chi^2=1,105$ ;  $df=3$ ;  $\Phi=0,121$ ;  $Cramer`s V=0,121$ ,  $p=0,776$ ).

#### *Очаквания към акушерките при приемане в родилното заведение*

Мненията на различните групи респонденти по отношение на очакванията на жените към акушерката, която ги приема в родилното заведение, са представени в **табл. 6** като мненията на родилките изразяват потвърдени очаквания по време на бременността.

**Табл. 6** *Качества на акушерката, приемаща бременната в родилното заведение\**

Отговори	Бременни n = 76	Родилки n = 48	Акушерки n = 50	Лекари n = 26	Стажанти n = 93	$\chi^2 / P$
	брой (%)	брой (%)	брой (%)	брой (%)	брой (%)	
Знания и умения	53 (69,7)	30 (62,5)	46 (92,0)	24 (92,3)	82 (88,0)	$\chi^2=21,944$ $p=0,000$
Внимателна и подкрепяща	43 (56,6)	35 (72,9)	33 (66,0)	21 (80,8)	62 (67,0)	$\chi^2=8,403$ $p=0,078$
Предоставя информация	26 (34,2)	22 (45,8)	24 (48,0)	14 (53,8)	47 (51,0)	$\chi^2=7,818$ $p=0,098$
Любезна с близките	10 (13,2)	11 (22,9)	22 (44,0)	14 (53,8)	30 (32,0)	$\chi^2=23,792$ $p=0,000$

\*Сумата от процентите надвишава 100%, тъй като е дадена възможност за повече от 1 отговор.



Установихме, че във всички изследвани групи има еднакво ранжиране на качествата на акушерката. Като най-важно е посочено „професионални знания и умения“ – 92,3% от лекарите, 92% от акушерките, 88% от стажантите и 69,7% от бременните жени. На следващо място е поставена внимателната и подкрепяща акушерка – 80,8% от лекарите, 66% от акушерките, 67% от стажантите и 56,6% от бременните жени. Според 53,8% от лекарите, 51% от стажантите, 48% от акушерките и 34,2% от бременните, акушерката трябва да информира относно престоя в родилното заведение. Любезността с близките представлява 53,8% от изказаните мнения сред лекарите, 44% сред акушерките и 32% сред стажантите. Интересен е фактът, че едва 13,2% от бременните жени са посочили, че очакват това от приемащата акушерка. Статистически значима разлика се установи по отношение на два от посочените отговори: професионалните знания и умения на приемащата акушерка и нейната любезност с близките на раждащата жена, където  $p < 0,005$ . Положителен е фактът, че след раждането жените са на мнение, че очакванията им по време на бременността са оправдани. Резултатите са съответно:

- „Да, имаше отлични професионални знания и умения“ – 62,5%;
- „Да, беше внимателна към моите притеснения и да ме подкрепяше“ – 72,9%;
- „Информира ме относно престоя ми в родилното заведение“ – 45,8%
- „Да, беше любезна с близките ми“ – 22,9%.

Предоставена бе възможност на родилките, ако не са оправдани очакванията им, да посочат препоръки, но такива отговори не бяха получени.

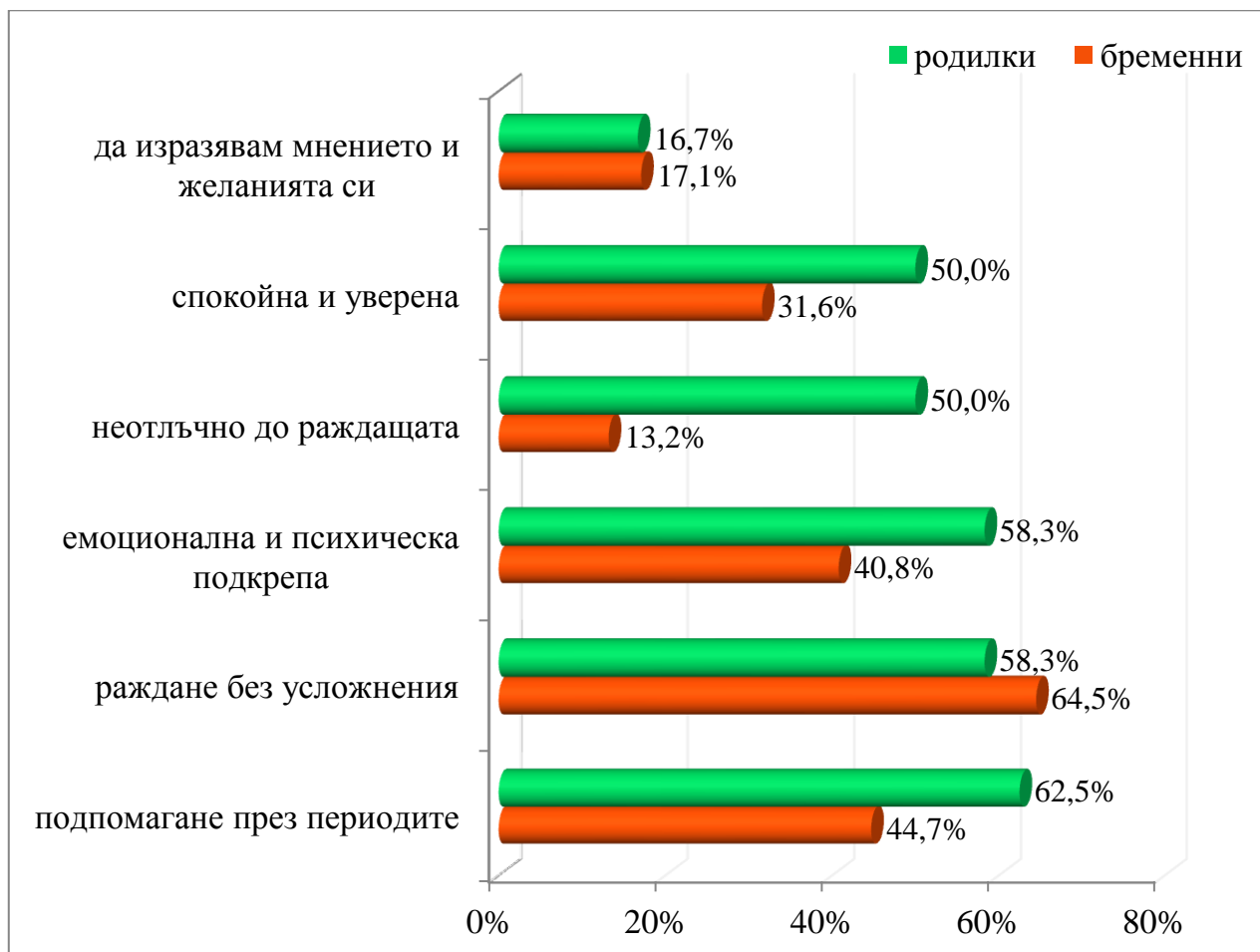
Тези резултати, според нас, показват, че работещите в родилните заведения познават добре очакванията на бременните жени. Мнението на стажант-акушерките съвпада с това на лекарите, акушерките и бременните жени, което е показател за добра подготовка.

#### *Очаквания към акушерките по време на раждането*

Очакванията на бременните жени към акушерката са разпределени както следва: 64,5% от жените очакват от акушерката да подsigури раждане без усложнения, 44,7% - да ги подпомага през периодите на раждане, 40,8% - да получат емоционална и психическа подкрепа. По-малко застъпени са: спокойствие и увереност на акушерката (31,6%), възможност за раждащите да изразяват мнението и желанията си (17,1%) и непрекъснато присъствие на акушерката (13,%) – **фиг. 10**.

В последващата анкета, проведена след изписване от родилното заведение, относителният дял на потвърдените очаквания е по-висок за почти всички от съответните категории изследвани по време на бременността (**фиг. 10**). Неотлъчното присъствие на акушерката увеличава своята значимост от 13,2% на 50,0%. Спокойствието и увереността също достигат до 50% от мненията при родилките срещу 31,6% преди раждането. Емоционалната и психическа подкрепа е застъпена в 58,3% от мненията на родилките срещу 40,8% преди раждането. Очакването към акушерката да подsigури раждането без усложнения единствено намалява дела си от 64,5% от мненията на бременните до 58,3% от мненията на жените след раждането.

Тревожен е фактът, че едва 16,7% от респондентите са потвърдили, че са имали възможност да изразяват мнението и желанията си, което е изразено като очакване също от много малка част по време на бременността – едва 17,1% от бременните жени. Вероятно тази част от преживяването им по време на раждане не е отчетена като достатъчно важна от пациентките, спрямо протичането на раждането без усложнения и подкрепата от страна на персонала.



**Фиг. 10** Очаквания към акушерката, участваща в раждането

По-голямата част от лекарите (48%), обаче, считат, че раждащите жени имат възможност да изразяват спокойно желанията си по време на раждането. Акушерките (84%) и стажант-акушерките (73%) също са изказали предимно положителни мнения по този въпрос. Разминаването в значимостта на този показател за различните групи респонденти може да се обясни с разликата в приоритетите, които всяка от тях отчита. Изразените положителни мнения от страна на медицинските лица отразява тяхното професионално отношение към раждащата жена и готовност за предоставяне право на мнение по време на раждането.

На въпроса: „Какви са най-честите желания на раждащата жена към акушерката?“, мнението на респондентите е представено на **табл. 7**.

**Табл. 7 Най-чести желания на раждащите жени към акушерките\***

Отговори	Родилки n = 48	Акушерки n = 50	Лекари n = 26	Стажанти n = 93	$\chi^2 / P$
	Брой (%)	Брой (%)	Брой (%)	Брой (%)	
Индивидуален подход	19 (39,6)	30 (60,0)	18 (69,2)	44 (47,3)	$\chi^2=162,271$ p = 0,000
Предоставяне на информация	34 (70,8)	23 (46,0)	11 (42,3)	54 (58,1)	$\chi^2=9,321$ p = 0,025
Емоционална подкрепа	33 (68,8)	29 (58,0)	19 (73,1)	56 (60,2)	$\chi^2=3,236$ p = 0,357
Спокойна атмосфера	9 (18,8)	17 (34,0)	7 (26,9)	31 (33,3)	$\chi^2=24,158$ p = 0,000
Намаляване на болката	13 (27,1)	30 (60,0)	11 (42,3)	58 (62,4)	$\chi^2=13,485$ p = 0,004
Етичност и конфиденциалност	6 (12,5)	12 (24,0)	7 (26,9)	20 (21,5)	$\chi^2=2,944$ p=0,400

\* Сумата от процентите надвишава 100%, тъй като е дадена възможност за повече от 1 отговор

Според относителния дял на отговорите, се получи следното ранжиране:

1. Родилките са отдали най-голямо значение на необходимостта от предоставяне на информация по време на раждането (70,8%). Следващи по значимост за тях са емоционалната подкрепа (68,8%) и индивидуалния подход на акушерката към раждащата жена (39,6%). „Намаляване на болката“ е посочено като желание от едва 27,1% от родилките. Не се установи статистически значима разлика в мненията на родилките относно значимостта на болката, според поредността на раждането ( $\chi^2=1,766$ , df=2; Phi=0,192; Cramer`s V=0,192, p=0,414). Малък е дялът на родилките жени, посочили, че е важно да се осигури спокойна атмосфера (19%), а най-малко (12,5%) са посочили желание за етичност и конфиденциалност от страна на акушерката.

2. Сред акушерките, най-важните желания на раждащите жени е да има индивидуален подход към тях (60%) и намаляване на болката (60%). На второ място е поставена емоционалната подкрепа (58%), което е съвпадение по значимост с мнението на родилките. Този резултат е обясним с това, че именно акушерката е по-близо до пациентките по време на раждането и споделянето на емоции е поестествено в този контекст на взаимоотношения. На следващо място по значимост, но също посочено от голяма част от акушерките (46%), е предоставянето на информация. Желанието за осигуряване на спокойна атмосфера е посочено от малка част от

акушерките (34%). На последно място е поставено желанието за етичност и конфиденциалност към раждащата жена, посочено от 24% от акушерките.

3. Най-голям е относителния дял на лекарите, които считат, че за раждащите жени най-важна е емоционалната подкрепа от страна на акушерката (73,1%). Следващ по значимост е индивидуалният подход (69,2%). На трето място с равен дял на мненията (42,3%) са „предоставяне на информация“ и „намаляване на болката“. Най-малък е дялът на лекарите (26,9%), които считат, че раждащите очакват от акушерката „осигуряване на спокойна атмосфера“ за раждане и „етичност и конфиденциалност“ в поведението.

4. Стажант-акушерките считат, че най-често раждащите очакват от акушерката намаляване на болката (62,4%), емоционална подкрепа (60,2%) и предоставяне на информация (58,1%). Следващи по значимост желаниа са: акушерката да има индивидуален подход към раждащата (47,3%) и осигуряване на спокойна атмосфера (33,3%). Най-малък е относителния дял на респондентите и в тази група, които са посочили „етичност и конфиденциалност“ като желание на раждащата жена към акушерката – 21,5%.

Статистически значима разлика в мненията на респондентите не се установи само по отношение на два от посочените отговори - емоционална подкрепа на раждащата жена от акушерката и етичност и конфиденциалност в поведението на акушерката ( $p > 0,05$ ). Желанието за „етичност и конфиденциалност“ в поведението на акушерката по време на раждане, обаче е посочено от най-малък дял от всички респонденти и съответно е на последно място по значимост. Тези резултати препотвърждават данните от проучванията на Александрова-Янкуловска (2008, 2010) за недостатъчната подготовка по медицинска етика, нейната неефективност и недостатъчната етична чувствителност сред практикуващите медицински професионалисти у нас. За самите пациентки вероятно формулировката на категорията не е била достатъчно ясна и те не са я отграничили от предоставянето на информация, емоционалната подкрепа и създаването на спокойна атмосфера, които са част от професионалните етични ценности. След раждането 91,7% от респондентите са потвърдили, че очакванията им към акушерката, участваща в раждането са напълно оправдани, с много малък и равен дял са мненията „не съвсем“ (2,1%) и „категорично не“ (2,1%), а 4,2% от лицата не са отговорили.

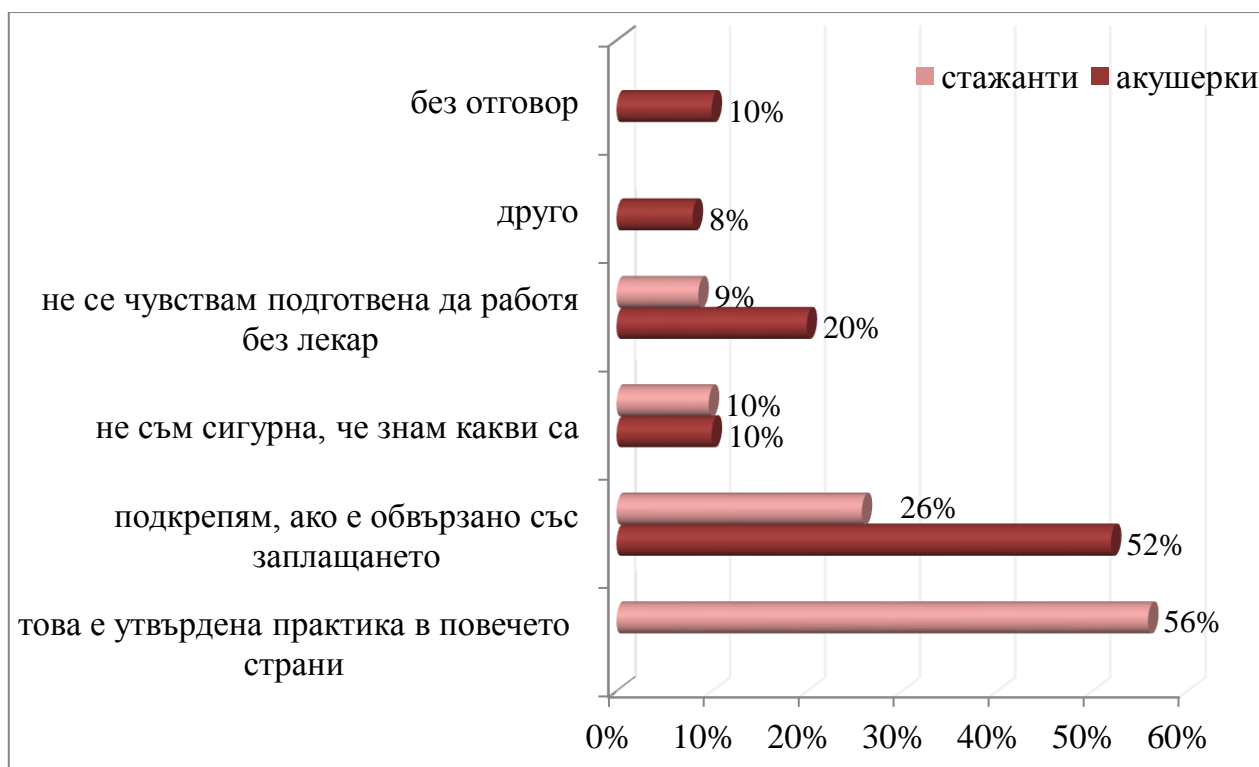
Предоставена бе възможност на родилките, за които очакванията не са оправдани, да изкажат своите препоръки, но такива не бяха направени.

Адекватна оценка на качеството в дейностите на акушерките може да бъде направена, ако те имат възможност да ги упражняват самостоятелно.

Предвид нормативния регламент, потърсихме мнението на лекарите, относно самостоятелните дейности на акушерките по време на нормално раждане. По-голямата част от акушер-гинеколозите (42,3%) зачитат мнението на акушерката, но считат, че тя не може да работи самостоятелно. Категорични, че раждането се води само от лекар са 30,8% от тях, а едва 23,1% са изразили мнение, че напълно подкрепят нейните решения.

Дадена бе възможност за свободно изразяване на мнение, на която е получен само един отговор (3,8%) – „нямат опит и самочувствие за самостоятелни дейности“.

На акушерките и стажант-акушерките също бе предоставена възможност да изразят своето мнение относно самостоятелните си дейности по време на нормално раждане – *фиг. 11*. Установихме съществени разлики във водещите мнения на двете групи. По-голямата част от практикуващите акушерки (52%) подкрепят самостоятелните дейности, ако е обвързано със заплащането, а по-голямата част от стажант-акушерките (56%) са посочили, че самостоятелните дейности на акушерката по време на нормално раждане са утвърдена практика в повечето страни по света, какъвто отговор от работещите в лечебните заведения акушерки не беше посочен изобщо. Това ни дава основание да считаме, че стажант-акушерките са запознати с международните норми за акушерски дейности, което е положителен факт за тяхното обучение. Малка част от акушерките (20%) и стажантите (9%) считат, че не са подготвени да работят без лекар, а 10% и от двете групи са посочили, че не са сигурни, че знаят какви точно са тези дейности.



**Фиг. 11** Мнение за самостоятелните дейности на акушерките по време на нормално раждане (акушерки и стажанти)

#### Очаквания към акушерките след раждането

На *табл. 8* е представено разпределението на мненията на пет групи респонденти относно потребностите на жените от специфични акушерски грижи след раждането. Отговорите на родилките са израз на оправдани очаквания, които са имали по време на бременността.

**Табл. 8** Потребности от специфични акушерски грижи след раждането\*

Отговори	Бременни n = 76	Родилки n = 48	Акушерки n = 50	Лекари n = 26	Стажанти n = 93
	Брой (%)	Брой (%)	Брой (%)	Брой (%)	Брой (%)
Информация относно промените	42 (55,3)	16 (33,3)	31 (62,0)	13 (50,0)	54 (58,1)
Обучение в правилен режим	18 (23,7)	10 (20,8)	29 (58,0)	12 (46,2)	71 (76,3)
Обучение и подкрепа за кърмене	35 (46,1)	33 (68,8)	39 (78,0)	24 (92,3)	69 (74,2)
Обучение в грижи за бебето	51 (67,1)	18 (37,5)	39 (78,0)	23 (88,5)	62 (66,7)
Време за комуникация	15 (19,7)	12 (25,0)	-	12 (46,2)	-
Компетентност	40 (52,6)	21 (43,8)	-	15 (57,7)	-

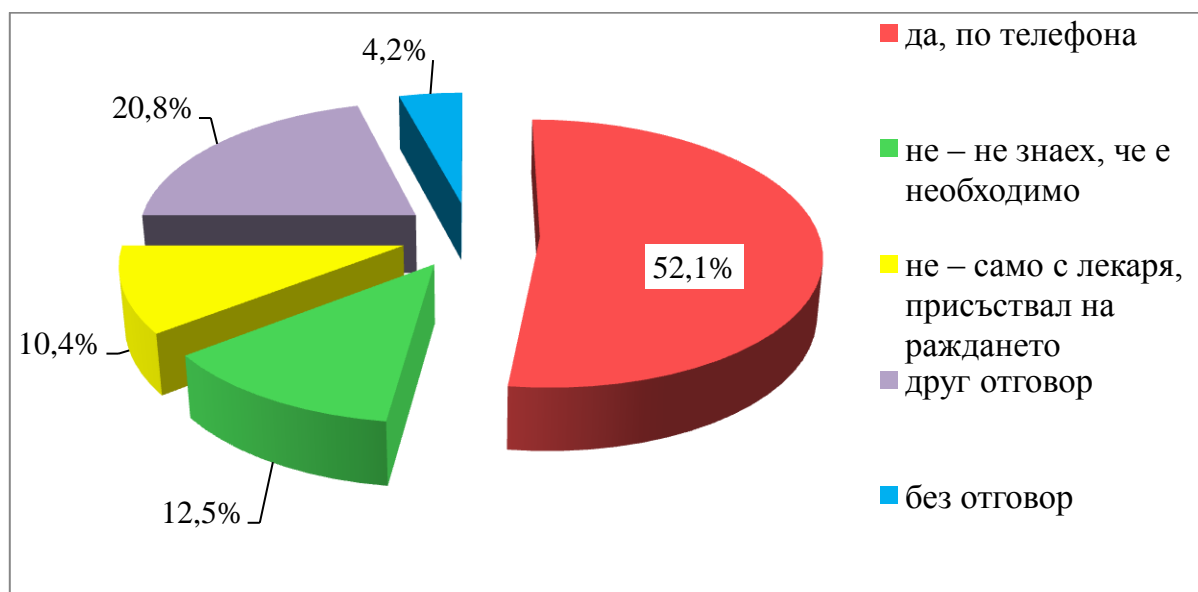
\* Сумата от процентите надвишава 100%, тъй като е дадена възможност за повече от 1 отговор.

По време на бременността, най-голям е относителния дял (67,1%) на жените, за които най-важно след раждането би било обучението в грижи за бебето, следвано от „информация относно промените, които настъпват след раждането в организма на жената“ (55,3%) и „компетентност на акушерката“ (52,6%). Времето за комуникация е посочено от най-малък дял от жените (19,7%). След раждането, най-голям е дялът на жените (68,8%), потвърдили, че са получили обучение и подкрепа за кърмене. Компетентността на акушерката е потвърдена от 43,8%, а едва 37,5% са посочили, че са обучени в грижи за бебето. Сравнително малък е дялът на родилките (25,0%), според които времето за комуникация, отделяно от акушерките и обучението в правилен режим (20,8%) е било достатъчно.

### 3.3. Качество на грижите след изписване от родилното заведение

Грижите за жените след раждане по програма „Майчино здравеопазване“ включват две посещения в женска консултация след изписване от родилното заведение по време на които се извършват контролни прегледи и изследвания. Установихме недостатъчна информираност за тях сред родилките – 72,9% са потвърдили, че са информирани за тях, 18,8% не са добре запознати, а 8,8% изобщо не са информирани. Потвърждение на тези резултати, са резултатите от отговорите на въпроса: „Осъществихте ли контакт със специалиста, който провеждаше женската консултация след изписването?“ – **фиг. 12**. Не са осъществили контакт, защото не са

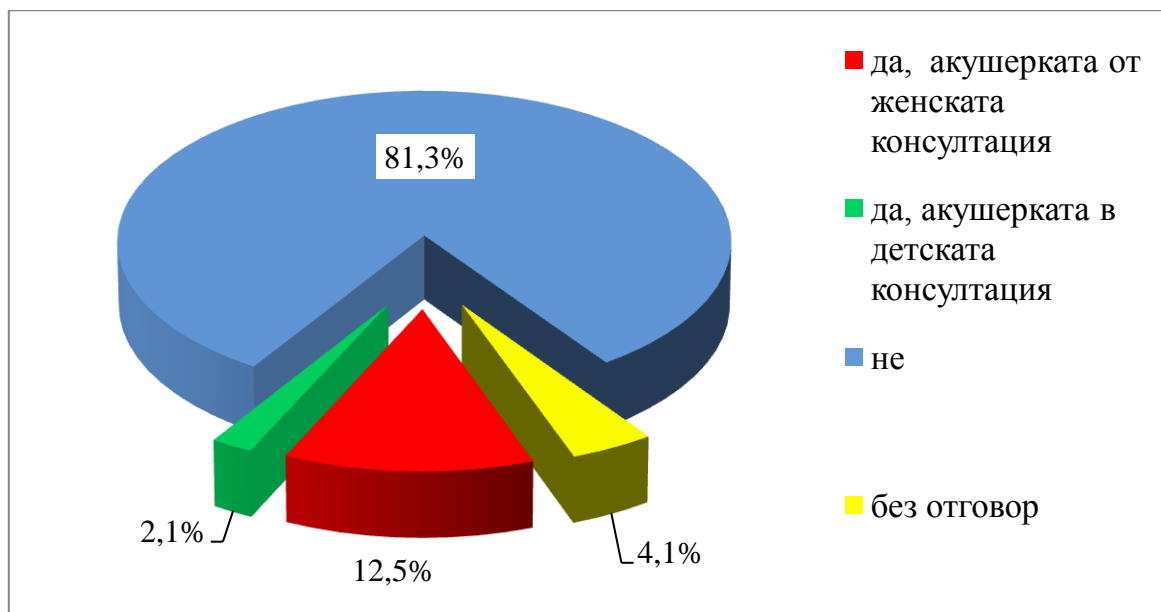
знаели, че е необходимо, 12,5% от родилките. По-голямата част от родилките (52,1%) са осъществили контакт по телефона, 10,4% контактуват само с лекаря, присъствал на раждането.



**Фиг. 12** Осъществихте ли контакт със специалистът, който провежда Женската консултация след изписването?

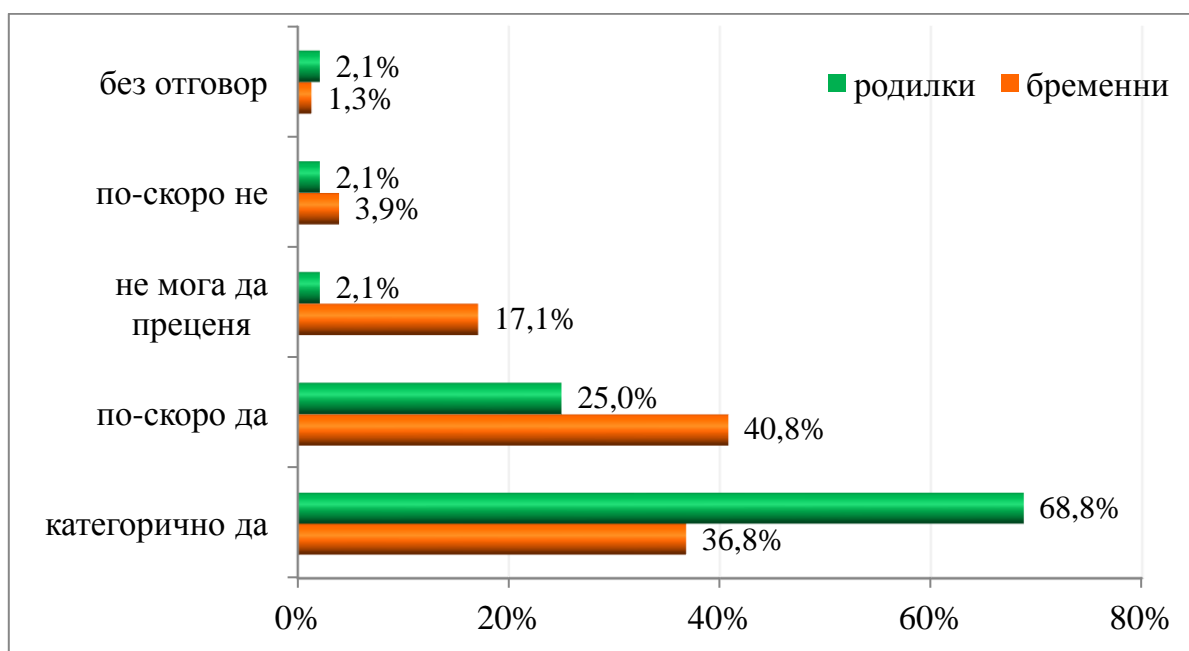
При предоставената възможност за друг отговор само 3 жени (6,2%) са посочили, че са отишли на полагащите им се прегледи, а 4 (8,3%) са отговорили, че лекарят, който е провеждал ЖК е присъствал и на раждането и затова те контактуват с него. Тези данни представят тревожна ситуация за нивото на постнаталното наблюдение на жените.

По време на бременността бе дадена възможност на респондентите да изразят своите очаквания към акушерката, която ще ги наблюдава след изписването. Най-голям дял сред тях заемат: компетентност (46,1%), напътствия в грижите за бебето (43,4%) и отзивчивост (41,1%). Други важни очаквания са: подпомагане за успешно кърмене (30,3%), съвети за възстановяването (38,2%), посещение в дома (13,2%). Тези мнения изразяват конкретните нужди на жените от професионална подкрепа от акушерка. След раждането едва 2,1% от респондентите считат, че акушерката, която се грижи за тях след изписването е „достатъчно компетентна“, а само 4,2% са получили напътствия в грижите за бебето. В равен дял (8,3%) са удовлетворени очакванията по отношение на съвети за възстановяването, подпомагане за успешно кърмене, внимание и отзивчивост от страна на акушерката, а домашното посещение изобщо не е посочено като осъществявано. Ниската удовлетвореност на очакванията сред родилките може да се обясни с факта, че за 81,3% от респондентите акушерка не участва в наблюдението и грижите след изписването (*фиг. 13*).



**Фиг. 13** Участие на акушерка в наблюдението и грижите след изписване

Дейностите за наблюдение на жените след раждане са оценени като напълно достатъчни само от 4,2% от респондентите. Положително мнение, но не категорично (по-скоро да) са изказали 37,5% от родилките, според 39,6% - не са достатъчни, а 18,7% не са отговорили. На въпроса: „Какво според Вас е необходимо да бъде включено допълнително?“ мнение са изказали 6 от жените. Две от тях предлагат посещение на акушерка в къщи поне няколко пъти, две - наблюдението да е от лекаря, водил раждането, едно мнение изразява необходимост от по-подробни изследвания, съвети и препоръки и едно мнение за принципна необходимост от наблюдение без уточнение кой трябва да го осъществява.

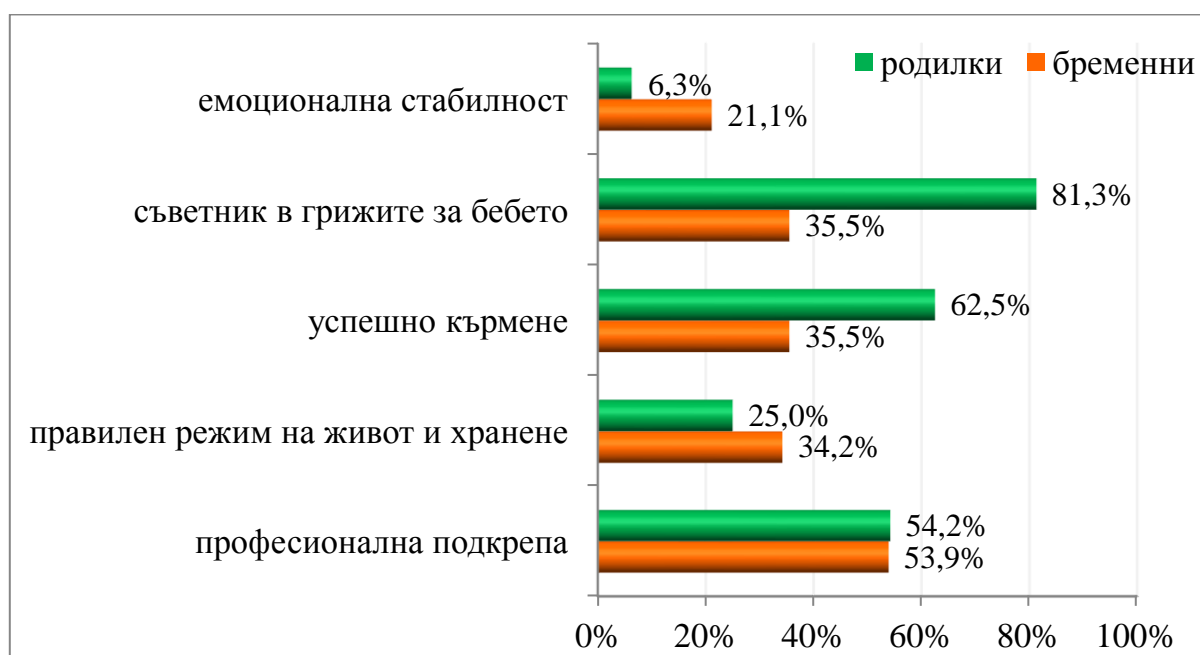


**Фиг. 14** Мнения относно необходимостта от домашни посещения на акушерка след раждането



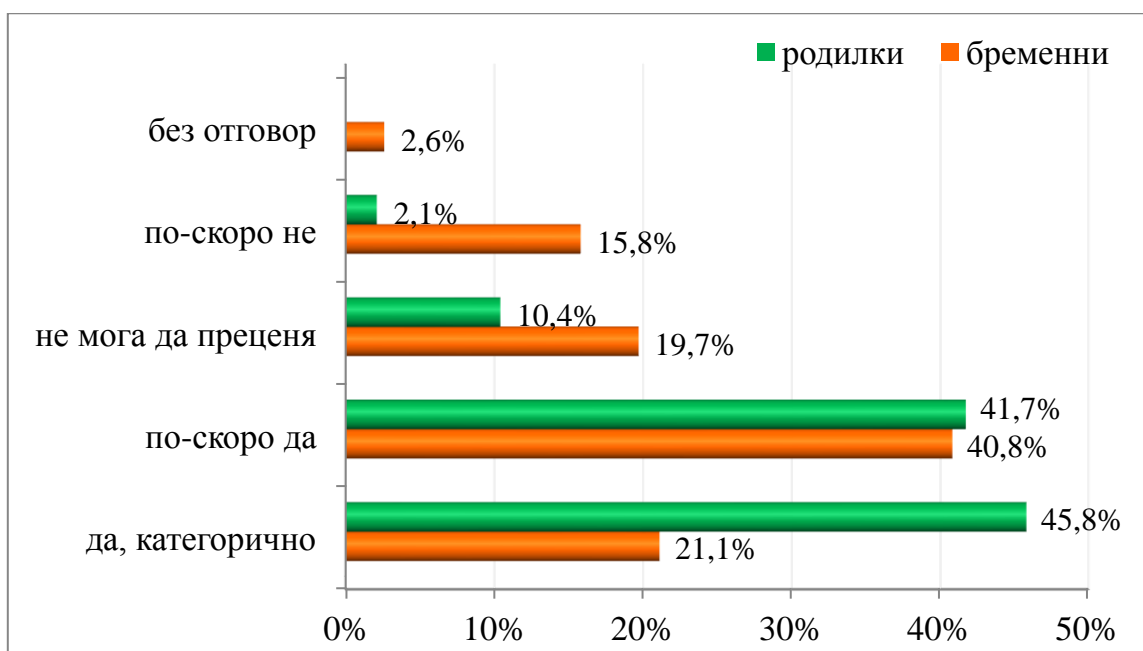
Според 77,6% от анкетиранияте бременни жени ще бъде полезно да се провеждат домашни посещения от акушерка след раждането. Това мнение те са затвърдили след раждането, като относителния дял на положителните мнения е увеличен с 16,2% (*фиг. 14*). Две от родилките са посочили допълнително, че посещенията трябва да бъдат неколнократни.

След изписването респондентите считат, че домашните посещения ще бъдат полезни, тъй като така те ще получат: незаменим съветник в грижите за бебето (81,3%), професионална подкрепа (54,2%) и ще се справят успешно с кърменето (62,5%) – *фиг. 15*. По-малък дял заемат мненията относно предоставяне на емоционалната стабилност (6,3%) и правилния режим на живот (25%). Тези мнения потвърждават необходимостта от достъп до акушерка след изписването от родилното заведение и домашни посещения в дома на родилката.



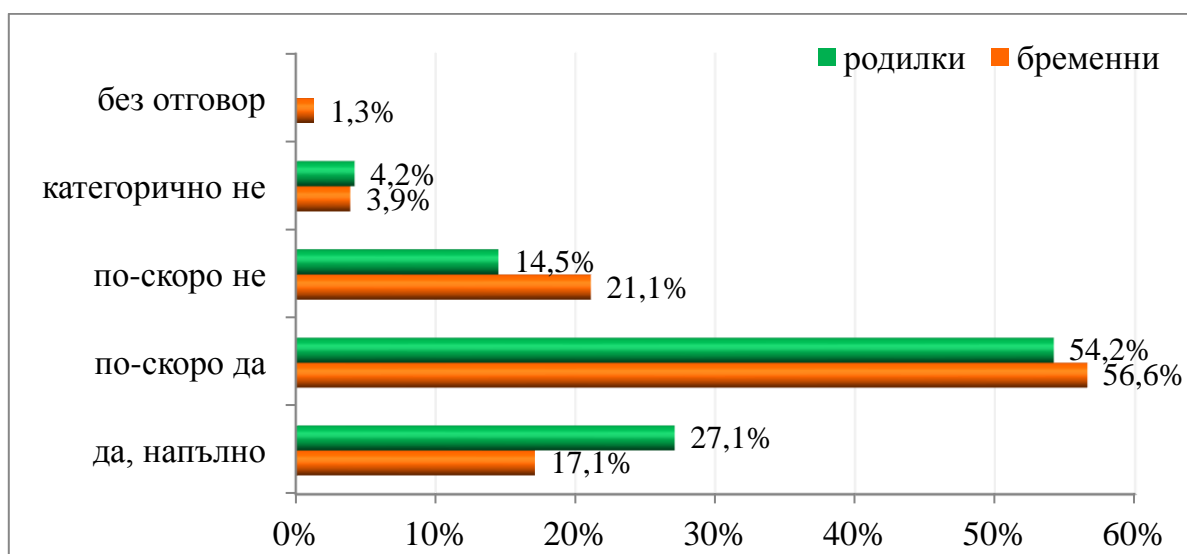
**Фиг. 15** Отчетени ползи от домашни посещения на акушерка след изписването

Съгласно действащата нормативна уредба, акушерките в България имат компетентност и право да осъществяват самостоятелно грижи за майката и за новородени деца до 45-ия ден след раждането. Установихме, че едва 46,1 % от бременните жени и 43,7% от родилките са запознати с правото на акушерките и тяхната компетентност да провеждат самостоятелно тези дейности. Независимо от това, те считат за полезно съществуването на самостоятелни практики, в които да се осъществяват тези дейности - *фиг. 16*. След раждането, относителният дял на категорично положителните мнения се увеличава двойно, от 21,1% по време на бременността до 45,8% сред родилките.



**Фиг. 16** Мнения относно полезността на самостоятелни акушерски практики за грижи за майката и новородените след раждането

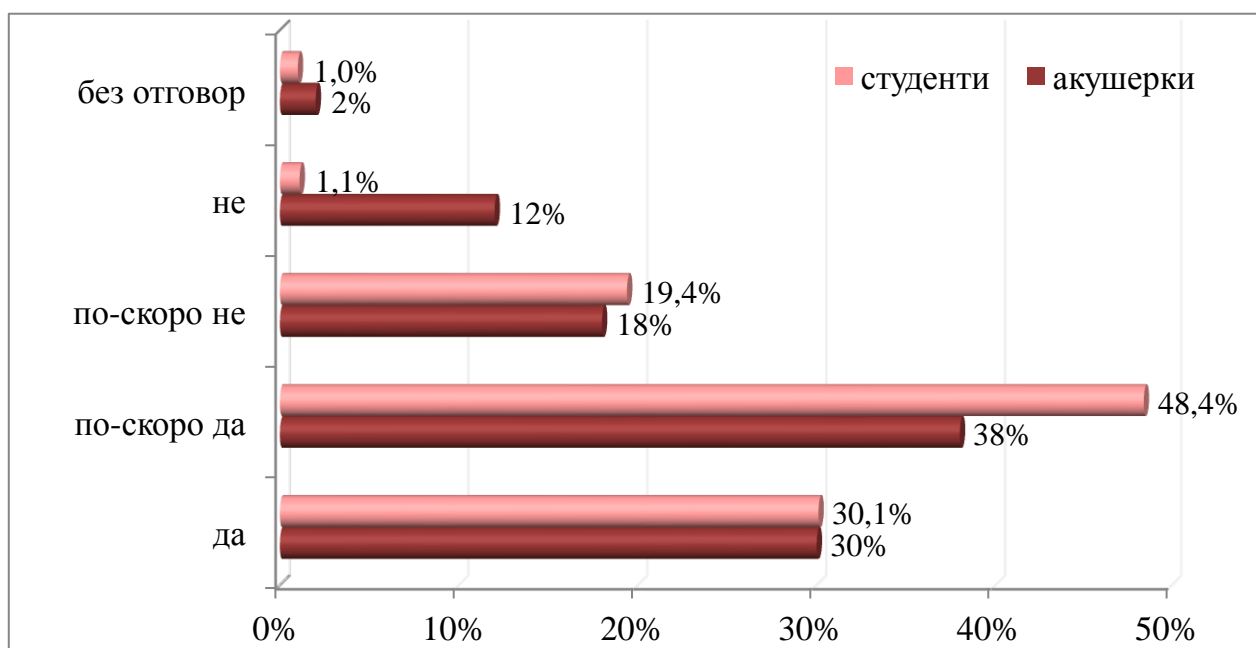
Тези мнения отразяват потребностите на жените от достъп до квалифицирани грижи и затрудненията, които срещат при настоящата организация на грижите за тях, където акушерката е липсващо звено. Потвърждение на тази теза са и мненията на респондентите относно доверието към акушерката самостоятелно да наблюдава състоянието им след изписването от родилното заведение (*фиг. 17*). Положително мнение са изразили 74,3% от бременните жени и 81,3% от родилките. Негативни са мненията на 25% от бременните, а след раждането негативни са мненията на едва 18,7% от респондентите.



**Фиг. 17** Изразени мнения по въпроса: „Бихте ли се доверили на акушерка, самостоятелно да наблюдава Вашето състояние след изписване от родилното заведение?“

На респондентите бе предоставена възможност с отворен въпрос да изразят своето мнение относно необходимостта от непрекъснат достъп до акушерка след изписването. Мнения са изказани от 49 (64,5%) от бременните жени и 40 (83,3%) от родилките. На въпроса „Какво е Вашето мнение, относно възможността за непрекъснат достъп до акушерка (в кабинет, телефон, електронна поща) след изписването?“, 21% от бременните жени и 39,6% от родилките считат, че е абсолютно необходимо. Според 38,2% от бременните и 31,3% от родилките такъв достъп е полезен, а 12,5% от родилките считат, че би им осигурил спокойствие.

Готовност за работа в самостоятелна акушерска практика е изразена от 68% от акушерките и 78,4% от студентите – *фиг. 18*.



**Фиг.18** Готовност за работа в самостоятелна акушерска практика

На респондентите бе дадена възможност за аргументиране на изразеното мнение. Сред акушерките водещи мотиви са предоставянето на най-добри грижи и желание за професионално развитие (с равен дял 11,7% от отговорите). Следващ по честота отговор (10%) е фокусиран върху значимостта на връзката между жената и акушерката. Сред стажант-акушерките водещи мотиви също са желанието за повишаване качеството на грижите за жените (15%) и изграждането на връзка между жената и акушерката (12,9%). За 11,8% от респондентите трети значим мотив е професионалното развитие. Тези мнения представят адекватно познаване на същността и мисията на акушерската професия и отговорност към грижата за жените.

Негативно мнение относно работа в самостоятелна акушерска практика са изразили 20% от акушерките и 15,1% от студентите. Само пет от акушерките и осем от студентите са представили мотивите си. Според четири акушерки само екипната работа гарантира добър изход за майката и детето. Една акушерка предпочита работа в клиника. Пет от стажантките считат, че не са достатъчно подготвени за работа в самостоятелна практика, което е обяснимо предвид това, че те все още не са

завършили обучението си и нямат професионален опит. Три от студентките считат, че лекар е задължително необходим за наблюдение на нормалната бременност.

На въпроса „Според Вас как биха се отразили самостоятелните акушерски практики върху качеството на оказваните грижи за бременните и в следродилния период?“ мнение са изказали 35 (58%) от анкетираните акушерки. Според 25 от тях тази възможност би довела до повишаване качеството на грижите за жените, 5 считат, че ще има по-добра подготовка за родителство, а според 2 - ще се подпомогне изграждането на връзка между жената и акушерката.

Ползи от самостоятелните акушерски практики са отчетени и от лекарите:

- Намаляване на риска от некомпетентни съвети (61,5%),
- Подобряване на подготовката за родителство (46,2%),
- Подобряване на подготовката за раждане (46,2%),
- Повишаване на самочувствието на акушерките (42,3%),
- Повишаване на качеството на грижите за жените (38,5%).

Мнения против самостоятелните акушерски практики са изразени от 5 от лекарите: двама от тях считат, че е твърде рисковано и може да има необратими неблагоприятни последици, а други двама отчитат важността на лекарския контрол над дейностите на акушерките. Един лекар счита, че този модел не е подходящ за българските условия.

### **3.4. Препоръки на респондентите за подобряване на качеството на акушерските грижи**

Като последен въпрос в анкетните карти бе предоставена възможност на пациентките и медицинските професионалисти да изкажат препоръки за това какво е необходимо за повишаване качеството на акушерските грижи по време на бременността, раждането и следродилния период. Мнения са изказани от 25 (33%) бременни жени, 20 (42%) родилки, 18 (69%) лекари и 35 (58%) акушерки. Мненията се разпределиха в две основни направления: организационни дейности и професионални изисквания към акушерките - **табл. 9**. Изразените от всички групи респонденти препоръки са идентични по своето значение.

По отношение на качеството на обучение на акушерките, препоръките представени от лекарите и акушерките са:

- Подобряване на подготовката на акушерките с повече практика в извънболничната помощ;
- Повишаване на квалификацията на акушерките чрез продължаващо обучение;
- Лична мотивация на акушерките за осъществяване на качествени грижи.

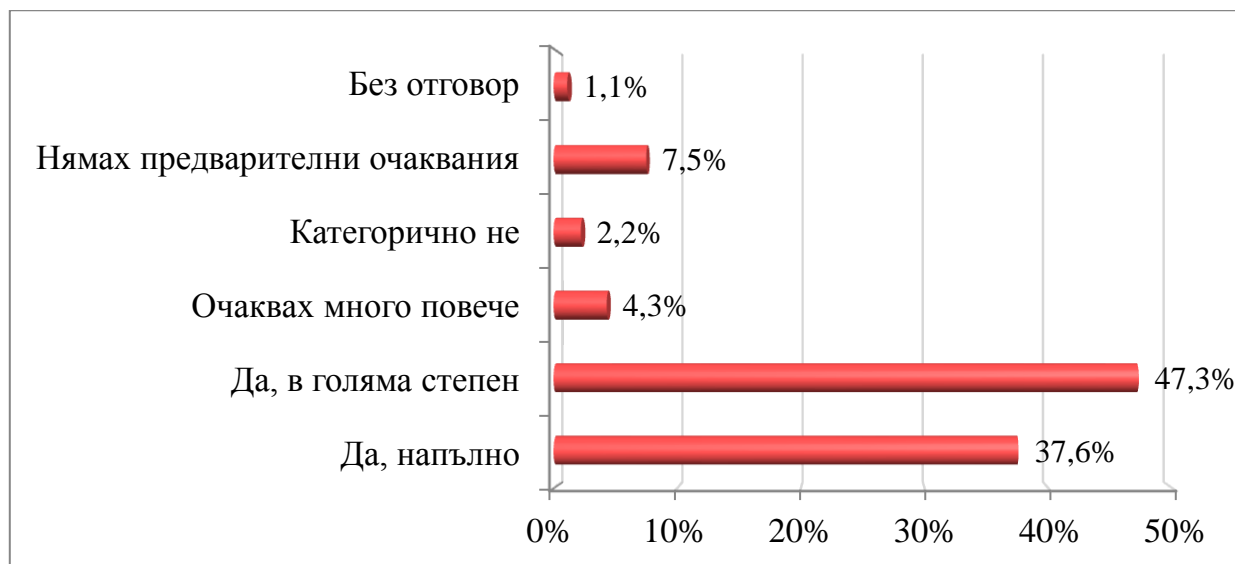
Тези резултати потвърждават необходимостта от промени в организацията на провеждане на акушерските грижи. Повишаването на качеството изисква осигуряване на непрекъснат достъп до акушерка, предоставяне на повече автономия в дейностите на акушерките и непрекъснато повишаване на тяхната квалификация.

**Табл. 9 Препоръки за подобряване качеството на акушерските грижи**

	<b>Бременни жени и родилки</b>	<b>Лекари</b>	<b>Акушерки</b>
<b>Организационни дейности</b>	- Достатъчен достъп до специалисти, включително акушерки не само по време на бременността, но и след раждането; - Внимание към бременните в малките населени места.	- Връщане ролята на женска консултация; - Работа по алгоритми и повишаване на професионализма; - Финансова мотивация на акушерките.	- Възстановяване на старите структури на ЖК и послеродов патронаж; - Достъп до акушерка във всички звена; - Припознаване на ключовото значение на акушерката и разширяване правата за самостоятелни дейности.
<b>Професионални изисквания</b>	-Индивидуален подход и емпатия; - Достъпен език на общуване; -Обучение за раждане, кърмене и грижи за бебето.	- Индивидуален подход; - Емпатия.	- Комуникация с жените и емоционална подкрепа; - Индивидуален подход; - Подготовка за раждане в женска консултацията.

#### **4. Обучение на акушерките**

Компетенциите на завършващите акушерки са посочени в Квалификационната характеристика на специалността във Висшето училище. Тя е съобразена с Единните държавни изисквания и всички нормативни документи, регламентиращи дейностите на акушерките. На въпроса „Подготовката Ви по специалността отговори ли на предварителните Ви очаквания?“ по-голямата част от респондентите са дали положителни отговори (84,9%). Без предварителни очаквания са били 7,5%, с по-големи очаквания от полученото са 4,3%, а 2,2% са категорично неудовлетворени – *фиг. 19.*

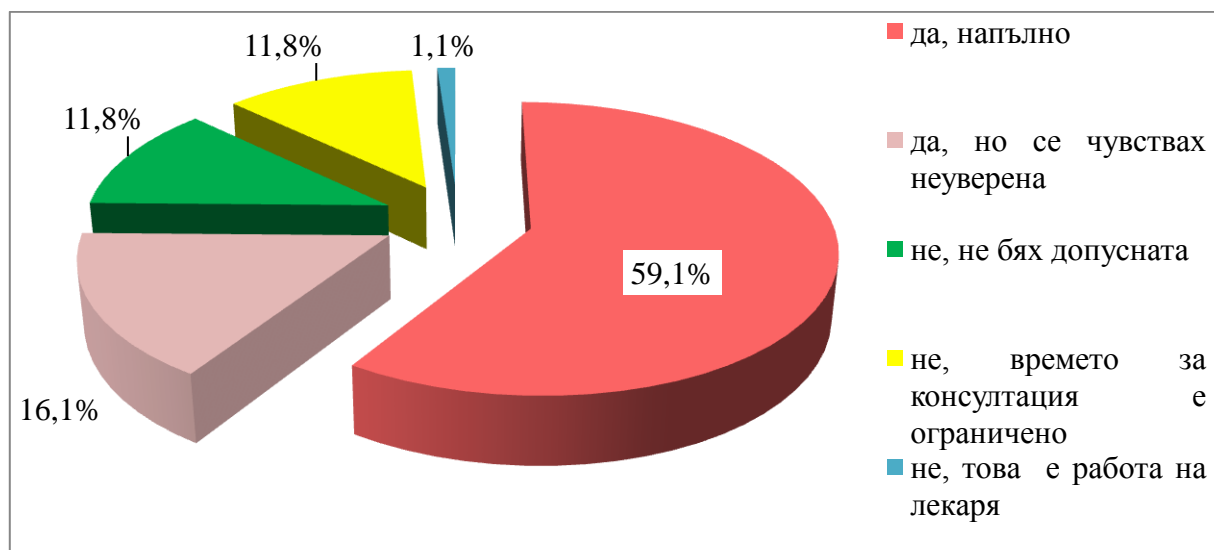


**Фиг. 19** Разпределение според удовлетвореност на очакванията за подготовката по специалността

Обучението в професионални компетенции е достатъчно, за да практикуват за 71% от анкетираните. Като недостатъчно го определят 24,7%, а 2,2 % считат, че е категорично недостатъчно. Дадена бе възможност на респондентите да изразят мнение за това какво допълнително трябва да бъде включено в подготовката. В теоретичното обучение, според 7% от респондентите, е необходимо да има повече часове за подготовка в акушерски компетенции. Относно практическото обучение, мнения са изразили 23% от стажантите. Според 18,3% от тях, са необходими повече практика и упражнения в родилна зала. Достъпът до раждащи жени е недостатъчен според 2% от стажантите, а други 2% са изразили необходимост от по-голямо доверие от страна на персонала към стажантите. Високото ниво на удовлетвореност на предварителните очаквания и преобладаващото мнение, че имат достатъчна професионална компетентност и са готови да практикуват е доказателство за качеството на провежданото обучение.

Практическото обучение по специалност „акушерка“ започва още от първи курс и достъпът до пациенти, както и възможността за наблюдение, грижи и извършване на манипулации под ръководството на преподавател или практикуваща акушерка, е осигурен през целия курс на обучение. Практическата подготовка се провежда в лечебни заведения за болнична и извънболнична медицинска помощ, получили положителна акредитационна оценка за обучение на студенти. По-голямата част от стажант-акушерките (75,2%) са на мнение, че са имали възможност в личен контакт да предоставят информация на бременни жени в женска консултация. Това е положителен факт за изграждане на умения за комуникация и подход към бременните жени. Като причина за липса на такава възможност с равен дял по 11,8% са мненията: „не, не бях допусната“ и „не, времето за консултация е ограничено“. Много малко са респондентите (1,1%), според които „това е работа на лекаря“ - **фиг. 20**. Тези резултати представят осъзнаване на значимостта на контакта с жените, както и

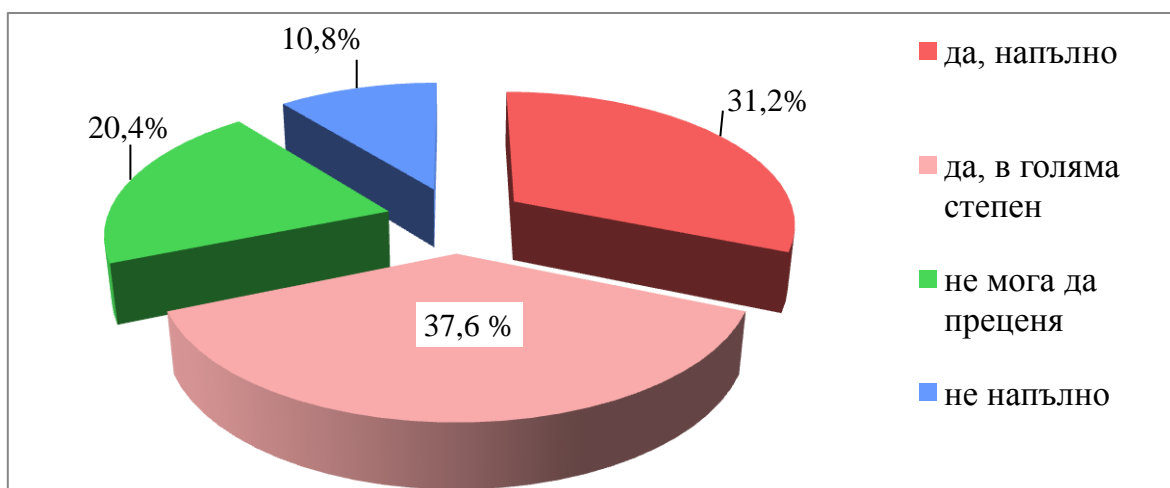
активност на студентите в практическите дейности и кореспондират с увереността на стажантките за самостоятелни дейности, представена на **фиг. 18**.



**Фиг. 20** По време на клиничното си обучение, имахте ли възможност да предоставяте информация на бременни в Женска консултация?

Потвърждение за доброто ниво на практическото обучение на студентите от специалност „Акушерка“ са изразените от тях мнения относно придобитите знания за потребностите на жените по време на бременността. Такива знания са потвърдили, че са придобили 91,4% от респондентите, 5,4% не са уверени, а 3,2% считат, че не са придобили необходимите знания.

Предвид изискванията към образованието на акушерките, заложи в Европейските директиви, логично следващия въпрос е свързан със самооценката на подготовката за оказване на самостоятелни грижи за бременни жени с нормална бременност – **фиг.21**. Напълно или в голяма степен считат, че са подготвени 68,8% от респондентите. Своята подготовка не могат да преценят 20,4%, а 10,8% считат, че не са напълно подготвени.



**Фиг. 21** Считате ли, че сте достатъчно подготвена за осъществяване на самостоятелни грижи за бременни с нормална бременност?

Като причини за своята неувереност, стажантите са посочили следните причини:

- недостатъчната самостоятелна подготовка (17,2%);
- липса на достъп до бременни жени (14%);
- несъвършените програми за обучение (11,8%);
- недостатъчна теоретична подготовка (9,7%);
- недостатъчна подкрепа от преподавателите (7,5%).

На въпроса: „Считате ли, че сте усвоили достатъчно знания и умения за разбиране и подкрепа към раждащата жена?“, по-голямата част от стажантите (95,8%) са дали положителен отговор, само 2,2 % считат, че не са достатъчно подготвени, а 2% не са отговорили.

По отношение подготовката за оказване на самостоятелни грижи за раждащи с нормално раждане, 25,8% от респондентите, считат, че са напълно подготвени. Подготвени, но неуверени в своите действия са 49,5% от стажант-акушерките, несигурни са 19,4%, а 4,3% са категорични, че не са подготвени за самостоятелни дейности.

Мнението на всички групи респонденти относно потребностите на жените от специфични акушерски грижи след раждане, са представени на **табл. 8**. С различна степен на значимост за различните групи са посочени: информацията относно промените след раждане, обучение в правилен режим, обучение и подкрепа за кърмене, обучение в грижи за бебето. Според 46,2% от стажант-акушерките, тези дейности са застъпени достатъчно в курса на обучение, 44% споделят, че са провеждани многократно в учебната практика, 36,6% са ги осъществявали самостоятелно по време на преддипломния стаж, а според 8,6% не са заложили достатъчно в обучението им.

На въпроса: „Според Вас нивото на подготовка, която сте получили по време на обучението си, достатъчно ли е да оказвате качествени акушерски грижи?“, се установи статистически значима разлика в изказаните мнения сред стажант-акушерките от различните висши училища ( $\chi^2=19,775$ ,  $df=10$ ;  $\Phi=0,461$ ;  $Cramer's V=0,326$ ,  $p=0,031$ ).

Самооценката на стажантите относно самостоятелните акушерски компетенции, за които се чувстват най-добре подготвени в курса на обучение, са представени в **табл. 10**. Резултатите ни дават основание да считаме, че по-голямата част от стажант-акушерките са добре обучени за повечето от самостоятелните акушерски компетенции и познават много добре потребностите на жените, свързани с бременността, раждането и следродилния период, което гарантира качество и адекватност на грижите. Данните за по-малкия относителен дял на стажантите, които считат, че са подготвени за патологичните състояния, при които трябва да направят оценка на състоянието на майката или новороденото, както и интерпретацията на резултатите от клинично-лабораторни изследвания, налагат преоценка на програмите и методите на обучение.



**Табл. 10** Готовност на стажант-акушерките за самостоятелни дейности

Самостоятелна дейност	брой	%
проследяване на нормална бременност	68	73%
обучение в техника на кърмене и поддържане на лактацията	64	69%
извършване на тоалет на новороденото	63	68%
грижи за майката и за новородени деца до 45-ия ден след раждането	61	66%
обработка на пъпния остатък	59	63%
проследяване на общото състояние на бременна жена	57	61%
полагане на грижи и наблюдение в пуерпериума, включително преглед за инволюцията	46	50%
наблюдение на майката и детето непосредствено след раждането и диагностициране на проблеми, изискващи лекарска намеса	39	42%
назначаване и проследяване провеждането на хигиенно-диетичен режим	38	41%
диагностициране на бременност	37	38%
водене на нормално раждане при главично предлежание на плода, включително и извършване на епизиотомия в присъствието на лекар	30	32%
интерпретация на резултатите от клинично-лабораторни изследвания при нормална бременност при наблюдение в извънболничната помощ	26	28%
назначаване на прегледи за ранна диагноза на рисковата бременност в извънболничната помощ	19	20%
извършване на наблюдение и манипулации на родилката в периода на разширение на маточната шийка	27	29%
откриване при майката и/или детето на признаци за аномалии, които изискват специализирана намеса и оказване на помощ на специалиста в случай на интервенция	14	15%

\* Сумата от отговорите надхвърля 100%, тъй като е дадена възможност за избор на повече от един отговор

В обучението на акушерки са посочили, че участват 22 (36,7%) от акушерките и 10 (38,5%) от лекарите. Само 3 (5%) от акушерките и 2 (7,7%) от лекарите считат, че подготовка е напълно достатъчна. Преобладаващо е мнението, че практическата подготовка не е достатъчна – според 23 (38%) от акушерките и 10 (38,5%) от лекарите. С почти същият относителен дял е и мнението, че подготовката е достатъчна, но има нужда от усъвършенстване - 23 (38%) от акушерките и 8 (30,8%) от лекарите. Най-малък е броят на специалистите, които считат, че подготовката категорично не е достатъчна – мнение, изразено от 11 (18,3%) от акушерките и 6

(23,1%) от лекарите. Не се установи статистически значима разлика в мненията според участието в обучението на акушерките ( $\chi^2=7,646$ ;  $df=8$ ;  $\Phi=0,298$ ; Cramer`s V= 0,211,  $p=0,469$ ).

## 5. Учебна програма по патронажни акушерски грижи

Изразените мнения на пациентките и специалистите потвърждават необходимостта от подобряване на подготовката на бременните жени за раждане. Тя обаче е малка част от подготовката за родителство и обикновено включва само бременната жена в ограниченото време за провеждане на женската консултация. В резултатите от нашето проучване, с мнението и на специалистите и на потребителите, се подчертава необходимостта и значимостта на домашните посещения от акушерка, както по време на бременността, така и след раждането. Изразени са и мнения за подобряване на практическата подготовка на акушерките.

На базата на тези резултати и в изпълнение на **задача 5** е разработена учебна програма за избираема дисциплина по „Патронажни акушерски грижи“. Програмата е с хорариум 15 акад. часа: 2 ч. лекции и 13 часа семинарни занятия.

Цел на програмата е да задълбочи знанията на студентите от специалност „Акушерка“ за патронажните дейности, които трябва да се осъществяват по време на бременността и следродилния период при подготовката за родителство и отглеждане на новороденото, и да повиши качеството на обучението им за оказване на адекватни акушерски грижи.

Обучението по патронажни акушерски грижи трябва да постигне следните задачи:

- Да запознае студентите с международните изисквания за провеждане на качествени акушерски грижи преди и след раждането;
- Да предостави информация за очакванията на жените от домашните посещения от акушерка;
- Да развие комуникативните умения на студентите при работата им с пациентите;
- Студентите да усвоят допълнителни знания за спецификата на акушерските дейности в дома на бременната жена и родилката;
- Да повиши качеството на взаимоотношенията между жените и акушерките с водеща роля на акушерката.

Курсът на обучение ще завършва със защита на курсова работа по тематиката на дисциплината, което има за цел да насърчи мисленето на студентите и изграждане на умения за целеполагане и управление на акушерските грижи.

Осъществяването на пряк контакт с бъдещите родители цели двустранен положителен ефект – повишаване компетентността на студентите от една страна, а от друга повишаване информираността относно дейностите на акушерката и възможностите за достъп до нея за пациентите. Очакван в дългосрочен план резултат е осигуряване на продължителност и непрекъснатост на грижите за жените от бъдещите акушерки.

С цел установяване на реалните потребности от такава програма за обучение, потърсихме мнението на студентите от специалност „Акушерка“ – втори, трети и четвърти курс – общо 61 студента.

По-голямата част от респондентите (82%) са посочили, че са запознати с патронажните дейности на акушерките, а 18% не могат да преценят, но няма студенти, които да са дали негативен отговор. Не се установи статистически значима разлика в мненията на студентите от различните курсове ( $\chi^2=4,416$ ,  $df=2$ ;  $\Phi=0,269$ ; Cramer`s V= 0,269,  $p=0,110$ ).

По-голямата част от студентите (68,9%) считат, че е необходимо допълнително обучение за този вид дейност, а 18% не могат да преценят. Едва 13,1% са посочили, че такова обучение не е необходимо според тях.

При предоставена възможност за обучение по дисциплина, свързана с патронажните грижи, 58 (95%) от респондентите са посочили, че биха проявили интерес за обучение. От останалите – 2 (3%) не могат да преценят, а 1 (2%) не би проявила интерес. Тези, които биха проявили интерес, са посочили следните очаквания от съдържанието на програмата:

- Подготовка за домашен патронаж на родилка и новородено - 59%;
- Провеждане на патронажни посещения в реална среда – 48%;
- Обучение за спецификата на домашния патронаж – 46%;
- Подготовка за домашен патронаж на бременна жена – 39%;
- Обучение за работа с бъдещи родители – 39%.

Тези резултати доказват необходимостта от предоставяне на възможност на студентите от специалността за задълбочаване на знанията и уменията за патронажните дейности. Това обучение ще повиши качеството на дейността на бъдещите професионалисти в отговор на очакванията на потребителите, които вече бяха доказани с резултатите от настоящото изследване.

Учебната програмата е приета е от Учебно-методичен съвет на Факултет „Здравни грижи“ за включване в учебния план за обучение по специалност „Акушерка“ от учебната 2018-19 година. Утвърдена е от Факултетен съвет на факултет „Здравни грижи“ (Протокол №8 от 13.06.2018 год.) като избираема дисциплина в шести семестър на трети курс с хорариум 15 часа (2 ч. лекции и 13 часа семинари). Учебният план е утвърден с Решение на Академичен съвет на МУ-Плевен с Решение от 02.07.2018 година.

### **III. ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ**

#### **ИЗВОДИ:**

1. Подготовката на жените в ЖК за раждане е достатъчна, според 52,4% от респондентите.
2. Очакванията към акушерката, участваща в раждането, са напълно оправдани за 91,7% от родилките.
3. Лекарите акушер-гинеколози зачитат мнението на акушерката по време на раждане, но тя не може да работи самостоятелно (42,3%), а според 30,8% раждането се води само от лекар.
4. След изписване от родилното заведение, акушерка не участва в грижите за 81,3% от родилките.
5. Домашните посещения от акушерка, се подкрепят от 88,5% от лекарите, 80% от акушерките, 63,2% от бременните и 93,8% от родилките.
6. Доверие за самостоятелно наблюдение по време на бременността и в следродилния период от акушерка е изразено от 60,6% от бременните жени и 81,3% от родилките.
7. Самостоятелни акушерски практики са необходими според 61,9% бременните жени и 87,5% от родилките. Готовност за работа в тях са изразили 68% от акушерките и 78,5% от стажантите.
8. Високо ниво на удовлетвореност на предварителните очаквания към обучението по специалността е отчетено от 84,9% от стажант-акушерките.
9. По-голямата част от студентите-акушерки (68,9%) считат за необходимо допълнително обучение по патронажни грижи.

#### **ПРЕПОРЪКИ**

1. Към Министерство на здравеопазването:
  - 1.1. Да се актуализира Наредба № 39 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията като се осигури диспансерно наблюдение на бременните жени и родилките с нискорискова бременност от акушерка.
  - 1.2. Да се въведе регистър на училищата за пренатална подготовка с изискване те да се провеждат от квалифицирани медицински специалисти (лекари и акушерки).
2. Към Национална здравноосигурителна каса:
  - 2.1. Да се актуализира Наредбата за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК с включване на дейностите на акушерките.
  - 2.2. Да се регламентира възможността акушерките да сключват договор с НЗОК за извършване на самостоятелни дейности, определени с Наредба №1/08.02.2011г. в структурите съгласно чл. 17а от ЗЛЗ. .
  - 2.3. В програмата „Майчино здравеопазване“ да се регламентират домашните посещения от акушерка по време на бременността в следродилния период.
3. Към Висшите училища

- 3.1. Да се подобри организацията на учебната практика и преддипломния стаж на студентите-акушерки в структурите на извънболничната акушеро-гинекологична помощ с осигуряване на по-добър достъп до пациентки.
- 3.2. Да се предложи въвеждане на избираема дисциплина „Патронажни акушерски грижи“, която да надгражда обучението по „Специални грижи в акушерството“ със специфичните дейности на акушерката в домашни условия.
4. Към Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи:
  - 4.1. Да се инициират нормативни промени за реализиране на самостоятелните дейности на акушерките чрез здравно-осигурителната система.
  - 4.2. Да се разработят стандарти за качество на акушерските дейности.

#### **IV. ПРИНОСИ:**

1. С теоретичен характер:
  - 1.1. Направен е анализ на националните и международни норми за акушерска практика.
  - 1.2. Проведено е паралелно проучване на мнението на всички участници в системата на майчино здравеопазване (медицински специалисти и потребители) относно качеството на акушерските грижи.
  - 1.3. Направено е лонгитудинално изследване на очакванията и потребностите на бременните жени от акушерски грижи.
  - 1.4. Изведени са основните проблеми пред системата за майчино здравеопазване в България, свързани с повишаване качеството на акушерските грижи.
2. С практико-приложен характер:
  - 2.1. Доказана е значимостта на акушерските дейности за повишаване на качеството на грижите за жените свързани с бременността, раждането и следродилния период.
  - 2.2. Доказана е необходимостта от осигуряване на непрекъснат достъп на жените до акушерка по време на бременността и след раждането в самостоятелни акушерски практики.
  - 2.3. Разработена е учебна програма за патронажни акушерски грижи с цел повишаване качеството на подготовка на акушерките в съответствие с потребностите на жените.

## НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ И СЪОБЩЕНИЯ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

### Публикации, свързани с дисертационния труд:

1. Дилова П., С. Александрова-Янкуловска. Потребности на бременните жени от акушерски грижи. *сп. „Социална медицина“*, 2016, № 3/4, с. 42-44.
2. Дилова П., С. Александрова-Янкуловска. Достъпът до акушерка – гаранция за качеството на грижите в следродилния период. *сп. „Здравни грижи“*, 2017, №1, с. 9–15.
3. Дилова П., С. Александрова-Янкуловска. Качество на подготовката на бременните жени за раждане. *XIII Национален форум на специалистите по здравни грижи с международно участие*, 10-11.11.2017, Шумен. Сборник доклади, с. 230-238.
4. P. Dilova, S. Aleksandrova-Yankulovska, Education of midwives in Bulgaria in the context of the European regulation. *10th European Public Health Conference*, 1-4 November 2017, Stockholm, Sweden. *European Journal of Public Health*, Vol. 27, Supplement 3, 2017, pp. 277-278.

## SUMMARY

### QUALITY OF MIDWIFERY CARE AND PERSPECTIVES TO ITS DEVELOPMENT IN BULGARIA

Petya Dilova

Midwives have an important role in providing patient-centered care and health promotion. Thus they contribute to the improvement of health systems' performance. Centers of autonomous midwifery care have an impact on the promotion of normal deliveries for a healthy life start, on children's development and eventually on family health and well-being. The need to improve the access of pregnant women to health care is set in the National Health Strategy 2020. Midwives in Bulgaria still cannot practice independently despite that normative documents have been adopted.

**The aim of this thesis** is to analyze the current state for provision of midwifery care in Bulgaria, to determine the needs of midwifery care and to suggest changes in the organization of the maternity care and the education of the midwives.

**Methodology.** The thesis presents results and analysis of data obtained through a complex medico-social study design in four stages conducted in the period 2014-2018. Originally developed individual self-administered questionnaires were distributed among 26 obstetricians, 60 midwives from 14 health institutions for maternity care in Central-North Bulgaria, 76 pregnant women, 48 women in postpartum period, 93 undergraduate students in their last year of education and 61 students-midwives in 6 medical schools in Bulgaria.

Study instruments were approved by the IRB at the Medical University - Pleven. Data analysis was performed through the software package Microsoft Office Excel 2016 and SPSS v.21.

**Results and discussion.** The preparedness of women for childbirth is sufficient, according to 52.4% of the respondents. After women's discharge from the maternity facility the midwife was not involved in caring for 81.3 % of the studied mothers. Home visits by a midwife were supported by 88.5% of obstetricians, 80% of midwives, 63.2% of pregnant women and 93.8% of mothers. Confidence in midwives for autonomous observation during pregnancy and postnatal period is expressed by 60.6% of pregnant women and 81.3% of mothers. Permanent access to a midwife was absolutely needed by 21% of pregnant women and 39.6% of postpartum women. Independent midwifery practices are necessary according to 61.9% of pregnant women and 87.5% of mothers. Approximately 68% of midwives and 78.4% of undergraduate students expressed their preparedness to work in an autonomous practice. A high level of satisfaction of the students' preliminary expectations of the education in the specialty was reported by 84.9% of the trainees. The majority of midwifery students (68.9%) considered that the additional training on home midwifery care is necessary.

**Conclusion:** The needs of consumers of midwifery care present serious challenges to the organization of the maternity care and the professionalism of midwives. Improvement of

quality of maternity care can be achieved by provision of continuous access to a midwife and independent midwifery practices.

***Key words:*** *midwife, quality, access, care.*