

АКУШЕРСКА КОМПЕТЕНТНОСТ ПРИ ПРИЛАГАНЕ НА МОДЕЛ ЗА ГРИЖИ В ПУЕРПЕРИУМА

Силвия Борисова, Румяна Лалева

Категра Здравни грижи, ФОЗ, Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов“

OBSTETRICAL COMPETENCE WHEN IMPLEMENTING A MODEL OF CARE IN THE PUERPERIUM

Silvia Borisova, Romyana Laleva

Department of Health Care, Faculty of public health, Medical University of Varna

Резюме: Понятието компетентност (лат. *competens* – „способен“) се определя като динамична съвкупност от знания, умения, нагласи и отношения, които се придобиват в процеса на обучение. Академично подготвената акушерка притежава знания, умения и компетентности, адекватни на европейските изисквания, тя е водещ професионалист в оказването на ефективни пренатални и постнатални грижи.

В родилните отделения на нашите болници акушерката има задължение да полага грижи за възстановяването на родилката и новороденото, да наблюдава, обяснява и да насърчава всички опити за самостоятелност на младата майка. След изписването на жената от лечебното заведение акушерските грижи за жени след раждане в България имат пасивен характер.

В редица публикации през последните години се коментират несъвършенствата на сегашната организация на акушерските грижи след раждане у нас поради липсващия регламент за задължително участие на акушерка в полагането на грижи в пуерпериума.

В световен мащаб съществуват разработени различни модели на грижи за майчинство, за грижа за здравето и благосъстоянието на бременни жени и новородени, за грижа по време на бременност, раждане и след раждане, всеки със свои собствени отличителни характеристики, базирани на местни, културни или социални традиции и знания. Обикновено акушер-гинеколозите е водещият медицински специалист, но в част от моделите водеща е акушерката. Тази отговорност може също да бъде споделена между акушер-гинеколози и акушерки.

Целта на нашето проучване е да определим до колко акушерските компетентности, които са определени в Наредба №1 от 08.02.2011 година присъстват в акушерските грижи в пуерпериума.

Използван е документален метод като са разгледани различни литературни източници, анализиращи проблема. Наблюдение от части на експериментална програма, проведена с родили жени за продължаващи акушерски грижи след раждане.

Ключови думи: пуерпериум, акушерска грижа, компетентност

Abstract: The concept of competence (lat. *competents* – "capable") is defined as a dynamic set of knowledge, skills, attitudes and relations that are acquired in the learning process. The academically prepared midwife has knowledge, skills and competencies adequate to European requirements, she is a leading professional in providing effective prenatal and postnatal care.

In the maternity wards of our hospitals, the midwife has the duty to care for the recovery of the mother and the newborn, to observe, explain and encourage all attempts at independence of the young mother. After the woman is discharged from the medical facility, obstetric care for women after childbirth in Bulgaria is passive in nature.

In recent years, a number of publications have commented on the imperfections of the current organization of obstetric care after childbirth in our country due to the missing regulation on the mandatory participation of a midwife in providing care in the puerperium.

Different models of maternity care, care for the health and well-being of pregnant women and newborns, care during pregnancy, birth and post-natal care have been developed worldwide, each with

their own distinctive characteristics based on local, cultural or social traditions and knowledge. Usually the obstetrician-gynecologist is the leading medical specialist, but in some models the midwife is the leading one. This responsibility may also be shared between obstetricians and midwives.

The purpose of our study is to determine to what extent the midwifery competencies defined in Ordinance No. 1 of 08.02.2011 are present in midwifery care in the puerperium.

A documentary method was used, as various literary sources analyzing the problem were examined. Observation of parts of an experimental program conducted with parturient women for continuing obstetric care after childbirth.

Key words: *puerperium, midwifery care, competence*

Обсъждане

През 2020 – 2021 г. се проведе експериментална програма със 100 родили жени от град Варна, които след изписване от лечебното заведение имаха възможност да ползват домашни акушерски грижи в периода на пuerperium (42 дни след раждане). Грижите, които са прилагани на майката и детето са индивидуални и с различна повторяемост, според необходимостта. Честотата на консултиране се движи при 52% от жените 2 домашни визити за посочения период. Другите 24% от наблюдаваните жени пожелаха от 3 до 6 домашни посещения, а останалите 24% имаха необходимост само от една визита. Грижата за майчинството включва здравни грижи, предоставяни на жените по време на бременност, раждане и следродилния период; подобрява здравето на майката и новороденото; гарантира достойнство и уважение при бременност и раждане.

През последните десетилетия, редица автори в нашата страна, представят и развиват концепции и теоретични модели на акушерските грижи. Тези модели се различават по своята философия и методология, но взаимоотношенията на акушерките с жените и автономната акушерска дейност са общи и водещи в редица от тях.

Периодът след раждане се характеризира с интензивни процеси на морфофункционално реструктуриране на различни системи в организма на жената. Най-силно изразени са процесите в ендокринната и репродуктивната системи. Следродилната грижа е продължение на грижите, които жената е получила по време на бременността, раждането и отчита индивидуалните ѝ нужди и предпочитания. Периодът след раждането, независимо от паритета е период на опознаване, на адаптация едн към друг на майката и новороденото.

През 2022 година Световната здравна организация (СЗО) публикува за първи път глобални насоки за подкрепа на жени и новородени по време на следродилния период - първите шест седмици след раждането. Това е критичен период от време за живота на новороденото и майката, за правилното развитие на детето и за възстановяването на психическото и физическо здраве и благополучие на майката.

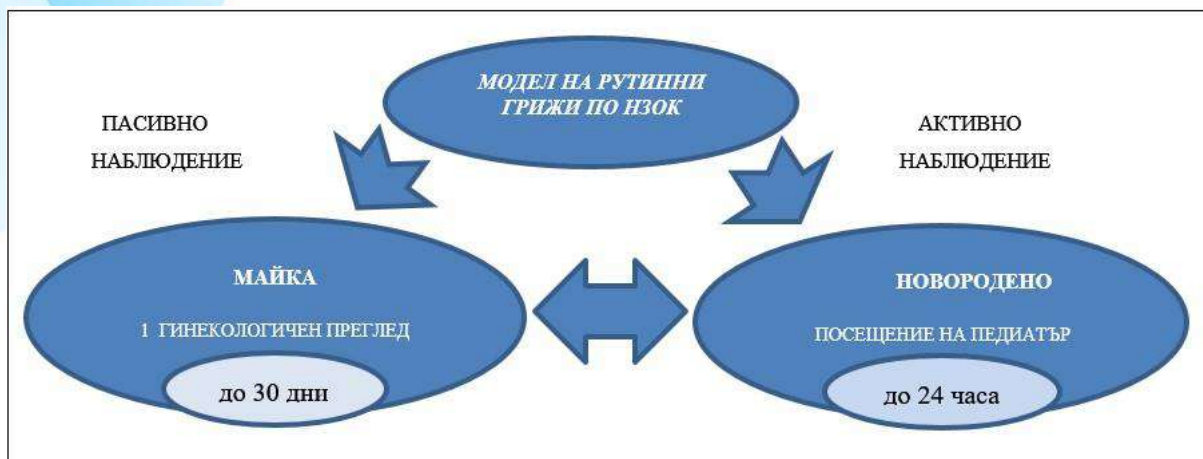
В Наредба № 1 от 8 февруари 2011 г. (за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват

по назначение или самостоятелно (*Издадена от министъра на здравеопазването*), в чл. 5. (1) професионалните дейности, които акушерката може да извършва самостоятелно, в т. 3. (медицински и здравни грижи) са изброени някои от компетентностите, които акушерките са придобили за оказване на грижи в периода на пуерпериум (*фиг. 1*).



Фиг. 1. Акушерски компетентности за оказване на грижи в периода на пуерпериум според Наредба № 1 от 08.02.2011 г.

Анализът на дейностите от споменатата Наредба №1 и квалификационната характеристика на специалност „Акушерка“ сочат сериозен дисбаланс между акушерските компетентности при нормален и патологичен пуерпериум и организацията на осъществяването им след изписването на родилата жена в дома. Например, грижи за майката от изписването от лечебното заведение до 45-ия ден след раждането на практика се осъществяват пасивно – т.е. ако жената потърси медицинска помощ при възникнал проблем (*фиг. 2*).



Фиг. 2. Действащ модел на грижи по НЗОК

При физиологично протичане на пуерпериума в различните органи и системи се проявяват типични промени. Освен заболявания от инфекциозен произход в послеродовия период се наблюдават и заболявания с неинфекциозен характер, които засягат матката и други органи. Диагностицирането им трябва да става своевременно и отстраняването им колкото може по-бързо, поради опасност от усложнения. Това обуславя необходимостта от ежедневна връзка с рогилката през първите седмици от изписването ѝ от рогилно отделение.

Много често отклоненията от нормалния ход на послеродовия период са фебрилните състояния на рогилката, свързани с генитални инфекции. Септичните генитални послеродови инфекции трябва да се разглеждат като процес, в динамика на чието развитие няма рязка граница между отделните клинични форми и едно заболяване може да премине в друго. Задължение на акушерката при престоя на рогилата жена в рогилно отделение е ежедневно да проследява инволюцията на матката. Този процес е продължителен (до 14 дни), а акушерското му проследяване прекъсва с края на хоспитализацията на рогилата жена (към 4 – 5 ден след раждане).

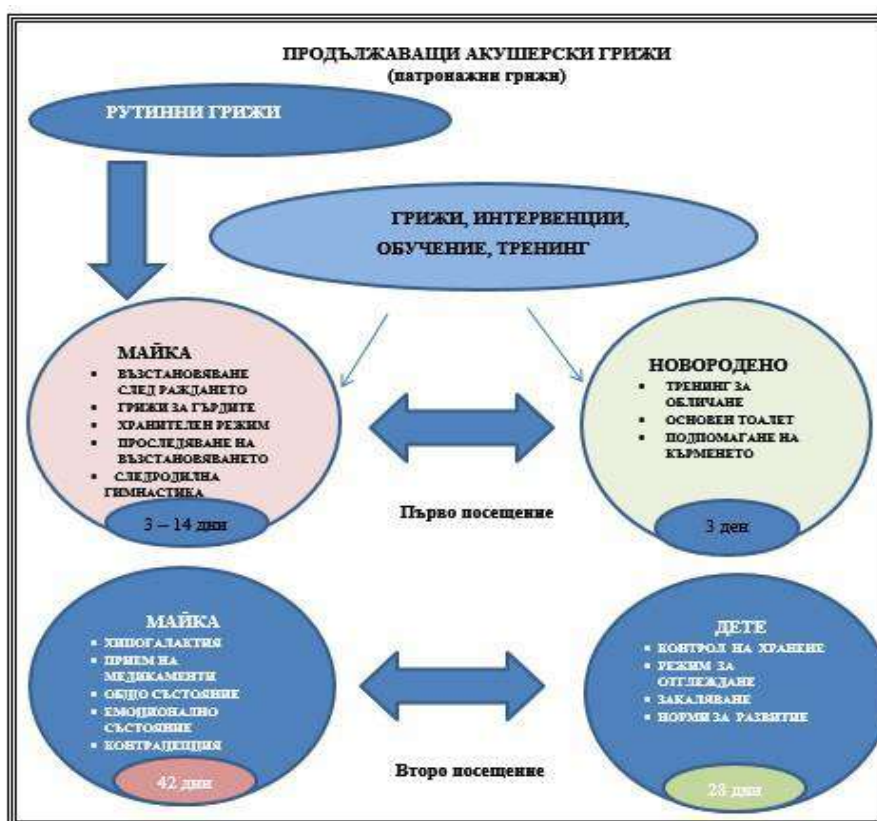
Достъп до медицински грижи за майката се осигурява чрез посещение в рогилното лечебно заведение (в рамките на регламентирани контролни прегледа, описани в епикризата при изписването) или в лекарски кабинет. Участие на акушерка в осъществяването на тези прегледи и последващо лечение не е регламентирано.

Новост в организацията на продължаващите грижи за жени след раждане е Наредба № 9 от 10.12.2019 година, издадена от Министъра на здравеопазването, за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК – здравни грижи, осъществени в дома от медицински сестри, акушерки или лекарски асистенти. Отнася се за новородени до 14 дни след изписване от

лечебното заведение. Към момента тази дейност не покрива нуждите на жените след раждане поради недофинансиране.

Множество проучвания сочат, че консултирането с медицински специалист в дома, независимо от начина на извършване (патронаж, по телефон и др.) подобрява нивото на здравните грижи в пuerпериума и способства за намаляване на развитието на пuerперални усложнения.

Паралелно с грижите за майката акушерката осъществява грижи за детето. В компетентностите на акушерката е заложено обучението на младата майка да полага грижи за детето си. Обслужването на новороденото в болнично отделение се различава от това в дома. По време на престоя в родилно отделение майките наблюдават специалните грижи за децата си и биват обучавани, но едва когато се наложи да се грижат за детето в дома възникват въпроси и затруднения. Необходимо е създаване на умения у младата майка/ семейство за грижи, свързани с новороденото като правилен захват на детето при полагане на грижи, основен и локален тоалет, дезинфекция на пъпния остатък, грижа за кожата и кожните гънки, омазняване, избор на козметика за новороденото, температура на стаята по време на къпане и сън, пози при кърмене, даване на съвети за повишаване на количеството кърма, създаване на умения у жените за самонаблюдение и преценка на ефективността на кърменето (фиг.3).

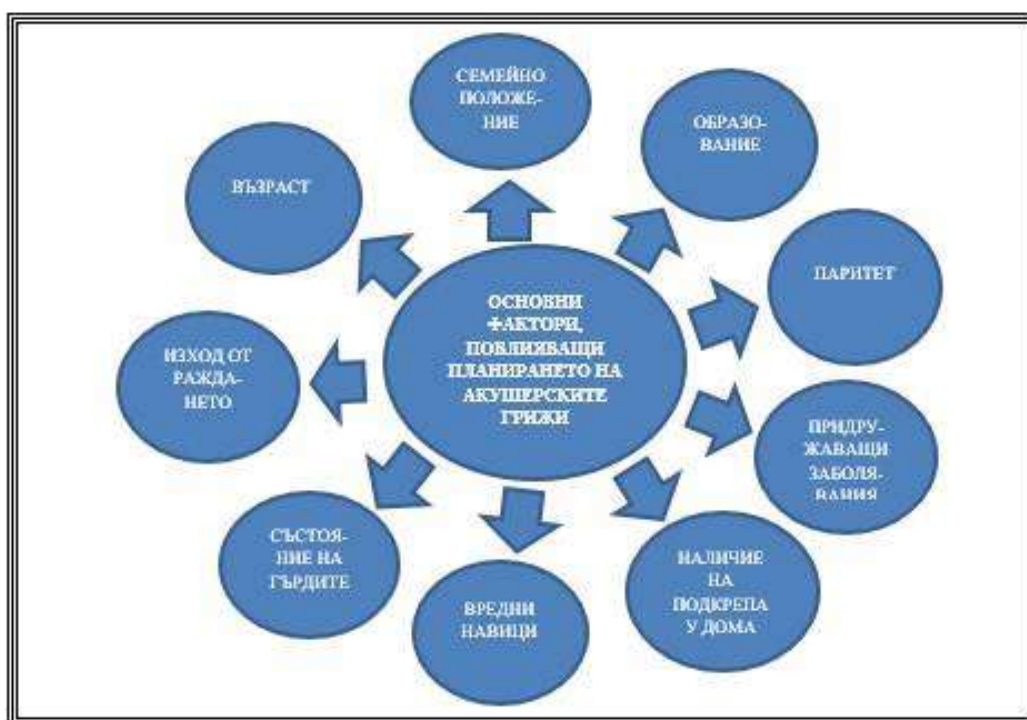


Фиг. 3 Модел на продължаващи акушерски грижи

Домашно посещение на акушерка е необходимо относно организацията на домашната среда за отглеждане на новороденото, като подобрява взаимодействието между майката и детето.

Друг момент на разминаване в очакваните от жената грижи и предоставени от акушерката грижи са свързани с кърменето. Престоя в лечебното заведение на майката и детето е сравнително кратък за да получи правилна подкрепа за кърмене и успешно да кърми в дома. При нормално развиващ се пуерпериум същинската кърма слиза към 3-4 ден, когато жената обикновено се изписва от лечебното заведение. Появата на придружаващи болки в гърдите, фибрилитет, дискомфорт след раждането и липсата на адекватна помощ у дома, особено при първо дете, много често стават причина майката да се откаже да кърми детето си или хрененето на детето да премине от естествено в смесено. При прилагане на продължителни акушерски грижи след раждане се установи, че 74% от новородените при изписване са на естествено хранене и само 10% от тях в последствие са преминали на смесено хранене.

Необходимостта от подкрепа след раждането до голяма степен се определя от начина на раждането и паритета на жените и групи фактори. Състоянието на всяка рогила жена към момента на изписване от родилно отделение е различно. Това налага индивидуален подход към планирането на акушерски грижи за всяка жена. Проучвайки опыта в много страни за полагане на акушерски грижи след раждане, установихме, че в техните практики са включени екипи от различни специалисти, които са в подкрепа при нужда на младото семейство (фиг. 4).



Фиг. 4. Основни фактори, повлияващи планирането на акушерски грижи

Емоционалната стабилност на майката е ключов фактор както за нейното възстановяване, така и за успешното ѝ реализиране в новата роля на майка. Емоционалното състояние на майката след

изписването от родилно отделение зависи от множество ендогенни и екзогенни фактори, трудно се измерва, няма ясни граници, което налага прилагането на активни акушерски грижи за идентифициране на факторите, които могат да бъдат отстранени или при които е възможно минимизиране на въздействието. От анализа на данните от приложените продължаващи акушерски грижи се установи, че преди изписване от родилно отделение голяма част от първораждащите пациентки нямат реална представа за протичането на възстановителния период и са сравнително спокойни за него. Това наложи по-чести консултации след първата седмица в дома, след като се срещнат с някои от проблемите и си дават сметка за иска, свързан с тях.

Резултатите от експерименталната програма показаха необходимостта от създаване на условия за осъществяване на активни акушерски грижи след раждането и регламентирането на акушерските патронажни грижи би било крачка към повишаване на качеството и удовлетвореността както на пациентите, така и на акушерките. Налице са данни за нагласи и готовност на акушерките да осъществяват продължителни акушерски грижи в дома. В този смисъл акушерските грижи след раждане у нас са недостатъчно използван ресурс за удовлетворяване на потребностите от здравни грижи в пуерпериума.

Изводи: Получените резултати дават основание да бъдат направени следните изводи:

1. Домашните посещения подобряват взаимодействието между майката и бебето и намаляват тежестта на следродилната депресия, свързани са с по-голяма продължителност на кърменето и удовлетвореност на майките.

2. Несъвършенствата на сегашната организация на постнаталните грижи принуждава част от пациентите да се справят според наличните възможности в дома.

3. Установен е дисбаланс между компетенциите на акушерката при наблюдение на жени с нормален и патологичен пуерпериум, утвърдени от Наредба №1/2011 и законовия регламент за извършване на акушерски дейности и грижи в този период.

4. Регламентирането на консултативната, профилактична, промотивна и превантивна дейност на акушерката ще подобри качеството на живот на жените след раждането.

Източници:

1. Димитрова, Д., Наръчник на патронажната акушерка, София, Актив Комерс, 2021.
2. Наредба № 1 за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно, обн. ДВ. бр.15/8.02. 2011 г., изм. ДВ. бр.50/1.07.2011.
3. Наредба № 9 от 10 декември 2019 г. За определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на националната здравноосигурителна каса, <https://lex.bg/en/laws/ldoc/2137198316>

4. Програма „Майчино здравеопазване“, отм. ДВ. бр.29 от 31.03.2003г.
5. International Confederation of Midwives Global Standards for Midwifery Education Amended 2013, www.internationalmidwives.org
6. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. Lancet 2014, 384:1129-1145.
7. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

Contacts:

Rumyana Laleva

Medical University – Varna

E-mail: Rumyana.Laleva@mu-varna.bg