СБОРНИК ДОКЛАДИ ОТ ЮБИЛЕЙНА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ „ОБРАЗОВАНИЕ, НАУКА И ИНОВАЦИИ В ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ“

30.11-01.12.2017

Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца

Медицински университет – София **Централна медицинска библиотека**

СБОРНИК ДОКЛАДИ
ОТ
ЮБИЛЕЙНА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ
С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ

„ОБРАЗОВАНИЕ, НАУКА И ИНОВАЦИИ В ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ“

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ



ЦЕНТРАЛНА МЕДИЦИНСКА БИБЛИОТЕКА

2017

КОНФЕРЕНЦИЯТА СЕ ПРОВЕЖДА ПОД ПАТРОНАЖА НА РЕКТОРА НА МЕДИЦИНСКИЯ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ – ПРОФ. ВИКТОР ЗЛАТКОВ

ПОСВЕЩАВА СЕ НА 100-ГОДИШНИНАТА ОТ СЪЗДАВАНЕТО НА МЕДИЦИНСКИЯ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ

ОРГАНИЗАТОР: ФИЛИАЛ „ПРОФ. Д-Р ИВАН МИТЕВ“ – ВРАЦА, МЕДИЦИНСКИЯ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ

Конференцията ще се състои в сградата на филиал "Проф. д-р Иван Митев" – Враца 30.11-01.12.2017

СБОРНИК ДОКЛАДИ ОТ ЮБИЛЕЙНА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ: „ОБРАЗОВАНИЕ, НАУКА И ИНОВАЦИИ В ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ“, ВРАЦА, 2017

ISBN 978-954-9318-89-0

Стилова редакция *Св. Цветанова*
Корекции *И. Митева и Св. Цветанова*
Редакция на англ. резюмета *В. Колев*
Страниране *О. Маркова*

Печатни коли 16.75, формат 60 x 90/8

Медицински университет – София
Централна медицинска библиотека

1431 София, ул. "Св. Г. Софийски" № 1

СЪДЪРЖАНИЕ

P. Georgiev, J. Y. Al-Hashel, H. M. Rashad, D. Youssry, A. J. Khuraibet, W. Kamel, A. Kilany, M. O. Bouhamad, R. T. Rousseff, D. Pavlova, P. Dobrilova, B. Sadarzanska-Terzieva, K. Stefanova. Peripheral nerve complications after bariatric surgery 5

Ив. Сербезова и Цв. Христова. Методът case study в дидактическата концепция за формиране на компетенции у бъдещите акушерки 12

Е. Радев, И. Грозданов и В. Писев. Превантивни мерки срещу агресивността и насилието в детска възраст 17

П. Аспарухова, Г. Янкова, Е. Владимирова и Л. Иванова. Същност и значение на концепцията за промоция на здравето 21

Н. Симеонова и Г. Георгиева. Рискови фактори при хроничен лимфедем 24

М. Москова, Р. Горанова-Спасова и Н. Костова-Камбурова. Проучване на постиженията по ортодонтия на студенти от специалност „Зъботехник“ на Медицинския колеж „Йорданка Филаретова“, МУ – София 28

Р. Горанова-Спасова, Н. Градинарова и Е. Радев. Етични аспекти на мобилните приложения за здраве (mHEALTH) 33

Г. Георгиева и Н. Симеонова. Качеството на живот при слухова загуба 38

Г. Янкова, П. Добрилова, П. Аспарухова, Е. Владимирова и Е. Янкулова. Процесът в сестринските грижи – произход и еволюция 42

М. Желязкова, П. Джеджева и И. Димитров. Проучване мнението на родители на деца със захарен диабет относно потребността от обучение за полагане на адекватни грижи 48

И. Колева и Б. Йошинов. Съвременни аспекти на ерготерапията 53

Д. Петрова и Д. Димитрова. Домашно посещение след раждане – опитът на Училище за родители – Варна 58

Ж. Маргосян, М. Желязкова и И. Димитров. Удовлетвореността на пациентите от здравните грижи в болничното отделение – критерий за качество 62

П. Добрилова, К. Стефанова и Г. Янкова. Превенция на усложненията при деца на инсулинолечение 66

И. Колева и Ж. Геренова. Въвеждане на тестове в процеса на оценяване на студентите по специалности „Медицинска козметика“ и „Медицинска рехабилитация и балнеология“ (ОКС магистър) 70

М. Борисова, К. Стефанова и Ц. Джиганска. Здравна култура сред мъже с доброкачествена простатна хиперплазия 78

Е. Янкулова, Г. Янкова и И. Грозданов. Проблеми и перцепции за болестта при пациенти с хронични заболявания и техники за саморегулация на поведението при боледуване 82

К. Стефанова и П. Добрилова. Социална идентичност на рисковото здравно поведение при децата – промени и перспективи в съвременната социална екология 87

Л. Маринов и П. Добрилова. Проучване на рисковите фактори при пациенти с артериална хипертония 91

Т. Христова и Кр. Георгиева. Стресът – водещ рисков фактор за развитие на синдром на лесно дразнимото черво в млада възраст 95

М. Лаловска. Информираност и здравна култура на пациентите с болестта на Крон 99

Ц. Джиганска, П. Добрилова, М. Борисова и К. Стефанова. Психологични и социални проблеми при жени с рак на маточната шийка 103

Е. Владимирова, Г. Янкова и П. Аспарухова. Социални аспекти на качеството на живот на пациентите с диабет и участието на медицинската сестра 108

К. Стефанова, М. Борисова, Г. Янкова и Цв. Джиганска. Здравно-образователна програма за превенция на затлъстяването в детска възраст 114

Е. Владимирова, П. Добрилова и И. Грозданов. Популяризиране на здравословното хранене при деца със затлъстяване на възраст от 14 до 18 години в СОУ „Васил Кънчов” – Враца 118

В. Стоянова. Влияние на конфликтите на работното място върху здравето на професионалистите по здравни грижи 123

Н. Градинарова, Е. Радев и В. Жекова. Етичните комисии и ползата от тяхното съществуване за медицинските специалисти 130

CONTENTS

P. Georgiev, J. Y. Al-Hashel, H. M. Rashad, D. Youssry, A. J. Khuraibet, W. Kamel, A. Kilany, M. O. Bouhamad, R. T. Rousseff, D. Pavlova, P. Dobrilova, B. Sadarzanska-Terzieva, K. Stefanova. Peripheral nerve complications after bariatric surgery 5
Iv. Serbezova and Ts. Hristova. The case study method within the didactic concept of competence building for aspiring midwives 12
E. Radev, I. Grozdanov and V. Pisev. Preventive measures against aggressiveness and violence in childhood 17
P. Asparuhova, G. Yankova, E. Vladimirova and L. Ivanova. Nature and importance of the concept of promotion of health 21
N. Simeonova and G. Georgieva. Risk factors for chronic lymphedema 24
M. Moskova, R. Goranova-Spasova and N. Kostova-Kamburova. Research of the achievements in orthodontics of students in the specialty "Dental technician" from the Medical College "Yordanka Filaretova", Medical University – Sofia 28
R. Goranova-Spasova, N. Gradinarova and E. Radev Ethical aspects of mobile health applications (mHEALTH) 33
G. Georgieva And N. Simeonova. Quality of life in hearing loss 38
G. Yankova, P. Dobrilova, P. Asparuhova, E. Vladimirova and E. Yankulova. Nursing process – genesis and evolution 42
M. Zhelyazkova, P. Dzhedzheva and I. Dimitrov. A study of the opinion of parents of children with diabetes mellitus on the need of education for provision of adequate care 48
I. Koleva and B. Yoshinov. Contemporaneous aspects of ergotherapy 53
D. Petrova and D. Dimitrova. Home visit after birth – the experience of the Varna School for Parents 58
Zh. Margosyan, M. Zhelyazkova and I. Dimitrov. Satisfaction of patients from health care at the hospital department – a quality criterion 62
P. Dobrilova, K. Stefanova and G. Yankova. Prevention of the complications in children at insulin therapy 66
I. Koleva and J. Gerenova. Introdution of tests in the evaluation process of professional competencies of students in the specialties „Medical cosmetics“ and „Medical rehabilitation and balneology“ (master’s degree) 70
M. Borissova, K. Stefanova and Ts. Dzhiganska. Health culture among men with benign prostatic hyperplasia 78
E. Yankulova, G. Yankova and Ivan Grozdanov. Problems and perceptions of the disease in patients with chronic illnesses and techniques of self-regulation of the behavior of illness 82
K. Stefanova and P. Dobrilova. The social identity of risky health behavior in children – changes and perspectives in modern social ecology 87
L. Marinov and P. Dobrilova. A study of risk factors in patients with arterial hypertonia 91
T. Hristova and Kr. Georgieva. Stress – a leading risk factor for IBS development at a young age 95
M. Lalovska. The awareness and health culture of patients with the Crohn's disease 99
Tz. Dzhiganska, P. Dobrilova, M. Borisova and K. Stefanova. The psychological and social problems of women with uterine cervical cancer 103
E. Vladimirova, G. Yankova and P. Asparuhova. Social aspects of quality of life in diabetic patients and the nurse involvement 108
K. Stefanova, M. Borissova, G. Yankova and Tsv. Dzhiganska. Health-educational program for prevention of obesity in the childhood 114
E. Vladimirova, P. Dobrilova and I. Grozdanov. Popularization of healthy diet in children with obesity at the age between 14 and 18 years in the „Vasil Kanchov“ secondary school Vratsa 118
V. Stoyanova. Impact of workplace conflicts on the health of professionalists in healthcare 123
N. Gradinarova, E. Radev and V. Zhekova. Ethics committees and the benefit of their existence for healthcare professionals 130

PERIPHERAL NERVE COMPLICATIONS AFTER BARIATRIC SURGERY
УСЛОЖНЕНИЯ В ПЕРИФЕРНАТА НЕРВНА СИСТЕМА СЛЕД БАРИАТРИЧНА ХИРУРГИЯ

Georgiev P.[1]*, J. Y. Al-Hashel[2,3], H. M. Rashad[2,4], D. Youssry[2,5], A. J. Khuraibet[2], W. Kamel[2,6], A. Kilany[2,7], M. O. Bouhamad[3], R. T. Rousseff[2], D. Pavlova[8], P. Dobrilova[9], B. Sadarzanska-Terzieva[10], K. Stefanova[9]

[1]Department of Neurophysiology, Western General Hospital – Edinburgh, UK
[2]Neurology Department, Ibn Sina Hospital – Kuwait
[3]Kuwait University Health Sciences Center – Kuwait
[4]Clinical Neurophysiology Department, Kasr El Aini Hospital, Faculty of Medicine, Cairo University – Egypt
[5]Neurology Department, Cairo University – Egypt
[6]Department of Neurology, Faculty of Medicine, Beni-Suef University – Egypt
[7]National Research Centre, Children with Special Needs – Egypt
[8]Clinic of Gastroenterology, UMHAT "Dr Georgi Stranski" – Pleven, Bulgaria
[9]Subsidiary "Prof. Dr. Ivan Mitev" to Vratsa, Medical University – Sofia, Bulgaria
[10]Department of Neurology, MHAT – Pleven, Bulgaria

Abstract. Objective: To analyse the clinical presentation, electrodiagnostic features and possible risk factors of peripheral nerve complications following bariatric surgery. **Materials and Methods**: This is a prospective observational study of post-bariatric surgery patients presenting over 2 years at a tertiary referral centre with diagnosis of peripheral nerve disorder. We analysed the patterns and frequency of peripheral nerve involvement, correlations with operative techniques, perioperative complications, nutritional status, possible risk factors and functional impairment. Among 66 – cases, 21 presented with chronic distal symmetrical predominantly sensory neuropathy, 7 suffered from small fiber neuropathy, 2 – from acute axonal sensorymotor neuropathy and 1 – from lumbosacral plexopathy. In 18 patients we observed mononeuropathies (8 cases of carpal tunnel syndrome, 7 cases of peroneal compression at the knee, 2 ulnar neuropathies at the elbow and one – of meralgia paresthetica). Rapid weight loss and protracted postoperative vomiting tended to correlate with generalized neuropathies, while focal compression with loss of the protective subcutaneous tissue pad was associated with mononeuropathies. All patients suffered from deficiency of at least one micronutrient. Compliance with supplementary therapy was poor. Some post-bariatric neuropathies interfere severely with patients' functional status. Prevention by close follow-up, nutritional intervention and patient education to avoid habitual postures related with nerve compression is appropriate.

Key words: peripheral neuropathy, neuromuscular complications, bariatric surgery, weight loss

Corresponding Author: P. Georgiev, MD PhD DSc FRCPEd, Department of Neurophysiology, Western General Hospital Edinburgh, 1/1 West Park Place, Edinburgh, EH11 2DP, e-mail: tzvetanovplamen@hotmail.com

Introduction

Obesity has reached epidemic proportions in recent decades, becoming a major global health problem through its negative impact on morbidity, mortality, quality of life, and related healthcare costs [1]. Its prevalence in the Arabian Gulf countries is very high; Kuwait is reportedly the fourth "fattest" country in the world with prevalence rates of obesity up to 45.3% [2].

Bariatric surgery (BS) has proven effective for sustained weight loss and superior to non-surgical obesity treatments [3]. It reduces food intake, alters the route of food absorption and modulates metabolism [4]. The

number of bariatric procedures has soared over the last decades; in Kuwait, 6682 bariatric surgeries were performed in 2012, which is the highest number as percentage of the population in the world [5].

BS procedures have been perfected and are associated with low morbidity and mortality [6]. Still BS is not free from complications caused by malnutrition, micronutrient deficiencies, and loss of the protective fat tissue pad [7, 8]. The nervous system may also suffer at any level, including its peripheral division [8, 9, 10]. These peripheral nerve complications of BS have been the object of a number of reports [review in 8, 11]. Most of them are single case reports or small case series, with several larger systematic studies only; besides, some of them date from decades ago, when the operative techniques and the standards of care have been different. Peripheral neuropathies after BS present in several clinical patterns [9, 10]. Chronic distal symmetric predominantly sensory neuropathy is considered a subtype of nutritional neuropathy (Neur Clin 2013). Acute severe axonal sensory neuropathy, resembling Guillain-Barre syndrome, is mostly an early complication related to thiamine deficiency and often combined with Wernicke's encephalopathy [10]. Isolated small fiber neuropathy has been reported, but seems less well studied [8]. After BS patients may also develop mononeuropathies; compressive aetiology is evident in at least some of them [7]. Lumbosacral or cervical radiculoplexopathy is reported after BS, but the causal relationship remains elusive [9].

The aim of our study was to analyse peripheral neuropathies complicating BS in a cohort of Kuwaiti patients operated in the last 5 years and to compare cases of generalized polyneuropathies with cases of mononeuropathies regarding demographic data, operation techniques, pattern of wright loss, nutritional deficiencies and other possible risk factors. Our hypothesis was that patients with generalized neuropathies would exhibit significantly more features and risk factors of malnutrition/micronutrient deficiencies.

Subjects and methods

This prospective descriptive study enrolled patients from among all 91 post-bariatric surgery patients, referred with clinical diagnosis of peripheral nerve disorder to a tertiary care Neurophysiology Unit between January 2014 and January 2016. Excluded were: patients with a history predating their surgery (n = 6); patients referred for generalized neuropathy, presenting with another well-documented cause of peripheral neuropathy (diabetes, alcoholism) (n = 4); persons without clinical and electrodiagnostic data of peripheral nerve disease (n = 10); and persons declining from the study (n = 5). The remaining 66 patients gave informed consent for the study that was approved by the institutional ethics committee. In all of them we obtained the demographic data; directed history (including procedure type, amount and rate of weight loss, gastrointestinal disturbances after surgery, long-term postoperative medical care, compliance with nutritional supplement intake, and specific complaints related to peripheral nerve involvement). We performed detailed neurological examination, comprehensive motor and sensory nerve conduction study (NCS), sympathetic skin responses, and measured serum levels of thiamine, vitamin B12, folate, vitamin D, and copper. The functional status of the patients was assessed using the modified Rankin Scale for Neurologic Disabilities [13]. While this instrument is not designed specifically for use in peripheral nerve pathology, it provides an excellent tool for overall disability and we considered it best for our non-homogeneous patient cohort. Ability to carry out activities of daily living was evaluated according to the modified Rankin scale as follows: 0, normal; 1, non-disabling symptoms not interfering with lifestyle; 2, minor disability from symptoms leading to some restrictions of lifestyle but not interfering with patients' capacity to look after themselves; 3, moderate disability from symptoms that significantly interfered with lifestyle or prevented fully independent existence; 4, moderately severe disability from symptoms that clearly precluded independent existence, although patients did not need constant attention day and night; 5, severe disability involving total dependence, including constant care day and night. In generalized neuropathy quantitative assessment was completed using the modified Toronto Neuropathy Scale (mTNS) [14].

NCS were performed by the same qualified technologists under the supervision of a clinical neurophysiology specialist according to standard techniques using surface stimulation and recording electrodes [13]. Median, ulnar, peroneal, tibial and sural nerves were routinely studied, with temperature maintained over 33°C in the hands and over 30°C at the malleoli. Where necessary, needle EMG was performed. The final diagnosis rested on the consensus between a neurologist and a clinical neurophysiologist among the authors after discussing the clinical, laboratory and electrodiagnostic findings in each case.

Statistical analysis was performed using Statgraphics© Online. Data normality was tested by Shapiro-Wilks test. Descriptive statistics, ANOVA for normally distributed quantitative data (age), Mann-Whitney U test for non-normally distributed continuous data (amount and rate of weight loss, time to onset of neuropathy), and Fisher exact probability test for non-parametric variables were used, at accepted level of significance $p < 0.05$.

Results

Twenty-nine patients (56.0%) were female and 22 (44.0%) male. Age ranged from 18-52 years (median age of 32 years). Weight loss ranged from 25-91 Kg (mean value 47.8 ± 17.2 Kg) over a period from 3 to 60 months (median period of 16 months). The onset of symptoms was between 3 and 52 months after BS (median interval of 20 months).

Our series includes 32 patients with generalised neuropathy, 18 patients with mononeuropathy and a single patient with from lumbosacral radiculoplexopathy. The nosological distribution, demographic profile and details on the pattern of weight loss is presented in Table 1. The majority of surgeries were laparoscopic gastric sleeve resection. Unfortunately in some patients the type of surgery couldn't be specified. Weight loss was more rapid in generalized neuropathy cases.

The majority of patients with generalized neuropathy presented with chronic distal symmetrical sensory-predominant neuropathy (23 cases). Sensory complaints (pain, paraesthesia) followed by objective sensory loss, areflexia and gradually progressive weakness were typical in this group, while weakness in the feet and legs as an initial symptom was reported only in 3 patients. At the time of diagnosis only

Table 1. Distribution of final diagnoses and their relation to demographic data and weight-loss characteristics

	Mononeuropathy n = 18 (36.0%)			**Polyneuropathy n = 32 (62.0%)**			
Presentation	**CTS (8), unilateral peroneal palsy (5) bilateral peroneal palsy (2), ulnar neuropathy at the elbow (2), meralgia paresthetica (1)**			**Chronic distal symmetrical sensory-motor neuropathy (23) Acute axonal sm neuropathy (2) Small fiber neuropathy (7)**			
Coninuous data							P*
Age (years)	Mean	SD	Range	Mean	SD	Range	0.68
	33.0	9.5	22-50	31.9	8.8	19-52	
Amount of weight loss (kg)	Mean	SD	Range	Mean	SD	Range	0.70
	48.2	16.3	25-91	50.2	18.1	25-9?	
Time to maximal weight loss (months)	Mean	SD	Range	Mean	SD	Range	0.04
	21.2	16.5	6-60	13.4	9.1	4-36	
Time to disease onset (months)	Mean	SD	Range	Mean	SD	Range	0.49
	25.8	20.1	3-52	22.2	15.6	3-52	
Non-parametric data							
Gender, female	n	Yes	Percent	n	Yes	Percent	1.0
	18	10	55.5%	31	18	58.1%	
Surgery type	n	Yes	Percent	n	Yes	Percent	0.9
Gastroplasty	18	9	33.3%	31	16	54.6%	
Gastric bypass	18	5	44.4%	31	9	29.0%	
Not known	18	4	22.3%	31	6	19.4%	
Postoperative complications	n	Yes	Percent	n	Yes	Percent	0.6
	18	2	11.1%	31	5	19.4%	
Protracted vomiting	n	Yes	Percent	n	Yes	Percent	0.2
	18	3	16.5%	31	10	32.2%	

*ANOVA with post-hoc Tukey test for continuous variables; Fisher contingency tables for non-parametric variables. Significant p-values are bolded.
The single patient with lumbosacral radiculoplexus neuropathy is not included in the statistical analysis

7 patients had significant weakness in the lower leg and 7 had preserved reflexes. Only 3 patients had sensory symptoms in the arms. Electrodiagnostic assessment confirmed distal axonal neuropathy in all patients. Measured by the mTNS, that was severe in 6, moderate in 9 and mild in 7.

In 7 patients we observed isolated small fiber neuropathy (“burning feet syndrome”) without objective findings on clinical examination and routine NCS; in 6 of them the sympathetic skin responses were absent.

Two cases of acute sensory-motor neuropathy resembling Guillain-Barre syndrome were seen. One of them affected a 40 year-old patient 4 months after gastric bypass, prominent vomiting, and drastic weight los of 93 kg and poor compliance with prescribed nutritional supplementation. He developed acute severe quadriparesis, numbness and painfull paresthesias in glove and stocking distribution. Neurophysiology was compatible with severe generalized axonal motor-sensory neuropathy. The patient recovered gradually and incompletely. The other case involved an 18 year-old woman 3 months after sleeve gastrectomy, weight loss of 28 kg, prominent vomiting lasing 3 weeks postoperatively, and reportedly good compliance with treatment. She developed ascending weakness of the legs, unsteadiness and ankle areflexia and was admitted to hospital with initial diagnosis of Guillain-Barre syndrome. Axonal, markedly distal sensory-motor neuropathy was confirmed. She made a complete recovery. Both patients were thiamine deficient and received thiamine replacement.

Among mononeuropathies, cases of carpal tunnel syndrome (CTS) had mostly insidious (5 patients) or subacute course (3 patients). Patients with ulnar neuropathy at the elbow presented subacutely. Cases of peroneal compression and meralgia paraesthetica presented with acute onset of the corresponding individual peripheral nerve syndrome.

The lumbosacral radiculoplexopathy patient had a typical unilateral presentation with acute onset of severe pain in the thigh and hip, sensory loss along the anterior aspect of the thigh and shin, wasting in the thigh muscles, lost patellar reflex and widespread denervation on needle EMG study.

The nutritional status of the patients was unsatisfactory. By history, only 12 patients or 25% were compliant with nutritional supplement intake, while 24 (47.9%) took it rarely and another 25% neglected treatment at all. Vitamin D deficiency was present in 40 patients (80.3%), thiamine deficiency in 24 (50.1%), Vitamin B12 deficiency – in 17 (35.5%), and Folate deficiency – in 12 (25%). Copper level was normal in all screened patients.

The distribution of patients by diagnoses compared with nutritional status is presented in Table 2. No significant difference between polyneuropathy and mononeuropathy patients regarding their nutritional deficit or compliance with treatment could be established.

Table 2. Nutritional status and compliance with treatment among patients

	Mononeuropathy			**Polyneuropathy**			**p**
Thiamine Deficient vs non deficient (n)	7 vs 11			17 vs 12			0.24*
Vitamin B12 Deficient vs non deficient (n)	5 vs 13			12 vs 17			0.53*
Folate Deficient vs non deficient (n)	3 vs 15			9 vs 20			0.23*
Vitamin D Deficient vs non deficient	4 vs 14			26 vs 29			0.27*
Compliance with treatment	n	Yes	Percent	n	yes	Percent	
Compliant	18	6	33.3%	29	6	20.7%	0.62*
Poorly compliant	18	9	50.0%	29	14	48.3%	
Non-compliant	18	3	16.7%	29	9	31.0%	

*Fisher exact probability test for 2 x 2 and 2 x 3 contingency tables

Table 3. Functional impairment of patients with different peripheral nerve complications

Mononeuropathy	Modified Rankin Scale			
	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4
Carpal tunnel syndrome	4	4		
Bilateral Peroneal Palsy			2	
Unilateral Peroneal Palsy		2	3	
Ulnar neuropathy at the elbow	1	1		
Meralgia paresthetica	1			
Polyneuropathy				
Distal symmetrical sensorymotor polyneuropathy	8	10	3	
Acute severe axonal neuropathy				1
Small fiber neuropathy	1	3	3	
Lumbosacral radiculoplexus neuropathy			1	

Number of patients distributed by score. There were no patients with score 0,5 and 6

The impact of peripheral nerve complications on functional status of our patients is summarized in Table 3.

While some of the complications in our patients are apparently mild, a significant number were disabling either through weakness (advanced generalized neuropathy; bilateral footdrop; severe unilateral footdrop) or through neuropathic pain syndrome (small fiber neuropathy, cases of severe sensory neuropathy, cases of carpal tunnel syndrome). The inability to drive safely or to drive at all was a major factor for higher disability, as driving independently is the major means of transportation in Kuwait.

Discussion

We observed various patterns of peripheral nerve complications following BS in our cohort. Micro-nutrient deficiencies and non-compliance with treatment were quite frequent in our patients. However nutritional deficiencies after BS seem not the only preventable factor leading to peripheral neuropathies.

We recognize a number of weaknesses in our study. It is retrospective and not controlled, so that conclusions regarding the risk factors or possible correlates of the peripheral nerve disorders observed are less reliable or impossible. Also, some selection or referral bias is inevitable in the process of recruiting a relatively small convenience cohort.

Nevertheless, we believe our observations make positive contribution to the knowledge on different post-bariatric peripheral nerve complications that may be better discussed separately.

Generalized neuropathy was observed in 29 of our patients, 21 of who developed chronic distal symmetrical polyneuropathy. It was purely sensory or sensory-predominant but tended to progress and involve the motor function. Our findings coincide with previous descriptions of this most common post-bariatric distal chronic neuropathy [10, 11, 14, 15]. Acute severe axonal radiculoneuropathies or neuropathies with prominent weakness have also been reported [14, 16, 17]. We encountered a single patient with acute axonal severe sensory motor neuropathy. Such cases may represent either an early [17] or a late [18] complication of BS, often combined with Wernicke's encephalopathy [19]. As these severe generalized neuropathies seem mostly due to thiamine deficiency resulting from malabsorption and postoperative vomiting [14, 20], postoperative care for patients with refractory vomiting should be very close, with adequate thiamine replacement.

Small fiber painful presentation ("burning feet" that in some patients evolved into distal neuropathic pain syndrome in all extremities) was seen in 7 cases. Small fiber neuropathy seems relatively frequent in our series, but others authors have also turned attention to this variety, that may be responsive to thiamine [14, 21, 22]. Early pain control is also necessary to prevent development of chronic neuropathic pain.

Patients with various isolated mononeuropathies have been described after BS [10, 11, 14]. Some lesions were directly related to compression or stretch during surgery [23], a pattern which we did not observe.

CTS was the most frequent mononeuropathy in a large controlled cohort study [11] and also in our patients (8 out of 18). The causal relation between weight loss and CTS is difficult to understand; obesity is in fact a risk factor for CTS, so mechanical rather than metabolic factors may be at play [11]. Peroneal and ulnar nerve involvement at predilection sites seems easier to explain after weight loss, as the reduction of protective subcutaneous fat together with increased nerve vulnerability in malnutrition result in easier de-

velopment of compression[20, 24, 25]. We observed 2 patients with bilateral peroneal palsy among 18 mononeuropathies, while literature reports on bilateral peroneal palsy after BS are few [26, 27]. Unilateral peroneal neuropathy was also frequent in our patients (5 out of 48 cases), while described in only 2 patients among 71 in a previous series [11]. This higher occurrence of peroneal palsy in our patients is likely due to cultural differences: in Asia, squatting or sitting “taylor” style with legs crossed is quite common, causing peroneal nerve compromise [28]. Peroneal palsy, especially bilateral, is disabling [29] while entirely preventable by avoiding the offending postures. The same considerations are valid in cases of ulnar nerve compression, of which we observed 2.

We observed a single case of meralgia paraesthetica while others have described this complication far more frequently [23], mostly as an early complication related to intraoperative trauma of the nerve.

A single case of lumbosacral plexopathy was observed; in other series this complication was more frequent [11]. This entity is presumably autoimmune or inflammatory and the direct relation to BS seems elusive [20].

Our data indicate that poor nutritional status and non-compliance with treatment in patients with post-bariatric neuropathy are quite frequent. The study is not controlled and doesn’t allow us to indicate particular factors, but this clustering of malnutrition among cases of peripheral complications is well-described and likely multifactorial (malabsorption, vomiting, rapid weight loss, poor compliance) [11, 14, 20]. We noted a tendency for polyneuropathy patients to have faster weight loss and protracted vomiting, although both didn’t reach statistical significance.

While some peripheral complications of BS are mild, others may be disabling and irreversible [16, 20]. Our brief assessment of patients’ functional status turns attention to such cases (severe sensory-motor neuropathy, footdrop or severe neuropathic pain in poly- or mononeuropathies) and underline the need for prevention through close perioperative care, regular follow-up, adequate supplementation, and educating the patients to avoid habitual postures causing nerve compression.

Conclusions

Peripheral nerve complications after BS may be classified into generalized neuropathies (chronic axonal distal symmetric sensory or sensorymotor neuropathy; acute polyradiculoneuropathy; small fiber neuropathy), mononeuropathies and radiculoplexus-neuropathy. These complications may overlap in the same person either by chance or by common causal factors. Data from different patient populations differ regarding the relative frequency of individual complications and their correlation with nutritional deficits, local compression and possible inflammatory factors. Prevention is possible and essential to avoid peripheral nerve complications of BS.

Declaration of Interest

The authors have no conflict of interest to declare. The authors alone are responsible for the content and writing of the paper.

No funding related to this study has been received by any of the Authors

References

1. Williams EP, Mesidor M, Winters K, Dubbert PM, Wyatt SB: Overweight and obesity: prevalence, consequences, and causes of a growing public health problem. Curr Obes Rep. 2015;4:363-70.
2. WHO Global Health Observatory data repository, http://apps.who.int/gho/data/node.main.A900A?lang=en Accessed online December 14, 2015.
3. Gloy VL, Briel M, Bhatt DL, Kashyap SR, Schauer PR, Mingrone G, Bucher HC, Nordmann AJ. Bariatric surgery versus non-surgical treatment for obesity: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2013, 22;347:f5934.
4. Corcelles R, Daigle CR, Schauer PR. Metabolic effects of bariatric surgery. Eur J Endocrinol. 2016;174(1):R19-28 Epub 2015 Sep 4.
5. Haskins O. Bariatrics in Kuwait: Dr Salman al-Sabah. http://www.bariatricnews.net/?q=news/111249/bariatrics-kuwait-dr-salman-al-sabah Accessed Dec 14, 2015.
6. Chang SH, Stoll CR, Song J, et al. The effectiveness and risks of bariatric surgery: an updated systematic review and meta-analysis, 2003-2012. JAMA Surg. 2014;149(3):275-87.
7. Koffman B, Greenfield J, Ali I, et al. Neurologic complications after surgery for obesity. Muscle Nerve 2006;33(2):166-76.
8. Berger JR, Singhal D. The neurologic complications of bariatric surgery. Handb Clin Neurol. 2014;120:587-94.
9. Bays HE, Laferrère B, Dixon J et al. Adiposopathy and Bariatric Surgery Working Group. Adiposopathy and bar-

iatric surgery: is 'sick fat' a surgical disease? Int J Clin Pract. 2009;63(9):1285-300.
10. Thaisetthawatkul P, Collazo-Clavell ML, SarrMG, et al. A controlled study of peripheral neuropathy after bariatric surgery. Neurology 2004;63(8):1462-70.
11. Thaisetthawatkul P, Collazo-Clavell ML, Sarr MG, Norell JE, Dyck PJ. Good nutritional control may prevent polyneuropathy after bariatric surgery. Muscle Nerve. 2010, 42(5):709-14.
12. van Swieten J, Koudstaal P, Visser M, et al. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. Stroke. 1988;19(5): 604-607.
13. Chapter 6. Assessment of individual nerves. In: Kimura J. Electrodiagnosis in diseases of nerve and muscle: principles and practice. 4th ed, Oxford University Press, NY, 2013, 99-138.
14. Abarbanel JM, Berginer VM, Osimani A, et al. Neurologic complications after gastric restriction surgery for morbid obesity. Neurology. 1987;37(2):196-200.
15. Juhasz-Pocsine K, Rudnicki SA, Archer RL, et al. Neurologic complications of gastric bypass surgery for morbid obesity. Neurology 2007;68(21):1842–1850
16. Chang CG, Adams-Huet B, Provost DA. Acute post-gastric reduction surgery (APGARS) neuropathy. Obes Surg. 2004;14(2):182-9.
17. Scarano V, Milone M, Di Minno MN, et al. Late micronutrient deficiency and neurological dysfunction after laparoscopic sleeve gastrectomy: a case report. Eur J Clin Nutr. 2012;66(5):645-7.
18. Samanta D. Dry beriberi preceded Wernicke's encephalopathy: Thiamine deficiency after laparoscopic sleeve gastrectomy. J Pediatr Neurosci. 2015;10(3):297-9.
19. Menezes MS, Harada KO, Alvarez G. Painful peripheral polyneuropathy after bariatric surgery. Case reports. Rev Bras Anestesiol. 2008;58(3):252-259.
20. Philippi N, Vinzio S, Collongues N, et al. [Peripheral neuropathies after bariatric surgery]. Rev Neurol (Paris). 2011;167(8-9):607-614.
21. Macgregor AM, Thoburn EK. Meralgia paresthetica following bariatric surgery. Obes Surg. 1999;9(4):364-8.
22. Cruz Martínez A. Slimmer's paralysis: electrophysiological evidence of compressive lesion. Eur Neurol. 1987;26(3):189-92.
23. Frantz DJ. Neurologic complications of bariatric surgery: involvement of central, peripheral and enteric nervous system. Curr Gastroenterol Rep. 2012;14(4):367-72.
24. Elias W, Pouratian N, Oskouian R, et al. Peroneal neuropathy following successful bariatric surgery. J Neurosurg 2006;105(4):631-5.
25. Milants C, Lempereur S, Dubuisson A. [Bilateral peroneal neuropathy following bariatric surgery]. Neurochirurgie. 2013;59(1):50-2.
26. Yu JK, Yang JS, Kang SH, Cho YJ. Clinical characteristics of peroneal nerve palsy by posture. J Korean Neurosurg Soc. 2013;53(5):269-73
27. Aprile I1, Tonali P, Caliandro P, et al. Italian multicentre study of peroneal mononeuropathy: multiperspective follow-up. Neurol Sci. 2009;30(1):37-44.

МЕТОДЪТ CASE STUDY В ДИДАКТИЧЕСКАТА КОНЦЕПЦИЯ ЗА ФОРМИРАНЕ НА КОМПЕТЕНЦИИ У БЪДЕЩИТЕ АКУШЕРКИ

Ив. Сербезова и Цв. Христова

Катедра „Здравни грижи“, Факултет „Обществено здраве и здравни грижи“,
Русенски университет „Ангел Кънчев“ – Русе

THE CASE STUDY METHOD WITHIN THE DIDACTIC CONCEPT OF COMPETENCE BUILDING FOR ASPIRING MIDWIVES

Iv. Serbezova and Ts. Hristova

Department „Health Care“, Faculty of Public Health and Health Care, Rousse University „Angel Kuntchev“

Abstract. This article presents exceptionally relevant and, at the same time, scarcely looked at pedagogic issue, associated with the quality training of medical specialists. The problem of optimizing the practical education of midwives – through applying the case study method – a method of working with an individual case – as an important factor for proficiency building in students, taught within the higher medical schools. The authors present their own research, conducted during the practical education of midwife students in the Rousse University “Angel Kuntchev” studying for BSc Midwifery Degree in 2016-2017. Within this time frame an individual case has been used in the process of their practical education. Analysis of the results, according to three criteria is performed: identification of the problem(s) within the individual case, suggested alternatives for problem solving, organization of midwife care (building an algorithm for midwife care). The research results are visualized in figures. A conclusion has been drawn concerning the case study method essential role within the practical education of medical experts as a forming element of the necessary competences of aspiring midwives. The authors share the view the case study method may be applied as a short task, within a clinical practice, as an independent assignment, as an examination procedure or for the whole course of a said discipline.

Key words: case study method, practical education, student midwives, competence, midwife care

Адрес за кореспонденция: Ив. Сербезова, ул. „Студентска“ № 8, 7017 Русе, e-mail: tshristova@uni-ruse.bg
Address for correspondence: Iv. Serbezova, 8 Studentska str, Bg – 7017 Rousse, email: tshristova@uni-ruse.bg

Въведение

В съвременните стандарти за качество на висшето медицинско образование приоритет става изграждането на компетенциите като динамична съвкупност от знания, способности и ценности, необходими за ефективна професионална и социална дейност, както и за личностно развитие на обучаваните студенти. Промяната в траекторията на модернезирания образователен процес изисква прилагане на релевантен с нейните цели и задачи подход, отправен към практическата реализация на образователните резултати.

Методите на проблемното обучение в дидактическата концепция са неразривно свързани с учебните цели в процеса на обучение и са важно средство за развитие на познавателната самостоятелност и творческа способност на обучаваните при формиране на умения за овладяване на нови

знания от различни източници и прилагането им в нестандартни условия. Прилагането на теоретичните знания в практическа обстановка успешно се реализира с използване на метода case study – метод на индивидуалния случай. Методът представлява система за обучение, базираща се на анализ, решение и обсъждане на ситуации, както моделирани, така и реални. В този процес обучаващите се са длъжни да проанализират ситуацията, да достигнат до сърцевината на проблема, да предложат различни решения и да подберат най-удачното от тях.

С case study се поставя дадена проблемна ситуация, която е обект на анализ с цел откриване на различни алтернативни решения. Индивидуален случай може да бъде формулиран от преподавателя клиничен случай, съчетаващ нужните за обсъждане теоретични знания от учебната програма, които не са налични във времето при провеждане на практическото обучение на студентите акушерки.

Акушерските грижи са съществена съставна част от лечебно-диагностичния процес в помощ за оздравяване и възстановяване на гинекологично болната жена, бременната, родилката и майката. Новите предизвикателства пред тези здравни специалисти включват широк спектър дейности: грижи към най-уязвимите пациенти, обучение на пациенти от различни възрастови и социални групи и техните семейства, грижи за репродуктивното здраве, за новородените деца и т.н. (Сербезова, И., 2013).

Изисквания, на които трябва да отговарят грижите:

1. Да са навременни.
2. Да са качествени.
3. Да са целесъобразни.
4. Да са научнообосновани.
5. Да са извършени с чувство на отговорност.
6. Да се прилагат комплексно (Александрова, М., И. Стамболова, 2015).

В ежедневната практика на медицинските специалисти възникват различни по сложност проблемни ситуации, изискващи анализ и възможност за решаване на проблем, с оглед точна и бърза преценка при определяне на специфични здравни грижи.

Обект на дейността на медицинските и здравните специалисти е човекът, неговата нормална и болестна жизнена дейност. Специалистите по здравни грижи правят изводи в различни клинични ситуации и създават комбинация от здравни грижи с цел предпазване и възстановяване здравето на пациента (бременна, родилка, новородено).

Прилагането на метода case study в практическото обучение на студентите акушерки формира организационни способности при аранжиране на приоритетните здравни грижи.

Специфични особености на case study са:

– представя една проблемна ситуация;

– представя пациент с индивидуални особености;

– група пациенти с едно заболяване, от едно отделение и пр.;

– представя част от акушерска документация с данни;

– базира се на факти и реален житейски сюжет;

– приближава максимално един проблем към действителния живот;

– може да се свърже с теоретични постановки и служи за илюстриране на теорията или нейното оспорване (Yin, R.,2009).

С *case study* се поставя дадена проблемна ситуация, която е обект на анализ с цел откриване на различни алтернативни решения. Индивидуален случай може да е формулиран от преподавателя клиничен случай, съчетаващ нужните за обсъждане теоретични знания от учебната програма, които не са налични във времето при провеждане на практическото обучение на студентите акушерки.

Сред студенти в професионално направление „Акушерка“, ОКС бакалавър, в Русенския университет „Ангел Кънчев” бе проведено проучване, при което в практическото обучение на студентите бе прилаган методът на индивидуалния случай през учебната 2016/ 2017 година.

Цел

При извършеното изследване се целеше да се установи дали използването на метода на индивидуалния случай в практическото обучение на студентите акушерки спомага за формиране на подобра организация на акушерските здравни грижи.

Методи на изследване

Чрез авторски изработен индивидуален клиничен случай по тема от учебната програма по Клинична практика за клинична база "Патологична бременност" се осъществи насочено наблюдение по определени критерии.

Индивидуален клиничен случай за студенти акушерки
И. Н. постъпва в отделение „Патологична бременност“ и съобщава за следните оплаквания: 3-4 дневни повръщания, болки ниско в корема и в кръста, често уриниране, съпроводено с болка. След снета от акушерката анамнеза е установено, че жената е с първа бременност в 14 г.с., без данни за съпровождащи хронични заболявания, не съобщава за фамилна обремененост от болести.
Студентите акушерки трябва да открият проблемите в индивидуалния случай, които формират риска за бременността; да анализират проблемната ситуация с наличния запас теоретични знания и да изградят план за акушерска здравна грижа.

Обхват на изследването

Изследването обхваща 22 студенти акушерки от образователна степен бакалавър на РУ ,,Ангел Кънчев” III курс.

Анализ на резултатите

Анализирани са резултатите по 3 наблюдавани критерия – откриване на проблем/и в индивидуалния случай, алтернативи за решение на проблема/и, своевременни акушерски здравни грижи (съставяне на алгоритъм на акушерските здравни грижи).

Не е поставено ограничение във времето при практическата работа на студентите.

Резултати от проведеното изследване в началото на учебната година:

1. Откриване на проблем/и в индивидуален клиничен случай

Само 10 (45%) от студентите акушерки успяват да се ориентират правилно в представения клиничен случай и достигат до извършване на диференциална диагноза между признаци на бременност и съмнение за бъбречни проблеми при пациентката, постъпваща в отделение „Патологична бременност“ (фиг. 1).



Фиг. 1. В началото на учебната година

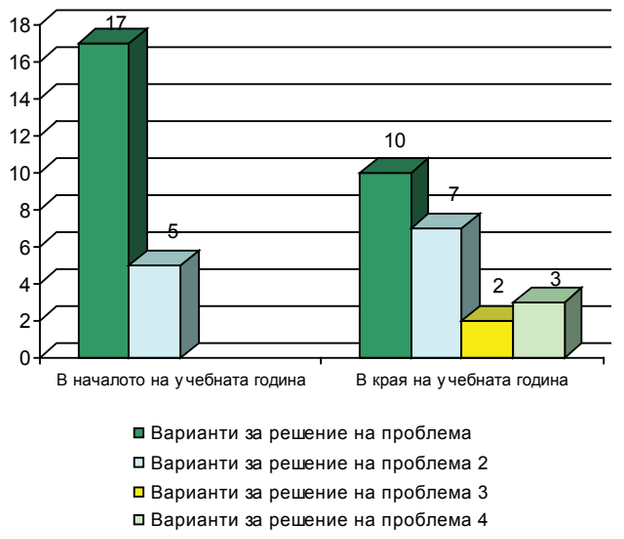
В края на учебната година, при представяне на индивидуален случай, 20 студенти акушерки (91%) успешно откриват проблемите, които крият риск за жената по време на бременността. Те се справят много по-бързо и уверено влизат в дискусията (фиг. 2).



Фиг. 2. Откриване на проблем в индивидуален клиничен случай в края на учебната година

2. Предложения за решение на проблема в индивидуалния клиничен случай

На представената фиг. 3 нагледно е изобразен резултатът на възможностите на студентите акушерки да предлагат решения на проблемите описани в case study – в началото на изследвания период достигат до две решения на проблемите, в края на проучването има четири варианта за справяне с риска, криещ индивидуалния случай.



Фиг. 3. Резултати от изследването – възможности на студентите при решаване на проблем/и



Фиг. 5. Възможности за изграждане на алгоритъм на акушерска здравна грижа в края на наблюдавания период

3. Изграждане алгоритъм на акушерските здравни грижи

Резултатите в разглежданата категория за оценка на използване на метода на индивидуалния случай са представени на фиг. 4 и 5.

В началото на проучването само 16% (3 студентки) съставят правилен алгоритъм на акушерската здравна грижа за пациентка с рискова бременност от представения в практическото обучение индивидуален клиничен случай.

В края на учебната година 20 бъдещи акушерки изграждат правилен алгоритъм на необходимата акушерска здравна грижа.



Фиг. 4. Изграждане на алгоритъм за акушерска здравна грижа от изследваните студенти акушерки в началото на учебната година

При оценяване на организирането на акушерската здравна грижа чрез индивидуалния случай се отчита:

– начинът на разсъждение на студента;
– даването на повече алтернативи за решение на проблема;
– привеждане аргументи в защита на различните позиции (алтернативи); начините на „излизане“ от проблемната ситуация;
– формулирането на правилни изводи;
– създаване на алгоритъм за извършване на акушерските здравни грижи.

Заключение

Методът на индивидуалния случай (*case study*) може да бъде приложен за различни сфери на здравните грижи: да се диагностицира проблем, да се търси решение на по-рано възникнал проблем от комуникативен, етичен, изследователски, управленски характер. Обучаваните могат да бъдат оценявани както по предприетите действия за разрешаване на проблема, така и за възможните последствия от предложените варианти за решение. В зависимост от сложността на решаваните задачи методът може да се използва във вид на кратко упражнение с продължителност 45 минути, а също и в разгърнат вид – за една цяла клинична практика – 6 часа, за самостоятелна работа вкъщи или за провеждане на изпитна процедура (Сербезова, И., Ц. Христова, 2016).

Съществуващата и действаща в момента нормативна база отчита необходимостта от прилагане на гъвкави и активизиращи обучението методики за достигане базово необходимото ниво на компетентност от обучаващите се в различните образователни степени и регламентира ясно начините за ефективизиране на диференцираните познавателни равнища.

В тази връзка използването на *case study* в практическото обучение на студентите акушерки е изключително актуален и в същото време малко разработен педагогически метод. Свързан е с оптимизиране на клиничната практика при акушерките, обучаващи се във висшите училища, и с качествено формиране на професионални характеристики.

Библиография

1. Александрова М, Стамболова и др. Грижи за болния и сестринска техника. Централна медицинска библиотека, Медицински университет – София, 2015.
2. Сербезова И. Професионално значими ценности у медицинските специалисти и тяхното формиране, Научни трудове на РУ, РУ ,,Ангел Кънчев”, Русе, 2013.
3. Сербезова И, Христова Ц. Методът „case study“ в обучението по клинична практика на студентите акушерки”. Известие, СУ, 2016.
4. Сербезова, И., Ц. Христова. Методът Case study – метод за активно обучение на акушерки и медицински сестри. Научни трудове Русенски университет ,,Ангел Кънчев”, Издателски център при Русенски университет ,,Анг. Кънчев”, том 55, серия 8.3, 2016.
5. Yin R. Case Study Research: Design and Methods. Fourth edition, Sage Publications, Thousand Oaks California, 2009.

ПРЕВАНТИВНИ МЕРКИ СРЕЩУ АГРЕСИВНОСТТА И НАСИЛИЕТО В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

Е. Радев[1], И. Грозданов[2] и В. Писев[1]

[1]Катедра „Превантивна медицина“, Факултет по обществено здраве, МУ – София
[2]Филиал "Проф. д-р Иван Митев" – Враца, МУ – София

PREVENTIVE MEASURES AGAINST AGGRESSIVENESS AND VIOLENCE IN CHILDHOOD

E. Radev[1], I. Grozdanov[2] and V. Pisev[1]

[1]Department of Preventive Medicine, Faculty of Public Health, Medical University – Sofia
[2]Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev" – Vratsa, Medical University – Sofia

Abstract. Todays challenges that are associated with the increasing importance of the children and school public healthcare are directed to identification and settlement of actual, variable and significant preventive measures against asocial deviant behavior of children. This is the very reason that the specifics of these children as an age and biosocial group define the ways and tools for their mental development and socialization. Certainly, this is a tool for formation of preventive approaches, which ensure building of a motivated, supportive environment. In this way, the space for definition and addressing of a number of preventive interventional practices for settlement of different risk situations can be delineated. Their projections in the current society are aimed to form and establish a healthy and safe lifestyle among growing generation. We pay a specific attention to the reasons for aggressiveness and violence among pediatric population. In this connection, it can be seen that the roots are hidden mostly in the atmosphere of a family, school community, social life, surrounding environment of the children coevals, the Internet space, etc. Studying the increasing problematic behavior and conflicts among children, the need of an interinstitutional approach at the local and national levels is cleared. This requires and is expressed in the establishment of a constructive partnership net "family–school–community", which teams should actively participate and support preventive measures, which are directed to reduction of aggressiveness and violence in childhood. In conclusion, we would show that moral crisis in the society creates conditions for a criminal antisocial behavior, which has an adverse reflection in children. In this context, we should underline and add also that children are the first who experience the consequences of occurring psychosocial stressing situations (aggressiveness, violence, exploitation, etc.) which requires changes in their attitudes and behavior. This is an important condition and an unconditional warranty for an effective, stable and steady developing national health and social security for growing generation.

Key words: prevention, reasons, aggressiveness, violence, children

Адрес за кореспонденция: Е. Радев, Катедра „Превантивна медицина“, Факултет по обществено здраве, Медицински университет – София, ул. " ул. "Бяло море" № 8, 1527 София

Address for correspondence: E. Radev, Department of Preventive Medicine, Faculty of Public Health, Medical University – Sofia, 8 Byalo more str., Bg – 1527 Sofia

Въведение

Съвременните предизвикателства, свързани с все по-нарастващото значение на детското и училищното обществено здравеопазване, се насочват към идентифициране и решаване на актуални многообразни и значими превантивни мерки срещу антисоциалното и девиантното поведение на подрастващите. Именно спецификата на тези деца като възрастова и биосоциална група очертава начините и средствата за тяхното здравно-психично развитие и социализация. Безусловно това е инструмент за формиране на превантивни подходи, осигуряващи

изграждане на мотивирана, подкрепяща околна среда. По този начин може да се очертае пространството за дефиниране и адресиране на редица превантивни интервенционни практики за решаване на различни рискови ситуации. Тяхното проектиране в съвременното общество цели да се формира и утвърждава здравословен и безопасен начин на живот сред подрастващото поколение.

Цел

В този общ контекст, основната цел е да привлечем вниманието към обществено значимия проблем за агресивността и насилието в детска възраст и да задълбочим разбирането за това сериозно социално явление, накърняващо правата и застрашаващо здравето на децата.

Рискови фактори и причини

Агресивността и насилието над децата се превърна в нарастваща грижа както у нас, така и в рамките на ЕС. Проявленията и формите на агресивност и насилие в семейната и училищната среда са разнородни – през социална и трудова експлоатация до проблеми с транснационални измерения, включващи трафик на деца, детска порнография по интернет и др.

Ширещите се агресивност и насилие в обществото застрашават все повече здравето и живота на децата. Това поражда и разпространената сред учениците взаимна агресивност и въвличане в насилствени връзки, като изнудване от страна на по-големите ученици спрямо по-малките. Изучавайки рисковата група на детската общност, свързана с агресивност и насилие, се наблюдава, че причините и корените се крият най-вече в семейната среда, ценностните ориентации, поведението и начина на живот на родителите. Негативните последици от израстването на детето са свързани с атмосфера на дисхармония и дисфункции в семейството като институция.

Проучванията и анализите показват, че 77% от регистрираните случаи на насилие над деца са в семейна среда. При децата, отглеждани от двама родители, най-често се среща физическо и психично насилие спрямо детето, докато при отглежданите от самотен родител (повечето от майка), по-често съществува риск детето да стане жертва на сексуално насилие и пренебрегване. Във възрастов аспект най-голямата група деца жертва на насилие е между 8 и 14 год. (57% от всички деца жертва на насилие), следвана от деца на възраст между 15-18 год. – (17%), децата от 4-7 год. – (16%) и тези между 0-3 год. – (10%).

По данни на СЗО в страни от Европейския регион – 64% от градските ученици и 21% от тези в селските райони отговарят, че са били физически малтретирани от своите родители.

През последните години обществото разбра и за сексуалната злоупотреба с деца, която се извършва както от страна на непознати, така и от родители и членове на семейството.

Друг фактор, оказващ изключително влияние върху формирането и развитието на детската личност е училището, като обкръжаваща среда.

Статистиката отчита, че близо 70% от учениците споделят, че в тяхното училище се срещат случаи на агресия. Според родителите и децата липсата на дисциплина в училище (68%) и материалните различия между децата (21%) са сред основните причини за училищната агресия. Поводите се коренят и в междуличностните взаимоотношения – завист, борба за лидерство и др., което говори за дефицити в умения за общуване на децата. Ставаме свидетели на устойчива тенденция, проявяваща се в актове на агресия и насилие от дете върху дете и по-рядко върху учител. Все още репресивните мерки преобладават над превантивните. Голяма част от училищата нямат капацитет за създаване на училищни програми за превенция на насилието. Преобладаващите случаи на физическо и психично насилие в училищата определят необходимостта от развиване на дейности, насочени към повишаване компетентността и на учителите, и на децата за справяне с агресивното поведение и конфликти.

Третият по значимост фактор е обкръжаващата среда от връстници на детето. В тази социална среда не може да отминем факта, че поведението на съвременните деца се определя и от редица културни и информационни фактори. Най-често свързани с един според нас „мултиучител” – като събеседник и разказвач – наречен *интернет*.

В тази връзка трябва да признаем, че броят на децата, които се вписват като потребители на културни и художествени ценности за съжаление непрекъснато намалява. Опасностите за децата в свободното интернет пространство и анонимността на интернет, нарастват заедно с развитието на информационните технологии. Понастоящем сме

свидетели на факта, че от една страна децата прекарват голяма част от свободното си време в интернет, а от друга – контролът на възрастните към тяхната дейност в мрежата е на ниско ниво или отсъства. Освен това е налице ниска осведоменост на родителите и учениците за безопасното поведение в мрежата. Тази тенденция става още по обезпокоителна на фона на опасностите, грозящи децата при анонимните запознанства в интернет, когато не е ясно кой стои отсреща, и увеличаване на опасността чрез специфични инструкции детето да попадне под влиянието на злонамерена личност – напр. педофили.

Характерни форми и измерения

За извършване на физическо насилие има много причини, като най-вече това са: емоционалната незрялост, наличието на психично заболяване, ниското самочувствие, семейните конфликти, фактът, че насилникът е отглеждан по подобен начин като малък, желанието за контрол и всичко да става по волята на насилника.

Психичното насилие е всичко казано или извършено спрямо детето, за да се чувства то застрашено или уязвимо; всичко предизвикващо негативни ефекти, манипулиращо или контролиращо поведението на жертвата като унижение, клевета, съзнателно обиждане пред други хора, изолиране от приятели и семейство, разкриване тайните на жертвата, вменяване на чувство за вина и т.н.

Най-тежки и непростими са *сексуалните престъпления* насочени срещу личността на детето. В тази възрастова категория най-разпространеният вид насилие са блудството и изнасилването.

Сексуалното насилие спрямо децата се изразява и в други форми, като порнографски снимки, проституция, сводничество и пр., като в различни страни се колебае между 7 и 36% над девойките и 3 и 29% над юношите. В последно време икономическата нестабилност в страната и желанието на хората да подобрят условията си на живот доведе до ново по рода си престъпление – трафик на хора с първоначална цел сексуална експлоатация. В тази връзка най-страшното е, че средната възраст на жертвите непрекъснато се понижава, като броят на децата, жертви на трафик, които проституират, расте.

Продължителното *пренебрегване*, липсата на внимание, на отзивчивост към желанията и нуждите на детето могат сериозно да увреждят емоционалното му развитие. Проучване на сдружение „Гаврош" показва, че относителният дял на *пренебрегването* като един от четирите вида насилие е най-висок – 90%. След него е *физическото насилие* – 75%, *сексуалното насилие от близки на семейството или на детето* – 50%, и *от непознати* – 28%.

Основни съвременни предизвикателства

– Негативни личностни и психични промени сред детското население.

– Процесът на социална диференциация и стратификация сред детското население – децата в неравностойно социално положение се увеличават.

– Необхващането и отпадането на около 20 000 деца ежегодно от училище.

– Агресивната детска субкултура в училищния и обществения живот.

– Нарастващата престъпност и криминогенност в обществото, което води до нарастване на детската престъпност и на девиантното поведение сред подрастващите.

Превантивни подходи и политики

● Подобряване уменията на лекари, училищни психолози, социални работници, родители и учители за откриване на жертвите на насилие сред децата и търсене на отговорност и наказание за извършителите.

● Проследяване на децата, злоупотребяващи с алкохол и наркотици, с предразположеност към агресия и насилие.

● Обучение на деца в методи за самоотбрана – т.нар. "агресивно-отбранителна" стратегия. В този аспект от особено значение се явява и ролята на БЧК.

● Приоритетно развиване на услуги за психологично и социално консултиране и създаване на мрежа от *Центрове за психично здраве* с цел превенция на рисковото поведение при деца. Освен това е крайно наложително включването на значително повече училищни психолози на работа в училищата.

● Ограничаване на неконтролеруемото излъчване по телевизията на различни форми на агресия и насилие, както и повече усилия и грижи

за безопасността на децата в интернет – т.нар. *кибер насилие*.

● Да продължи успешно развиването на услуги, като националната мрежа от горещи телефонни линии и временен подслон за деца, жертви на насилие и агресивност – напр. тел. 116111.

● Повишаване на обществената ангажираност и чувствителност към тези деца с помощта на медийното влияние с цел недопускане на агресия и насилие и защита на подрастващите.

● Създаване на оптимални условия за устойчиво развитие на детското и на училищното обществено здравеопазване въз основа на ефективни и стабилни информационни и организационни взаимоотношения между семейството, училищната общност и обществото за превенция на агресивността и насилието над деца.

Заключение

В заключение бихме посочили, че нравствената криза в обществото създава условия за престъпно противообществено поведение, оказващо негативно отражение върху децата.

От всичко разгледано дотук става ясно, че е необходимо междуинституционален подход от различни сектори на местно и централно ниво. Това изисква и се изразява в изграждането на конструктивна партньорска мрежа ”семейство–училище–общност”, чиито мултидисциплинарни екипи активно да участват и подкрепят превантивните мерки, ориентирани към ограничаване на формирането и утвърждаването на агресивна философия в детска възраст. Важен момент в действието на посочената мрежа е въвеждането на качествено здравно образование в съвременното училище, както и добрата координация на съвместни политики на системите на здравеопазване и образование със социалната и правната сигурност на деца, обект на малтретиране и пренебрегване.

В този контекст трябва да прибавим и подчертаем, че децата първи понасят последствията от възникващите психо-социални стресови ситуации (агресивност, насилие, експлоатация и др.), което налага промени в нагласите и поведението им. Това е важна предпоставка и безусловен гарант за ефективна, стабилна и устойчиво развита национална здравна и социална сигурност за подрастващото поколение.

Библиография

1. Балканско епидемиологично проучване за насилие и пренебрегване на деца, ЮЗУ „Неофит Рилски” Благоевград, 2010.
2. Доклад на МВР. Сексуална злоупотреба с деца: разбирането за рисковете, 2009.
3. Национална стратегия за детето, 2008-2018, МС, 2007.
4. Ръководство за превенция на насилието над деца, Сдружение „Гаврош”, Варна, 2011.
5. Стефанова, К., В. Писев, Социална екология и деца в риск – социална идентичност, ценностни промени и перспективи, Седма национална конференция по превантивна медицина, Велико Търново, 20, 2015.

СЪЩНОСТ И ЗНАЧЕНИЕ НА КОНЦЕПЦИЯТА ЗА ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО

П. Аспарухова, Г. Янкова, Е. Владимирова и Л. Иванова

Филиал „проф. д-р. Иван Митев” – Враца, МУ – София

NATURE AND IMPORTANCE OF THE CONCEPT OF PROMOTION OF HEALTH

P. Asparuhova, G. Yankova, E. Vladimirova and L. Ivanova

Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“ – Vratsa, Medical University – Sofia

Abstract. The paper reviews health promotion, which turns to an increasingly important component of current concepts of health policy. An emphasis is put on the essence of the conception for health promotion. The realization of the consequences of the fact that body, mind and spirit interact and define our attitude to illness and lifestyle is analyzed. The analysis of scientific literature finds that health promotion is a priority sphere of a new health policy and a new public health care.

Key words: promotion, health, lifestyle

Адрес за кореспонденция: П. Аспарухова, Филиал „проф. д-р. Иван Митев”, МУ – София, 3000 Враца
e-mail: asparuhova_pa@abv.bg
Address for correspondence: P. Asparuhova, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, Medical University – Sofia, Bg – 3000 Vratza,
e-mail: asparuhova_pa@abv.bg

Въведение

Понятието „Промоция на здравето“ за първи път се използва през 1923 г. През 80-те години на XX в. с това понятие се означава ясно обособена теоритична концепция и стратегия на СЗО за ново обществено здравеопазване. Буквалният превод на термина *промоция* съдържа няколко синонима – укрепване, повишаване, подпомагане, производство (на здравето).

Според СЗО: „*Промоция на здравето* е процес, при който хората получават възможности да увеличат контрола върху собственото си здраве“. Или още „процес, за създаване възможности на хората чрез саморегулиращо се здравно поведение да подобрят своето собствено здраве“.

При промоцията на здравето акцентът е върху:

– личните ресурси (здравни знания, умения, мотивация, навици, здравословен стил на живот);

– социалните ресурси (социални, организационни, образователни, политически процеси и дейности);

Целта на *промоцията на здраве* е подобряване на здравното състояние, а средството за постигане на тази цел е здравословният стил на живот на отделния човек, групата, обществото. Крайната цел е подобряване здравния сатус на населението, а непосредствената – формиране на здравословен стил на живот.

Промоцията на здравето е приоритетна политика на XXI век като комплекс от здравно-социални дейности, насочени към инвестиране в здравето, т.е. към усъвършенстване на процеса на опазване и укрепване биопсихо-социалното благосъстояние и потенциал на индивидите и обществото [4].

Концепция за промоция на здравето

Промоцията на здравето е нова гледна точка, качествено нов подход, нова парадигма и нова философия на общественото здраве и здравеопазване. Докато според традиционните концепции за здравето то има основно два ресурса – ма-

териалното състояние (доходът) и медицинското обслужване, *промоцията на здраве* посочва като основен негов ресурс отделната личност или обществена група с адекватна здравна мотивация и отношение, здравни навици, здравословен стил на живот. В този аспект личността променя своята роля от обект на медицински дейности в субект на грижата за собственото си здраве. По този начин в дейността за промоция на здравето се акцентира върху личните и социалните ресурси. Грижата за здравето престава да е само отговорност на медицинския сектор, тя излиза далеч извън неговите предели в посока на стила и качеството на хората, обхващайки социални, организационни, педагогически и политически процеси. Както подчертава Л. Грийн промоцията на здраве е една от малкото интердисциплинарни инициативи в здравеопазването, която търси реално освобождаване от доминирането на медицината.

Като концепция промоцията на здравето обосновава преориентиране на приоритетите в здравеопазната дейност към следните насоки:

– от болния към здравия човек, акцент към позитивното здраве;

– от регулиране на здравното поведение чрез външни въздействия към неговото саморегулиране, самомотивация;

– от „право на здраве“ към „отговорност за здравето“;

– от „здраве за хората“ към „здраве чрез хората“ ;

– от професионална изолация на медицинските работници към мултифункционален подход и междусекторно сътрудничество.

Тези нови приоритети отразяват основната идея на промоцията на здравето – да се преодолее пасивният подход към здравето, да се погледне на отделната личност и социалната група като на главен ресурс в дейността по укрепване на здравето. Промяната на личността и на нейното ценностно отношение към здравето – това е фокусът на дейността за промоция на здраве [2].

Съвременна стратегия за здравословен стил на живот

Принципите за промоция на здравето са разработени от експертна група на СЗО през 1986 г. и включват:

- Създаване на социална политика, приоритетно ориентирана към здравето.
- Засилване участието на обществото като цяло чрез въвличане на населението в неговия ежадневен живот, а не само внимание към приоритетни високорискови групи.
- Въздействие преди всичко към предпоставките за здраве и към позитивното здраве.
- Обединяване на различни, но допълващи се методи и подходи (социални, икономически, културни, психологически, педагогически, етични, комуникационни, организационни и др.) [6].

СЗО започна реализацията на тази основна цел чрез няколко програми: *Здраве за всички* – 1977, *Първичната здравна помощ* – 1988, и *Промоцията на здравето* – 1986. Първичната здравна помощ и промоцията на здраве се посочват като взаимосвързани аспекти за достигане на глобалната стратегия „Здраве за всички“. През 1984 г. се набелязват 38 регионални цели на СЗО, показващи какъв напредък може да се постигне, ако се мобилизират съществуващите воля, знания и ресурси за осъществяването на главната цел: „Здраве за всички“. Като основна задача се очертава промоцията на здравето, реализирана чрез принципа за равнопоставеност. В научната литература съществуват много и различни определения на здравето, които се променят в зависимост от представата на човечеството за здравето и неговото опазване, но то винаги е приемано като ценност и има стремеж за неговото постигане [5].

Здравето винаги е желано и се приема като необходимост за успешна реализиция в живота на хората. Според българския тълковен речник здравето е *нормално състояние и развитие на жив организъм* [1] .

През 1948 г. в Конституцията на СЗО здравето е дефинирано като „състояние на пълно физическо и социално благополучие, а не само липса на болест или недъг“. През 1978 г. на конференцията за първичната помощ в Алма Ата СЗО свързва здравето със способността на хората „да водят социално икономически и продуктивен живот“. Според оперативната дефиниция за здраве то е: „състояние на равновесие на човека с биологичната, физическата и социалната среда и максималната функционална дееспособност. В този смъсъл здравето е състояние, характеризиращо се с анатомична, физиологична и психологична цялост и оптимална, функционална дееспособност в семейството, работата и обществото, включително справяне с психо-емоционалния

стрес, чувство за благополучие и липса на риск от заболяване и преждевременна смърт. Факторите от значение за здравето са взаимосвързани“ [5].

Интегрален подход на промоцията на здравето

Ако отговорим на основния въпрос в медицината – „от какво непосредствено зависи здравето?“, ще намерим ключа, с който до голяма степен можем да решим проблемите на здравето и способите за неговото опазване. Отговорът на този въпрос е възможен благодарение на успехите на съвременната медицина и преди всичко на клинико-епидемиологичните изследвания, които показват, че здравето на хората се определя в повечето случаи от техния начин на живот [6].

Естетическите аспекти на промоцията на здраве също имат нарастваща значимост в условията на повишената култура на населението. Естетическите ценности, красотата в ежедневния живот са също така „невидими“ фактори за здравето. Естетическата култура на личността може и трябва да се използва и развива в интерес на *промоцията на здраве*. Отдавна е известен положителният здравен ефект на възприемането на подходяща музика, литература, живопис, различни произведения на изкуството. Днес все по-рядко трябва да се говори и да се действа за реализирането на една масова естетопрофилактика сред населението, особено сред подрастващите. В редица случаи средствата на изкуството могат да бъдат наистина инструмент за промоцията на здраве. Ето защо естетичното възпитание придобива нови значими здравни измерения. То може да стане един от елементите на цялостната система за укрепване здравето на населението [2].

Грижата за здравето се явява интердисциплинарна инициатива, ангажираща цялата общественост. Включват се държавни органи, обществени организации, педагогически институции, частни фирми и др. При съставянето на оздравителната програма за ученици в даден регион или в цялата страна, конкретни задачи изпълняват медицинските работници, но също и педагози, психолози, социални работници, юристи, икономисти, диетолози, организатори на туризма, архитекти, туристи, бизнесмени, общественици и др. Някой от тях трудно се ориентират в същността и своеобразието на оздравителната програма, но мултипрофесионалният подход се налага като задължителна норма за промоция на здравето. Развитието на умения за партньорство е важен елемент на професионалното изграждане на всички, които ще имат за обект на своята дейност опазването и укрепването на своето здраве. Промоцията на здравето поставя и въпроси, като морално ли е теливизионни журналисти, рекламни агенти и търговци да рекламират по телевизията или по улиците блестящо опаковани цигари и алкохолни напитки. Очевидно е, че все по-голям брой професионалисти ще застанат пред моралните дилеми във връзка с опазването и укрепването на здравето на нацията [3].

За това програмите за промоция на здравето са насочени преди всичко към реална промяна на здравното поведение в посока на здравословен стил на живот. Това е нова философия, друг тип здравна политика.

Смисълът на промоцията на здравето е във:
- добавяне на живот към годините,
- добавяне на здраве към живота,
- добавяне на години към живота.

За да е успешна промоцията на здраве, тя трябва да повлияе цялостната политика, а не само здравната. В това се крие неизползваният потенциал на нацията [6].

В заключение може да се констатира, че промоцията на здравето е приоритетна сфера на новата зравна политика и на новото обществено здравеопазване.

Библиография

1. Български тълковен речник. авт. кол., София, Наука и изкуство, 1973.
2. Борисов В, Попова С, Георгиева Л, Шопова К. Промоция на здравето. София, Арсо, 1998.
3. Проданов Г. Хигиена и здравно възпитание. В. Търново, УИ "Св. Св. Кирил и Методий", 2014.
4. Стойчева М. Промоция на здравето. В. Търново, Витал, 1999.
5. Младенова С. Здравно образование. София, Артик 2001, 2009.
6. Воденичаров Ц, Попова С, Мутафова М, Шипковенска Е. Социална медицина. София, ИК ГорексПрес, 2013.
7. Knafl K, Cavallari K, Dixon Di. The Organizational Context of Nursing Care. In: Pediatric Hospitalization: Family Nurse Perspectives. Scott Foresman and Company, USA, 1988 .
8. Kovner Ch, Jones Ch, Zhan Ch et al. Nurse staffing and postsurgical adverse events: an analysis of administrative data from a sample of U. S. hospitals, 1990-1996. Health Serv. Res., 2002, 37(3).
9. Larrabee JH, Bolden LV. Defining patient-perceived quality of nursing care. J. Nurs. Care Qual., 2001, 16.

РИСКОВИ ФАКТОРИ ПРИ ХРОНИЧЕН ЛИМФЕДЕМ

Н. Симеонова и Г. Георгиева

Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, МУ – София

RISK FACTORS FOR CHRONIC LYMPHEDEMA

N. Simeonova and G. Georgieva

Affiliate "Prof. Ivan Mitev" – Vratsa, Medical University – Sofia

Abstract. Lymphedema is a chronic condition that manifests itself with an edema on an extremity as a result of the impaired transportation of intracellular fluid and lymph (lymphostasis). It can be primary (congenital) and secondary (acquired). In our bodies a constant exchange of fluid is present. Fluid is transferred from body tissues in lymphatic system, where they are filtrated in lymph nodes and infused in blood flow. This constant flow regulates the amount of fluid in different body parts. Infections, insects bites, venous applications, traumas, states post surgeries and radiotherapy for malignant neoplasms and their untimely treatment can lead to chronic lymphedema.

Key words: lymphatic system, chronic lymphedema, risk factors, prophylaxis, treatment

Адрес за кореспондения: Нина С. Георгиева, Филиал „Проф. Д-р Иван Митев”, МУ – София, 3000 Враца, тел. 0879639023, e-mail: ninkask@abv.bg, e-mail: medfil@abv.bg, e-mail: galia.georgieva2009@mail.bg

Address for correspondence: Nina S. Georgieva, Affiliate "Prof. Dr Ivan Mitev", MU – Sofia, Bg – 3000 Vratsa, tel. ++359879639023, e-mail: ninkask@abv.bg, e-mail: medfil@abv.bg, e mail: galia.georgieva2009@mail.bg

Въведение

Лимфната система представлява богата мрежа от фини съдове, по хода на които има струпвания от лимфоидна тъкан с особено предназначение – лимфни възли. Последните притежават система от каналчета (синуси), така че континуитетът на лимфния ток през тях не се прекъсва. Като циркулаторен орган лимфната система е в тясна анатомична връзка и функционална зависимост от венозната система.

Лимфната система има многостранна физиологична роля в човешкия организъм. Нейната главна функция като циркулаторен орган е да отбременява тъканите от прекомерното увеличаване на тъканното налягане при свръхпродукция на капилярен филтрат и да запази постоянен обем на циркулиращата плазма. От филтриращите се денонощно около 20 l кръвна течност 2-4 l се връщат в кръвообращението и попълват плазмения обем като лимфа. При патологични състояния това количество може да бъде много по-голямо.

Хроничният лимфедем е трайно и прогресиращо увеличаване на обема на дадена част от тялото вследствие на лимфен застой, породени от вродени или придобити изменения в лимфната система, стигащо до разрастване на съединителнотъканна фиброза.

Приемат се две основни групи хроничен лимфедем:

– първични, при които едемът се обуславя от аномалии в развитието на лимфната система;

– вторични, при които едемът е резултат от външни причини, засягащи нормално развитите лимфни съдове и възли.

Тази класификация има следния вид:

I. Първични лимфедеми

1. Фамилни:

а) конгенитални (болест на Milroy);

б) неконгенитални (болест на Meige).

2. Спорадични:

а) ранни – преди 35-годишна възраст (lymphoedema praecox);

б) късни – след 35-годишна възраст (lymphoedema tardum).

II. Вторични лимфедеми:

1. Следтравматични;
2. Следоперативни;
3. Вследствие на малигнени заболявания;
4. Инфекциозно възпалителни;
5. Филариазни;
6. Радиационни.

Клинични стадии и класификация, приета на X международен конгрес по лимфология:

I стадий – реверзибелен оток, изчезващ при покой и елевация на крайника. Отокът е мек с оставане на трапчинка при натиск.

II стадий – нереверзибелен, твърд оток, който напълно деформира областта, не намалява при покой и елевация, без трапчинки при натиск.

III стадий – нереверзибелен, твърд оток с тежки изменения по кожата – задебеляване, лимфорея, инфекции. Силно ограничена двигателна функция на крайника (т.нар. *елефантиаза*).

Голям е броят на вторичните лимфедеми, възникващи в резултат на операции и лъчелечение по повод на злокачествени новообразувания. Според някои автори след радикална мастектомия средно 12,5% от оперираните жени развиват изразен тежък лимфедем на горен крайник, а клинично доловими по-леки отоци се срещат многократно по-често. Подобно е положението и при болните с рак на матката, при които след хистеректомия и лъчетерапия се развива хроничен лимфедем на долните крайници.

Разпределението на лимфедемите между двата пола е различно за първичните и вторичните форми. Вторичните лимфедеми, с изключение на тези при жените с мастектомия и хистеректомия, са приблизително еднакво разпределени между двата пола. Но първичните лимфедеми според мнението на всички автори многократно по-често се срещат при жените, отколкото при мъжете.

Целта на изследването е да се проучат честотата, стадият, предразполагащите и допълнителните рискови фактори, довели до развитие на хроничен лимфедем сред пациенти, потърсили специализирана помощ в кабинет по съдова хирургия в град Враца.

Задачи на проучването:

1. Установяване на броя заболели от хроничен лимфедем, потърсили съдова консултация.
2. Проучване на рисковите фактори, довели до заболяването.
3. Определяне на стадия на заболелите от хроничен лимфедем.
4. Установяване на взаимозависимост между давността на заболяването и ефекта от лечението.

Материал и методи

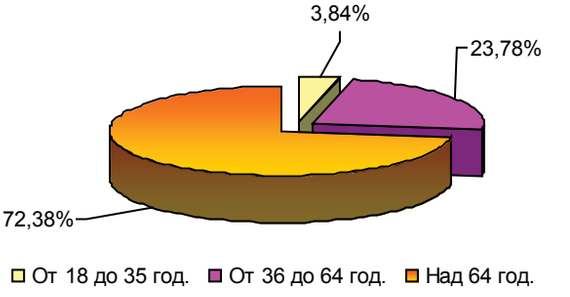
Изследването е проведено в Кабинет „Съдова хирургия“ в град Враца. Използван е документален метод за проучване на 412 пациенти с лимфедем, лекувани от 01.01.2016 г. до 31.12.2016 г., съставляващи 17,3% от преминалите пациенти.

За целите на проучването са използвани статистически данни и данни от анамнезата и обективното състояние на пациенти, лекувани в кабинет „Съдова хирургия“, град Враца.

Резултатите от документалния метод са обработени с компютърна статистическа програма SPSS 16,0. Графиките са изработени чрез програмата EXCEL.

Анализ на резултатите от проучването

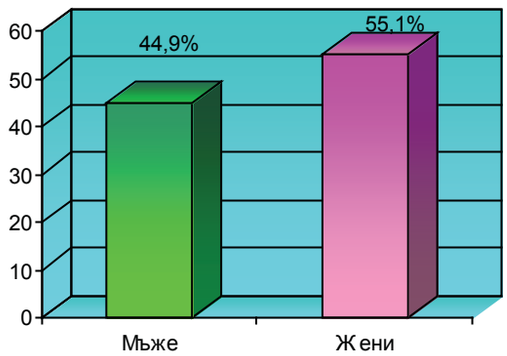
От преминалите 2382 пациенти в кабинет „Съдова хирургия“ при 17,30% е установена диагноза хроничен лимфедем, а от тях само 1,21% са с първичен лимфедем и 98,79% са с вторичен. Възрастта на пациентите варира от 18 до 86 години, от тях 55,1% жени и 44,9% мъже, като 26,46% са в трудоспособна възраст.



Фиг. 1. Разпределение по възраст на пациенти с хроничен лимфедем

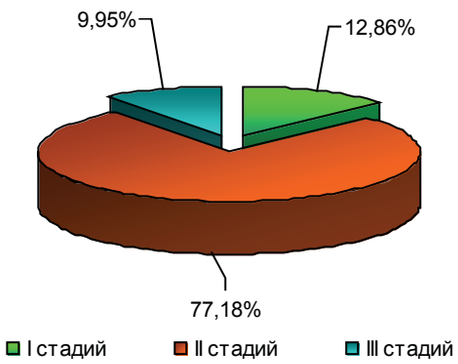
От статистическите данни е видно, че 3,84% са на възраст от 18 до 35 години, 23,78% от 36 до 64 год. и 72,33% са над 64-годишни, което показва, че боледуват повече възрастните.

Възрастта от своя страна повишава до известна степен риска от появата на хроничен лимфедем. Причината е множеството придружаващи заболявания, като сърдечна, бъбречна или чернодробна недостатъчност, подагра, травми и др., които предразполагат появата на хроничен лимфедем.



Фиг. 2. Разпределение по пол на пациенти с хроничен лимфедем

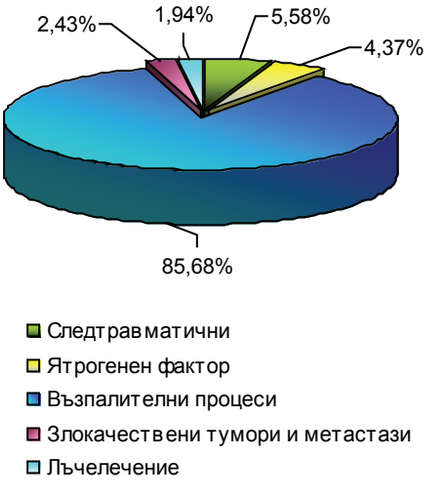
Направеното проучване показва, че при жените е по-голям процентът на заболелите от хроничен лимфедем – 56% са жени и 44% – мъже.



Фиг. 3. Относителен дял по клинични стадии на хроничен лимфедем

Клиничните данни показват, че при 12,86% от пациентите е установен I стадий, при 77,18% – II стадий на заболяването, а при 9,95% – III стадий.

Контактът пациент–лекар за съжаление се осъществява едва когато са налице симптомите на напреднала фаза на заболяването, а именно – значителни отоци на краката и свързаните с тях усложнения. Често първите симптоми на хроничен лимфедем са леки отоци, които бързо се преодоляват. Напредналите стадии на заболяването водят до лимфорея, до нарушена работоспособност, лошо качество на живот и ранна инвалидизация.



Фиг. 4. Класификация на хроничния лимфедем

Травмата, особено ако се отнася за големи разкъсно-контузни рани или изгаряния в зони с големи лимфни съдове или пакети от лимфни възли и когато заздравяването става вторично с ръбцообразуване, често води до хроничен лимфедем. Клиничните данни показват, че при 5,58% от изследваните пациенти причината за лимфедема е травма.

Ятрогенният фактор е основна причина за лимфедемите на горните крайници след мастектомия и на долните крайници след хистеректомия по повод злокачествен тумор на млечната жлеза, респективно – на матката. Ако оперативната интервенция, при която наред със злокачествения тумор съзнателно се отстраняват и регионалните лимфни възли, се съчетава и с лъчетерапия, вероятността за получаване на ятрогенен лимфедем е много по-голяма. Ако обаче дълго време след операцията не е имало или е имало само незначителен оток и години след това се появи лимфедем, без при това да е имало инфекциозни усложнения, трябва да се мисли преди всичко за рецидив на злокачествения тумор с блокаж на нови лимфни пътища.

При 4,37% от пациентите хроничният лимфедем е възникнал след мастектомия и хистеректомия.

Възпалителни процеси. Най-честата причина за вторичен лимфедем са рецидивиращите стрептококови и стафилококови кожни инфекции. Склонността към рецидивиране на тези инфекции е характерен белег. Освен неспецифичните лимфангити, еризипели и целулити някои специфични възпаления, като туберкулоза, трихофития, сифилис, антиномикоза, както и други банални възпаления като фурункулоза, пиодермия, хронични екземи, продължително незаздравяващи трофични язви, които предизвикват фиброзни и склеротични промени в лимфните възли, също могат да доведат до хроничен лимфедем. Възпалителните процеси присъстват при 85,68% от проучените пациенти.

Злокачествени тумори и метастази. Обикновено се отнася за напреднали в еволюцията си злокачествени процеси, които инфилтрират всички съседни лимфни пътища и блокират лимфоотока с близките и далечните си метастази. От диагностицираните пациенти с лимфедем при 2,43% причината за заболяването е била по повод злокачествени тумори.

Лъчелечение. В обичайните дози и когато се провежда правилно, то обикновено не води до пълен блокаж, но при лечение на радиорезистентни тумори или при повтарящи се курсове лъчетерапия се получава фиброза на околните тъкани и пълна непроходимост на оттичането на лимфата. Освен това лъчетерапията възпрепятства регенерацията и образуването на колатерали. Данните от анамнезата показват, че 1,94% от пациентите са провели повтарящи се курсове на лъчетерапия.

Резултати и обсъждане

Проведеното проучване показа, че контактът пациент–лекар се осъществява едва когато са налице симптомите на напредналата фаза на заболяването.

Проведеното статистическо проучване показа широко разпространение в Северозападна България на хроничен лимфедем, което го превръща в едно от най-разпространените заболявания на долните крайници. Установи се зависимост между стадия на заболяването и ефекта от лечението. При пациенти с първи стадий на хроничен лимфедем проведените контролни прегледи показаха, че оплакванията на пациентите са отзвучали. Поставянето на правилна диагноза, навременното лечение и избягването на рисковите фактори може да предотврати риска от усложнения и инвалидизация на пациентите.

Заключение

Въз основа на резултатите от проучването, може да се каже, че пациентите с хроничен лимфедем са потърсили специализирана помощ твърде късно. С напредъка на науката и възможностите за диагностика и лечение днес хроничният лимфедем може да бъде лекуван. Нивото на ефективност на терапията понастоящем е много по-високо. Профилактиката и навременното лечение са важна предпоставка за предотвратяване на усложненията и инвалидизацията.

Библиография

1. Андреев А. (ред.), Съдови заболявания, София, 1998. Андреев А, Съдови заболявания. Съдова и ендоваскуларна хирургия, София, 2009.
2. Андреев А. Лимфедем на крайниците. Диагноза, класификация и съвременно неоперативно лечение, Национална конференция на Българското национално дружество по ангиология и съдова хирургия, 2010.
3. Тодоров К. Спешни състояния в съдовата хирургия, София, Медицина и физкултура, 1993.
4. Захариев Т. Съдова хирургия: Ръководство по хирургия с атлас, София, Проф. М.Дринов, 2008.
5. Emergency Vascular Surgery: A Practical Guide, Berlin Heidelberg, Springer -Verlag, 2007.
6. Rutherford R, Vascular Surgery, 6 th. ed; Philadelphia, Pennsylvania, Elsevier Inc., 2005.

ПРОУЧВАНЕ НА ПОСТИЖЕНИЯТА ПО ОРТОДОНТИЯ НА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „ЗЪБОТЕХНИК“ НА МЕДИЦИНСКИЯ КОЛЕЖ „ЙОРДАНКА ФИЛАРЕТОВА“, МУ – СОФИЯ

М. Москова[1], Р. Горанова-Спасова[2] и Н. Костова-Камбурова[1]

[1]Медицински колеж „Йорданка Филаретова“ МУ – София
[2]Факултет по обществено здраве, МУ – София

RESEARCH OF THE ACHIEVEMENTS IN ORTHODONTICS OF STUDENTS IN THE SPECIALTY "DENTAL TECHNICIAN" FROM THE MEDICAL COLLEGE "YORDANKA FILARETOVA", MEDICAL UNIVERSITY – SOFIA

M. Moskova[1], R. Goranova-Spasova[2] and N. Kostova-Kamburova[1]

[1]Medical College “Yordanka Filaretova”, Medical University – Sofia
[2]Faculty of Public Health, Medical University – Sofia

Abstract. This article presents the data from a research on orthodontic achievements of students specializing in „Dental Technician“ from the Medical College „Yordanka Filaretova“ – Medical University – Sofia. A comparative analysis of the results of the semester and state exams was carried out as well as a two-stage sociological study with focus groups and a survey method. The study includes students from the second and third year from June 2015 to June 2017. A timely and detailed analysis of the collected information will enable teachers to optimize the program in preparation for the next academic year in order to increase the quality of training of future dental technicians. The data from the focus groups and the survey confirm our opinion on the need for additional orthodontics classes such as workshops.

Key words: dental technician students, training, orthodontics, semester and state exams, improving the quality of training

Адрес за кореспонденция: гл. ас. д-р Радка Горанова-Спасова, дм, Катедра по медицинска етика, Факултет по обществено здраве, МУ – София, e-mail: radka.goranova@gmail.com

Address for correspondence: Radka Goranova-Spasova, MD, PhD, Faculty of Public Health, Medical University – Sofia, e-mail: radka.goranova@gmail.com

Въведение

За работещите в областта на професионалното образование и обучение от особено значение е неговото качество и възможностите да отговори най-добре на нуждите на пазара на труда, да осигури продължаващо професионално и личностно развитие [22].

Обучението по зъботехника в България се осъществява само в три от медицинските колежи (МК) към медицинските университети – в София, във Варна и в Пловдив. Извършва се след успешно положени приемни изпити, по учебен план, учебни програми и квалификационна характеристика, съобразени със съвременните академични стандарти за висшето образование в България. Наличието им осигурява прецизно планиране на учебния процес и дефинира специфичните професионални изисквания към обучаващите се студенти [1], необходими за формирането и

развитието на добри специалисти в сферата на здравните грижи. Правоспособност и образователно-квалификационна степен "професионален бакалавър" бъдещите зъботехници получават след тригодишна подготовка и успешно издържани държавни – практически и теоретични, изпити по „Зъботехническо материалознание и апаратура", „Технология на зъбните протези" и „Ортодонтия".

Комплексното обучение в МК и медикотехническите лаборатории, в които се провеждат учебният и преддипломният стаж, предоставя разнообразни възможности за реализация на променящия се пазар на труда както в България, така и в чужбина.

Една от основните цели на преподавателския колектив в специалност "Зъботехник" в МК "Й. Филаретова" е непрекъснатото повишаване на качеството на преподаване и обучение. Преподавателите от МК се стремят към актуална подготовка на бъдещите специалисти по зъботехника, съобразена с динамично развиващата се професия. Особен акцент има върху специалните дисциплини, изискващи натрупване и усвояване не само на теоретични знания, но най-вече на практически умения и навици. Периодично се провеждат изследвания за степента на удовлетвореност както сред студентите и придобилите професионална квалификация от качеството на професионалната им подготовка, така и сред работодателите от знанията, уменията и компетентностите на новозавършилите за професионалната им квалификация и от пригодността им за заетост.

Ортодонтията е една от основните специализирани учебни дисциплини в учебната програма на специалност "Зъботехник". Курсът се провежда през втората година от обучението и се състои от лекционна част и практически занимания, разпределени в два семестъра. Оценката се формира чрез текущ и заключителен контрол с изпит по практика и теория. Учебната програма цели да даде адекватни на съвременните изисквания познания по ортодонтия, съобразени с преподавания материал във факултетите по дентална медицина.

Изучават се различните видове зъбно-челюстни деформации и аномалии, причините за възникването им, профилактиката и лечението им, както и основни технологии, видове и изисквания към съвременните ортодонтски апарати. Обръща се внимание на материалите, инструментите и апаратите, използвани в ортодонтията, както и на някои често използвани източници на сили. В практическите упражнения на студентите се дава възможност да изработят основните съвременни апарати [20].

От позиция на дългогодишния ни преподавателски опит наблюдаваме съвкупност от фактори, които оказват сериозно влияние върху разбирането, усвояването, затвърждаването на базови умения в областта на ортодонтията. Някои от тях са:

– специфика на преподавания материал;

– липса на предварителен опит и умения за работа с основните инструменти и материали;

– работа в големи студентски групи;

– индивидуални особености за възприемане на всеки студент;

– място на учебната дисциплина в учебния план;

– сравнително ограничен брой медико-технически лаборатории, в които се изработват ортодонтски конструкции и др.;

Преподаватели от специалността разработиха програма за кръжок по ортодонтия в търсене на подходящи форми, които да:

– са съобразени със способностите на обучаемите;

– удовлетворяват потребностите им;

– предоставят възможности да разкрият потенциала си.

Кръжокът е насочен към студенти трети курс и стартира през зимния семестър на учебната 2016/2017 г. Програмата на заниманията е формулирана след предварително проведената дискусия с обучаемите, а провеждането им е съобразено с официалната учебна натовареност.

Цел и методи на изследването

Целта на настоящото проучване е да се сравнят постиженията от практическите изпити по Ортодонтия на студенти преди и след формиране на кръжока по тази дисциплина.

За постигане на поставената цел на изследването сме използвали следните методи:

1. Документален метод – сравнителен анализ на резултатите от практическите изпити по ортодонтия на випуск 2015-2016 г. и випуск 2016-2017 г.

2. Социологически метод – социологическо допитване и дискусия във фокус-групи, формирани от студенти от различни курсове и групи.

3. Статистически методи – дескриптивни и графични – за представяне на обобщена информация и графична презентация на данните.

Резултати и обсъждане

Анализ и интерпретация на резултатите от фокус-групите

В социологическото допитване взеха участие студенти от втори и трети курс. Демографските данни на участниците са представени в табл. 1.

Таблица 1. Разпределение на студентите, участвали в допитването, по пол и възраст

Възраст	Мъже	Жени
Втори курс		
19-25 год.	14	21
26-30 год.	11	4
31-35 год.	11	12
36-40 год.	1	2
41 и повече години	0	2
Трети курс		
19-25 год.	24	15
26-30 год.	7	1
31-35 год.	5	4
36-40 год.	0	1
41 и повече години	2	0

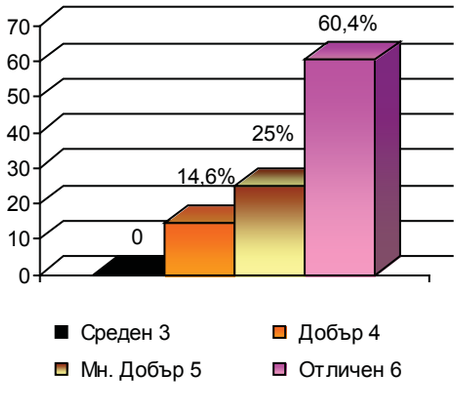
Анализът на резултатите от фокус-групите и дискусиите със студенти потвърдиха нашите наблюдения, че причините за най-сериозните трудности са:

- спецификата на преподавания материал се различава съществено от познатите им до момента от другите специални предмети (анатомия и морфология на зъбите, зъботехническо материалознание и апаратура, технология на зъбните протези, анатомия, физиология и биомеханика на дъвкателния апарат) въпреки съществуващите паралели;
- натрупаният опит и умения в предходните семестри не оказват съществено влияние за работата им с основните инструменти и материали в ортодонтската лаборатория;
- необходимостта от допълнителни демонстрации и индивидуална работа, които са затруднени или невъзможни при работа в големи студентски групи;
- индивидуалните особености за възприемане на всеки студент се влияят от работата на студентите с дясна или лява ръка, предходни образования, личен опит, възрастта, семейния статус и др.;
- мястото на учебната дисциплина в учебния план обосновава липсата на часове по ортодонтия през петия семестър, а шестият семестър е преддипломен стаж в различни медико-технически лаборатории; едногодишната пауза между занятията по ортодонтия и държавните изпити създава несигурност и притеснения сред студентите;
- сравнително ограничен брой медико-технически лаборатории, в които се изработват ортодонтски конструкции и студентите могат да наблюдават изработването на апарати за реални пациенти и т. н.

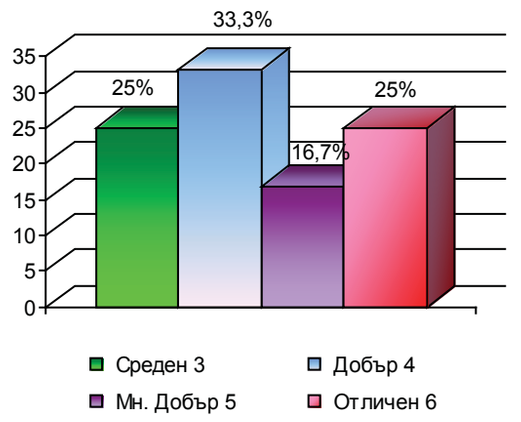
Сравнителен анализ на резултатите от практическия семестриален и държавен изпит по ортодонтия

На фиг. 1 и 2 са представени обобщено резултатите (в %) от практическите изпити по време на семестриален и държавен изпит на студентите от специалност *Зъботехника* – випуск 2015/2016 г.

Успехът по време на семестриалните изпити, които последват практиката по ортодонтия, е висок, както се вижда от фиг. 1. Отличните оценки са над средното – 60.4%, а много добрите оценки са една четвърт. Средни оценки по време на семестриалния практически изпит на випуск 2015-2016 г. няма. На държавния изпит успехът по практика е по-нисък. Отличните оценки спадат на една четвърт, колкото са и средните оценки (фиг. 2), преобладават добрите оценки – 33.3% от студентите са с такъв успех.

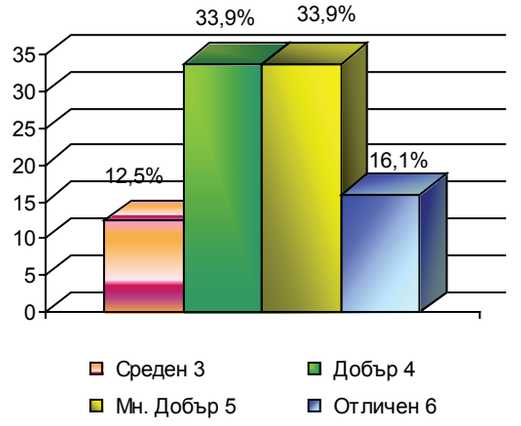


Фиг. 1. Успех на практически изпит (семестриален) – випуск 2015/2016 г.

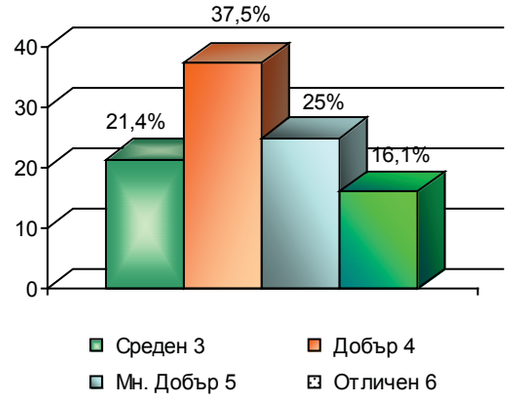


Фиг. 2. Успех на практически изпит (държавен) – випуск 2015/2016 г.

На фиг. 3 и 4 са представени обобщено резултатите (в %) от практическите изпити по време на семестриален и държавен изпит на студентите от специалност *Зъботехника* – випуск 2016/2017 г.



Фиг. 3. Успех на практически изпит (семестриален) – випуск 2016/2017 г.



Фиг. 4. Успех на практически изпит (държавен) – випуск 2016/2017 г.

При випуск 2016/2017 г. не се наблюдава спад в отличните оценки на държавния изпит (16.1%). Увеличава се броят на студентите с добър успех от 33.9% на семестриалния изпит на 37.5% на държавния изпит.

Важен компонент от контрола на качеството на професионалното обучение е относителният дял на успешно положилите държавни изпити и/или изпити по теория и по практика на професията от допуснатите.

При сравнителен анализ на резултатите от държавните практически изпити е видно, че успехът на випуск 2016-2017 г. е по-висок в сравнение с успеха на предходния випуск. Добрите оценки (добър 4) са се покачили от 33.3% на 37.5%, а много добрите (много добър 5) – от 16.7% на 25%, докато средните оценки (среден 3) са намалели.

Изводи

Въз основа на получените резултати от социологическото допитване и от сравнителния анализ на успеха на студентите стигнахме до следните изводи:

1. Допълнителните занятия по ортодонтия в рамките на кръжок и консултации са успешни от гледна точка на запазване и развиване на придобитите практически умения за работа с тел по време на семестриалното обучение.

2. Студентите, посещавали кръжока, проявяват по-голяма увереност в себе си.

3. Участниците в кръжока показват по-високи резултати на практическия изпит по ортодонтия на държавната изпитна сесия.

Смятаме, че кръжокът по ортодонтия е добра обучителна практика, тъй като е безплатен и на доброволен принцип; поддържа и задълбочава практическите умения на студентите и стимулира отговорността им към бъдещата им работа и към пациентите. В процес на разработване е кръжок, насочен към нуждите на студентите от втори курс.

Заключение

Трудно е да се определи еднозначно какво точно се обозначава с термина качество. Когато става дума за качество, първото нещо, което се асоциира, е качеството на продуктите. Това разбиране за качеството е като признак и показател за висок стандарт. Инвестирането в качеството се приема като изготвяне на по-добри характе-

ристики на продукта, неговото постоянно усъвършенстване и нарастваща стойност. Качеството и неговото управление се възприемат като важна област на процесите в индустрията, бизнеса и публичната администрация и постепенно качеството намира своето приложение и в системите за образование и обучение [18].

След успешно завършване на курса по ортодонтия от студентите се очаква да са в състояние:

– Да оформят и анализират различни видове модели.

– Да познават основните зъбно-челюстни деформации и аномалии и основните причини за възникването им.

– Да познават основните принципи на действие на елементите на ортодонтските апарати.

– Да изработват основните лабораторни ортодонтски апарати, използвани в съвременната ортодонтска практика [20].

Своевременният и подробен анализ на събраната информация предоставя възможност на преподавателите да оптимизират програмата при подготовката за следващата учебна година с цел повишаване качеството на обучение на бъдещите зъботехници. Данните от проведените фокусгрупи и от анкетното проучване потвърждават нашето становище за нуждата от допълнителни занятия по ортодонтия като кръжоци и свободноизбираеми дисциплини.

По този начин очакваме да се повиши степента на удовлетвореност както сред студентите и придобилите професионална квалификация, така и сред работодателите, от знанията, уменията и компетентностите на новозавършилите за професионалната им квалификация и от пригодността им за заетост.

Библиография

1. Варнева М. Ретроспекция, анализ и социално-психологически проблеми при подготовката и реализацията на „професионален бакалавър”по специалност „Зъботехник”. Дисертационен труд, Варна, 2013.
2. Гешева Н, Николов Б, Декова Л. Ортодонтия. Медицина и физкултура, София, 1978.
3. Декова Л. Атлас по ортодонтска профилактика.
4. Закон за висшето образование, обн. ДВ, бр. 112 от 27.12.1995 г. и последвалите изменения, публикувани в ДВ в годините.
5. Квалификационна характеристика за обучение по специалност „Зъботехник” в МК „Й. Филаретова“ – София.
6. Клисарова А, Маджов Р и кол. Алманах 50 години Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов”, Варна, 2011.
7. Мутафчиев В. Лингвална пластинка, С., Немезида 1997.
8. Мутафчиев В, Болчева А. Зъбни протези и ортодонтски апарати – раздел Ортодонтия. С., Мед. и физк.
9. Мутафчиев В, Декова Л, Крумова В, Настев П. Ръководство за практически упражнения по ортодонтия. С., Мед. и физк.
10. Мутафчиев В. с участието на В. Крумова, В. Йорданов. Ортодонтия за общопрактикуващия стоматолог, С., Немезида, 2003, 14-20.
11. Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите от професионално направление „Здравни грижи“ за образователно-квалификационна степен „професионален бакалавър по ...“ (приета с ПМС № 238 от 26.09.2008 г., обн. - ДВ, бр. 87 от 07.10.2008 г., в сила от учебната 2008-2009 г.).
12. Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалността „Зъботехника” от професионално направление „Стоматология” за образователно-квалификационна степен "специалист”, приета с ПМС 207 от 8.09.1998, ДВ, бр. 108 от 15.09.1998 г.,изм., ДВ, бр. 94 от 25.11.2005 г.
13. Наредба № 2 от 8.09.2015 г. за осигуряване на качеството на професионалното образование и обучение, ДВ, бр. 70 от 11.09.2015.
14. Николова, Г. Качество на професионалното образование и обучение в контекста на европейските и национални политики и практики, 1, 2015 г.
15. Пашов Й. Лекционен курс по Ортодонтия, 2012 г.
16. Пеев Т и кол. Зъбни протези и ортодонтски апарати. София, Мед. и физк., 1997.
17. Попов Т, Милчева Хр, Петрова Г. Принципи и методика на обучението. Кота принт, 2006.
18. Стоянова Л. Изграждане на училищни системи за управление на качеството – практически насоки, Професионално образование, 2014, 16(3), 233.
19. Стратегия за развитие на професионалното образование и обучение в Република България за периода 2015-2020 г. Октомври 2014 г. София, България http://www.navet.government.bg/bg/docs_all/strat-docs-bg,(23.02.2015 г.)
20. Учебна програма по ортодонтия МК “Й. Филаретова“, МУ – София.
21. Янева Кр. „Дентална медицина”, Българско научно стоматологично дружество, Столична районна колегия на Българския зъболекарски съюз, бр. 16, март 2012 г.
22. EQAVET Работна програма 2013-2015. http://www.eqavet.eu/ (22.03.2015 г.)

ЕТИЧНИ АСПЕКТИ НА МОБИЛНИТЕ ПРИЛОЖЕНИЯ ЗА ЗДРАВЕ (mHEALTH)

Р. Горанова-Спасова, Н. Градинарова и Е. Радев

Катедра по медицинска етика, Факултет "Обществено здраве", Медицински университет – София

ETHICAL ASPECTS OF MOBILE HEALTH APPLICATIONS (MHEALTH)

R. Goranova-Spasova, N. Gradinarova and E. Radev

Department of Medical Ethics, Faculty of Public Health, Medical University – Sofia

Abstract. The widespread deployment of mobile technologies and their application in new areas of life, including public health and healthcare, enables the development of a new field of eHealth, known as "Mobile health" or m Health (m – from mobile). According to data from the European Commission in 2017, 3.4 million people around the world will have a smartphone and half of them will use mobile apps for health. The development of mobile applications is becoming a promising market. According to some authors, strict regulations will suppress that development. Wide access to mobile applications raises ethical questions about their relevance and control. This study aims to explore the opinion of students from various medical specialties on the application of mHealth and the ethical issues associated with monitoring mobile applications.

Key words: mobile applications, health, ethics, health professionals

Адрес за кореспонденция: гл. ас. д-р Радка Горанова-Спасова, дм, Катедра по медицинска етика, Факултет по обществено здраве, МУ – София, 1505 София, e-mail: radka.goranova@gmail.com

Address for correspondence: Senior Asst. Dr Radka Goranova-Spasova, MD, Department of Medical Ethics, Faculty of Public Health, Medical University – Sofia, Bg – 1505 Sofia, e-mail: radka.goranova@gmail.com

mHealth – същност и приложение

Мобилните технологии намират все по-широко приложение, включително и в сферата на здравеопазването и здравните грижи. Едно ново и бързо утвърждаващо се поле на електронното здравеопазване е т.нар. *мобилно здраве* или *mHealth* (m от mobile – мобилен). Въпреки че всеобщо приета дефиниция на *mHealth* още няма, *мобилното здраве* може да се определи като съвкупност от медицински и общественоздравни дейности, осъществени чрез мобилни устройства като телефони, таблети, мониториращи и други безжични устройства за разпространение на здравни услуги и здравна информация [2]. m Health включва както провеждане на разговори и изпращане на кратки текстови съобщения (SMS) по мобилни апарати, така и по-сложни функции и приложения на съвременните смартфони. Мобилните устройства се използват за:

– събиране на здравна информация за отделния пациент и за здравното състояние на обществото;

– изпращане на здравна информация до медицински специалисти, изследователи и пациенти;

– мониториране на жизнените показатели на пациентите в реално време и за пряко предоставяне на медицинска грижи (телемедицина).

Сред целите, които мобилното здравеопазване си поставя, са:

- Повишен достъп до здравни услуги и здравна информация, особено за трудно достъпни групи от хора.

- По-добри възможности за диагностициране и проследяване на заболяванията.
- Своевременно разпространение на актуална обществоздравна информация.
- Нови възможности за допълнително обучение и тренинг на медицинските специалисти.
- Улеснен достъп за медицинските специалисти до информация за пациента и други бази данни.

Мобилните телефони осигуряват нови канали за комуникация и за целите на **промоцията на здравето**. Като пример за използване на мобилни технологии за промоция на здравето може да се даде изпращането на кратки текстови съобщения за повишаване информираността на специфични таргетни групи за здравни кампании във връзка със значими обществоздравни проблеми, като грипни епидемии, репродуктивно здраве, хронични неинфекциозни заболявания, кръводарителски кампании и др. Фокусът на общественото здраве е насочен към здравословното хранене, физическата активност, намаляване употребата на цигари, майчиното здраве, половопреносимите заболявания, епидемии като тази на грипния щам H1N1.

Страните с по-висок доход в по-голяма степен използват mHealth, което съответства на общата тенденция за използване на eHealth. В развитите страни на пазара за мобилни приложения се появяват все повече продукти със здравна насоченост [3, 5]. По-голямата достъпност до новите технологии дава възможност за по-голяма персонализация и пациент-центрирани здравни грижи. По данни от СЗО най-активни са страните от Европейския регион. Страните от Американския, Източносредиземноморския и Югоизточноазиатския регион на СЗО в най-голяма степен прилагат инициативи за промоция на здравето чрез мобилни технологии.

Повечето медицински специалисти биха препоръчали на пациентите си приложения, насочени към коригиране на нездравословното поведение и стил на живот. Чрез такъв тип приложение може да се проследява физическата активност в рамките на деня. Мобилните приложения за бягане и физическа активност отчитат пробягания километри, маршрута и изгорените калории [4].

Други приложения позволяват на потребителите да въвеждат данни и дори да „качват“ снимки на дневното си меню, след което да анализират хранителната стойност и калорийното съдържание.

Чрез мобилни приложения за смартфони жените във фертилна възраст, както и забременелите вече жени могат да получават ценна информация във връзка със здравословното тегло и препоръчителния хранителен режим. Наши експерти обръщат внимание, че моделът за промоция на репродуктивното здраве чрез фактора хранене подобрява качеството на репродуктивните функции на жената и гарантира износване на жизнеустойчив плод [1]. Чрез мобилните приложения бременните, могат да проследяват прогреса на бременността, като се запознават с различните етапи от развитието на фетуса, да следят графика на задължителните прегледи и изследвания, както и сами да вписват важна информация във връзка с протичането на бременността, приема на медикаменти и т.н.

Мобилните приложения за ограничаване на тютюнопушенето са атрактивни с дизайна си, показват времето на спиране на цигарите, спестените пари и времето „спасен“ живот.

В някои страни разработването и внедряването на подобни приложения за промоция на здравословен стил на живот и повишаване на личната отговорност за здравето се извършва с подкрепата на здравните служби.

Етични измерения на mHealth

Част от въпросите, на които се обръща внимание във връзка с етичната приемливост на mHelath, са:

- Може ли да се гарантира качеството на информацията, разпространявана чрез мобилните приложения за здраве;
- Осигуряват ли приложенията надеждна защита на личната информация;
- Кой осъществява контрола на събраните данни чрез mHealth технологиите и за какъв период ще се съхраняват.

Все още остава нерешен въпросът кой ще гарантира етичната приемливост на мобилните приложения за здраве и кой ще отговаря за сигурността на събираната информация и достъпа до личните данни на потребителите.

Целта на нашето изследване е да се проучи мнението на студенти от различни медицински специалности от Медицинския колеж „Йорданка Филаретова“ относно приложението на mHealth и етичните проблеми, свързани с мониторинга на мобилните приложения.

Материал и методи

Проведена е анонимна индивидуална анкета сред 31 студенти. Анкетната карта съдържа въпроси за демографската характеристика на участниците, както и специфични въпроси във връзка с използването и етичната приемливост на мобилните приложения за здраве. Получените данни са обработени със статистическия пакет SPSS 15. За графичното и таблично оформление на резултатите са използвани продуките на Microsoft Office.

Резултати и обсъждане

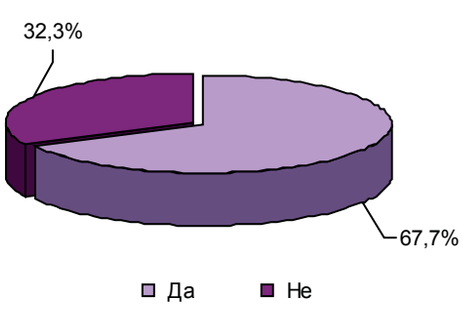
Демографските характеристики на анкетираните лица са представени на табл. 1. Преобладават жените (61.3%), както и участниците със средно образование.

Значителен дял от анкетираните студенти по здравни грижи посочват, че са запознати с мобилните приложения за здраве (67.7%) и над половината от тях използват подобен тип приложения на мобилните си устройства (смартфони и таблети) (58.1%) (фиг. 1 и 2). Сред най-използваните са приложенията за отчитане на брой крачки, изминато разстояние; фитнес приложения и следящите изгорени калории (фиг. 3).

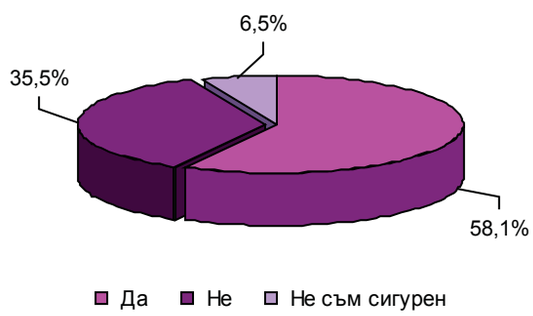
Здравната информираност е важен компонент на здравната култура. Тя е елемент на здравната промоция и гаранция за подобряване на здравното състояние на населението. 67.7% от участниците в проучването са на мнение, че мобилните приложения за здраве са в състояние да подобрят здравната информираност на техните потребители (фиг. 4).

Таблица 1. Демографски характеристики на участниците

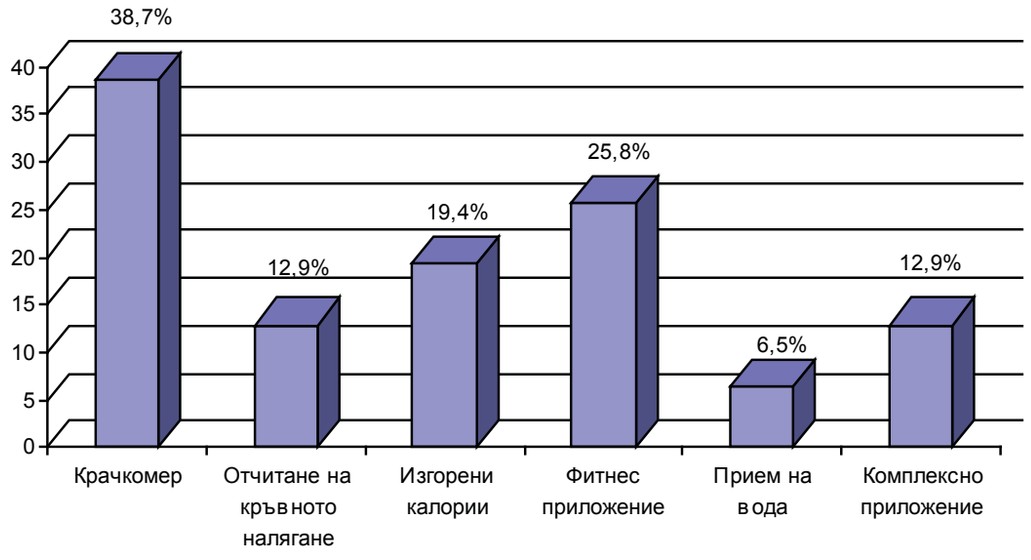
Възраст	**18-25 год.**	**26-30 год.**	**31-40 год.**	**41-50 год.**
	54.8%	6.5%	25.8%	12.9%
Пол	Мъжки		Женски	
	38.7%		61.3%	
Образование	Средно	Професионален бакалавър	Висше бакалавърска степен	Висше магистърска степен
	83.9%	6.5%	4.2%	6.5%
Специалност	Рехабилитатор	Медицинска сестра	Акушерка	Рентгенов лаборант
	51.6%	22.6%	9.7%	16.1%



Фиг. 1. Разпределение на анкетираните според отговорите на въпроса „Запознати ли сте с мобилните приложения за здраве?“



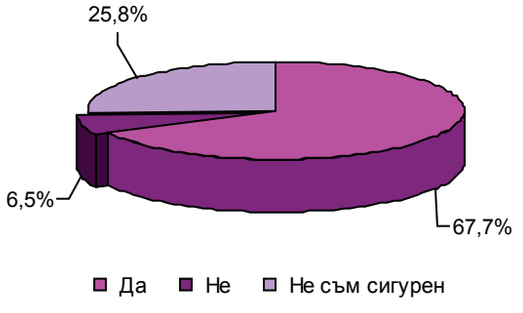
Фиг. 2. Разпределение на анкетираните според отговорите на въпроса „Използвате ли мобилни приложения за здраве?“



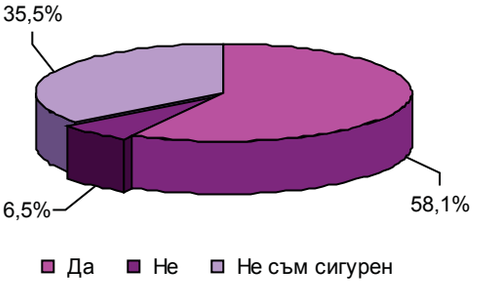
Фиг. 3. Разпределение на анкетираните според отговорите на въпроса “Какви приложения за здраве използвате?”

Съществен остава въпросът за истинността и качеството на информацията, която те получават посредством приложенията.

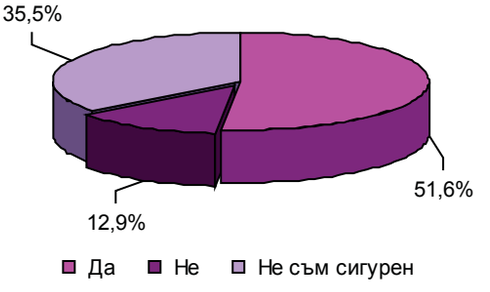
58.1% от анкетираните биха препоръчали мобилно приложение за здраве на свои близки и приятели. По-малък е процентът на изследваните лица, които биха препоръчали такова приложение на своите пациенти – 51.6%. И в двата случая значителен процент не са сигурни, че биха ги препоръчали – 35.5%.



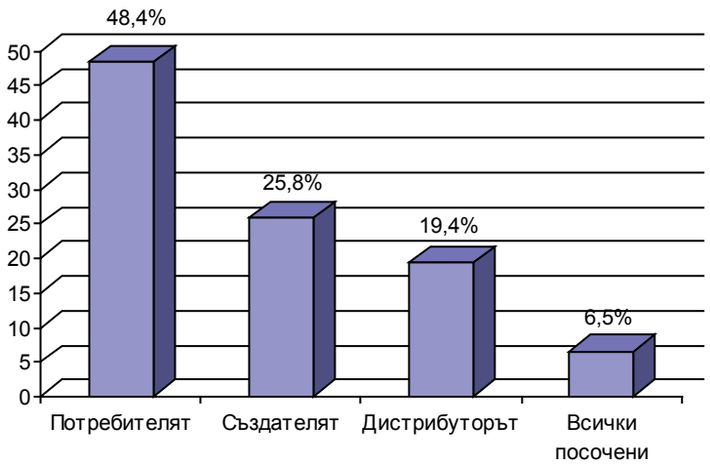
Фиг. 4. Разпределение на анкетираните в зависимост от отговорите на въпроса „Смятате ли, че мобилните приложения за здраве подобряват здравната информираност?“



Фиг. 5. Разпределение на анкетираните според отговорите на въпроса „Бихте ли препоръчали мобилно приложение за здраве на ваши приятели, близки и колеги?“



Фиг. 6. Разпределение на анкетираните според отговорите на въпроса „Бихте ли препоръчали мобилно приложение за здраве на ваши пациенти?“



Фиг. 7. Разпределение на анкетираните според отговорите на въпроса „Кой трябва да носи отговорност за здравните резултати при използване на приложението?“

С утвърждаването на концепцията за правата на човека и автономния модел на взаимоотношения лекар–пациент, пациентът става център и водеща фигура във взаимоотношенията. Той поема отговорност за взетите от него решения във връзка с лечението и здравните грижи. Във връзка с приложението на mHealth в промоцията на здравето попитахме бъдещи специалисти по здравни грижи „Кой трябва да носи отговорност за здравните резултати при използване на мобилни приложения за здраве?“. Мнозинството от анкетираните отговарят, че това е потребителят, в по-малка степен посочват създателя на приложението или дистрибутора му (фиг. 7).

Заключение

Новото направление на eHealth – mHealth (мобилно здраве), подобрява здравната информираност на населението и допринася хората да повишават контрола върху собственото си здраве и да го подобрят. Масовото навлизане на смартфоните и увеличаващите се на пазара мобилни приложения за тях създават нови възможности за персонализация на промоцията на здравословното поведение и ограничаване на рисковите за здравето фактори. Нерешен остава въпросът за отговорността за здравните резултати при използване на мобилните приложения.

Библиография

1. Марков, П. Факторът хранене в промоцията на репродуктивното здраве. В сб. Доклади от XXXIV НТС, Контакт 2014, изд. ТЕМТО, 2014, 231-234.
2. Adibi, Sasan, ed. (February 19, 2015). Mobile Health: A Technology Road Map. Springer.
3. Dolan B. @mHI startup boasts 150K paying mHealth users. MobiHealthNews, 2010 (http://mobihealthnews.com/6381/mhi-startup-boasts-150k-paying-mhealth-users/#more-6381, accessed 02 May 2015).
4. Lupton D. M-health and health promotion: the digital cyborg and surveillance society (preprint). 2011. http://www.academia.edu/1501516/M-health_and_health_promotion_the_digital_cyborg_and_surveillance_society
5. WHO, mHealth: New Horizons for Health through Mobile Technologies: Based on the Findings of the Second Global Survey on eHealth (Global Observatory for eHealth Series, Volume 3). 2011. World Health Organization.

КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ ПРИ СЛУХОВА ЗАГУБА

Г. Георгиева и Н. Симеонова

Филиал „Проф. Д-р Иван Митев“ – Враца, МУ – София

QUALITY OF LIFE IN HEARING LOSS

G. Georgieva and N. Simeonova

Affiliate "Prof. Ivan Mitev" – Vratsa, Medical University – Sofia

Abstract. Quality of life refers to the general well-being of an individual in society. In the European Union, today people with disabilities are more than 15% of population. These are individuals with a permanent physical, psychical, mental or sensory deficiency, which, in the interaction with environment, hinders their full, effective and equal participation in society. Hearing loss is the most distributed sensory impairment globally. Hearing is a very sensitive mechanism. It is the body ability to accept and differentiate sound fluctuations by an auditory analyser. Hearing impairment is among socially significant diseases, which influence quality of life. It impacts health state with a physiological or psychological nature. With impairment of hearing-speech apparatus, people cannot be social subjects. The attitude of society to the problem of deafness crossed a long and controversial way. Follow-up, approach and the mode of relation to the people with disabilities, especially the people with impaired hearing, is of a great importance for avoidance of their social isolation and formation of a person, which is integrated in society and for which auditory perception and speech are main tools for interaction with environment.

Key words: hearing impairment, deafness, quality of life

Адрес за кореспонденция: Галя Цв. Георгиева, преподавател, Филиал „Проф. Д-р Иван Митев”, МУ – София, 3000 Враца
тел. 0879639024, e mail: galia.georgieva2009@mail.bg, e-mail: ninkask@abv.bg
Address for correspondence: Galya Tsv. Georgieva, tutor, Affiliate "Prof. Dr Ivan Mitev", MU – Sofia, Bg – 3000 Vratsa,
tel. ++359879639024; e mail: galia.georgieva2009@mail.bg, e-mail: ninkask@abv.bg

Въведение

Нормално човек възприема чрез слуха 25% от сигналите от околната среда. Слухът реагира на най-незначителните изменения както на околната среда, така и в самия организъм, и ни помага да осъществяваме качествена комуникация с околните. **Трайно увреденият слух води до смущение в слухово-речевата комуникация на пациентите и до тяхна социална изолация.**

Повечето хора не подозират, че имат проблем със слуха. Обикновено им отнема близо 10 години, преди да потърсят помощ за слуховата си загуба. Това е така, защото чуваме толкова, колкото чуваме, и не можем да направим сравнение с преди.

Съществуват специфични характеристики на лицата със слухови нарушения. Зрителните, вибрационните, осезателните възприятия се осъществяват по-бавно, с недостатъчна степен на обобщение. Отбелязва се снижаване на паметта по редица показатели: преднамереното запомняне е занижено, дълготрайната памет е слабо развита. Глухите деца без речеви опит и слухови остатъци не проговарят самостоятелно. Слабочуващите деца произнасят първите си думи по-късно. Налице са нарушения във фонацията и в артикулацията. Мисленето се характеризира с известни задръжки – забавя се преходът от нагледно-действеното към словесно-логическото мислене.

Звуковете се характеризират с интензивност и честота. Интензивността на звуковете се измерва в децибели (dB), а честотата – в херца (Hz).

Нормата за чуваемост е от 0 до 25 dB.

Трайното намаление на слуха може да е в различни степени – от по-лека до значителна глухота:

– **I степен** – понижението на слуха не превишава 50 dB.

– **II степен** – понижението на слуха е от 50 до 70 dB.

– **III степен** – понижението на слуха превишава 70 dB. Тук можем да говорим за частична глухота.

– **Тотална глухота** – загуба на слуха над 80 dB.

Трайното намаление на слуха е в резултат на увреждане на звукопроводния или звукоприемния апарат на ухото, което не може да бъде лекувано по консервативен или оперативен път. Причината за намалението на слуха може да е:

– **кондуктивно** – вследствие на нарушение на външно или средно ухо, поради което звуковите колебания не могат да достигнат до вътрешното ухо.

– **невросензорно –** вследствие на нарушения на слуховия нерв или на сензитивния механизъм във вътрешното ухо.

Причините за глухота, свързана с нарушение в провеждането на звука (кондуктивна и невросензорна загуба на слуха) могат да бъдат най-различни. Те могат да са звукопроводна, смесена и звукоприемна в зависимост от локализацията на морфологичните увреждания в слуховата система.

Глухотата може да се класифицира като: **наследствена, вродена и придобита.** Тя е сензорен дефицит, при който личността не може да възприема звукови стимули във всичките им форми. За слуховите нарушения отношение имат: наследствени фактории; родови травми – физически при раждане с форцепс, вакуумекстрактор и с асфиксия; патогенни влияния в пренаталния период; възпаление на средното ухо (отит; инфекциозни заболявания, които могат да доведат до трайни дефекти на средното и вътрешното ухо (например скарлатина, рубеола, менингит, тежки форми на грип); ототоксични медикаменти; травми на вътрешното или средното ухо; баротравми.

Сенилната глухота (пресбиакузис) е най-честата причина за тревожен синдром и депресия при възрастните хора, които усещат влошаването с напредване на възрастта. За граница между ранното и късното оглушаване се приема периода на началното формиране и развитие на речта. При намаление на слуха преди развитие на речта освен невъзможността тя да се развие, се наблюдава и изоставане в нервно-психичното развитие. При намаление на слуха след развитието на говора се наблюдава промяна – той е аритмичен, нединамичен, висок говорен дефект.

Целта на разработката е да се проучи влиянието на слуховата загуба върху качеството на живот.

За нейното реализиране си поставихме следните **задачи:**

1. Проучване на причините, довели до слуховата загуба.

2. Проучване на последствията от това състояние.

3. Проучване на информираността за решение на проблемите вследствие намаления слух.

4. Очертаване на насоки за подобряване на качеството на живот при слухова загуба.

Материал и методи

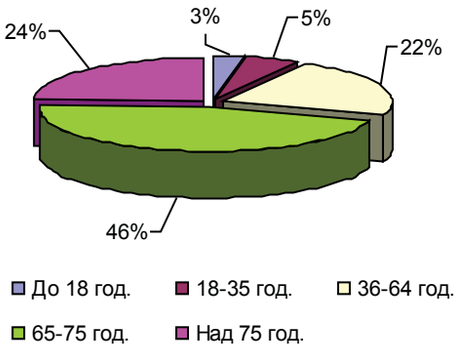
За целите на проучването са използвани резултати от проведено анкетно проучване на 114 клиенти – мъже и жени, на възраст между 4 и 90 години в слухопротезен център на „Старки България" ЕООД, град Враца, за периода от месец януари 2017 г. до месец юни 2017 г., съставляващи 14% от преминалите пациенти.

Резултатите са обработени с компютърна статистическа програма SPSS 16,0. Графиките са изработени чрез програмата EXCEL.

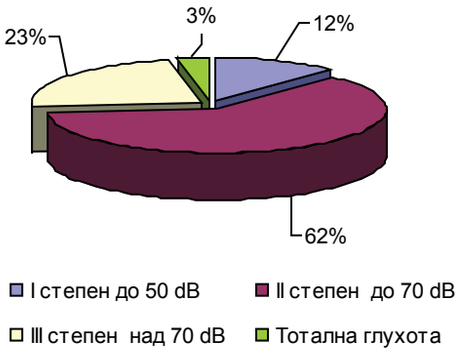
Анализ на резултатите от проучването

Сенилната глухота е състояние, при което слухът прогресивно намалява с напредването на възрастта. От изследваните лица 46% са на възраст над 65 год., 24% са над 75 год., което говори, че евентуалната причина за намалението на слуха е презбиакузис. Факт е, че 2-ма от 3-ма души на възраст над 65 години страдат от слухова загуба.

По-малък процент са по-младите пациенти – съответно до 18 год. – 3%, до 35 год. – 5%, и 22% са между 36 и 64 год., където причините за намаления слух са от друго естество.



Фиг. 1. Разпределение по възраст на анкетираните лица със слухова загуба



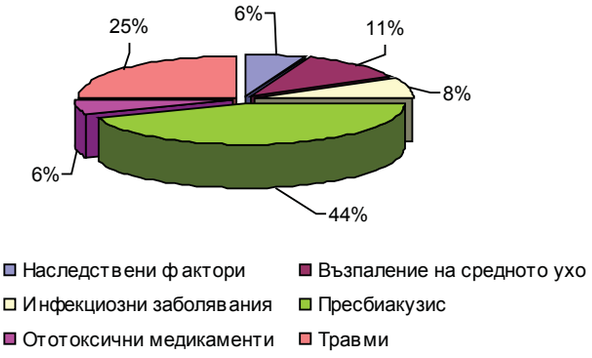
Фиг. 2. Разпределение по степен на намалението на слуха

Проучваните лица, потърсили решение на проблема глухота, разпределени по степен на намаление на слуха, са както следва:

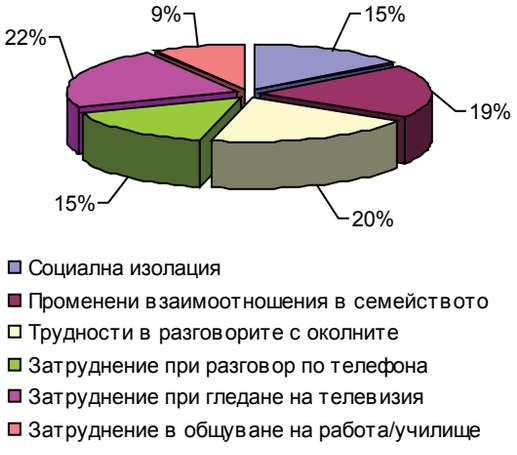
– I степен до 50 dB – 12%,
– II степен до 70 dB – 62%,
– III степен над 70 dB – 23%.
– С тотална глухота са 3%, при които възможностите за разрешаване на проблема са силно ограничени.

При анкетното проучване са посочени повече от една причина. При 44% намалението на слуха е започнало с напредване на възрастта.

При 6% в семейството се наблюдава в няколко поколения глухота. При 25% от изследваните лица загубата на слуха е следствие на травми от различен характер (работа в шумна среда без предпазни средства, физическа травма и др.). Използването на ототоксични медикаменти е причината 6% от изследваните лица да загубят слуха си. За прекарани инфекциозни заболявания съобщават 8%, а за възпаление на средното ухо – 11%.

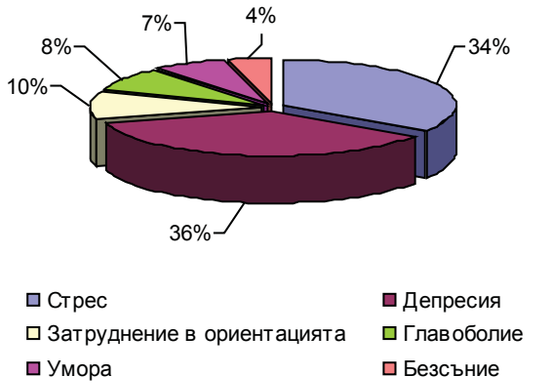


Фиг. 3. Причини за намаление на слуха



Фиг. 4. Затруднения, които изпитват лицата с намален слух (посочени са повече от една причина)

С намаляването на слуха се променят значително и отношенията в семейството. Възникват множество неразбирателства в ежедневието, което се отразява негативно и на двете страни. Много от ежедневните дейности се затрудняват – разговорите с хора и по телефонна, гледането на телевизия, се превръщат във все по-голямо предизвикателство. Лицата в работоспособна възраст изпитват затруднения при извършване на задълженията в работна среда. Те могат дори да изгубят позицията си, ако работата им зависи от добрата комуникация. Нетретираната загуба на слуха засяга продуктивността, ефективността и успеха в кариерата. Децата изпитват затруднение не само при общуване, но и в усвояване на учебния материал. Комуникацията в различните институции е силно затруднена поради недостатъчно адаптирана среда за този вид увреждания.



Фиг. 5. Физически последствия от загубата на слух

Загубата на слуха има и физически последствия. От анкетираните лица 7% имат оплаквания от прекомерна умора, 34% – стрес, 8% – главоболие, 10% съобщават за проблем с ориентацията, 36% – депресия, 4% – безсъние. Безопасността на човек е пряко свързана със слуха. Човек може да пропусне звукови сигнали, важни за оцеляването му, като аларми, клаксони и викове за предупреждение. Пропускането на сигнали, които да въздействат върху ежедневния живот, като звън на телефон, звънец и будилник, също създават редица недоразумения. Умерената до тежка загуба на слуха се свързва с повишен риск за смърт.



Фиг. 6. Очаквания на лицата с намален слух за решаване на проблема

Относно въпроса какво трябва да се предприеме, лицата в анкетното проучване имат повече от един отговор, като 112 (40%) от тях виждат разрешаването на проблема чрез адекватно слухопротезиране. 19% смятат, че средата не е достатъчно адаптирана към хора с увреждане на слуха. 14% от тях изпитват нужда с тях да работи слухово-речев рехабилитатор, а 5% – логопед. 22% поставят въпроса за подходящо професионално обучение.

Изводи

Трайното увреждане на слуха при човека води до смущения в слухово-речевата комуникация и социална изолация. Това влияе пряко върху качеството на живот. Всяко увреждане на слуховия анализатор води до смущения в говорната комуникация. Затова е необходимо всяко намаление на слуха възможно най-рано да се установи и да се започне адекватно поведение. Адекватно поведение е използването на всички възможности за социална рехабилитация на индивида, а тя зависи от степента на намаление на слуха, от локализацията на слуховите увреждания, от възрастта, степента на физическо, психично и говорно развитие.

Заключение

Отношението към проблема “глухота и глухонемота” изминава дълъг и противоречив път. Той отразява човешкото развитие в битов, социален и мисловен аспект, а различните концепции за качеството на живот са взаимосвързани, като обхващат три различни компонента – здраве, щастие и начин на живот.

За формиране на личност, интегрирана в обществото, за която слуховото възприятие и словесната реч са основни средства за взаимодействие със социалната среда, са необходими усилия в няколко посоки – медицинска и социална рехабилитация, образование и професионално обучение, трудова заетост, достъпна жизнена и архитектурна среда, социални услуги, социално-икономическа защита, достъпна информация.

Библиография

1. Георгиев Г. Ушни, носни, гърлени болести. С., Мед. и физк., 1994.
2. Аспарухова П, Маринов Л, Янкова Г. Емоционално състояние на болните в период на хоспитализация. Международна научна конференция „Образование, наука, икономика и технологии“, 25-26.06.2015 г. Университет „Проф. д-р А. Златаров“ – Бургас. Управление и образование, Кн. 5, том 11.
3. Павлов Вл, Гюлев Ат. Ушни, носни и гърлени болести. Мед. и физк., С., 1979.
4. Янков Г, Ботушаров М. Ръководство по ушни болести. Мед. и физк., С.
5. Национална концепция за насърчаване на активния живот на възрастните хора в България (2012-2030 г.).
6. Европейска харта на правата и отговорностите на възрастните хора, нуждаещи се от дългосрочни грижи и помощ.

ПРОЦЕСЪТ В СЕСТРИНСКИТЕ ГРИЖИ – ПРОИЗХОД И ЕВОЛЮЦИЯ

Г. Янкова, П. Добрилова, П. Аспарухова, Е. Владимирова и Е. Янкулова

Катедра „Здравни грижи“, Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, Медицински университет – София

NURSING PROCESS – GENESIS AND EVOLUTION

G. Yankova, P. Dobrilova, P. Asparuhova, E. Vladimirova and E. Yankulova

Department of Health Care, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“ – Vratsa, Medical University – Sofia

Abstract. The article discusses the genesis and evolution of the concept of "Nursing Process" in professional nursing practice. It is based on the understanding that the approach has gone a long way in the Western European countries and the United States, but in Bulgaria it is relatively new and has not yet found any real application in practice. The concept of "nursing process" is part of the evolution of nursing care and is a key factor in ensuring a high quality, consistent with the changing needs of the health care system.

Key words: nursing care, nursing process, quality

Адрес за кореспонденция: Галя Янкова, Катедра „Здравни грижи“, Филиал „Проф. д-р Иван Митев“, Медицински университет – София, 3000 Враца, e-mail: gyankova1968@abv.bg

Address for correspondence: Galya Yankova, Department of Health Care, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, Medical University – Sofia, Bg – 3000 Vratsa, e-mail: gyankova1968@abv.bg

Сестринството е важна съставна част от системата на здравеопазване. То е процес на организиране и провеждане на навременни, целесъобразни, качествени и научнообосновани здравни грижи, насочени към човека – болен или здрав.

Нърсинг-процесът е едно от основните понятия в съвременния модел на сестринските грижи, основан на новата философия и практика на сестринството (nursing) и един от ключовите фактори за гарантиране на високо качество на здравните грижи [1, 26]. Определя се като технологичен инструмент или методически модел за професионални сестрински грижи. Тази реформаторска концепция, възникнала в САЩ през 50-години на XX век и напълно доказала своята целесъобразност в клинични условия през годините, внася ново разбиране за ролята на медицинската сестра, изисквайки от нея не само добра техническа подготовка, но и умения за творчески подход в грижите, умения за отношение към пациента като личност, а не “нозологична единица”, обект на манипулативна техника.

Подходът *сестрински процес* е изминал дълъг път на развитие в западноевропейските страни и САЩ, но в България е сравнително нов и още не е намерил реално приложение в практиката.

Целта на настоящата разработка е да се направи исторически преглед на концепцията *сестрински процес*.

Материал и методи

Използвани са документално проучване и анализ на литературни източници посветени на еволюцията на концепцията *сестрински процес*.

Резултати

Професията „Медицинска сестра” е възникнала и съществува, за да служи на обществото. *Nursing* произхожда от глагола *to nurse* (лат. nutrix

– кърмя, храня, отглеждам), превеждащо се като „наглеждам, наблюдавам, грижа се, храня, защитавам, възпитавам и обезпечавам лечебни грижи в случай на болест“.

Думата *process* означава „придвижване, ход на събитията“, в дадения случай последователни етапи, предприети от сестрата за постигане на определен резултат [2].

Дефиниции и основни пунктове на концепцията *сестрински процес*

Различните автори дефинират понятието „сестрински процес“ по различни начини. В статията си *Critical Thinking, The Nursing Process, and Clinical Judgment* авторите Чити и Блек описват сестринския процес като „метод на критично мислене, фокусиран върху решаване на проблемите на пациента в професионалната практика [7]. В книгата *Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care* Тейлър и съавт. го определят като „петстъпков систематичен метод за предоставяне на грижи за пациентите“ [27]. Американската асоциация на медицинските сестри ANA възпрема *сестринския процес* като „основното ядро в сестринската практика, за да се постигне холистична, пациент-фокусирана грижа“ [28].

В. Хендерсън разглежда *сестринския процес* като „действително прилагане на логически подход за решаването на проблема, използвайки стъпките на научния метод. *Сестринският процес* подчертава научната основа на сестринството, той е смес от наука и изкуство, на които се основават всички ефективни здравни грижи“ [18].

Потър и Пери в книгата *Basic nursing: essentials for practice* споделят виждането, че: „Сестринският процес позволява на медицинските сестри да развиват критическо мислене за клинични решения в сестринските грижи.“ [23].

В програмата на СЗО по сестринско и акушерско дело в Европа *сестринският процес* се описва като „...термин, прилаган в системата на характерните видове сестринска намеса в сферата на опазване на здравето на отделните хора, техните семейства или групи от населението. Сестринският процес означава конкретно използване на научни методи за определяне на медико-социалните потребности на пациента/семейството или обществото и на тази основа подбор на тези потребности, които могат да бъдат най-ефективно удовлетворени чрез сестрински грижи. Тук също така влизат планирането на мерките по удовлетворяване на належащите потребности, организацията на грижите и оценката на резултатите. Сестрата в сътрудничество с другите членове на медицинския екип определя задачите, тяхната последователност, вида на необходимите грижи и мобилизира необходимите ресурси. След това пряко или косвено оказва сестринска помощ и извършва оценка на получените резултати. Информацията, получена при оценката на резултатите, трябва да залегне в основата на необходимите промени в последващите намеси в аналогични ситуации при сестринските грижи. По този начин сестринската дейност се превръща в динамичен процес на собствена адаптация и усъвършенстване.” [3].

В общи линии, *сестринският процес* е метод, използван за оценка и диагностициране на нужди, планиране на резултати и дейности, прилагане на интервенции и оценка на резултатите от предоставените грижи. Подобно на други дисциплини, професията е разработила различни теории, получени от понякога разнообразни философски убеждения, парадигми или мирогледи, за да помогне на медицинските сестри в изпълнение на дейности и конкретни цели.

В системата на българското здравеопазване понятието *сестрински процес* се появи неотдавна и засега не е намерило реално приложение. В научните и управленските кръгове се водят активни дискусии за перспективите на пълна или частична адаптация към българските условия. Очевидно, за да се вземат решения, са необходими години на икономически и клинични изследвания и щателна оценка на резултатите.

Произход на подхода *сестрински процес*

Подходът *сестрински процес* има дълга история. Смята се, че Флоранс Найтингел първа в историята прилага научни методи в решаване на проблеми на сестринството. Изразът *сестрински процес* още не е използван през втората половина на XIX в., въпреки че Флоранс Найтингел е подчертавала необходимостта от обучение на медицинските сестри, за да наблюдават и да правят преценка в своите „бележки” [16].

Неговото официално навлизане в професионалния език се наблюдава през 50-те години на XX век като метод за решаване на проблеми, чиито корени са научен метод на наблюдение, измер-

ване и анализ на данни. Смята се, че понятието е въведено от Орландо [19, 29]. Джон Брукинг в проучването си *Patient and family participation in nursing care: The development of a nursing process measuring scale* [5] доказва, че идеите на сестринството като процес и значението на индивидуалните планове за грижа, се появяват през 50-те и 60-те, години на XX век.

През 60-те години на XX век в САЩ комбинираният ефект на бързо променящата се система на здравеопазване и нарастващите изисквания към здравните услуги довеждат до въвеждането на определени роли за професионалистите по здравни грижи [25]. За да се установи професионалната роля на медицинската сестра и за разработване на сестринството като отделна дисциплина в рамките на системата на здравеопазване, е обмислен ход за поставяне на сестринството на научна основа [10]. Въпреки че началните препратки към *сестринския процес* са свързани с Орландо [29], първите, които го разработват и операционализират са Хелън Юра и Мария Уолш в Католическия университет на Америка, Вашингтон през 1960 г. Те създават организационна рамка, наречена *сестрински процес*, определена като подход на преднамерени, системни етапи на сестринската практика [31]. Авторите заявяват, че прилагането на систематична рамка, подкрепяща добрата сестринска практика, и използването на стандартни етикети ще доведат до подобряване на комуникацията между медицинските сестри, предоставяне на качествени грижи и система за оценка на тази грижа [12, 15, 31]. Според тях *сестринският процес* се състои от четири фази: оценка, планиране, изпълнение и оценка; и го определят като „един подреден, систематичен начин за определяне проблемите на клиента, изготвяне планове за решаването им, изпълнение на плана или възлагане на други за изпълнение, и оценка на степента, до която планът е бил ефективен в решаването на идентифицираните проблеми» [31]. Юра и Уолш подчертават, че от съществено значение за професионалната практика са интелектуалните способности, междуличностните и техническите умения, които те считат за необходими и следователно съществени аспекти за прилагане на *сестрински процес* от медицинските сестри.

Това е исторически момент, в който се поставя акцент върху преподаването на този метод в училищата за медицински сестри [20]. Пример за този начин на мислене е и списъкът от 21 проблема, поставени във фокуса на сестринските грижи, предложен от Фей Абдела през 1960 г., както и списък с 14 области на основни човешки потребности, описан от Вирджиния Хендерсън също през 1960 г. По това време в литературата са публикувани и други примери на инструменти за събиране на данни, като моделът, основан на 13 функционални области, предложен от Фей Маккейн през 1965 г.

През 1970 г. започват да се развиват етапите на процеса на сестринските грижи.

Въпреки неоспоримото значение аспектът, който характеризира първото поколение на сестринския процес, е, че грижата за нуждите и процесите на решаване на проблемите на пациентите са свързани главно с определени патофизиологични медицински термини [22].

В статията си *The nursing process-is the title right?* [17] Хендерсън споделя мнението, че *сестринският процес* до голяма степен се дължи на серия от движения, проведени от медицинските сестри в САЩ през 30-те и 40-те години на XX век, като израз на повишена загриженост за планирането и индивидуализирането на грижата за пациента, загриженост за психосоциалните и физическите проблеми на пациентите, засилен акцент към сестринството като наука, както и необходимостта от признаване на независимата роля на медицинската сестра. Бързите и продължаващи промени в здравеопазването, научните постижения и новите здравни технологии обхващат и границите на сестринската практика. Появява се нуждата медицинските сестри да направят своя конкретен принос за обществото, за да се утвърдят като професия. За да се постигне този професионален статус, на практика от първостепенно значение е разработването на собствена база знания и насърчаване на автономията на медицинските сестри [31]. Бързото разпространение на сестринския процес в Северна Америка се дължи основно на следните фактори:

- През 1960 г. *Американската асоциация на медицинските сестри* (ANA) заставя вече дипломираните медицински сестри да преминат курс за следдипломно обучение с цел подобряване на тяхната квалификация. Централна тема на курса е *сестринският процес* [9].
- През 1970 г. Съвместната комисия по акредитация на болници (JCAH) въвежда закон, чрез който плановете за грижа за пациента са предпос-

тавка за акредитация на услугите на медицински сестри, затова медицинските сестри са задължени да използват документацията, необходима за сестрински процес (Сестринско досие).

- Освен това, през 50-те години на XX век в САЩ някои сестрински програми, интегрирани в университетския сектор, дават възможност на медицинските сестри за достъп до магистърски и докторски програми. Развитието в сферата на сестринското образование увеличава загрижеността на медицинските сестри за развитието на професията, в този контекст, сестринският процес се разглежда като важно средство за това развитие [31].

Еволюция на концепцията *сестрински процес*

Значението, придавано на *сестринския процес* и как той се прилага в професионалната практика, е динамично и се променя с течение на времето и според различните модели на сестринските грижи. По този начин могат да бъдат идентифицирани различни генерации на *сестрински процес*, всяка от които се влияе от състоянието на съвременните знания и движещите сили.

Опитът от прилагането на *сестрински процес* през първото десетилетие в четирите му етапа – оценка, планиране, изпълнение и оценка – води до определени изводи. Учени медицински сестри като Аспинал [4], Геби и Левин [13], Мъндиджър и Джорън [21] твърдят, че липсва „брънката" в тези четири етапа. Те смятат, че въпреки че медицинските сестри правят оценка на пациента и след това планират грижи въз основа на нея, те не етикетират лекуваното състояние/проблем. За преодоляване на този дефицит и да се идентифицират и етикетират общи проблеми, които медицинските сестри обгрижват, няколко учени медицински сестри въвеждат допълнителен етап – диагностика [4, 13, 14]. Той следва етапа на оценка и включва *сестринска диагностика на проблемите на пациента* и *посочва тези проблеми*, използвайки стандартни етикети, известни като *сестрински диагнози*. Установено е, че използването на стандартните етикети като част от този процес ще подпомогне професията на медицинската сестра в идентифицирането на сестрински явления, които могат да подобрят сестринския дискурс и научните изследвания. По-конкретно, становището е, че ще помогне в именуването, комуникацията, обучението и изследването на здравословни проблеми, които са във фокуса на сестринските грижи [15, 30]. Като се има предвид, че медицинските сестри работят в мултидисциплинарен екип, където полагането на сестрински грижи традиционно се разглежда като синоним на медицинска помощ, това обяснение за уникалния сестрински принос за здравните грижи е важно от професионална гледна точка, защото очертава домейна на сестринството.

През 1973 г. се провежда първата конференция за класифициране на сестринските диагнози при използване на процеса на дедуктивното мислене, както и на индуктивно, като участниците проектират и одобряват първия списък с проблеми/ситуации, които са признати в практиката, като принадлежащи към областта на независимата сестринска професия [11, 12].

Терминът **диагноза** присъства в литературата от 1950 г. насам – когато Луиз Макманъс на пресконференция в педагогическия институт в Ню Йорк, посочва специфичната роля на медицинската сестра при определяне и диагностициране на проблеми и признаване на техните взаимосвързани аспекти, както и решенията за действията, които ще бъдат приложени за тяхното разрешаване. Въпреки това до 1973 г. диагностичният етап не е включен в *сестринския процес*. С оглед на този факт може да се каже, че движението за идентифициране и класифициране на сестрински диагнози поставя началото на ново поколение *сестрински процес* и преди всичко, началото на нова ера за сестринството, която постепенно доразвива структурата му на окончателна наука.

Предложеното идентифициране и класифициране на сестрински диагнози предизвиква революция в мисленето в областта и последвалата промяна измества акцента от идентифициране и решаване на проблемите към диагностичното и клиничното мислене. Този факт променя разбирането за *сестрински процес*, помага да се управлява информацията за пациента и за вземането на решения за действия и професионални интервенции от страна на медицинската сестра [23].

Второто поколение на *сестринския процес* определя нови потребности в образованието и здравеопазната практика, за да се разбере как в клиничното изпитване се извършва и повишаване на професионалните умения в диагностичното мислене. В края на 80-те години на XX век еволю-

цията и непрекъснатото развитие на системите за класификация на елементите на професионална практика, продължаващите изследвания върху динамиката на клиничното мислене и преценка, както и новите тенденции в областта на здравеопазването, насочени към оценка на резултатите в здравеопазването, определят условията за възникване на друга трансформация в мисленето и как да се прилага *сестринския процес* [23].

През 1980 г. Американската асоциация на медицинските сестри одобри диагнозата като етап от процеса на сестринските грижи, чрез дефиниране на сестринството, като "... диагностика и лечение на човешките реакции на действителни или потенциални здравословни проблеми" [6].

В центъра на вниманието на третото поколение *сестрински процес*, който започва около 1990 година, е спецификацията и тестването в практиката на резултатите за пациента, които са чувствителни към професионална намеса. След поставянето на сестринска диагноза трябва да се укаже резултат, който следва да се постигне, а това води до двойно задължение – да се определи съответната интервенция и да се оцени ефективността ѝ.

Сестринският процес е рамка на сестринските грижи, която може да се използва във всички сфери на здравеопазването. Усъвършенстването на сестринската практика, чрез прилагането на *сестрински процес* ще доведе до прилагане на подходящи сестрински грижи за минимум време и с максимална ефективност [11]. Работата на различни автори и експерти върху концепцията *сестрински процес* довежда до предлагането на

Таблица* 1. *Еволюция на сестринския процес

Преди 1955 г.	Преди *сестринският процес* да еволюира, медицинската сестра предоставя грижи, въз основа на лекарските предписания. Грижата се основава единствено на инстинкта на сестрата. Няма ясно разграничими граници, определени за сестринската практика
1955 г.	*Сестринският процес* е лансиран от Лидия Хол в три стъпки – наблюдение; администриране на грижите; валидиране
1959-1960 г.	Дороти Джонсън (1959), Ида Орландо (1961) и Ърнестийн Виденбах (1963) въвеждат тристепенния модел за процеса на сестрински грижи: поведение на клиента, сестринска реакция, сестринско действие
1966 г.	Вирджиния Хендерсън идентифицира модела на *сестрински процес*, като стъпки, използвани в научния метод – наблюдение, измерване, събиране на данни и анализ на констатациите
1967 г.	Хелън Юра и Мария Уолш предлагат четиристепенен модел: оценка, планиране, намеса и оценка
1973 г.	Използването на *сестрински процес* в клиничната практика продължава да получава допълнителна точност и признаване, когато Американската асоциация на медицинските сестри (ANA) публикува стандарти за клиничната сестринска практика. Публикуването на стандартите дава допълнителна легитимност на петте фази, или стъпки, от процеса на сестрински грижи. Преподаватели по сестрински грижи и клиничните медицински сестри започват да използват петстъпков модел на *сестрински процес*. През 1973 г. започват да се провеждат национални конференции за класификацията на сестрински диагнози. Конференции на Северноамериканската асоциация за сестринска диагностика (NANDA) се провеждат на всеки 2 години с цел идентифициране, изясняване и усъвършенстване на сестринските диагнози
1980 г.	ana публикува официален отчет, даващ насоки (стандарти) за отделните професионални медицински сестри за следване в практиката
1982 г.	Националният съвет по лицензиране (NCLEX) включва понятието *сестрински процес* като база за организация на сестринската практика
1984 г.	Съвместната комисия за акредитацията на организациите на здравеопазването (JCAHO) стартира изисквания за акредитиране на болници, за да използват процеса на сестринство като средство за документиране на всички фази на грижа за клиента
От 1990 г.	*Сестрински процес* се реализира на пет етапа (стъпки): оценка, диагностика, планиране, изпълнение и оценка
2010 г.	ANA въвежда модел на *сестрински процес*, състоящ се от 6 фази – обследване и идентификация, сестринска диагноза, определяне на целите и очакваните резултати, планиране, изпълнение и оценка

6-степенен модел, въведен от Американската асоциация на медицинските сестри (ANA), а именно – *обследване и идентификация; сестринска диагноза; определяне на целите и очакваните резултати; планиране; изпълнение / реализиране на плана; оценка* [8].

Таблица 1 представя систематичен анализ на развитието на концепцията *сестрински процес* в контекста на професионалната дейност на медицинските сестри.

Изводи и заключения

Цитираните научни изследвания и анализи позволяват да се обобщят основни характеристики и преимущества на концепцията *сестрински процес*. Резултатите могат да послужат за сестринското обучение и практика, както и да осигурят основа за по-нататъшни изследвания в тази област.

Библиография

1. Маринова, П, Янкова, Г. Внедряването на Нърсинг процес – необходим организационен приоритет в българското здравеопазване. Медицински меридиани, 2010, № 3, 44-48.
2. Мухина СА, Тарновская ИИ. Теоретични основи на сестринските грижи, 2006.
3. СЗО, Сестрински процес и документация – Копенхаген; Европейско регионално бюро на СЗО; март,1996; гл.4
4. Aspinall MJ. Nursing diagnosis – the weak link. Nursing Outlook, 1976, 24(7), 433-437.
5. Brooking J. Patient and family participation in nursing care: The development of a nursing process measuring scale. Unpublished PhD. Chelsea College. University of London,1986.
6. Carlson, J. H., Craft, C. A., McGuire, A. D., Popkess-Vawter, S. Nursing diagnosis a case study approach. Sydney: W. B. Saunders Company.1991.
7. Chitty KK, Black BP. Critical Thinking, The Nursing Process, and Clinical Judgment.In:Professional Nursing Concept and Challenges.KK Chity, BP Black (Ed) Sounders Elsevier, 2007, 188-210.
8. Craven RF, Hirnle CJ. Fundamentals of nursing: Human health and function. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. 126-87.
9. De la Cuesta, C. The nursing process: from development to implementation. Journal of Advanced Nursing ,1983, 8, 365-371.
10. Donnolly, G. F. The promise of nursing process: an evaluation. Holistic Nursing Practice, 1987, 1(3), 1-6.
11. From American Nurses Association. Nursing: Scope and standards of practice. 2nd Edition, Washington, 2010.
12. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: Santos I, Figueiredo NMA, Padilha MICS, organizadores. Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções. 1aed. São Paulo (SP): Atheneu; 2004, 2, 37-63.
13. Gebbie, K., & Lavin, H. Classifying nursing diagnoses. American Journal of Nursing, 1974, 74(2), 250-253.
14. Gordon M., Manual of Nursing Diagnosis. Jones & Bartlett Learning; 12 edition (October 25, 2010).
15. Gordon M. Nursing diagnosis process and application (2nd ed.). McGraw Hill: United States of America, 1987.
16. Henderson V. The Nature of Nursing: a Definition and its Implications for Practice and Education. Macmillan, New York.1966.
17. Henderson V. The nursing process-is the title right? Journal of Advanced Nursing, 1982, 7, 103-107.
18. Henderson, V. Nursing process – a critique. Holistic Nursing Practice, 1987, 1(3), 7-18.
19. Kozier B, Erb Gl., Berman A, Snyder Sh. The Nature of Nursing, Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice, Second Edition, 2004, 38.
20. McGuire AD. The genesis and nature of nursing diagnosis. In: Carlson JH, Craft CA, McGuire AD, Popkess-Vawter S. Nursing diagnosis: a case study approach. Philadelphia (USA): W. B. Saunders; 1991. 3-19.
21. Mundinger M, Jauron G. Developing a nursing diagnosis. Nursing Outlook, 1975, 23(2), 94-98.
22. Pesut DJ, Herman JA. Clinical reasoning: the art and science of critical and creative thinking. Albany (NY): Delmar; 1999.
23. Potter PA, Perry AG. Basic nursing: essentials for practice. 6th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2007. 97-135.
24. Schmieding N. J. Orlando's nursing process theory in nursing practice. In M. R.Alligood & A. M.Tomey (Eds.), Nursing theory utilization & application (2nd ed. pp.315-337). St. Louis: Mosby. 2002.
25. Scottish Office Home and Health Department. The role and function of the professional nurse. Edinburgh: HMSO. 1991.
26. Stefanova, K. Mission, vision and functions of the nurse in primary medical care during the period of transition.Journal of International Scientific Publications. 2014.
27. Taylor C, LeMone P, Lillis C, Lynn P. Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care, 2008.
28. The American Nurses Association. „What is nursing?", Inc. Retrieved 16 June 2012.
29. Varcoe C. Disparagement of the nursing process: the new dogma? Journal of Advanced Nursing, 1996, 23,120-125.
30. Wills M. Evelyn, McEwen Melanie. Theoretical Basis for Nursing Philadelphia. Lippincott Williams and Wilkins, 2002.
31. Yura H, Walsh, M. The nursing process assessing, planning, implementing, evaluating (5th ed). Norwalk: Appleton and Lange.1998.

ПРОУЧВАНЕ МНЕНИЕТО НА РОДИТЕЛИ НА ДЕЦА СЪС ЗАХАРЕН ДИАБЕТ ОТНОСНО ПОТРЕБНОСТТА ОТ ОБУЧЕНИЕ ЗА ПОЛАГАНЕ НА АДЕКВАТНИ ГРИЖИ

М. Желязкова, П. Джеджева и И. Димитров

Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна, Филиал Сливен,
Катедра по здравни грижи

A STUDY OF THE OPINION OF PARENTS OF CHILDREN WITH DIABETES MELLITUS ON THE NEED OF EDUCATION FOR PROVISION OF ADEQUATE CARE

M. Zhelyazkova, P. Dzhedzheva and I. Dimitrov

Medical University "Prof. Dr Paraskev Stoyanov" – Varna, the Sliven Affiliate, Department of Health Care

Abstract: Diabetes is among diseases, in which education of both the pediatric patients and their parents is required. Education assists delay of the occurrence of diabetic complications and their better management. Monitoring by an adult is mandatory during the entire transition up to acquisition of the child's complete independence. Family shares the responsibility for treatment and ensures support. Aim: The aim of the study is to asses the opinion of parents of children with diabetes mellitus on the need of education for provision of adequate care. Material and methods: A study of 300 parents of children with diabetes mellitus using a specially designed anonymous questionnaire was made. The study took place in three cities – Varna, Sofia and Sliven. Results were processed statistically. Results and Discussion: Thanks to modern technologies parents easily find access to information. It is an interesting fact that parents look for information by specialist mainly at an early stage, when a disease is diagnosed. Initially, searched information is associated with dietetic regimen, complications and behavior. Very few parents declare a need of education. Conclusion: Education should be submitted to individual needs of a child and the family. Education of the parents of children with diabetes mellitus should be intensive and complex and requires a definite set of skills, including communicativeness, sensitivity and profound knowledge of the disease.

Key words: study, parents, children, diabetes, education, care

Адрес за кореспонденция: Ас. Мариана Желязкова, Катедра по здравни грижи, Филиал Сливен, МУ – Варна,
ул. „Генерал Столетов“ № 30, 8800 Сливен, e-mail: marijel61@abv.bg
Address for correspondence: Asst. Mariana Zhelyazkova, Department of Health Care, Sliven Affiliate, Medical University – Varna,
30 „General Stoletov“ Str., Bg – 8800 Sliven, e-mail: marijel61@abv.bg

Въведение

Отглеждането и възпитанието на дете с диабет може да е изключително стресиращо както за самото дете, така и за неговите родители. Част от стресиращите фактори при отглеждането на деца с диабет са постоянната бдителност на родителите, ангажираността с непрекъснат контрол на гликирания хемоглобин и намаляването на риска от настъпването на хипогликемия [7]. Родителите на по-малките деца изпитват по-висока тревожност поради факта, че децата все още не притежават необходимите умения, за да разпознаят симптомите на хипогликемията и да им съобщят. Това показва необходимостта тези родители да бъдат обучени сами да разпознават симптоматиката,

предвещаваща настъпването на хипогликемия [1]. Уменията на родителите да се справят със стреса при деца с диабет играят важна роля в адаптирането на детето към социалния живот, без заболяването му да оказва значително натоварване на психо-емоционалното му развитие. Степента, до която родителите успеят да се справят с влиянието на диабета върху развитието и качеството на живот на техните деца, определя бъдещото поведение на детето както по отношение на нормалното протичане на обучителния процес в училище, така и по отношение на бъдещата му реализация и социализация [8]. Родителите, които изпитват значителни затруднения със справянето със симптомите на диабета при своите деца, често съобщават и за затруднения в развитието и обучението на децата. Това налага прилагането на различни методики за справяне със стреса и своевременно разпознаване на различните симптоми и прояви, съпровождащи заболяването в детска възраст [4].

Някои автори твърдят, че пълноценното обучение на родителите за справяне със стреса, предизвикан от грижите за деца с диабет, представлява важна цел в насоките за подобряване на психосоциалната адаптация на родителите и децата към самото заболяване и живота с него [9]. Недостатъчното обучение на родителите за справяне с болестта се свързва с лошото управление на метаболитния контрол и ниското качество на живот не само на децата, но и на цялото семейство [5, 6]. От друга страна, семейната подкрепа и добрата информираност на родителите за симптомите и последиците от диабета се свързват с по-добър метаболитен контрол при децата и юношите и впоследствие стриктно спазване на лечебния план [6]. Обучените родители и осигуряването на добра семейна грижа за децата с диабет допринасят в бъдеще за по-добра прогноза относно придържането към терапията и по-добър метаболитен контрол. Колкото по-малки са децата, толкова по-бързо става адаптирането им към начина на живот с диабет [2, 3]. Тези резултати подкрепят необходимостта от своевременно обучение на родителите за разпознаване на симптоматиката, проявите и начините за борба със стреса при справяне със заболяването при деца диабетици и постигането на по-добра адаптивност, развитие и социализация в бъдеще.

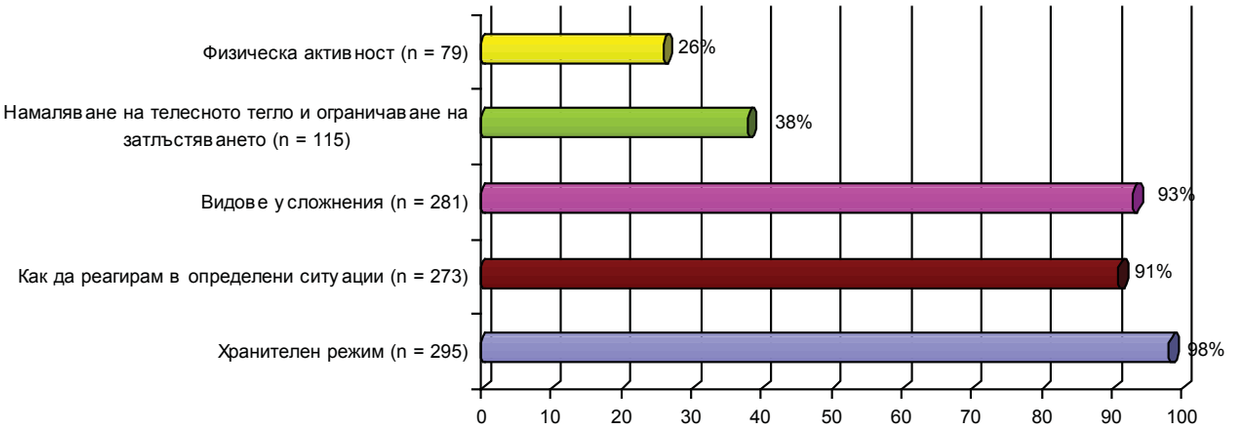
Именно това определя **целта** на настоящото изследване – да се проучи мнението на родители на деца със захарен диабет относно нуждата им от обучение за полагане на адекватни грижи.

Материал и методи

Проведено е изследване при 300 родители на деца със захарен диабет чрез специално създадена за целта анонимна анкетна карта. Проучването е осъществено в три града – Варна, София и Сливен. Резултатите са обработени статистически.

Резултати и обсъждане

Резултатите от изследването показват, че благодарение на съвременните технологии родителите бързо намират достъп до информация и



Фиг. 1. Относителен дял на търсената информация за въпроси, свързани с диабета

осъществяват контакти с други родители с подобни проблеми, основно в социалните мрежи или форуми по интереси.

Любопитен е фактът, че информация от специалист родителите търсят предимно в началото, когато е диагностицирано заболяването (96,3%).

Първоначалната информация, която се търси, е свързана с хранителен режим (98,3%), усложнения (93,6%) и поведение (91%) (фиг. 1).

Изследването на информираността за различните въпроси, свързани със заболяването *захарен диабет* (ЗД) при деца, показа значителна разлика в трите проучвани града (χ^2 = 20,87; p < 0,01), като най-малка е информираността сред родителите на деца със ЗД в Сливен (фиг. 2).

Малка част от родителите приемат нуждата от обучение (19%), като основно това са родители от град Сливен. Този резултат може да се обясни с факта, че Сливен е по-малко населено място, в което има по-ограничен достъп до специалисти в областта на детската ендокринология, които да предоставят необходимата информация на родителите при диагностицирането на заболяването.

Основните насоки за обучение на родители на деца със ЗД са в областта на спазването на определен хранителен режим, метаболитния контрол, следене на теглото и график за провеждане на профилактични прегледи.

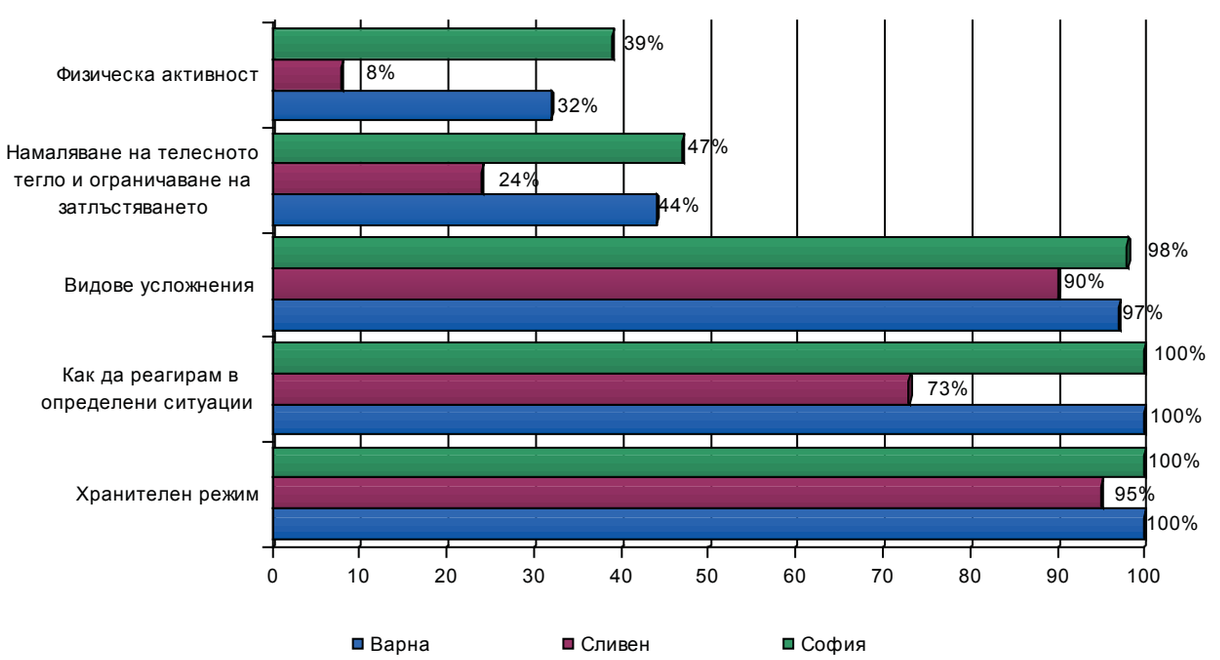
Най-разпознаваният симптом на заболяването е умора/лесна уморяемост (38%), следван от повишения апетит (33,3%). Най-малко родители свързват засиленото уриниране със ЗД (13,3%) (фиг. 3).

Родителите от град Сливен в най-ниска степен разпознават симптомите на заболяването (χ^2 = 11,95; p < 0,05) (фиг. 4).

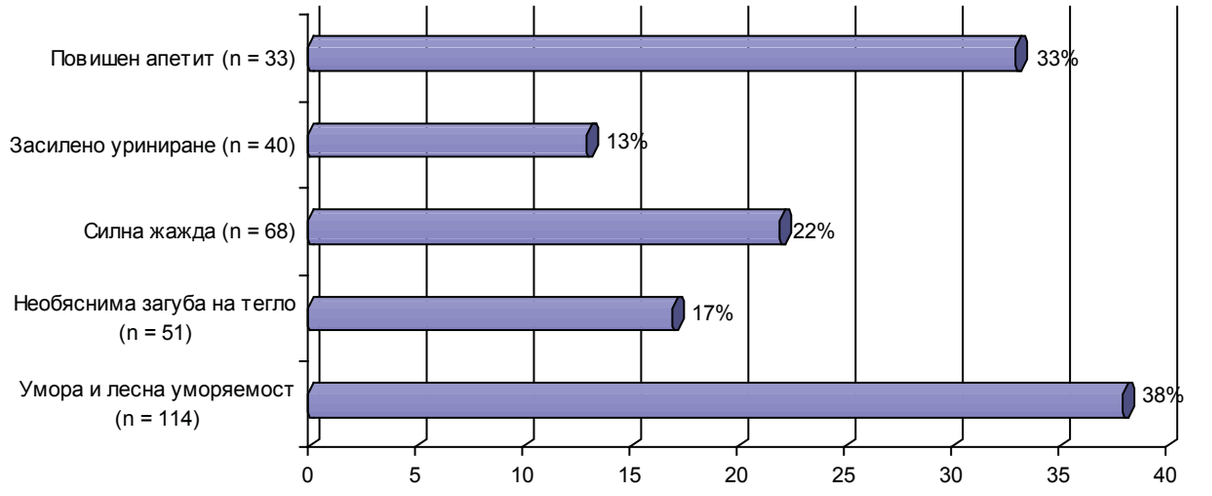
Родителите на деца със ЗД се превръщат в специален вид болногледачи. В съвременното общество на развити технологии тези родители вече разполагат със значителна информация за инсулина, диетата, кръвните тестове, кръвния контрол на глюкозата, хипергликемията и хипогликемията, както и за възможните варианти за развитие на детето им.

Заболяването захарен диабет само по себе си представлява трудност за цялото семейство, което е изправено пред редица страхове. Именно тук идва ролята на специализираната информация и обучението на родителите на деца диабетици.

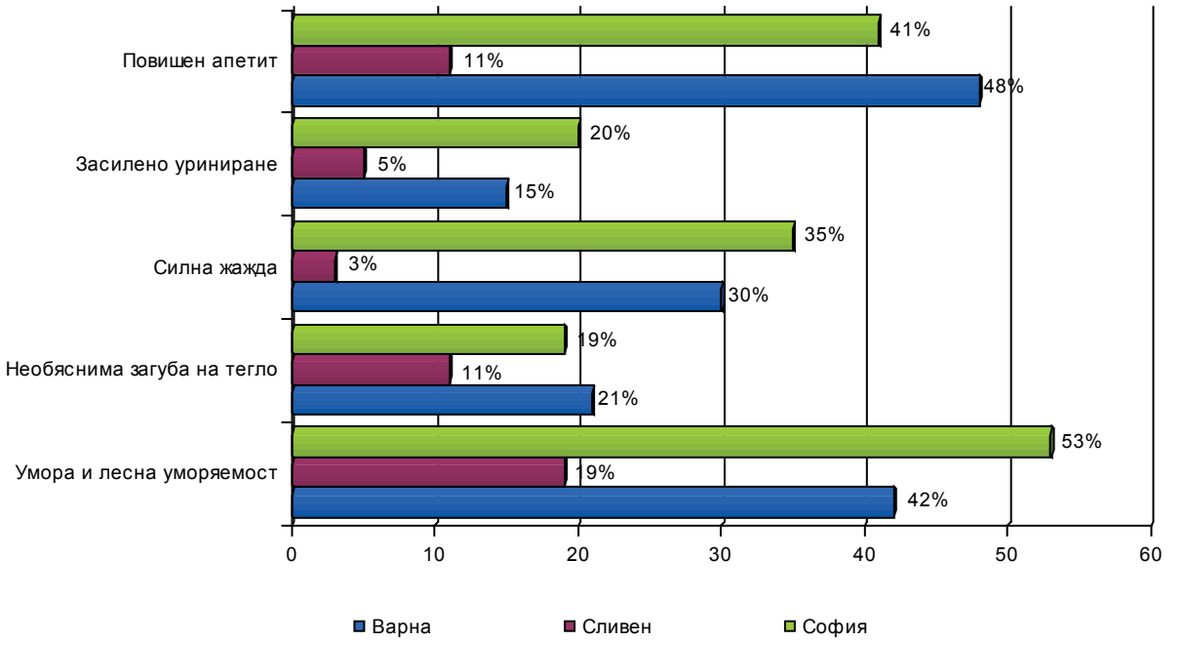
Ролята на родителите и тяхното участие в ежедневния живот на децата с диабет е много различна в зависимост от възрастта, на която е диагностици-



Фиг. 2. Информираност за въпроси, свързани с диабета, в проучваните градове



Фиг. 3. Разпознавани симптоми от родителите на деца със ЗД



Фиг. 4. Разпознавани симптоми от родителите на деца със ЗД по градове

рано детето. Ако диабетът е установен на по-малка възраст, родителите поемат пълната отговорност за контрола на заболяването 24 часа в денонощието, всеки ден. Пациентите в юношеска възраст вече имат необходимите умения да поемат част от контрола върху заболяването си и да помогнат на своите родители. Всичко това обаче е непълноценно без преминаването на курс на обучение за контрола на захарния диабет или най-малко на образователна програма, проведена от специалисти по ендокринология в клинични условия.

Изводи

Най-недостатъчна е информацията на родителите по въпроси, свързани със захарния диабет, отнасящи се до: физическата активност (26%), намаляването на теглото и ограничаването на затлъстяването (38%).

Най-малък дял родители от Сливен, в сравнение с Варна и София, са информирани за различните въпроси, свързани с диабета.

Най-малко от родителите могат да разпознаят като симптом на заболяването захарен диабет за-

силеното уриниране (13%) и необяснимата загуба на тегло (17%).

Резултатите от изследването ни показват, че социалните мрежи и форумите се превръщат в основен източник на информация, където се споделят и обменят мнения както относно проблемите на децата със захарен диабет, така и за проведените консултации от специалисти, лечение и резултати. Често този вид комуникация е причина за грешки в поведението на родителите, което налага намесата на специалистите.

Обучението трябва да е подчинено на индивидуалните нужди на детето и семейството му. Обучението на родителите на деца със захарен диабет следва да е интензивно и комплексно и изисква определен набор от умения, включително комуникативност, съпричастност и задълбочени познания за заболяването.

Библиография

1. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes – 2008. Diabetes Care. 2008;31:S12-S54.
2. Cohen DM, Lumley MA, Naar-King S. et al. Child behavior problems and family functioning as predictors of adherence and glycemic control in economically disadvantaged children with type I diabetes: A prospective study. Journal of Pediatric Psychology. 2004; 29(3):171-18.
3. Jacobson AM, Hauser ST, Lavori P. et al. Family environment and glycemic control: A four-year prospective study of children and adolescents with insulindependent diabetes mellitus. Psychosomatic Medicine. 1994; 56(5):401-409.
4. Jaser SS, Whittemore R, Ambrosino JM et al. Mediators of depressive symptoms in children with type 1 diabetes and their mothers. Journal of Pediatric Psychology. 2008; 33(5):509-519.
5. Laffel LM, Connell A, Vangness L et al. General quality of life in youth with type 1 diabetes: Relationship to patient management and diabetes-specific family conflict. Diabetes Care. 2003; 26(11):3067-3073.
6. Lewin AB, Heidgerken AD, Geffken GR et al. The relation between family factors and metabolic control: The role of diabetes adherence. Journal of Pediatric Psychology. 2006; 31(2):174-183.
7. Sullivan-Bolyai S, Deatrick J, Gruppuso P, Tamborlane W, Grey M. Constant vigilance: Mothers‘work parenting young children with type 1 diabetes. Journal of Pediatric Nursing. 2003; 18(1):21-29.
8. Whittemore R, Urban AD, Tamborlane WV, Grey M. Quality of life in school-aged children with type 1 diabetes on intensive treatment and their parents. The Diabetes Educator. 2003; 29(5):847-854.
9. Whittemore, R.; Kanner, S.; Grey, M. The influence of family on physiological and psychosocial health in youth with type 1 diabetes: A systematic review. In: Melnyk, B.; Fineat-Overholt, E., editors. Evidence-Based Practice in Nursing and Healthcare: A Guide to Best Practice. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.

СЪВРЕМЕННИ АСПЕКТИ НА ЕРГОТЕРАПИЯТА

И. Колева[1] и Б. Йошинов[2]

Катедра „Кинезитерапия“, Факултет „Обществено здраве“, Медицински университет – София, [2]Студент

CONTEMPORANEOUS ASPECTS OF ERGOTHERAPY

I. Koleva[1] and B. Yoshinov[2]

[1]Department of Physiotherapy, Faculty of Public Health, Medical University – Sofia, [2]Student

Abstract. The introduction of Ergotherapy (ET) in the processes of education of our country was based on the classic traditions of the Occupational therapy, introduced as a specialty in the Bulgarian medical schools in the 50's of the last century. Current article debates some contemporaneous aspects of the ET and its place in the education of students of the professional fields of Public Health and Health Care. We present: definitions, classifications, modern theoretical concepts and practical skills. We discuss modern clinical aspects of ET in the fields of the neurological, neurosurgical, rheumatologic, orthopedic and traumatological rehabilitation, including algorithms of education of respective patients in autonomy in activities of daily living. Special attention is paid to the role of ET for amelioration of the quality of life of patients, home adaptation and different types of technical aids. We present some results of our own modest 30-years clinical experience of in this field. The place of occupational therapist in the multi-disciplinary and multi-professional rehabilitation team is argued. We discuss traditions of Bulgarian school of occupational therapy and its positive role in the development of ET in our country. We emphasize the significance of the education in ET in the minimal level of competences of students in different specialties: bachelor in Kinesitherapy, bachelor and master in „Medical Rehabilitation and Ergotherapy“, master in „Medical Rehabilitation and Balneology“; and in the processes of education of medical doctors and during the specialization in „Physical and Rehabilitation Medicine“.

Key words: ergotherapy, occupational therapy, algorithms, activities of daily living

Адрес за кореспонденция: Проф. д-р Ивет Б. Колева, дм, дп, дмн, Катедра „Кинезитерапия“, Факултет „Обществено здраве“, Медицински университет – София, e-mail: yvette@cc.bas.bg; e-mail: dr.yvette.5@gmail.com

Address for correspondence: Prof. Ivet B. Koleva, MD, PhD, DMedSc, FEBPRM, Department of Kinesitherapy; Faculty of Public Health, Medical University – Sofia, Bulgaria; e-mail 1: yvette@cc.bas.bg, e-mail 2: dr.yvette.5@gmail.com

В еволюцията си медицината и рехабилитацията винаги са били (и продължават да бъдат) смесица от наука, философия, социология и интуиция. Някои от най-добрите практици са били слаби учени, но със завидна интуиция, както и обратно. Именно поради особеностите на тази фина микстура е особено трудно оценяването (и качествено, и количествено) на функционалните дефицити, на лечебните техники и подходи. Физио- и ерготерапевтите се фокусират върху рехабилитацията и ресоциализацията на пациента/клиента, като превръщат физикално***-и*** ерготерапевтичната практика в комбинация от изкуство и наука. Както физикалната, така и ерготерапията са холистични лечения***,*** при които терапевтът въздейства върху цялостния организъм [8, 9, 13, 19]. Човекът е единна система, а не просто сбор от функционирането на сърдечно-съдова и дихател-

на система, опорно-двигателен апарат, нервна система и т.н. Този факт предопределя сложността на функционалната оценка (от микро- до макрониво), различните степени на функционални нарушения (от патофизиологията до социалната изолация) и комплексността на терапевтичните прийоми. На анализ подлежат също и околната среда, семейната подкрепа, ролите и ценностите, както и (на ниво организъм) – обемът на движение, мускулна сила/слабост, мускулен тонус [9, 10, 18, 19]. Разбира се, терапевтичният подход е комплексен [14, 15, 16], центриран към пациента/клиента (фиг. 1).



фиг. 1. Комплексният подход на рехабилитационния „пъзел“

Трудотерапията (ТТ), или **ерготерапията** (ЕТ), представлява активен двигателен метод, който *използва специално подбрана (според заболяването и предпочитанията на пациента) целенасочена умствена и трудова дейност*. Базира се на факта, че *движението е стандартен биологичен стимулатор*, а трудовите движения са познати, привични, естествени, автоматизирани. Целта е вниманието на пациента да се фиксира върху резултата от работата, а не върху проблема му. ТТ оказва благоприятно въздействие върху: физическото възстановяване на болния, увеличава обема на движение в ставите, подобрява нервно-мускулната координация, укрепва психиката, подпомага ресоциализацията на пациента. Основни принципи при прилагане на ТТ са: предварително провеждане на детайлна функционална оценка, максимално ранно започване, с полеки дейности. Определянето на трудотерапевтичната методика зависи предимно от медицинските показания, но без да забравяме, че ефектът от ТТ е по-голям при съвпадение с предпочитанията на болния [4, 6, 19]. Показания за провеждане на ТТ са наличие на: двигателен дефицит (парализи, парези – централни, периферни); мускулна хипотрофия или атрофия; състояния след травми на опорно-двигателния апарат (ОДА), особено при мускулен спазъм, мускулни и ставни контрактури; наранявane на меките тъкани; метаболитни дисфункции; сърдечно-съдови и дихателни заболявания. Противопоказания за прилагане на ТТ са: заболявания в остър стадий, фебрилитет, опастност от хеморагия, инфилтрати и едеми на меките тъкани.

Съществуват няколко разновидности на ТТ [6]:

- **Обучение в самообслужване** и в дейности на ежедневния живот (ДЕЖ): обличане, събличане, хранене, тоалет (ресане, миене, бръснене). В съвременната ТТ се използват различни приспособления (за баня, за хранене, за лекарства, за повдигане и за ставане от леглото и от стола, за придвижване – проходилки, инвалидни колички, тутори, патерици, канадки). Започва още в ранен стадий на заболяването, при леглото на болния.
- **Функционална или възстановителна ТТ** – насочена към повлияване на заболялата част (крайвик, орган, система), включва плетене, шиене, кошничарство, работа с кожа – в кабинет по ТТ.
- **Професионална или професионално-ориентираща ТТ** – възстановяване на трудовите сръчности отпреди заболяването или (ако е невъзможно) подготовка за нова трудова дейност (професионално преориентиране).
- **Занимателна, отвличаща или забавна ТТ** – с оглед психо-емоционално тонизиране на пациента. Включва бродиране, шиене, рисуване, моделиране, изработване на художествени предмети, играчки.

В класическия си вид трудотерапията е насочена преди всичко към трениране на нарушената функция с помощта на различни видове дейности:

– дейности за горен крайник: манипулативни дейности и тренировка на захвата (с хартия, пластелин, глина, прежда; писане, рисуване, пъзели, мозайки, печати, лепене на пликове, шев, бродерия);

– дейности за долен крайник: (крачна шевна машина, вело);

– трениране на равновесието и походката;

– обучение в самообслужване;

– други дейности на ежедневния живот.

Тази предимно функционална ТТ най-често е насочена пряко към повлияване на двигателния

дефицит в дадена става, крайник или система чрез най-разнообразни дейности при работа с различни материали: с хартия; с текстилен материал; с кожа – включва изработване на изделия от кожа; с дърво; с пластичен материал – тесто, пластелин, парафин, силикон, глина.

Според съвременните схващания ТТ (наричана и ЕТ) се разглежда от позицията на т.нар. *ЛОДИ модел* (акроним от **Л**ичност, **О**колна **С**реда, **Д**ейности, **И**зпълнение), който представя взаимодействието между *личността* (вътрешния фактор) и *околната среда* (външния фактор) (И. Топузов, 2007). Ерготерапевтичната програма включва няколко съществени елемента, улесняващи ресоциализацията на индивида – целенасочено овладяване на *умения*; включване на уменията в *дейности*; дейностите определят *ролите* на индивида; обучение в *самообслужване*, вкл. ДЕЖ; обучение в извършване на *трудова дейност*, *занаяти*, *нова професия* (професионално ориентиране); обучение в дейности, запълващи *свободното време*; прилагане на *изкуства* с оглед усъвършенстване на уменията и дейностите и насочване към творчество; *транспортиране* (функционално, с обществен транспорт, с личен автомобил); *околна среда* – дейностите се извършват в пригодена за индивидуалните нужди и възможности, максимално използвана околна среда, предварително адаптирана към инвалида.

Съвременна концепция за ерготерапия [6]

Днес ЕТ се счита за дял от медицинската рехабилитация; физикално средство, което се обособява като самостоятелен метод поради своята специфика (Ц. Пантева, 2007). Занимава се с прилагането на целенасочена дейност при хора с ограничени функционални възможности – поради наранявания или заболявания, с психо-социални нарушения и зависимости, забавено развитие, старост – с цел постигане на независимост в ежедневието, профилактика на предотвратимата инвалидност и превенция на здравето. ЕТ е активен процес, при който пациентът се занимава с целенасочена дейност, удовлетворяваща го емоционално. По този начин вниманието на пациента се насочва предимно към самата задача, отколкото към вътрешните процеси, необходими за извършването ѝ.

Заниманията се провеждат индивидуално или групово в различни условия – болница, амбулаторно, в рехабилитационни центрове, в дома на пациента, в училищата със задръжка в умственото развитие, в домовете за възрастни хора, в домове за психично болни. Пациентите са от различни възрастови групи, като се съблюдава спецификата за всяка от тях. Всяка възраст има свой модел на ежедневни дейности, характерен за дадения жизнен период. При децата дейностите се представят под формата на игри, при учениците – на учебен процес, при средната възраст – на работа, при старите хора – като самообслужване.

При специфичното *ЕТ обслужване* се акцентира върху: обучението в ежедневни дейности и самостоятелност, развитие на рецепторно-двигателни умения и сензорно-интеграционно функциониране; развитие на игрови умения; използване на специално изработени уреди за улесняване на действия и занаяти; адаптиране на домашната и социалната среда и обучение на пациента в ползването ѝ.

Алгоритъмът на ЕТ процес включва: наблюдение; изпращане; преценка; програмно планиране; намеса; преоценка; приключване и документация.

Според *College of Occupational Therapists – COT (2003)* **принципите на клиент–центрираната практика** включват: *уважение към индивидуалността на клиента; съблюдаване на правата му; изясняване очакванията на клиента при терапевтичните срещи; изграждане на ефективна връзка терапевт–клиент; фокусиране върху нуждите, проблемите и приоритетите на клиента; уточняване на проблемите и целите му (със самия него или с настойника му); включване на перспективите за клиента през всички етапи на интервенцията; подпомагане на клиента при самооценката му и при вземането на решения; стимулиране на автономността на клиента и способността му за избор чрез предоставяне на информация; осигуряване целесъобразността на интервенциите с жизнения свят и контекста на клиента.*

Според определението на *Световната федерация по ерготерапия* (WFOT, 2004) **ЕТ е професия, занимаваща се с подобряване на здравето и благополучието на хората чрез дейности**. Основна цел на ЕТ е да позволи на хората да участват в ежедневието. Ерготерапевтите постигат този

резултат, като помагат на хората да извършват дейности, които развиват тяхната способност да участват или като модифицират средата така, че да подкрепя по-добре тяхното участие в дейности.

Контингенти на ЕТ са: **индивиди от всички възрасти, които не могат да участват пълноценно в ежедневния живот** поради: увреждане; ограничение в дейностите; бариери в жизнената среда.

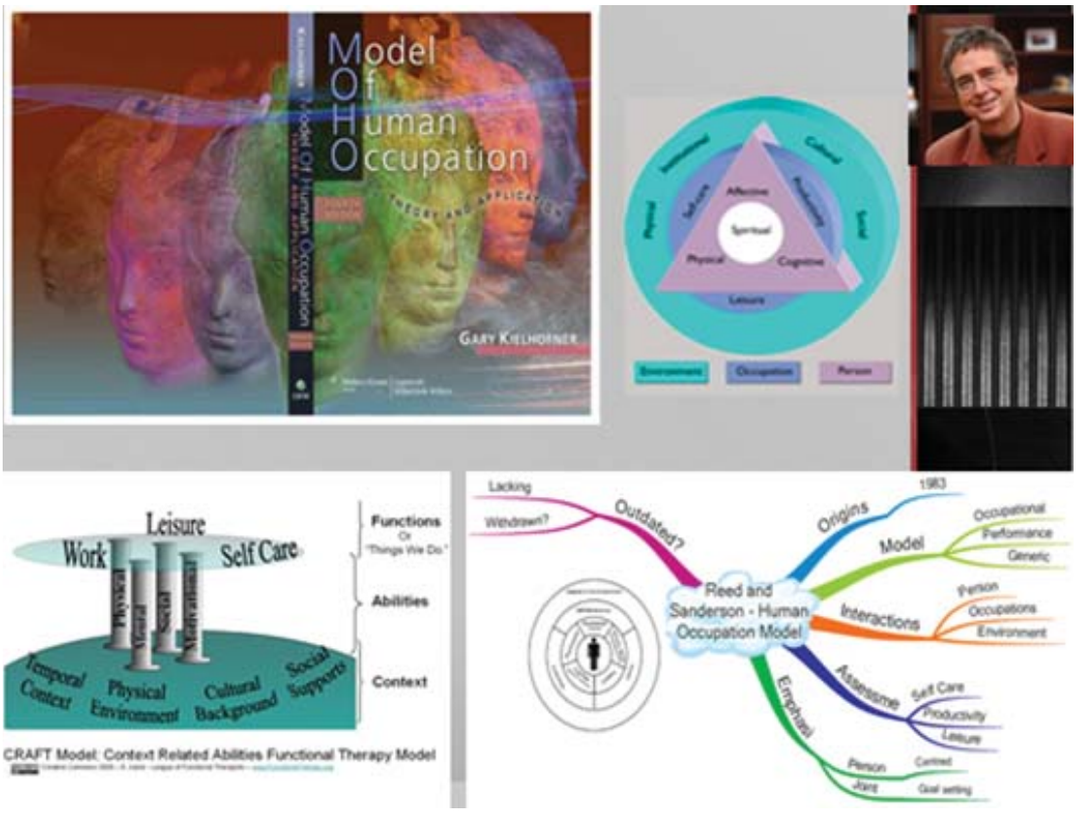
Според определението на *ENOTHE („Европейска мрежа по ерготерапия във висшето образование“)*: **ЕТ използва подход, фокусиран върху клиента, посредством значими за него дейности, подпомагащи трудовото участие и увеличаващи благополучието в жизнената среда с цел подобряване качеството на живот.** (ENOTHE, 2000). Подходът е фокусиран върху клиента; позволява качество на живот, чрез значими дейности и участие в жизнената среда (фиг. 2).

Областите на осъществяване на дейностите са: продуктивност (вкл. образование); развлечения; грижа за себе си. Грижата за себе си включва: лична грижа (обличане, къпане, хранене); подвижност (изкачване на стълби, прехвърляне в леглото, шофиране на кола); справяне в общността (използване на обществен транспорт, справяне с финансови въпроси, използване на обществени услуги).

Ерготерапевтичното обгрижване обхваща както обучение на пациента/клиента, така и адаптиране на околната среда към нуждите на пациента, а така също и помощни средства [3, 5, 17, 19].



фиг. 2. Йерархия на поведенията, свързани с дейностите



фиг. 3. Теоретични модели в ЕТ

В ерготерапевтичната доктрина се ползват различни **структуриращи теории** [2, 3, 4, 6, 7, 9, 19]: от МОНО модела на Gary Kielhofner (1985) през т.нар. *CRAFT* и *модела на Reed и Sanderson* до съвременните канадски, австралийски и други модели (фиг. 3).

В заключение бихме искали да подчертаем, че ЕТ е с важна медико-социална значимост за подобряване на качеството на живот на пациентите [1, 2, 3, 5, 7].

Благодарности: Ивет Колева благодари за подкрепата на Медицински университет – София. Изследването е проведено по проект № 53/2013, и проект № 34/2014, Договор № 50/2014 и финансирано по проект Erasmus плюс проект 2015-1-RO01-KA202-015230.

Acknowledgment: Ivet Koleva gratefully acknowledges the support of the Medical University of Sofia, Bulgaria, via scientific projects: Project № 53/2013, Contract № 31/2013 & Project № 34/2014, Contract № 50/2014; and the support of Erasmus Plus programme – project 2015-1-RO01-KA202-015230.

Библиография

1. Колева И. Проучване възможностите на някои физикални фактори при профилактиката, лечението и рехабилитацията на болни с диабетна полиневропатия. Дисертация за ОНС „Доктор“ по Медицина (ВАК), Научна специалност „Физиотерапия и рехабилитация”, Код 03.01.58. София, 2004.
2. Колева И. Комплексни неврорехабилитационни алгоритми за функционално възстановяване и подобряване самостоятелността в ежедневния живот при социално-значими инвалидизиращи неврологични заболявания. Дисертация за научна степен “Доктор на медицинските науки”. (ВАК), Научна специалност „Физиотерапия и рехабилитация”, Код 03.01.58. София - Плевен, 2009.
3. Колева И. Значимост на ерготерапията в неврорехабилитационната клинична практика. - Клинична рехабилитация и балнеология, 2008, 3(1-6), 4-9.
4. Колева И. Функционална оценка в медицинската рехабилитация и ерготерапията (вкл. Международна класификация на функционирането). Учебник. София, РИК „СИМЕЛ“, 2014.
5. Колева И. Медицинска рехабилитация и ерготерапия при неврологични и психични заболявания. Учебник за студенти по Медицинска рехабилитация и ерготерапия при Медицински университет – Плевен и при Софийски Университет „Климент Охридски”. София, РИК „СИМЕЛ”, 2008, 166 с.
6. Колева И. Основи на физикалната медицина, физикалната терапия и рехабилитацията (вкл. ерготерапия и medical SPA). Второ допълнено и преработено издание. Том 1 и том 2. – София, РИК „СИМЕЛ”, 2015, 659 с.
7. Колева И. Клинична рехабилитация (основи). – София: СИМЕЛ, 2016, 309.
8. Колева И, Маринов М, Йошинов Р. Специалност „Медицинска рехабилитация и ерготерапия“ – традиции, съвременно състояние, тенденции. Четвърто допълнено и преработено издание. – София: РИК „СИМЕЛ”, 2015, 382 с.
9. Koleva I. The Bulgarian Neurorehabilitation School and the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): integrating ICF requirements into clinical practice. Journal of Biomedical and Clinical Research, 2009, 2(1), 8-18.
10. Koleva IB, Kostov RV, Yoshinov RD. Functional assessment in orthopedical and traumatological rehabilitation: impact of International Classification of functioning. Evolutio, 2016, 2, 22-29.
11. Koleva IB, Kostov RV, Yoshinov BR. Clinical efficiency of cryo-kinesiotherapy, manual therapy and deep oscillation in the rehabilitation of patients after arthroscopic meniscectomy. Scientia, 2016, 3, 11-16.
12. Koleva I, Krastev N, Yoshinov R. Impact of balneotherapy and peloidotherapy in neurorehabilitation algorithm of patients with low back pain and lumbo-sacral radiculopathy – a comparative study. Balnea, 2015 (10), Serie de Monografías; 87-88.
13. Koleva I, Yoshinov R. Diabetic polyneuropathy and diabetic foot: the holistic approach of physical and rehabilitation medicine. Journal of Biomedical and clinical research, 2008, 1(1), 47-55.
14. Koleva I, Yoshinov R, Marinov M, Hadjijanev A. Efficacy of hydro-, balneo- and peloidotherapy in the pain management and quality of life of patients with socially-important diseases and conditions of the locomotory and nervous system: Bulgarian experience. Balnea, 2015 (10), Serie de Monografías; 273-274.
15. Koleva I, Yoshinov R, Yoshinov B. Comparative evaluation of the efficacy of different neurorehabilitation programs on the functional recovery and the autonomy of patients with post stroke hemiparesis. Physical Medicine and Rehabilitation Research, 2016, 1(5), 1-8.
16. Koleva IB, Yoshinov RD, Yoshinov BR. Neurorehabilitation algorithms in post-stroke patients with hemiparetic shoulder. Scientia, 2016, 3, 4-10.
17. Koleva IB, Yoshinov BR, Yoshinov RR. Investigation of students' opinion about necessity of vocational education and training in gait rehabilitation. Evolutio – Public sciences, 2016, 2, 17-24.
18. Stoyneva Z., Koleva I. Assessment of the physical therapy effect on diabetic distal autonomic and microcirculatory dysfunction by laser Doppler flowmetry. Diabetes, Stoffwechsel und Herz, 2008. Abstracts of the 3 Zentraleuropaischer Diabeteskongress – 23 Internationales Donau Symposium uber Diabetes mellitus – Plovdiv, Bulgaria, June 2008, 24-25.
19. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. Produced by the Section of Physical and Rehabilitation Medicine, Union Europeenne des Medecins Specialistes (UEMS), the European Board of Physical and Rehabilitation Medicine and l'Academie Europeene de Medecine de Readaptation in conjunction with the European Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ESPRM). Editors: Christoph Gutenbrunner, Anthony B. Ward, M. Anne Chamberlain. September 2006. – Journal of Rehabilitation Medicine, 2007, Supplement 45, 1-48. Available from: www.medicaljournals.se/jrm.

ДОМАШНО ПОСЕЩЕНИЕ СЛЕД РАЖДАНЕ – ОПИТЪТ НА *УЧИЛИЩЕ ЗА РОДИТЕЛИ* – ВАРНА

Д. Петрова и Д. Димитрова

Катедра „Здравни грижи“, Филиал Велико Търново, Медицински университет – Варна

HOME VISIT AFTER BIRTH – THE EXPERIENCE OF *THE VARNA SCHOOL FOR PARENTS*

D. Petrova and D. Dimitrova

Department of Health Care, Affiliate Veliko Tarnovo, Medical University – Varna

Abstract. *The Varna School for Parents* exists since 1999. It is the first one in the country, where professional prenatal preparation for independently working midwifes is provided. Since 2007, the school offers the service “Home visit” after birth on request of young parents. In this study the results of collected experience are reported and an approbated model for midwife care in home settings during puerperium is provided.

Key words: midwife, home visit, school for parents

Адрес за кореспонденция: Ас. Диана Петрова, Катедра „Здравни грижи“, Филиал на Медицинския университет – Варна, ул. „Михаил Кефалов“ № 2, 5000 Велико Търново, e-mail: Diyana.Petrova@mu-varna.bg

Adress for corresspondans: Diyana Petrova, Department of Health Care, Affiliate of Medical University – Varna, 2 Mihail Kefalov, str., 5000 Veliko Tarnovo, e-mail: Diyana.Petrova@mu-varna.bg

Увод

Думата *патронаж* означава *покровителство*, а в настоящия контекст *домашно посещение за оказване на грижи*. Домашният патронаж, известен до 90-те години на XX век в акушерската практика, претърпя крах след реорганизацията на акушеро-гинекологичната помощ през последните 20 години.

Още през 1963 година проф. Илия Щъркалев определя патронажната дейност, като „*особено важна форма на работа в женската консултация*“ [5]. Домашният патронаж се осъществява от акушерка по указание на лекар, а патронажната работа обхваща периода от установяване на бременността до 40 дни след раждането. Основните дейности са: наблюдение на социално-битовите условия на бременните жени; условията на труд; провеждането на мероприятия за хигиенно възпитание и здравна пропаганда в семейството за подобрение на бита и съдействие за получаване на необходимата социално-битова и здравна помощ. Към дородовия патронаж се включва и посещение в края на бременността, съвместно с медицинската сестра от детската консултация. При това посещение се оценява готовността на дома и семейството за посрещане на новороденото. Организирането на патронажа след раждането се извършва от акушерката в женска консултация, която се свързва с родилния дом още докато родилката е там. Според доайените на акушеро-гинекологичната помощ в България първото посещение в дома на родилката трябва да стане в деня на изписването ѝ, в рамките на първите 24 часа. До края на първата седмица тя трябва да бъде посетена поне още 1-2 пъти и още толкова до края на послеродовия период (до 6 седмици след раждането). „*Забелязаните нередности в състоянието на майката при посещенията на патронажната сестра от детската консул-*

тация, трябва незабавно да бъдат съобщени на лекаря в женската консултация. Тази координация между двете консултации е от голямо значение за избягване на съществени пропуски в състоянието на майката и детето“ [4]. Лекарят или друг специалист посещава жената при установяване на необходимост от т.нар. *усилен патронаж* [5].

Днес първият преглед на новороденото след изписване се извършва *„до 24 часа след изписване от лечебното заведение при осъществен избор на родителите/законните настойници на лекар на детето; при липса на избран лекар до 24-тия час след изписването първият преглед се извършва до 24 часа след избора“* [2]. Според Програма „Детско здравеопазване“ към НЗОК [3], отново избраният личен лекар на новороденото дете предоставя обстоен преглед на новороденото в първите 24 часа след изписването му от родилния дом и оценява психичното и физическото му състояние, съобразно възрастта му.

Във вече отменения *Стандарт по акушерство и гинекология* [1] също не се коментират и регламентират акушерски грижи в пуерпериума. Единственият параграф, загатващ за потенциално реализиране на домашно посещение е в Глава XI – долекарско ниво т. 1.8. „*полагане на грижи за родилката, наблюдение на майката по време на пуерпериума и даване на всякакви полезни съвети за отглеждане на новороденото при най-добри условия.*“ [1].

Световният опит, както и Препоръките на СЗО сочат, че домашното посещение след раждането, направено от акушерка, е от изключителна важност както за здравето на детето, така и за майката.

Според норвежко изследване от 2017 г. „*една акушерка в общността може да помогне да се установи усещане за последователност и приемственост, чрез поддържане на постоянен контакт с жената от началото на бременността до домашното посещение след раждане“* [6]. Това е така, защото част от здравните проблеми за майките и бебетата често се проявяват или стават видими в седмиците след раждането. Според екип японски учени „*ако майките са получили повече постнатални домашни посещения, те са по-малко склонни да се обръщат за спешна медицинска помощ относно здравето на бебето. По-големият брой домашни посещения са насърчили по-успешно жените да кърмят бебетата си.“* [9]. Домашните посещения подобряват взаимодействието между майката и бебето и намаляват тежестта на следродилната депресия [8], свързани са с по-голяма продължителност на кърменето и удовлетвореност на майките [7]. Световната здравна организация в „Препоръки на СЗО относно постналталните грижи за майката и новороденото, 2013“ съветва: „Ако раждането е станало в здравно заведение, майките и новородените трябва да получават постнатални грижи в първите 24 часа след раждането“. Добрата грижа включва „поне три допълнителни постнатални контакта за всички майки и новородени на третия ден (48-72 часа) и между 7-14 дни след раждането и шест седмици след раждането.“ [10].

Целта на настоящото проучване е да се обобщят данните от направените домашни посещения в периода 01.01-31.12.2016 г. в 125 семейства от град Варна.

Материал и методи

Обобщени са записите за 125 домашни посещения, направени по заявка на семейството. Най-често това са клиенти на „Училище за родители“, посещавали курсовете за дихателни техники или първи грижи за новороденото [11]. Използван е описателен и контекстуален ретроспективен анализ.

Анализ на резултатите

Данните от проучването показват, че потребност от домашно посещение имат предимно жените с първо раждане. Те са 95% (n = 119) от всички потребители. Заявките за домашно посещение се получават предимно от майката. В настоящото проучване 83% (n = 103) са по нейно желание, бащите са заявители в 15% (n = 19), а по заявка на близки роднини – 2% (n = 3).

Най-честите проблеми, с които семействата на новородените се обръщат за консултативна помощ, са ранжирани в следния ред:

1. Напрежение и болки в гърдите.
2. Проблеми със старта и установяване на кърменето, вкл. методи за стимулиране на лактацията.
3. Тоалет и общи грижи за новороденото, вкл. състояние на пъпния остатък.
4. Необичайна продължителност на бебешкия плач.

5. Захранване и закаляване.

В повечето случаи поканата за домашно посещение се реализира в деня след изписването или около седмица след раждането. Заявките се получават и регистрират по телефона. В кратък предварителен разговор се установяват основният проблем на семейството и техните очаквания. Оценява се дали заявката е в обсега на акушерските компетенции. Планирането на домашната визита се съобразява с поставения проблем, желанието на потребителя и възможностите на акушерката. От направените общо 125 посещения през 2016 г., при 43 от тях се е наложило повторна визита (34%).

По време на домашното посещение акушерката полага следните грижи – демонстрация на подходящи пози за кърмене, мануален масаж на гърдите с цел евакуация на коластра/кърма, припарки/компрес на гърдите. Това са интервенции, които се извършват след оценка на общото състояние на майката и бебето и след получаване на информирано съгласие от нейна страна. Демонстрация на хигиенни грижи за новороденото, грижи за пъпния остатък и закалителни процедури се инициират по желание на родителите в подходящо време. Времетраенето на домашното посещение е регламентирано в рамките на 60 минути. Ако състоянието на жената или новороденото дете налага по-голяма продължителност на консултацията, това време може да бъде удължено по преценка както на акушерката, така и на майката.

В резултат на дългогодишния ни опит бе изготвен модел за домашно посещение, който бе апробиран за 5-годишен период (2011-2016). Въз основа на данните и анализите през 2016 г. утвърдихме *Акушерски алгоритъм за домашно посещение* (Приложение 1):

Приложение 1

АЛГОРИТЪМ ЗА ДОМАШНО ПОСЕЩЕНИЕ

(Училище за родители – Варна)

I. Подготовка за домашното посещение

1. Установете най-актуалните проблеми, заявени от майката/семейството.

2. Синхронизирайте Вашата програма с режима на семейството.

3. Подгответе необходимите принадлежности за домашното посещение.

II. Осъществяване на домашното посещение

1. Въвеждаща комуникация:

– Задайте подходящи въпроси, за да разберете нагласата на семейството и тяхното разбиране за родителство.

– Огледайте и оценете обстановката, в която се отглежда детето. При необходимост от корекция – дайте съвет.

– Уточнете актуалните потребности на родителя/родителите.

2. Оказване на подкрепа – ход на домашното посещение

Стъпка 1. Измийте старателно ръцете си и облечете подходяща дреха.

Стъпка 2. Направете оглед на бебето. Обърнете внимание на:

– плач, активност, тонус на бебето;

– цвят и тургор на кожата; наличие на изменения, изискващи намеса;

– наличие на зачервяване и/или секреция от очите;

– устни и устна кухина – наличие на налепи, цвят и тургор на лигавицата;

– пъпна раничка;

– външни полови органи.

Стъпка 3. Направете оглед на майката и дайте съвети. Обърнете внимание на:

– общо състояние, активност, емоционален статус;

– кожа – цвят, изпотяване, тургор;

– гърди – анатомични особености, цвят на кожата, напрегнатост;

– състояние на рани и шевове (ако има такива);

– лохии – цвят, количество, миризма;

– наличие на болка/неразположение;

– оценете личната хигиена на жената и дайте съвети при необходимост.

Стъпка 4. Присъствайте на кърменето и дайте съвети относно:

– позиция и поза на майката и бебето;

– предлагане и редуване на гърдите;

– контактна зона и оценка на ефективността;

– контролиране активността на бебето.

Стъпка 5. Демонстрирайте хигиенни грижи за бебето и/или закалителни процедури по желание на родителя.

3. Заключителна фаза

– Дайте възможност на родителите да зададат въпроси.

– Уверете семейството, че може да разчита на Вас и в бъдеще.

– Опишете посещението си в *Дневника за домашно посещение.*

III. Периодично анализирайте мненията на потребителите с оглед подобряване качеството и ефективността на предоставяната услуга.

Изводи

Настоящата медицинска практика лишава майките, новороденото дете и техните семейства от достъпни акушерски грижи след раждането. Домашният патронаж е доказана ефективна форма за предоставяне на професионална информация, практическа подкрепа и емоционално съпровождане през първите дни и месеци след появата на бебето. Българската акушерска практика има зад гърба си богат опит с провеждане на дородов и следродов патронаж до средата на 90-те години на XX век. Съвременните условия изискват актуализация на знанията и подходите, установяване на законова рамка и насърчаване на тази здравна услуга. Опитът на акушерския екип от *Училището за родители* – Варна, доказва, че домашният патронаж е естествено продължение на пренаталните и интранаталните грижи и несъмнено е в сферата на акушерските компетенции.

Библиография

1. Наредба № 19 от 22.12.2014 г. за утвърждаване на медицински стандарт “Акушерство и гинекология”.
2. Национален рамков договор за медицинските дейности Чл. 171. (2) 4.
3. Програма „Детско здравеопазване” на Националната здравноосигурителна каса.
4. Стоименов, Г. Съвременна женска консултация. София, Мед. и физк., 1979.
5. Щъркалев, Ил., Стоименов Г. Основи на акушеро-гинекологичната помощ. София, Мед. и физк., 1963.
6. Aaserud TG, Sidsel Tveiten, Anne Karine Gjerlaug. Home visits by midwives in the early postnatal period. Sykepleien. 09.03.2017.
7. Kronborg H, Vaeth M, Kristensen. The effect of early postpartum home visits by health visitors: a natural experiment. Public Health Nurs. 2012.
8. Murphy CA, et al. Home Visits Improve Maternal-Infant Interaction and Decrease Severity of Postpartum Depression. Journal of Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2013.
9. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. Home visits in the early period after the birth of a baby. Cochrane. August 2017.
10. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf.
11. www.varnaparents.com

УДОВЛЕТВОРЕНОСТТА НА ПАЦИЕНТИТЕ ОТ ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ В БОЛНИЧНОТО ОТДЕЛЕНИЕ – КРИТЕРИЙ ЗА КАЧЕСТВО

Ж. Маргосян, М. Желязкова и И. Димитров

Катедра по здравни грижи, Филиал Сливен, МУ „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна

SATISFACTION OF PATIENTS FROM HEALTH CARE AT THE HOSPITAL DEPARTMENT – A QUALITY CRITERION

Zh. Margosyan, M. Zhelyazkova and I. Dimitrov

Department of Health Care, Affiliate Sliven, Medical University „Prof. Dr Paraskev Stoyanov“ – Varna

Abstract. Introduction: Satisfaction of patients is the main measure of the quality of health care, which are received by them. In general, patients do not have medical competency to asses professionally the quality of health care. However, they can assess the attitude of medical team to them, their problems and health state as well as readiness to provide required care to them. **Aim**: The aim of the study is to elaborate and analyze the satisfaction of patients with technical performance of services, procedures and relations with personnel in three surgical departments of a hospital. **Material and Methods:** Subjects of surveillance are 62 patients in the departments of surgery, urology and orthopedics in MBAL „Dr Ivan Seliminski“ AD, Sliven. To survey satisfaction with delivered health care, a questionnaire was developed, which was completed in the day of dehospitalization. **Results and Discussion**: The majority of respondents (57.6%) are older than 65 years. The proportion of respondents with higher education is the smallest (4.8%). Satisfaction of patients with delivered by nurses health services during hospitalization is high (96%). The majority of patients (93%) are satisfied with the information on coming procedures, which is given to them. However, a significant proportion of respondents (73.8%) need additional, extended explanation of studies and manipulations. 47.2% of respondents are not aware of the right to refuse given study or manipulation. **Conclusion:** Patients are satisfied with delivered health care during treatment in studied departments and assess the nurses work and professionalism. However, the patients require additional information about coming studies and manipulations. Also, an explanation of their right to refuse is required.

Key words: satisfaction, health care, quality

Адрес за кореспонденция: Ас. Живка Маргосян, Катедра по здравни грижи, Филиал Сливен, МУ – Варна, ул. „Генерал Столетов“ № 30, 8800 Сливен, e-mail: zhivka margosyan@abv.bg

Address for correspondence: Assist. prof. Zhivka Margosyan, Department of Health Care, Affiliate Sliven, Medical University „Prof. Dr Paraskev Stoyanov“ – Varna, 30 „General Stoletov“ Str., Bg – 8800 Sliven,
e-mail: zhivka margosyan@abv.bg

Въведение

Удовлетвореността на пациентите е основен измерител на качеството на получените здравни грижи. Обект на сестринските грижи е болният човек, затова е важно да се търси неговата оценка, отношение и препоръки за получените грижи. В общия случай пациентите нямат медицинска компетентност, за да преценят професионално качеството на здравните грижи. Те обаче могат

да оценят отношението на медицинския екип към тях, техните проблеми и здравно състояние, както и готовността да им бъде оказана необходимата помощ.

Както в древността, така и днес, лекарят очаква от болния активна подкрепа и изисква той заедно с него да се бори с болестта. Това не би се осъществило, ако пациентът не е информиран. Тази информация му е необходима, за да изгради своя представа и концепция за заболяването, както и за възможностите за лечението му [1].

Правото на информация е фундаментално човешко право. То е утвърдено в член 19 от *Всеобщата декларация за правата на човека*, където е формулирано „правото да търси, да получава и да разпространява информация" [2].

Качеството на сестринските грижи в болничното отделение трябва да отговаря на очакванията на пациента и на неговите потребности както по отношение на техническото изпълнение на грижите и процедурите, така и на взаимоотношенията с персонала [3]. Необходимо е пациентът да почувства близост, топлота, уважение, съчувствие.

Цел

Да се проучи и анализира удовлетвореността на пациентите от техническото изпълнение на грижите, процедурите и взаимоотношенията с персонала в три хирургични отделения на болницата.

Материал и методи

Обект на наблюдение са 62-ма пациенти от Хирургичното, Урологичното и Ортопедичното отделение на МБАЛ „Д-р И. Селимински" в град Сливен. За проучване на удовлетвореността от качеството на оказаните им здравни грижи е разработена анкета, проведена в деня на дехоспитализацията.

Резултати и обсъждане

По-голямата част от анкетираните пациенти – 57,6%, са на възраст над 65 г. Жени са 68%, а мъже – 32% (табл. 1).

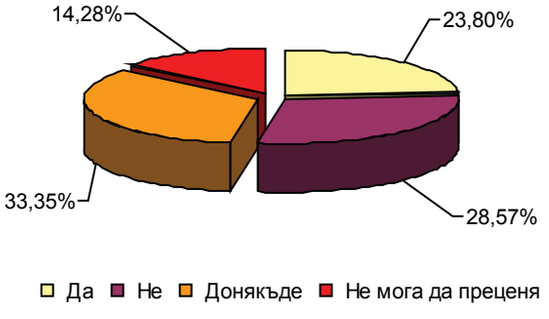
По отношение на образователното ниво на изследвания контингент се установява, че половината са със средно образование, 38,4% – с основно, с начално – 6,4%, и с висше – 4,8%.

Информираният пациент е способен да взема адекватни решения за своето здраве. При хоспитализацията болните е необходимо да получат достатъчно информация, въз основа на която да могат да вземат решение и да изразят съгласие относно препоръчаната им диагностика и лечение, както и за свързаните с тях интервенции.

Таблица 1. ***Разпределение на респондентите по пол и възраст***

Характеристика		Брой	Отн. дял
Пол	Мъже	20	32%
	Жени	42	68%
Възраст	18-35 год.	12	19%
	36- 50 год.	4	6,4%
	51-65 год.	10	16%
	Над 65 год.	36	57,6%

На въпроса ,,Считате ли, че сте добре запознати с вашите права и задължения като пациенти?" 33,35% отговарят, че са запознати донякъде, 23,8% отговарят с ,,да". Не са запознати 28,57%, не могат да преценят 14,28% (фиг. 1) .

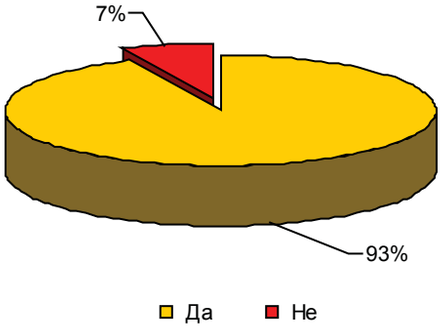


Фиг. 1. Процентно разпределение на анкетираните, запознати с правата и задълженията си като пациенти

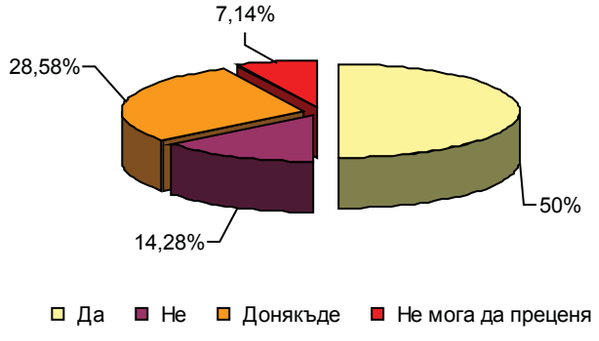
Информацията, свързана с дейностите в лечебния процес, в достъпна и разбираема форма за пациента е важен елемент, предпоставка за постигането на ефективно и пълноценно сътрудничество, изграждане на доверие.

Всички анкетирани отговарят, че са информирани за вида на заболяването и необходимостта от оперативно лечение. Относно предстоящите процедури 93% от анкетираните са доволни от предоставената им информация (фиг. 2).

Обективната невъзможност на лекаря да предвиди цялостния ход на лечението, с всички усложнения, не е пречка той да запознае пациента с рисковете, които могат да възникнат по време на изследванията и манипулациите, свързани с терапията. Информирани за евентуалните рискове и усложнения в хода на лечението са 50%, а донякъде – 28,58%. Не са информирани 14,28%, не могат да преценят – 7,14% (фиг. 3).



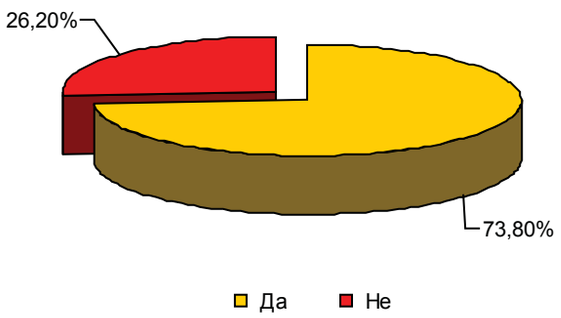
Фиг. 2. Процентно съотношение на анкетираните относно получената информация за предстоящи процедури



Фиг. 3. Информираност на пациентите за рискове и усложнения (в %)

От допълнителни обяснения за изследванията или манипулациите се нуждаят 73,8% от пациентите в нашето проучване (фиг. 4).

Постъпвайки на лечение за първи път, пациентът има задача да се справи с редица стресови моменти, изолация от близките хора, необходимост да спазва назначените режим и диета от лекуващия лекар. Трябва да е информиран от кои храни да се лиши, кои да ограничи или предпочете.

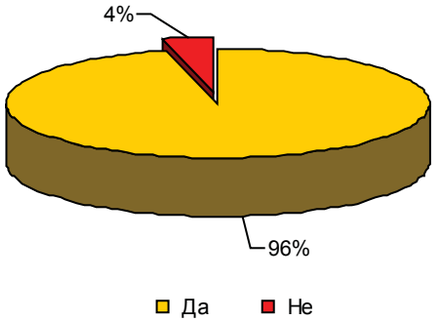


Фиг. 4. Процентно разпределение на участниците относно необходимостта им от допълнителни обяснения

На анкетираните е зададен въпрос дали са получили указания за хранителен режим при постъпването си в Отделението, по време на лечението и при изписване. Получилите указания за диетата при постъпване в Отделението за първи път са 72% от пациентите.

С 86% е обсъдена диетата, която трябва да се спазва по време на болничния престой.

Удовлетвореността на пациентите от положените от медицинските сестри здравни грижи по време на хоспитализацията е висока – 96% (фиг. 5).



Фиг. 5. Удовлетвореност на пациентите от положените от медицинските сестри здравни грижи (в%)

Освен оценката за качеството на положените здравни грижи е потърсено и мнението на пациентите за професията на медицинската сестра. Според получените резултати, анкетираните пациенти са придобили представа за труда, който полагат сестрите.

Пациентите отговарят на два от въпросите в анкетната карта, свързани с професията и труда на медицинската сестра. На въпроса „Как бихте оценили професията на медицинската сестра?“ голяма част от пациентите (87%) я оценяват като ниско заплатена, но необходима. На въпроса „Има ли разлика във Вашата оценка на труда на медицинската сестра преди приемането Ви в болницата и към момента на изписване?“ много голяма част от анкетираните отговарят, че оценката им се е променила в положителна насока.

Заключение

Пациентите са удовлетворени от положените здравни грижи по време на лечението им в разглежданите отделения и оценяват труда и професионализма на медицинските сестри. Те обаче изискват допълнителна информация за предстоящите им изследвания и манипулации. Необходимо е също да бъдат запознавани с правото си на отказ от такива.

Библиография

1. Александрова-Янкуловска, С. Биоетика. Плевен, Издателски център на МУ, 2013.
2. Всеобща декларация за правата на човека. Приета и провъзгласена с резолюция 217 А (III) на Общото събрание на ООН от 10.12.1948.
3. Чанева, Г. Удовлетвореност на пациентите от качеството на сестринските грижи в болницата. Български медицински журнал, 2008, 2(1), 61-64.

ПРЕВЕНЦИЯ НА УСЛОЖНЕНИЯТА ПРИ ДЕЦА НА ИНСУЛИНОЛЕЧЕНИЕ

П. Добрилова, К. Стефанова и Г. Янкова

Филиал „Проф. д-р Ив. Митев” – Враца, МУ – София

PREVENTION OF THE COMPLICATIONS IN CHILDREN AT INSULIN THERAPY

P. Dobrilova, K. Stefanova and G. Yankova

Subsidiary "Prof. Dr. Ivan Mitev" – Vratsa, Medical University – Sofia

Abstract. The active inclusion of children suffering from insulin-dependent diabetes mellitus in the treatment process through the skillful combination of nutrition, motor activity, modern insulin and self-control leads to the prevention of complications. A health education program is presented to reduce the incidence of hypoglycaemia in children of puberty age. Participants will learn the natural course of development of type I diabetes to prevent treatment errors, acquire knowledge and skills to prevent complications by achieving good exchange control with near-normal blood glucose levels, low HbA1 and, as much as possible, a small incidence of severe hypoglycaemia. All this requires motivation to carry out self-control in the process of treating diabetes mellitus.

Key words: prevention, complications, insulin therapy, puberty

Адрес за кореспонденция: П. Добрилова, Филиал „Проф. д-р Иван Митев“, Враца, МУ – София, 3000 Враца
Address for correspondence: P. Dobrilova, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, Medical University – Sofia, Bg – 3000 Vratsa

Въведение

Описание на проблема

Захарният диабет е хронично ендокринно обменно заболяване с тежко разстройство на въглехидратната обмяна, обусловено от липсата или от недостатъчния ефект на инсулин в тъканите. Нарушена е също и обмяната на мастите и белтъците. Различават се три основни форми на захарен диабет:

1) инсулинозависим (ювенилен, тип I) захарен диабет;

2) неинсулинозависим (диабет на зрялата възраст, тип II) и

3) симптоматичен диабет, който е усложнение в протичането на друго заболяване [2].

Инсулинозависимият диабет е характерен за детската и юношеска възраст. Честотата на заболяването сред децата до 15-годишна възраст се колебае от 0,1 до 5 на 1000. Според проведено проучване в България на всеки 2000 здрави деца едно е със захарен диабет. Ежегодно заболяват 7-8 на всеки 100 хиляди деца, като честота на засягане на момчетата и момичетата е еднаква.

Захарният диабет при децата и юношите засяга всички възрастови периоди, като най-ниска е неговата честота сред кърмачетата и стръмно нараства през пубертетния период. Най-драматичната фаза от протичането на диабета при децата е пубертетната, настъпваща след започване на пубертетното съзряване. Увеличената секреция на хормоните от хипофизата, надбъбречните жлези, щитовидна-

та жлеза и половите жлези води до скокообразно увеличаване на инсулиновите потребности. Емоционалната лабилност, особено при момичетата, допринася за по-честите обменни дерайлирания. Постигането на добър метаболитен контрол е потрудно, но става с инсулинова доза до 1,5 U/kg тегло. През тази фаза не рядко телесното тегло се повишава (главно при момичетата), което затруднява още повече овладяването на обменните нарушения [1, 3]. При анализ на протичането на заболяването при различните възрастови групи е установено увеличаване честотата на хипогликемиите при децата в пубертетна възраст в сравнение с останалите възрастови групи. В тази фаза най-често стартират и психологичните отклонения, проявяващи се с разстройства в хранителното поведение, чието своевременно откриване и контролиране е условие за постигане на траен контрол на диабета.

Самоконтролът при децата, страдащи от захарен диабет, включва редовно определяне на кръвната захар и поддържането ѝ в границите за добър обменен контрол, прецизно водене на диабетния дневник, самостоятелно инжектиране на инсулина, изследване на урината за захар и ацетон, подбор на хранителни продукти, подходящи за съставяне на диетичния режим, и вписване в дневника наличието на инфекции и други събития, довели до влошаване на метаболитния контрол. Целта е детето с диабет, както и семейството му да участват активно в процеса на лечението. Включването на родителите и близките на диабетика в обучението и самоконтрола е от голямо значение, тъй като те стават сътрудници, вместо безпомощни наблюдатели на състоянието на своя близък [4, 5, 6].

Таргетна група

Обект на изследване са деца с инсулинозависим захарен диабет в училищна възраст. Проведено е анонимно анкетно проучване сред диабетно болни деца в средните училища в Северозападна България на територията на градовете Видин, Враца, Монтана, Берковица и Вършец. През периода септември–декември 2014 г. със съдействието на училищните медицински сестри са обхванати 43-ма ученици, от които 25 момичета и 18 момчета. Данните са обработени със статистическа компютърна програма SPSS v.19.

Проблем на таргетната група

При направения анализ на протичане на заболяването при различните възрастови групи се установи увеличаване честотата на хипогликемиите с 50% при децата в пубертетна възраст в сравнение с честотата на хипогликемиите при останалите възрастови групи.

След проведена анкета на децата от VI до VIII клас се установи, че желанието на подрастващите диабетици за самостоятелност при лечението се сблъсква с липсата на достатъчни умения за самоконтрол.

Очаквани резултати

Активно включване на диабетно болните деца в пубертетна възраст в процеса на лечение чрез самоконтрол.

Цели

1. Програмна цел – да се намали честотата на хипогликемиите с 40% при децата в пубертетна възраст за период от 1 година.
2. Образователни цели:

- Децата да научат естествения ход на развитие и протичане на диабет тип I, за да се предпазват от допускане на грешки в лечението.
- Децата да придобият знания и умения за превенция от усложнения чрез постигане на добър обменен контрол с близки до нормата стойности на кръвната захар, нисък HbA1c и възможно най-малка честота на тежките хипогликемии.
- Децата да се мотивират да провеждат самоконтрол при терапевтичния процеса на захарния диабет.

Задачи

Чрез наблюдение след провеждане на програмата учениците да могат да извършват самоконтрол в процеса на лечение, който включва:

1. Самостоятелно инжектиране на инсулина.
2. Определяне на кръвната глюкоза и записването ѝ в дневника.
3. Изследване на урината за глюкоза и ацетон.
4. Подбор на храната.
5. Следене на обменния контрол и поемане на отговорност за собственото състояние.

Ресурси и препятствия за осъществяване на програмата

1. Ресурси – програмен екип.
2. Препятствия:

- Ограничени финансови средства, възпрепятстващи организирането на ученически лагер

за диабетно болните деца от Северозападна България. Слабо желание от страна на фирмите за спонсорство на мероприятия.

● Затруднение при осъществяване на връзка с личните лекари на децата, страдащи от инсулинозависим захарен диабет.

Методи и дейности за реализиране на програмата

1. Методи:

● Лекции и дискусии чрез аудиовизуални средства

● Провеждане на практическо обучение

● Провеждане на летни и зимни лагери за деца, страдащи от инсулинозависим захарен диабет.

2. Дейности:

● Да се вземе разрешение от директорите на учебните заведения за осъществяване на здравно-образователната програма

● Да се сформира работен екип

● В работния екип да се покани и включи лекар, специалист – детски ендокринолог.

● Да се определят лектори от членовете на екипа.

● Да се изберат висококвалифицирани медицински сестри за провеждане на практическо обучение.

● Да се изработят информационни табла.

● Да се възложи на директорите на учебните заведения организирането и провеждането на ученически лагер съвместно с други училища, в които се обучават диабетно болни деца.

План за осъществяване

1. Да се проведе петдневен теоретичен курс на обучение за деца, страдащи от инсулинозависим захарен диабет от VI до VIII клас, включващ пет основни теми:

● Какво представлява диабетът – причини, принципи на лечение, механизъм на инсулиновото действие и видове инсулинови препарати (първи ден).

● Хипогликемия – причини, признаци, лечение и предпазване от хипогликемия (втори ден).

● Диетолечение – принципи на храненето при диабет, видове хранителни продукти и състав на храните, примерно дневно меню, разменни таблици и хлебни единици (трети ден).

● Хипергликемични състояния и опасност от диабетна кетоацидоза – причини, признаци, лечение, антикетогенна диета, профилактика (четвърти ден).

● Контрол и самоконтрол – принципи, примери за промяна на инсулиновите дози (пети ден).

2. Да се проведе практическо обучение, включващо:

● Техника на инсулиновите инжекции, инжекционни места, работа с инжектиращите устройства (писалки), зареждане на писалките, възможни проблеми при работа с инсулиновите писалки. Съвременни методи за приложение на инсулин.

● Приготвяне на храната – преценка на порцията в отделните хранения, разпределение на различните хранителни източници и тяхното комбиниране в дневното меню.

● Изследване на урина за захар и ацетон – показания и начин на отчитане.

● Поведение при хипогликемия, показание и начин на инжектиране на глюкагон.

● Работа с глюкомер.

● Водене на дневник на диабетика.

3. Да се проведе контролен преглед от специалист – детски ендокринолог, и се преценят индивидуалните проблеми при протичането на заболяването, както и индивидуалните нужди от реобучение, дообучение и психологична подкрепа.

4. Директорите на училищата да организират провеждането на детски лагер за страдащи от инсулинозависим захарен диабет, който освен удоволствието от игрите, спорта и туризма е място за самостоятелна грижа при диабет, под контрола на опитни лекар и медицинска сестра. Лагерите за диабетици са полезно и подходящо място за обучение и самоконтрол. Престоят в тях действа стимулиращо, ободряващо, насърчаващо в ежедневието и бъдещето при съвместното съществуване с диабета.

Оценка на програмата

Преценка за ползата от програмата ще се извърши посредством отчитане на дела на децата, активно участващи в терапевтичния процес на захарния диабет чрез самоконтрол, за период от една година след нейното приключване.

Ще се отчете изпълнението на образователните цели, за които критерий е намаляването на

честотата на хипогликемиите с 40% при диабетно болните деца в пубертетната възраст от средните училища в Северозападна България.

Заключение

Пубертетната възраст е трудна за децата диабетици, тъй като се наблюдават големи колебания на кръвната захар, поради промени в хранителния и двигателния режим, бурни емоционални преживявания, самостоятелни решения без достатъчни умения за самоконтрол. Оценката на стила на живот на хората със захарен диабет включва преглед на уменията, свързани със заболяването (техника на самоконтрол, хранителен режим), преценка на поведението на пациента (физическа активност, спиране на тютюнопушенето), оценка на стила на живот, преценка на специфичното за диабета качество на живот и на здравния профил. Това налага създаването на нови ефективни модели за мотивация и активно участие на болния в лечението на захарния диабет и превенция на усложненията с оглед подобряване качеството на живот.

Разработеният модел за училищна здравно-образователна програма за предотвратяване на усложненията в пубертетна възраст при деца на инсулинолечение ще доведе до активно включване на самите пациенти, страдащи от инсулинозависим захарен диабет, в процеса на лечение чрез умелото съчетание на хранене, двигателна активност, съвременни инсулини и самоконтрол.

Библиография

1. Борисова А. Препоръки за добра клинична практика при захарен диабет, Българско дружество по ендокринология, София, 2013.
2. Деспотова В. Захарен диабет тип 2 в детско-юношеска възраст, Мединфо, 4, 2010, 1-4.
3. Захариева С. Информация за захарен диабет, www.mh.government.bg.
4. Савова Р. Захарният диабет в детска и млада възраст – неразбран и недооценен, Мединфо, 2013, 1-2.
5. www.nhif.bg. Изисквания на НЗОК при лечение на болни със захарен диабет тип 1 в извънболничната помощ
6. Tfayli H, Arslanian S. The challenge of adolescence: hormonal changes and sensitivity to insulin. Diabetes Voice, Challenges in Care, 2007, 52, 28-30.

ВЪВЕЖДАНЕ НА ТЕСТОВЕ В ПРОЦЕСА НА ОЦЕНЯВАНЕ НА СТУДЕНТИТЕ ПО СПЕЦИАЛНОСТИ „МЕДИЦИНСКА КОЗМЕТИКА“ И „МЕДИЦИНСКА РЕХАБИЛИТАЦИЯ И БАЛНЕОЛОГИЯ“ (ОКС МАГИСТЪР)

И. Колева и Ж. Геренова

Катедра „Кинезитерапия“,Факултет „Обществено здраве“, Медицински университет – София

INTRODUTION OF TESTS IN THE EVALUATION PROCESS OF PROFESSIONAL COMPETENCIES OF STUDENTS IN THE SPECIALTIES „MEDICAL COSMETICS“ AND „MEDICAL REHABILITATION AND BALNEOLOGY“ (MASTER'S DEGREE)

I. Koleva and J. Gerenova

Department of Kinesitherapy, Faculty of Public Health, Medical University – Sofia

Abstract. During last years, the education in bachelor's and master's degrees in the field of the Public Health and the Health Care in Bulgaria is in a process of fast development. We observe an introduction of innovative elements in the education – practice and student-centered approach; illustration of the material with a lot of clinical cases (including demonstration of patients); application of modern devices; multi-media power point presentations; introduction of elements of program-based learning; modern methods for stimulation of students' participation; students' investigations; contemporaneous methods of evaluation (periodic and final control). In this context we created a bank of open and closed questions (one choice and multiple choice) in the field of rehabilitation, and we applied these questionnaires in the processes of evaluation of students in specialties „Medical cosmetics“ and „Medical Rehabilitation and Balneology“ (master's degree). With these questionnaires (adapted to the correspondent level of competence) we realized periodic and final evaluation of students in disciplines: Manual therapy; Relaxing SPA treatments; Cosmetic SPA procedures; Balneology; Preventive rehabilitation, SPA & Wellness; Neurorehabilitation; Medical rehabilitation & Balneology in pediatric neurological diseases. Authors evaluated the efficacy of the introduction of tests in the education of students – for real and adequate qualitative and quantitative evaluation of professional competencies of students, and for stimulation of their initiative, participation and auto-evaluation. Applied tests can assure an evolution of the education and a transition from the traditional (conventional) education, to an active (open) education, and (in the future) to an electronic learning (e-learning).

Key words: education, tests, evaluation, questionnaire, professional competence

Адрес за кореспонденция: Проф. д-р Ивет Б. Колева, дм, дп, дмн, Катедра „Кинезитерапия“, Факултет „Обществено здраве“, Медицински университет, ул. "Бяло море" № 8, 1527 София, e-mail 1: yvette@cc.bas.bg; dr.yvette.5@gmail.com
Address for correspondence: Prof. Ivet B. Koleva, MD, PhD, DMedSc, FEBPRM, Department of Kinesitherapy, Faculty of Public Health, Medical University, 8 Byalo more str., Bg – 1527 Sofia, e-mail 1: yvette@cc.bas.bg, dr.yvette.5@gmail.com

Въведение

Съвременните тенденции в развитието на университетското образование целят изпреварващото му адаптиране към потребностите на обществото в перспектива [1, 7, 11]. Налага се обучение на студентите в умения за справяне с нова съвременна техника както физиотерапевтична апаратура, така и информационни технологии, задължителни при актуалните информационни натрупвания. Понастоящем, при спазване правилата на доказател-

ствената медицина и при навлизането на глобалната информационна мрежа и електронните медии, се налагат нови форми на обучение с "използване на нови мултимедийни технологии и интернет, за да се повиши качеството на ученето" [2, 3, 5, 7, 9], както и терминологично уеднаквяване с понятията, наложили се в Европа и в света.

Традиционното, или *конвенционално обучение* се характеризира с взаимодействие лице в лице между преподаващ и обучаем, като обучаемият е пасивната страна в диалога.

Основна и съществена характеристика на съвременните образователни модели е възможността за реализация на активно обучение, което променя ролята на преподавателя (tutor), от една страна, и на обучаемия – от друга. Тази промяна е естествен резултат от използването на интерактивните среди за обучение с няколко основни характеристики:

- *активна роля на обучавания* в процеса на овладяване на знания (интерактивен интерфейс, мотивация, когнитивно предизвикателство);
- реализиране на *автономно (самонасочвано) обучение*, при което на обучаемия се предоставят средства за контрол над скоростта на учене, възможност за избор на медия/и, възможност за избор на преход от един материал към друг;
- *лесно използваеми (user friendly) механизми за навигация и ориентиране*;
- поддръжка на различни *техники за взаимодействие между участниците в обучението*;
- *толерантност към грешките на обучаемия и подпомагане за коригирането им*;
- *възможности за персонализация на обучението*.

За обучението в областта на рехабилитацията се отнасят всички формулировки и дефиниции, направени за медицинското образование.

Основните (институтски) цели на висшето медицинско образование включват формиране у випускниците на задълбочено клинично мислене и рационални умения за общуване с пациентите; както и на личностни качества, необходими за решаване на профилактични, диагностични, лечебни, организационни, трудово-експертни и социални задачи. Като **междинни (катедрени) цели** се дефинира качественото обучение по конкретна дисциплина/и, преподавана/и от съответната катедра; а като специфични цели – усвояване на материала от отделната лекция, семинар или практическо занятие.

При съвременнното обучение често се определя минимален задължителен краен стандарт (задължителен обем от знания, умения и навици) или **минимално изискуемо ниво на компетентност (МИНК)**, описано с качествени и количествени термини, в зависимост от съдържанието му.

От класическите **методи на обучение** в медицината, респ. рехабилитацията, най-често се използват: *лекционно изложение, изложение с опонент, дискусия,* вкл. *обсъждане, беседа;* а при професионално-практическата подготовка: *демонстрация, инструктаж, упражнение, самостоятелна работа, решаване на проблемни ситуации, наблюдение, проучване на документи, проектен метод.* Прилагат се и някои съвременни методи, насочени към стимулиране на креативното мислене и развитие на творческия потенциал на студентите, като: *експеримент, метод на емпатия, метод на хипотезите, прогнозиране, изследване на случай, дебат за и против, чеклист, метод „синектика", метод „инвентика", учене чрез тренажор и др.* [4, 8, 10].

През последните години процесът на обучение в бакалавърските и магистърските специалности в областта на общественото здраве и здравните грижи в България бележи бърз напредък. Въвеждат се иновационни елементи в преподаването – преподаване с насоченост към практиката и нуждите на обучавания (и то в дългосрочен план); илюстриране на учебния материал с повече клинични случаи (вкл. демонстрации на пациенти), демонстрация на съвременна апаратура; онагледяване на преподавания материал с помощта на мултимедийни електронни системи, въвеждане елементи от програмнобазирано обучение, нови методи за стимулиране на участието (в лекции и упражнения) и на самостоятелната работа; съвременни методи за текущ и финален контрол [6, 12].

В този контекст създадохме банка от отворени и затворени въпроси в областта на рехабилитацията, която приложихме при студенти от специалности „Медицинска козметика" и „Медицинска рехабилитация и балнеология" (ОКС магистър).

С помощта на структурираните и адаптирани към съответното ниво на компетентност тестове проведохме текущо и крайно оценяване по дисциплини: мануална терапия; релаксиращи СПА терапии; козметични СПА процедури; балнеология; превантивна рехабилитация, СПА и уелнес; невро-

рехабилитация; медицинска рехабилитация и балнеология при детски неврологични заболявания.

В настоящата работа представяме резултатите от оценката на ефекта от въвеждане на тестовете в обучението както за адекватна качествена и количествена оценка на професионалните компетенции на студентите от специалности „Медицинска козметика“ (МК) и „Медицинска рехабилитация и балнеология“ (МРБ) за ОКС магистър, така и за стимулиране на тяхната инициативност и самооценка.

Цел

Въвеждане на иновационни методи в преподаването и оценяването и оценка на ефекта върху качеството на обучението на студентите в областта на медицинската рехабилитация, респективно върху професионалните компетенции на кадрите (включително адаптиране на обучението у нас към европейските стандарти).

Задачи

- Структуриране и въвеждане на тестове при оценяването на студентите магистри от МУ – София, ФОЗ;
- Компютърна оценка на резултатите от приложените тестове;
- Преструктуриране на учебните програми по съответните дисциплини.

Материал и методи

В проучването са обхванати общо 59 обучавани в ОКС *магистър* от ФОЗ на Медицинския университет – София (период септември 2015–септември 2017), като са анализирани само изцяло попълнените тестове – т.е. общо 40 комплекта въпросници на:

- 41 студенти по медицинска рехабилитация и балнеология (МРБ – след ОКС *професионален бакалавър* по рехабилитация от медицински колеж), от тях 26 са включени в проучването;
- 18 студенти по медицинска козметика (МК – след ОКС *професинален бакалавър* по козметика от медицински колеж), от тях 14 са в крайната обработка.

Изследването е собствено (и анонимно при проучване мнението на обучаваните относно качеството на обучението).

Методи на научното изследване

- Документален метод – проучване на наличната българска и чуждестранна литература по разглежданата проблематика;
- Наблюдение;
- Анкетно-социологичен метод – собствено проучване;
- Математико-статистическа обработка на получените резултати.

Получените резултати обработихме по метода на вариационния анализ, с помощта на софтуер за статистическа обработка SPSS 12.5. За целта въведохме данните от отговорите на всеки студент, отразяващи нивото му на компетентност в съответната област.

Стадии при тестването на компетенциите:

– математическо моделиране;
– създаване на банка въпроси, разделенени по ниво на трудност (от ниво МИНК до ниво n);
– структуриране на тестовете;
– апробация на тестовете върху различни категории обучавани;
– финално ситуиране на всеки въпрос в съответното ниво;
– количествена и качествена оценка на компетенциите на обучаваните.

Методологична рамка и методика

За основа на провежданото изследване се използва модифициран модел за анализ на компетенциите в областта на образователните технологии на Punya Mishra и Matthew-Koehler (за технологично-педагогическо-предметно знание), комбиниран с модела на М. Портър за петте сили, чрез които пазарът въздейства върху структурите, извършващи обучение, респективно върху техния продукт – знанието. Според Р. Йошинов [9, 10, 11, 12] отчитането на цялостната среда, върху която се прилага моделът на Мишра и Колер, дава обвивката – контекста, на чийто фона въздействат петте сили по Портър. След обединяване на двата модела се получава т.нар. *модифициран модел на Мишра–Колер–Портър,* който използваме в нашето проучване (фиг. 1).

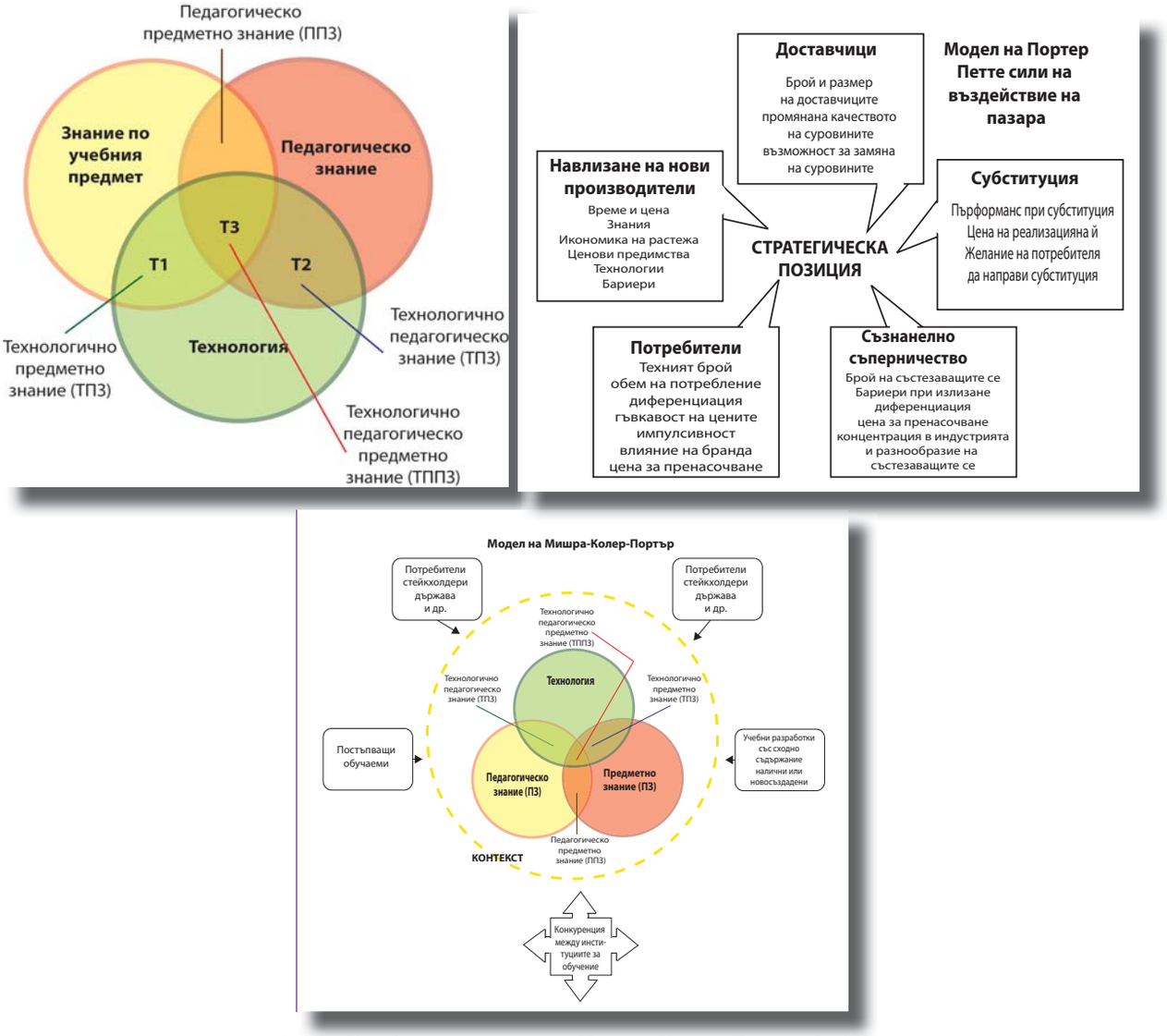
При оценяването имахме предвид и фактите, че професионалните компетенции в областта на медицината и рехабилитацията трябва да включват както теоретични знания, така и практически умения (фиг. 2); също и т.нар. *лего-стил в рехабилитацията* (фиг. 3).

В настоящата работа представяме само резултатите от обучението, съответно оценяването на студентите, в тематичната област балнеология, SPA, wellness (фиг. 4).

Резултати и обсъждане

На фиг. 5 са представени резултатите от оценката на професионалните компетенции на студентите в тематично поле балнеология, SPA, wellness. Прави впечатление, че при студентите по МРБ теоретичните знания и практическите умения са на почти еднакво ниво, докато при студентите от специалност „Медицинска козметика“ практическите умения са значимо по-високи.

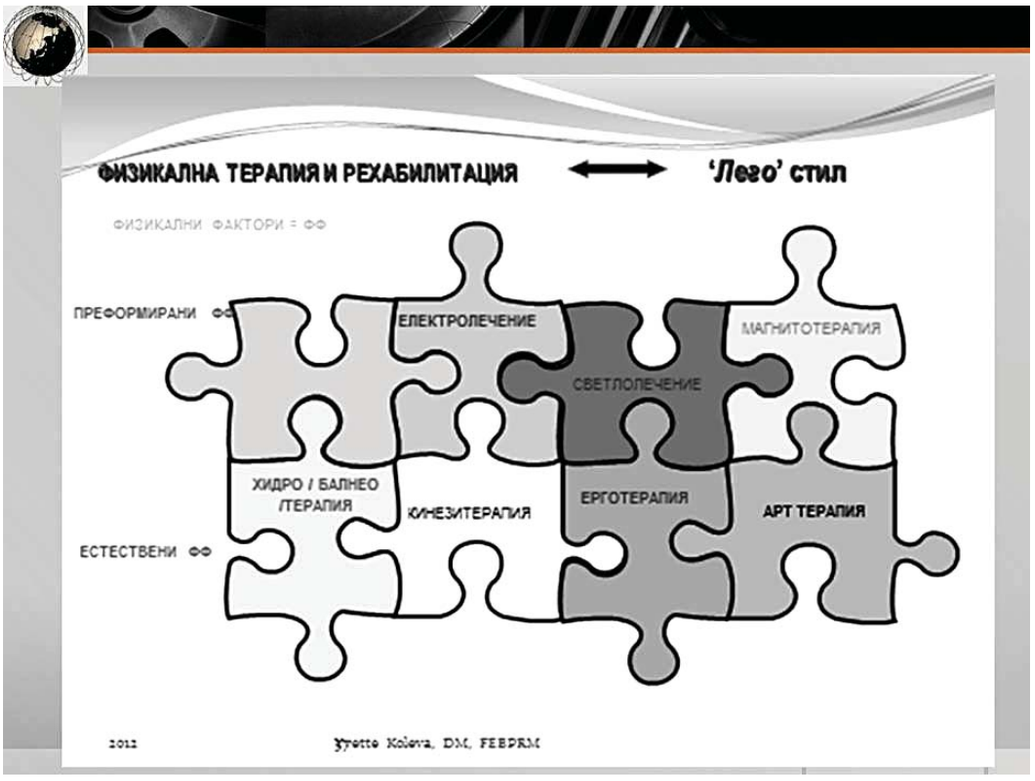
На фиг. 6 е представено студентското мнение относно качествата, които би трябвало да притежава преподавателят в областта на рехабилитацията/балнеологията. Интерес представлява сравнението на мненията на двете групи анкетирани от магистърските програми на ФОЗ (и двете групи са след придобита ОКС професионален бакалавър от медицински колеж). Най-голяма част от студентите (над 85%) считат за особено важни уменията на преподавателя за илюстриране на учебния материал с клинични случаи и демонстрацията на практически техники, полезни за клиничната практика. Оказва се обаче, че студентите по МРБ държат повече на общата и медицинската култура на преподавателя, а студентите по медицинска козметика – на уважението на преподавателя към обучаваните (отношение като към равни) и чувството му за хумор.



Фиг. 1. Комбиниран модел на Мишра–Колер–Портър [8-12]



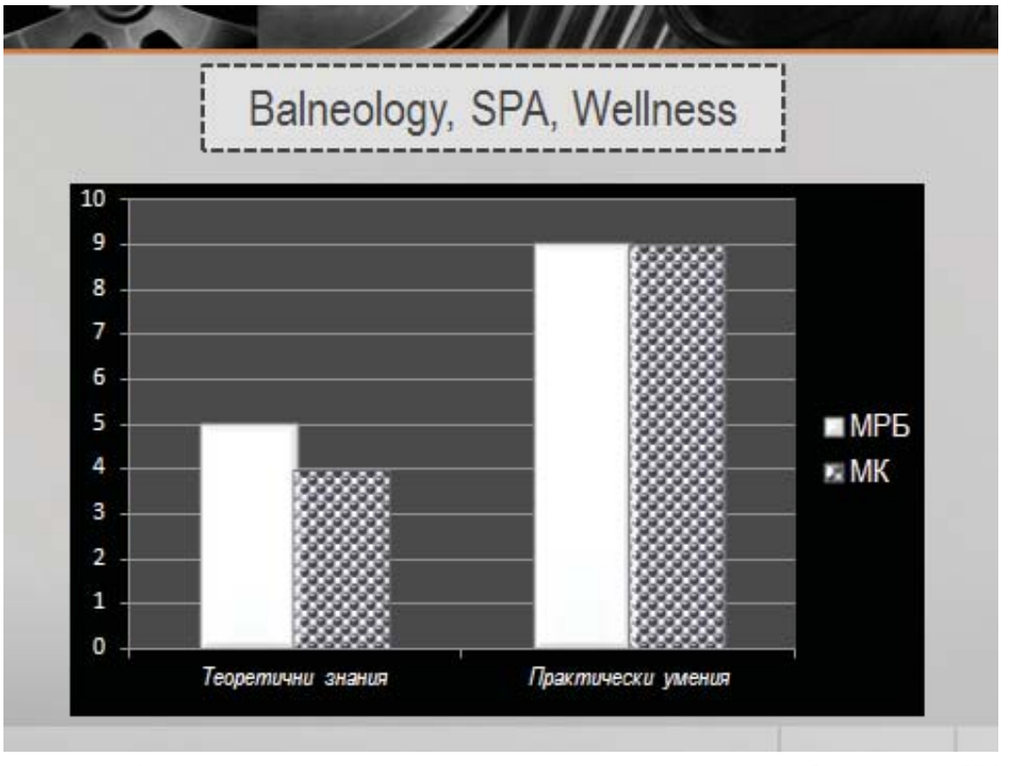
Фиг. 2. Професионални компетенции в областта на рехабилитацията [1]



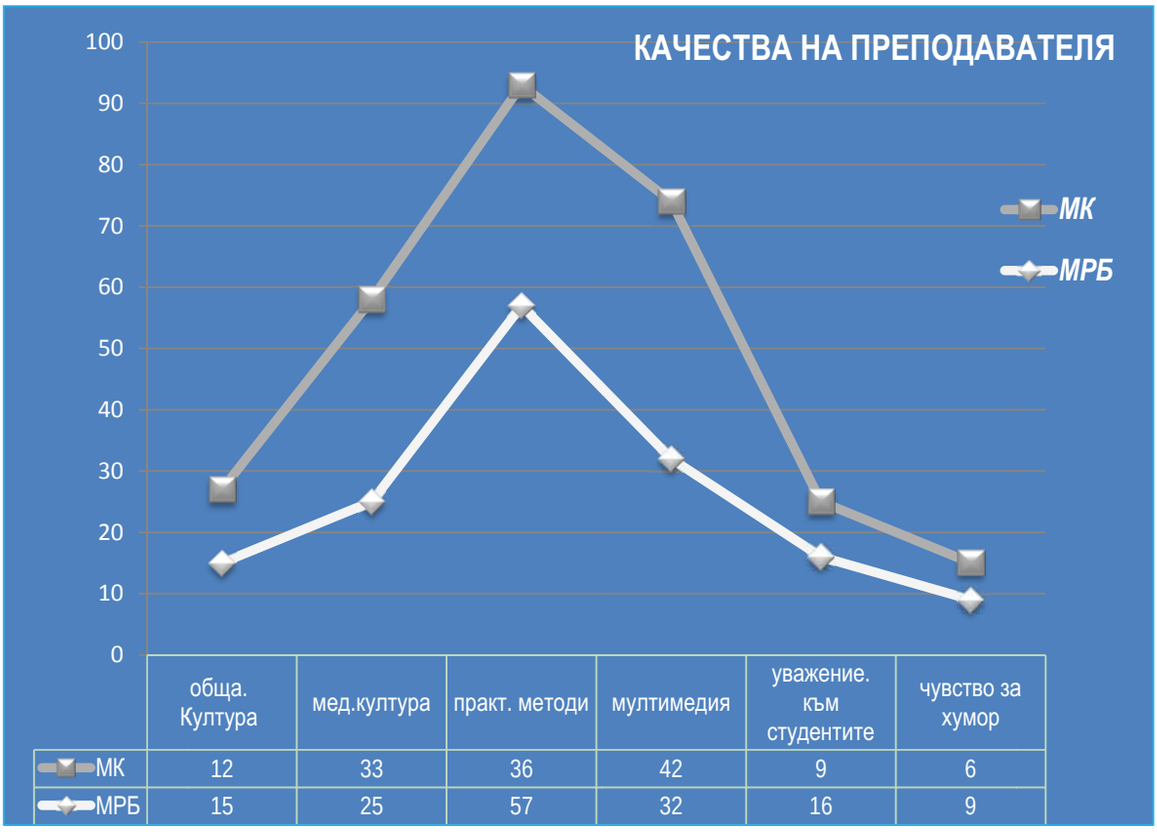
Фиг. 3. Лего-стил в рехабилитацията [1]



Фиг. 4. Балнеология, SPA, wellness



Фиг. 5. Оценка на професионалните компетенции на студентите в тематично поле балнеология, SPA, wellness



	общa. Култура	мед.култура	практ. методи	мултимедия	уважение. към студентите	чувство за хумор
МК	12	33	36	42	9	6
МРБ	15	25	57	32	16	9

Фиг. 6. Студентско мнение относно качествата, които трябва да притежава преподавателят в тематично поле балнеология, SPA, wellness

Обсъждане

В крайна сметка педагогическата ефективност на един модел на обучение или елементи от него се определя от ефекта, който този модел има върху крайния потребител – обучаемия [1, 12]. В този аспект могат да се направят няколко основни извода от обработването на материалите от проучването ни:

- Необходимост от интегрално прилагане на методите от предметната, педагогическата и технологичната област, даващи възможност за трансформиране на обучението и оценяването като процес и резултат.
- Необходимост от формирането на модели за интегриране на компютърнобазирани технологии в медицинската практика при подготовката на бъдещи медицински специалисти.
- Необходимост от повишаване на уменията и компетенциите в областта на компютърнобазирани технологии и тяхното използване в образователен контекст от преподавателския състав.
- Необходимост от изграждане на мултидисциплинарни колективи за създаване на учебни и оценъчни модули интегрално по методите от предметната, педагогическата и технологичната област.
- Необходимост от създаване на компютърнобазирана система за оценяване на компетенциите и уменията на студенти и специалисти.

Изводи и заключение

Считаме че съобразяването с мнението на студентите и специализантите (особено на тези от тях, които вече имат и практически опит), би довело до подобряване мотивацията на обучаваните, респективно до повишаване ефективността на обучението.

Приложените от нас тестове са в състояние да осигурят плавен преход от традиционното (конвенционално) обучение към активно (отворено) обучение, а в перспектива – и към електронно обучение (e-learning).

Уменията, от които се нуждаем в света на модерните технологии, са свързани с възможности-

те да се обсъждат и анализират сложни въпроси, да се идентифицират проблемите и да се търсят начини за тяхното решаване, да се използва пълноценно и ефективно информацията, да се работи в екип в дух на сътрудничество и конструктивност. За истинските професионалисти в областта на рехабилитацията обучението продължава цял живот. Само качественото продължаващо обучение може да осигури качество на обгрижването на пациентите.

Библиография[1]

1. Колева И. Иновации в обучението по рехабилитация и въздействието им върху професионалните компетенции на кадрите. Дисертация за ОНС „Доктор“ по Педагогика (СУ „Климент Охридски“). – София, 2013. Област на висше образование: 1. Педагогически науки. Професионално направление: 1.2. Педагогика/ Специална педагогика.
2. Dochev D, Pavlov R, Yoshinov R. On the Functionality of Distributed Multimedia-System Architecture for Educational Applications. Proc. of EUROGRAPHICS/ ACM SIGGRAPH Workshop & quote; Computer graphics and Visualization in Education & quote; – GVE‘99 , Coimbra, 3-5 July 1999, 117-121.
3. Dochev D, Pavlov R, Yoshinov R. An Open Distributed Computer Environment for Educational Telematics. Proc. of the EDEN Fourth Open Classroom Conference, Barcelona, 20-21 Nov. 2000, pp.247-252.
4. Koleva IB, Yoshinov RD. Evaluation of the necessity of education in the field of manual medicine in Bulgaria and training with a PC-based programme (adapted to the level of competences of different types of users). – In: Proceedings of the International Technology, Education and Development Conference (INTED), Mar 2017, Valencia, Spain, 9396-9404.
5. Koleva I. The Bulgarian Neurorehabilitation School and the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): integrating ICF requirements into clinical practice. Journal of Biomedical and Clinical Research, 2009, 2(1), 8-18.
6. Koleva IB, Yoshinov BR, Yoshinov RR.. Investigation of students’ opinion about necessity of vocational education and training in gait rehabilitation. Evolutio – Public sciences, 2016, 2, 17-24.
7. Koleva Y, Zhelev Y, Monova-Zheleva M, Avramescu ET. Highlighted needs of vocational and educational training and medical e-learning in Bulgaria. ICERI2016 Proceedings, pp. 322-327. ISBN: 978-84-617-5895-1. SN - 978-84-617-5895-1/2340-1095; DO - 10.21125/ iceri.2016.1078; PY – 2016; Y1 - 14-16 November, 2016; CI – Seville, Spain; JO - 9th annual International Conference of Education, Research and Innovation; JA - ICERI2016 Proceedings; SP – 322; EP – 327.
8. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. Produced by the Section of Physical and Rehabilitation Medicine, Union Europeenne des Medecins Specialistes (UEMS), the European Board of Physical and Rehabilitation Medicine and l’Academie Europeene de Medecine de Readaptation in conjunction with the European Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ESPRM). Editors: Christoph Gutenbrunner, Anthony B. Ward, M. Anne Chamberlain. September 2006. – Journal of Rehabilitation Medicine, 2007, Supplement 45, 1-48. Available from: www.medicaljournals.se/jrm
9. Yoshinov R, Dochev D, Pavlov R. Archimedes Knowledge Village - Development and Approbation of a Distributed Learning Environment. Cybernetics and Information Technologies, 2001, 1(1), 41-47.
10. Yoshinov R, Koleva I. Specialty “Medical Rehabilitation and Occupational (Ergo) Therapy” – Perfectionment of the Bachelor’s Degree and Structuration of Master’s Degree. – In: Public Health and Health Care in Greece and Bulgaria: The Challenge of the Cross-border Collaboration in Times of Financial Crisis. Athens: Papazissis Publishers, 2011, 907-914.
11. Yoshinov R, Koleva Y, Garnizov I. Computer evaluation of the implementation of innovative assessment methods and technologies during the education and specialization in rehabilitation medicine, medical rehabilitation and occupational therapy in Bulgaria. – Proceedings of the Xth International Conference on Electronics, Telecommunications, Automatics & Informatics (ETAI), Ohrid, Macedonia, Sept 16-20, 2011, I-2-6, 7p.
12. Yoshinov R, Koleva I, Paskaleva R, Goranova Z, Kostov K, Marinov E, Stefanova A, Pisova N. Computerized Evaluation of the Theoretical Knowledge of Members of the Rehabilitation Team (With Adapted Levels of Competence). – In: Public Health and Health Care in Greece and Bulgaria: the Challenge of Cross-border Collaboration in Time of Financial Crisis. John Kyriopoulos & Donka Dimitrova Editors. Athens: Papazissis Publishers, 2011, pp. 903-906. ISBN: 978-960-02-2630-0.

[1]Забележка: Пълната библиографска справка включва 141 заглавия (от областта на дидактиката, електронното обучение и принципни постановки на рехабилитацията) и е на разположение у авторите.

ЗДРАВНА КУЛТУРА СРЕД МЪЖЕ С ДОБРОКАЧЕСТВЕНА ПРОСТАТНА ХИПЕРПЛАЗИЯ

М. Борисова, К. Стефанова и Ц. Джиганска

Катедра “Здравни грижи“, Филиал “Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, Медицински университет – София

HEALTH CULTURE AMONG MEN WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

M. Borissova, K. Stefanova and Ts. Dzhiganska

Department of Health Care, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“ – Vratsa, Medical University – Sofia

Abstract. In the context of the current demographic crisis, studying diseases of the genitourinary system is quite current. In the structure of urological diseases, a significant share of all pathologies is attributable to male genital organs. A major share of all prostate gland diseases is benign prostatic hyperplasia and the inflammatory diseases in it – chronic prostatitis. Benign prostatic hyperplasia (BPH) is one of the most common diseases in men aged 40-80 years. The aim of the study is to study the health culture among men with benign prostatic hyperplasia. Materials and methods: A direct individual anonymous survey was conducted among patients seeking urological help between September 2016 and February 2017 on the territory of the town of Vratsa. Results: The survey conducted showed unsatisfactory health culture among patients about their illness. Conclusion: Based on the data from the study, it can be said that the BPH patients need more knowledge about the disease, risk factors and prophylaxis of complications in benign prostatic hyperplasia.

Key words: health culture, benign prostatic hyperplasia, diseases

Адрес за кореспонденция: Мариела Борисова, Катедра „Здравни грижи“, Филиал „Проф. д-р Иван Митев“, Враца, Медицински университет – София, 3000 Враца

Address for correspondence: Matiela Borissova, Department of Health Care, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, Medical University – Sofia, Bg – 3000 Vratsa

По клинично определение доброкачествената простатна хиперплазия (ДПХ) е хронично, постепенно прогресиращо състояние, характеризиращо се с умерени до тежки симптоми от страна на долните пикочни пътища, увеличени стойности на международния простатен симптоматичен индекс (МПСИ), увеличен обем на простатата и намалена скорост на максималния уринен ток. Простатата – това е ахилесовата пета на мъжа. Според здравната статистика на СЗО, около 24 милиона мъже в Европа над 50 години имат симптоми на увеличена простата. Това е четвъртото по честота заболяване при мъжете над 50-годишна възраст – след исхемичната болест на сърцето, хипертонията и захарния диабет.

По данни от 2014 г. на Националния статистически институт (НСИ) в България мъжете в трудоспособна възраст са 2 691 447.

Здравната култура е система от знания, ценности, умения и реално поведение, насочена към опазване и укрепване на индивидуалното, груповото и общественото здраве. Повишаването на здравната култура на населението и в частност на мъжете е свързано преди всичко с акцент върху значението и нарастването честотата на основните рискови фактори на най-разпространените социално-значими заболявания у нас. Както показват анализите на М. Дякова, през последните 15 години се повишава делът на почти всички рискови фактори. Значимо увеличение в силата или

продължителността на въздействие се наблюдава на познати рискови фактори – тютюнопушене, дислипидемия, нерационално хранене, хиподинамия и пр. Освен това се появяват нови социално-икономически и психологични рискови фактори – психоемоционален стрес, повишени професионални изисквания, социална изолация, ограничен достъп до спешна помощ и редица други. ДПХ е най-често срещаното състояние при възрастните мъже и разпространението ѝ ще се увеличава паралелно със застаряването на населението. След 40-годишна възраст при мъжете настъпват естествени хормонални промени, подобно на менопаузата при жената. Определят се с термина „андропауза". Проявленията са свързани именно с прогресивно намаляващите нива на свободния тестостерон, докато нивото на естрогените (женските полови хормони) остава същото или относително нараства. Здравната култура е съвкупност от знания, нагласи, отношения, убеждения и поведение във връзка с възстановяване, опазване и укрепване на личното и общественото здраве. Това определение показва, че информираността, познанията за здравето и болестта не могат да са единствен критерий за висока здравна култура. Възможно е човек да има много здравни знания, но те да не са превърнати в убеждения. Възможно е да има също така много здравни знания и убеждения, но да няма съответните здравни нагласи, отношения, мотивация, навици и поведение.

Материал и методи

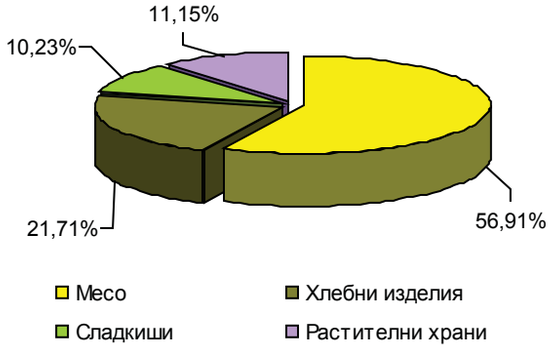
За целите на проучването са анкетирани 194 пациенти, потърсили урологична помощ в град Враца, през периода септември 2016–февруари 2017 година. Данните са обработени със статистическа програма SPSS.

Резултати

С цел разработването на нови подходи за повишаване на здравната култура сред мъжете е необходимо детайлно изучаване на рисковите фактори. В подкрепа на това ще цитираме данни от проведено епидемиологично изследване на рисковите фактори в няколко европейски страни. Целта на проучването е била да се оцени и измери в проценти относителната тежест, "приносът" на четири главни фактора на здравето. Получени са следните резултати: медицинско обслужване – 10%, наследственост – 20%, природо-географски (екологични) фактори – 20%, стил и начин на живот – 50%. Тези данни показват, че независимо от напредъка на медицинските технологии, главният фактор за здравето на населението си остава стилът на живот, следван от факторите на околната среда. Различаваме обективна (обществена) и субективна (личностна) здравна култура. Особено значение за дейността по опазване на здравето на населението има субективната здравна култура. В системата на социалните отношения се проявява в следните насоки (по Тр. Трендафилов):

- Отношение на индивида към собствения му стил на живот;
- Отношение на индивида към здравето на околните (семейство, колегии др.);
- Отношение на индивида към собственото му заболяване (търсене на лекар, самолечение, безразличие и т.н.);
- Отношение на социалната група към здравето на индивида;
- Отношение на индивида към дейността на здравната служба;
- Отношение на индивида към хигиената на окръжаващата го жизнена среда.

На въпрос: „Какви храни предпочитате?" – 56,91% от анкетираните отбелязват, че предпочитат местни храни, 21,71% се хранят предимно с хлебни изделия, 10,23% избират сладкишите и само 11,15% използват храни само от растителен произход (фиг. 1).



Фиг. 1. Предпочитани храни

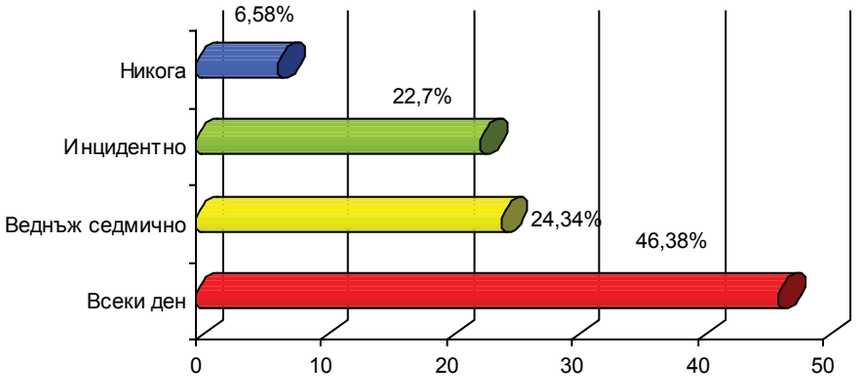
Изборът на месо, хляб и сладкиши показва нездравословното хранене на българските мъже. Обилното хранене обикновено е съпроводено с алкохол, което се доказва от следващия въпрос. Обяснението им е, че се хранят предимно вечер със семейството, където се отпускат и с алкохол.

Вече се приема безусловно, че начинът на живот има дълбоко влияние върху човешкото здраве, в това число и за възникването и развитието на най-честите и сериозни заболявания – хроничните неинфекциозни болести. По принцип начинът, на живот на индивида може да индуцира два модела на поведение:

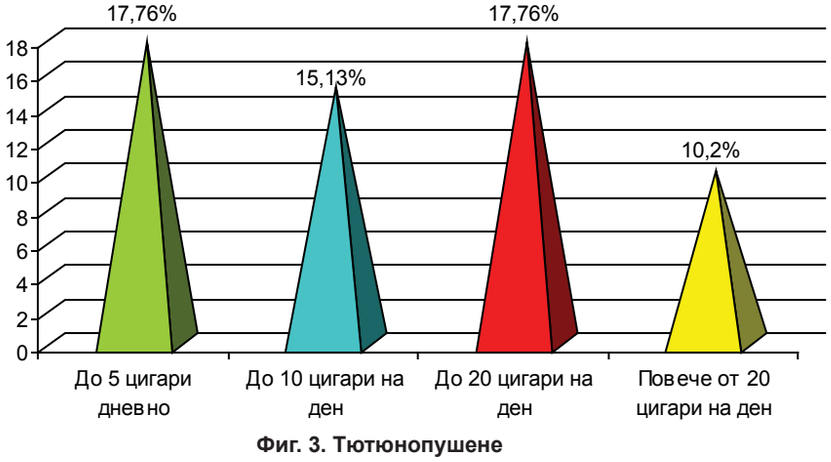
- *Позитивен* – съдействащ за укрепването на здравето, вкл. балансирано хранене, адекватна физическа активност, здравословна сексуалност.
- *Негативен* – нанасящ вреда върху здравето, включващ посочените по-долу според Класификацията на СЗО, здравни рискови фактори:
  - тютюнопушене;
  - злоупотреба с алкохол;
  - наркомании;
  - нерационално и небалансирано хранене;
  - двигателен инактивитет.

Въпреки всеизвестните последици от вредата от тютюнопушенето по-голямата част от изследваните лица (60,85%) дават положителен отговор на въпроса „Пушите ли?” Почти всички анкетирани са запознати с последствията от тютюнопушенето и това какво влияние оказва никотиновия дим при заболявания на пикочо-половата система и въпреки това приемат тютюнопушенето като удоволствие, от което не биха се лишили. Разпределението на анкетираните според броя на изпушените цигари е представено на фиг. 3.

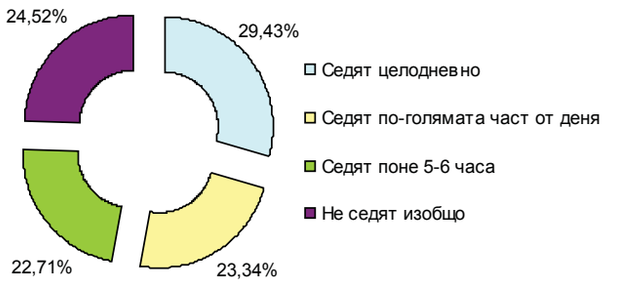
Физическата активност е особено важен елемент при заболявания на простатата. Пациентите, чиято работа е свързана с продължително седене, са 75,48%. Това довежда до застой на кръвоносната система в малкия таз, което действа неблагоприятно върху простатната жлеза. 23,34% от анкетираните изкарват половината от деня в седнало положение, а 22,71% седят около 5 часа дневно. Мъжете във възрастовата група 40-60 години компенсират воденето на заседнал начин на живот със физическо натоварване през уикендите и при възможност със спорт. Само 24,52% от участващите в проучването мъже не сядат изобщо, тъй като работата им е свързана със стоене.



Фиг. 2. Употреба на алкохол



Фиг. 3. Тютюнопушене



Фиг. 4. Физическа активност по време на работа

Главен метод за повишаване на здравната култура на населението е здравното възпитание. Според СЗО основното предизвикателство и главната мисия на всеки здравен професионалист е да стане здравен възпитател на населението в бъдеще.

Медицинската сестра е онзи здравен специалист, който стой най-близо до пациента и неговото семейство и познава най-добре неговите лични и социални проблеми. Наблюденията и информацията, с които разполага медицинската сестра, са изключително ценни за цялостния процес на здравно възпитание, за оздравяването на болния и неговата жизнена среда.

Нужно е реализирането на конкретни проекти за реално повишаване на здравната култура сред мъжкото население с оглед формирането на реален здравословен стил на живот и чувствително подобряване показателите на общественото здраве. В тази насока следва да се търсят възможности за повишаване на мотивацията и интереса при мъжете.

Високата информираност и повишаването на здравната култура на все повече български граждани е най-надеждната стратегия за самосъхранение и профилактика на тежките болести. Това е и най-разумният избор на всеки, неизискващ голяма инвестиция и изразходване значителни лични и обществени разходи. Изпълване със съдържание на принципа „информирани и здрави" за все повече и повече хора в България е основна задача на здравните институции в страната. Висока информираност и лична здравна култура, съчетани с добра организация на здравеопазването, са най-надеждната гаранция за добър здравен статус и качествено здравеопазване на населението. Това е най-важният отличителен признак за високоразвита и цивилизована държава.

Библиография

1. Василевски, Н, М. Вуков, Носителство на фактори на риска за здравето сред изследваните мъже в зоните на програмата за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни болести (СИНДИ). Социална медицина, 2003, № 4, 15-19.
2. Йосифова, Ю, Информираност на населението относно начина на живот като рисков фактор за рак. Praemedicus, 2002, № 1-2, 90-98.
3. Гончарук АИ. К вопросу о повышении эффективности амбулаторной андрологической помощи (под ред. А. И. Гончарук, Андрология и генитальная хирургия. 2002. № 3, 206-207.
4. Добрилова, П, Павлова Р, Младенова Й, Георгиев П. Качество на сестринските грижи през погледа на хронично болни пациенти, Сборник доклади, Втора национална студентска сесия „Съвременни тенденции в развитието на здравните грижи", Плевен, 27-28.03.2014, 188-192.
5. Начкова, Д, Янкова Г, Миткова М. Здравно – сексуалната култура и просветеност сред подрастващите. Сб. доклади от 4-та национална студентска сесия „Здравните грижи през XXI век – тенденции и перспективи", 2016, 267-272.
6. Стефанова К, Добрилова П, Маринова А. Промоция на здравето – нова философия на общественото здраве. XIV Международна научна конференция, Варна, 2015, 566-571.
7. Brunner H, Weidner W, Schiefer HG. Studies of the role of Ureaplasma urealiticum and Micoplasma hominis in prostatitis. J Infect Dis 1993; 147: 807-813.

ПРОБЛЕМИ И ПЕРЦЕПЦИИ ЗА БОЛЕСТТА ПРИ ПАЦИЕНТИ С ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ И ТЕХНИКИ ЗА САМОРЕГУЛАЦИЯ НА ПОВЕДЕНИЕТО ПРИ БОЛЕДУВАНЕ

Е. Янкулова, Г. Янкова и И. Грозданов

Катедра “Здравни грижи“, Филиал “Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, Медицински университет – София

PROBLEMS AND PERCEPTIONS OF THE DISEASE IN PATIENTS WITH CHRONIC ILLNESSES AND TECHNIQUES OF SELF-REGULATION OF THE BEHAVIOR OF ILLNESS

E. Yankulova, G. Yankova and Ivan Grozdanov

Department of Health Care, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“ – Vratsa, Medical University – Sofia

Abstract. The article discusses the problems and perceptions of the disease in patients with chronic illnesses and the possible techniques for self-regulation of the behavior of illness. The results show that 23% of respondents apply special techniques to deal with the chronic course of the disease. The rest (77%) are oriented towards emotional instability, expressed in worrying thoughts, denial, aggression, distancing, and helplessness. The search for new techniques and methods for adopting chronic disease and adapting to its conditionality is one of the main tasks facing the multidisciplinary team serving chronic patients.

Key words: chronic disease; perceptions, self-regulation techniques

Адрес за кореспонденция: Елка Янкулова, Катедра „Здравни грижи“, Филиал „Проф. д-р Иван Митев“, Медицински университет – София, 3000 Враца

Address for correspondence: Elka Yankulova, Department of Health Care, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, Medical University – Sofia, Bg – 3000 Vratsa

Хроничните заболявания представляват основен дял от тежестта на заболяванията в Европа и са отговорни за 86% от всички смъртни случаи. Напредъкът на медицината днес дава шанс на много хора с хронично заболяване да оцелеят, но въпреки това животът им е изпълнен с несигурност, ограничения, физически дискомфорт и социална изолация. Хроничното заболяване и процесът на боледуване са свързани с формиране на вярвания и емоционално преживяване на болестта от пациента [1, 4, 5]. Тези когнитивни и емоционални процеси отразяват индивидуалното въздействие на болестта върху психичното и физическото функциониране, личния смисъл на настъпилите промени и определят адаптацията към болестта [2, 3, 7]. Психичните преживявания стават много по-голямо и тежко бреме за психиката и съзнанието на болния човек, отколкото самата болест. Пред всеки хронично болен стои не лесната задача да се научи да живее с условията, които болестта му поставя. Способността да се познава тялото, неговите реакции и сигнали, е от изключителна важност и чудесно умение за справяне със стреса от хроничния ход на болестта [8, 9].

Цел

Целта на настоящото изследване е да се проучат проблемите и перцепциите за болестта при пациентите с хронични заболявания и възможните техники за саморегулация на поведението на боледуване.

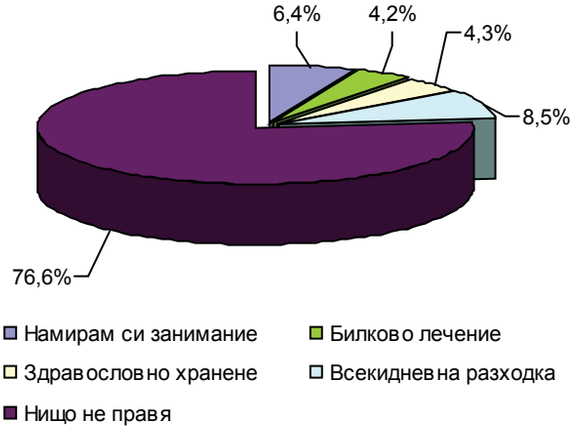
Материал и методи

Провеждането на настоящото изследване се налага от необходимостта за събиране на реална и достоверна информация относно психо-емоционалните проблеми на хронично болните пациенти и използваните техники за справяне с хроничната болест. Използвани са документален метод и анкетно проучване. Изследването е проведено през периода VII-IX. 2017 г. сред пациенти с хронични заболявания. Анкетирани са 47 лица с различни хронични заболявания, подбрани на случаен принцип. Информацията е събрана посредством провеждане на пряка анонимна анкета със специално изработен за целта въпросник, включващ 19 въпроса. За обработката на данните е използвана статистическата програма SPSS 16.0 при $p < 0,05$. Таблиците и графиките са изработени чрез програмите WORD и EXEL.

Резултати и обсъждане

В изследването са участвали 47 пациенти с различни хронични заболявания, подбрани на случаен принцип. Средната възраст на проучената извадка е 56 години ($\chi = 56.13$; от 42 до 79 год.)

Хроничната болест влияе негативно върху самочувствието и себеуважението на болния. Много са хората, справящи се с болестта, упорито повтаряйки си, че се чувстват все по-добре, но за съжаление делът на лицата, които искат, но не вярват, че могат да го постигнат, е по-голям.

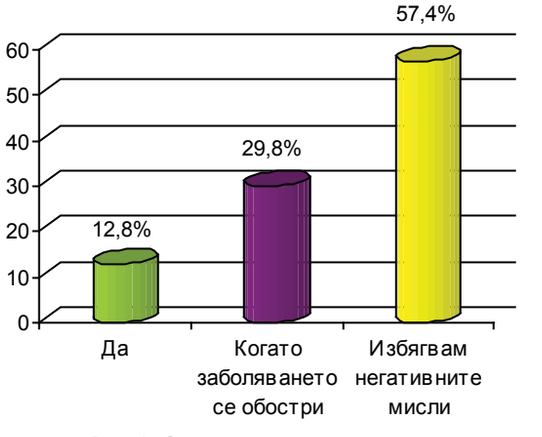


Фиг. 1. Прилагане на специални техники

Резултатите сочат, че едва 23% от анкетираните болни прилагат предимно популярни техники за справяне с хроничния ход на болестта. Те се изразяват в прилагане на билково лечение, разходки сред природата, здравословно хранене, натоварване с работа, слушане на музика и грижи за домашен любимец. Останалите (77%) не правят нищо, защото според тях е безсмислено. Те са ориентирани към емоционална нестабилност, която се изразява в потъване в тревожни мисли, отричане, агресивност, раздразнителност, депресия, дистанциране и безпомощност.

Хронично болният човек не изпълнява пълноценно обичайните си задължения поради болестта си и много често страда от чувство за вина, защото смята, че е в тежест на семейството и обществото. Трудно споделя и не признава, че има същите потребности като останалите членове на семейството (семейни излизания, тържества, ритуали, забавления), защото според него вече „няма право на глас" заради заболяването си. Това води до *депресия,* чувство за безполезност и отчаяние.

Хроничната болест пречи на пациентите да комуникират и те често се сърдят, цупят или влизат в междуличностни конфликти, след което обикновено се затварят в себе си. Според резултатите от анкетата 57,4% твърдят, че имат емоционален контрол над заболяването, 29,8% изпадат в паника само когато болестта напомни за себе си и едва 12,8% признават, че често са депресирани и обезкуражени, за своето бъдеще и това на близките им. Нито един от анкетираните не споделя, че знае и прилага някаква специална техника за справяне с депресивното си състояние (фиг. 2).



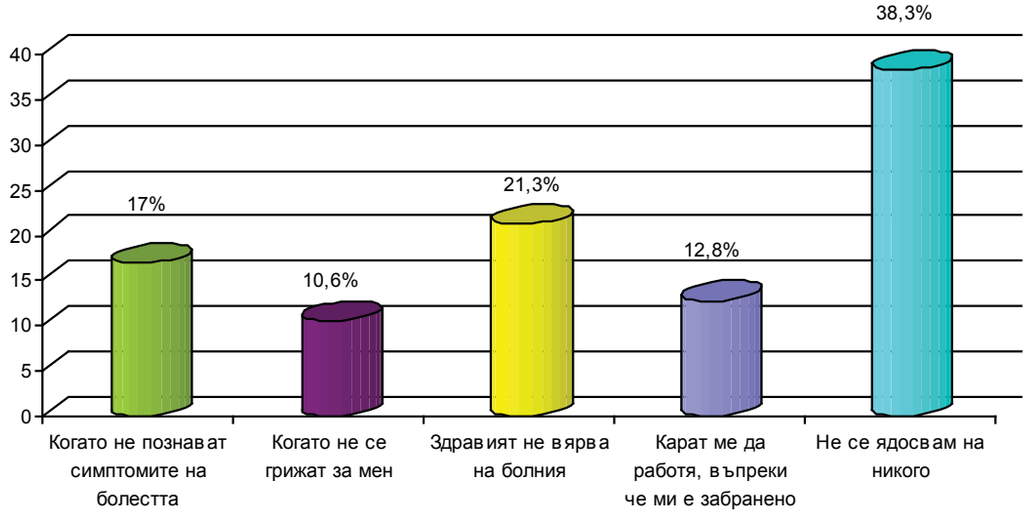
Фиг. 2. Склонност към депресия

Емоционалните и духовните реакции могат да доведат до физически промени [6]. Хронично болният често е обзет от яд към себе си, живота или към хората в него, защото не му вярват,

че е болен и смятат, че преиграва или се глези (”Здравия не вярва на болния” – според 21,3% от анкетираните). Променената психика на хронично болния влияе и върху отношенията в семейството. Вместо да споделят открито притесненията си и да се подкрепят, болният и близките му стават нервни, раздразнителни, ядосани на съдбата и доброволно се обричат на социална изолация. 38,3% твърдят, че не се ядосват на хората около себе си, освен когато ги карат да вършат работа, която им е противопоказана (фиг. 3).

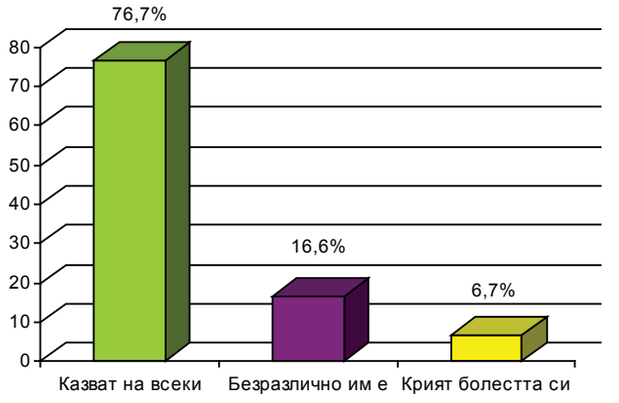
Тревожността нормално е присъща на всяко човешко същество и се проявява в най-различни форми – опасения, несигурност, безпокойство, нервна напрегнатост, угриженост, чувство на безпомощност, неопределено усещане за неблагоприятен изход, трудности при доверяването. Според разбиранията на когнитивната терапия, тя се поражда първо в мислите. В повечето от ситуациите, в които човек преживява тревожност, тялото не би реагирало със симптоми, ако в ума нямаше негативни мисли. Хронично болните изпитват трудност при адаптиране към условията на болестта. Тревожността е свързана с въпроса: „Ами сега?! Какво да правя?“. Възприемат промяната в начина на живот като наложителна раздяла с обичайните неща и навици, с които те не искат да се разделят. В резултат у тях се активира поредица негативни мисли и емоции, изразяващи се в срам, че вече са различни, страх от необратимостта на заболяването, тревога, че са във финансова и емоционална тежест на близките или страх за поколението, че заболяването е наследствено. Според резултатите от анкетата болните над 65 години по-лесно се адаптират към хроничния ход на заболяването. Радват се на вниманието и грижите на членовете на семейството. Тревожността им се обостря само когато болестта напомни за себе си и тогава веднага търсят помощ от лекар или близки. Споделят с всеки срещнат за заболяването си, чувстват се обградени с внимание и грижи от членовете на семейството. Никой от анкетираните не прилага специални техники за справяне с емоционалното напрежение и негативните мисли, освен естествените начини за отпускане и релакс като разходки и билково лечение (фиг. 4).

Хронично болните под 65-годишна възраст често са тревожни, поради информираността си относно хода на заболяването. Прогнозата ги кара да се чувстват напрегнати, раздразнителни или отчаяни и затворени в себе си. Често се опитват да скрият болестта и мислите си от околните, демонстрирайки безразличие и добро настроение. Споделят само с лекаря или сестрата, които знаят за заболяването, а при пристъп на болестта приемат изписаните лекарства и търпеливо чакат да отзвучат симптомите. Натоварват се с повече работа, за да „не мислят”. Спадат към групата на

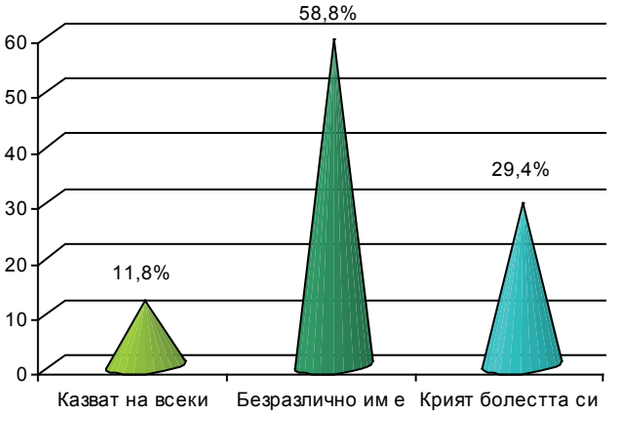


Фиг. 3. Ядосвате ли се често на хората около Вас?

т.нар. *любезни болни*, защото са информирани за всички негативи на болестта, смятат че *владеят положението* и не се поддават на *черни мисли* (фиг. 5).



Фиг. 4. Отношение към болестта при хронично болни над 65 години



Фиг. 5. Отношение към болестта при хронично болни под 65 години

Препоръчителни техники за приспособяване и постигане на емоционален баланс с хроничната болест

Най-популярният начин, леснодостъпен, но не особено желан и изпълним особено за по-възрастните хронично болни, са *физическите упражнения***.** Според специалистите редовните физически натоварвания намаляват чувството на тревожност при хронично болните, премахват стреса, лошото настроение и депресиите, увеличават самочувствието и стимулират имунната защита.

Друг метод с голяма ефективност, който би могъл да се приложи, макар че изисква много съсредоточаване, свободно време и най-вече тишина е *визуализацията* (visualisation). Представлява метод, при който умствено се създават образи и представи на дейности и ситуации, водещи до отпускане. Съществуват различни видове стимули при визуализацията, например визуализация с пътешествия (лодки, самолети, влакове, балони, коне и т.н.), визуализации на открито (планини, градини, гори и т.н.), визуализации с вода (реки, езера, плажове, дъжд и др.), визуализации на закрито (домашно огнище, хижа, колиба, замъци, храмове и т.н.

От помощ би могъл да бъде *автогенният тренинг* (autogenic training), който заема важно място сред методите за релаксация и постигане на емоционален баланс. Изисква се отпускане в удобна позиция и пасивна концентрация върху вербална формулировка, внушаваща тежест и топлина в крайниците.

Не на последно място в борбата с тревожността и негативните мисли е *медитацията* (meditation). Като религиозна практика съществува от няколко хиляди години, а като психотренинг – от около половин век. Представлява състояние на дълбока съсредоточеност, която се постига по различни начини. Основните от тях са чрез повторение на мантри (определени думи или фрази), чрез повторение на определени движения, чрез съсредоточаване върху вдишването и издишването, чрез използването на определени зрителни обекти и др. Премахва нервното напрежение, помага за преодоляване на депресията и безсънието, насърчава позитивните емоции и укрепва емоционалната стабилност. Проучвания доказват, че медитацията увеличава прага на болка при боледуващите.

Специалните техники за овладяване на негативните емоции биха могли да помогнат в много от случаите за по-лесно адаптиране към новите условия на болестта – необходимост, която е масово пренебрегвана от болните. Лесно приложим и много ефективен метод е *дишането* (breathing). Неправилното дишане допринася за тревожността, паническите атаки, депресията, мускулното напрежение, главоболието, умората. Намалява способността ни за справяне със стресови ситуации. Практикуването на дихателни упражнения за осъзнаване на дишането, води до утихване на ума и отпускане на тялото.

Друг метод, който е по-лесно изпълним и по-предпочитан от болните е *акупресурата.* С леки

кръгови движения се масажират определени точки от тялото (намират се на главата, ушите, гръдната кост, китките, предмишниците, лакетните стави, основата на носа между веждите). Те са лесно достъпни и не изискват особени усилия. Всички точки са от меридиана, отговарящ за тревожността, стреса, паниката, безпокойството и проблемите със съня.

Освен естествените начини за отпускане и релакс, за справяне с тежкото бреме на хроничната болест е необходимо прилагането на по-специални техники, които значително биха могли да повлияят върху емоционалния баланс. Тялото реагира на стреса с напрягане, много преди да има осъзнаване в ума. Това напрягане на свой ред усилва субективното преживяване на тревожност.

В този смисъл дълбокото мускулно отпускане *(мускулна релаксация)* намалява напрежението в тялото и така блокира по нататъшното развитие и появата на тревожност. В основата си методът представлява систематично напрягане последвано от отпускане на различни видове мускулни групи.

Широко приложение в практиката за постигане на емоционален баланс имат също *йога стречингът* (yoga stretching) и *приложната релаксация* (applied relaxation training). Приложната релаксация съчетава в себе си различни видове техники за отпускане. Създадена е от шведския лекар (L. G. Ost) в края на 1980 г. за третиране на пациенти с фобии. Впоследствие се установява, че е подходяща за всякакви напрегнати и стресови ситуации в ежедневието.

Изводи

- Никой от анкетираните не прилага по-специални техники за справяне с емоционалното напрежение и негативните мисли.
- Хронично болните над 65 години спадат към типа болни, за които болестта е *добре дошла,* тъй като имат изгода – привличат внимание, осигуряват си социални контакти и почивка, прави ги горди в известна степен, носи им предимства, помага за постигане на цели, дава им оправдание, за да не правят нищо.
- За хронично болните под 65 години е характерен *синдромът на болестната любезност*. Те са доволни, на пръв поглед изглеждат незаинтересовани и щастливи с болестта, но зад фасадата на доволство протичат скрити емоции и потребности, които се потискат (възможности, креативност, воля, енергия) и влияят върху хода на болестта.

Заключение

Нарастващият брой хора с хронични заболявания поставя сериозни проблеми пред обществото и определя неговите здравни приоритети. Наред с лечението, предотвратяването на рецидивите и профилактиката на усложненията са необходими здравни грижи, насочени преди всичко към съхранение на болния като личност и осигуряване на неговия пълноценен живот въпреки болестта. От решаващо значение за хронично болния са емоционалният контрол и преоткриването на себе си в новата реалност на болка, страдание и психо-социална изолация. Правилният начин на мислене и психо-емоционалната настройка са в основата на всеки оздравителен процес. Прилагането на холистичен (био-психо-социален) подход в обгрижването е от решаващо значение за контрола над здравните и психичните проблеми на хронично болния човек.

„Добрата новина е, че имаме право на избор и че доброто здраве не е само въпрос на генетика.” [6].

Библиография

1. Алтшулер Д. Как да работим с хроничната болест, София, Българска психиатрична асоциация, 1997.
2. Ачкова М., Приложна психология в медицината и здравните грижи. София, Коти ЕООД, 2001.
3. Владимирова Е., Предизвикателствата на хроничната болест – роля на сестрата при диабет. XII международна научна конференция, Бургас, 2016, 52-56.
4. Голдберг Д, Бенджамин С, Крийд Ф. Психиатрия в медицинската практика. Фондация „Невронауки и поведение”, 1977, 58.
5. Маринова П, Есинк ДжМГ. Палиативни грижи. София, Български писател, 2007.
6. Норбеков М, Иванов М. Всичко е в твоите ръце. София, 2013.
7. Попова С. Личност и здраве, София, 1993.
8. Стефанова К, Димитрова П. Удовлетвореност на пациентите от качеството на обслужване медицинска сестра-пациент, Сборник доклади II национална студентска сесия, Плевен, 2014.
9. Тодорков К. Когнитивна психология. Велико Търново, 2002.

СОЦИАЛНА ИДЕНТИЧНОСТ НА РИСКОВОТО ЗДРАВНО ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ДЕЦАТА – ПРОМЕНИ И ПЕРСПЕКТИВИ В СЪВРЕМЕННАТА СОЦИАЛНА ЕКОЛОГИЯ

К. Стефанова и П. Добрилова

Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, Медицински университет – София

THE SOCIAL IDENTITY OF RISKY HEALTH BEHAVIOR IN CHILDREN – CHANGES AND PERSPECTIVES IN MODERN SOCIAL ECOLOGY

K. Stefanova and P. Dobrilova

Affiliate “Prof. Dr Ivan Mitev” – Vratza, Medical University – Sofia

Abstract. The characterized with complex problems pediatric population in our county sets significant challenges to science and practice, which are associated with health promotion and diseases prevention. The current system of health care requires concrete activities that are aimed to reduction and elimination of risk factors and increase of health culture of the adolescent population in our country. Studying the association between man and environment social ecology summarizes knowledge, which assists the improvement of public health by reviewing development of modern society in relation to the specifics of the natural environment. As a science social ecology is aimed to investigation of the influence of risk factors, which have adverse impact and become a reason for the occurrence of risky health behavior in children. **The aim** of the present study is to analyze health culture of children and adolescents and delineate the ongoing and significant problems of the current pediatric and school health care in relation to health and limitation of manifestations of asocial behavior in children. To achieve the set aim the fulfillment of the following objectives is required: Identification and classification of the groups of children with risky health behavior; Characterization of the main risk factors and reasons for children asocial behavior; Characterization of the current main challenges to minimize the problem development; Determination of priority areas for change and development. In this context, an important component is the introduction of high-quality health education in today's school, which is aimed to the development of children's knowledge and skills, which are associated with preservation and strengthening of their own health and handling aggressive behavior and conflicts. Ultimately, it is drawn **the conclusion** that the social environment, in which today's Bulgarian children grow and develop, is characterized with a number of problematic and stressing situations, which impact adversely the growing generation behavior and health.

Key words: social ecology, risky health behavior, risk factors, challenges

Адрес за кореспонденция: Калина Стефанова, Филиал „Проф. д-р Иван Митев“, Враца, Медицински университет – София, 3000 Враца

Address for correspondence: Kalina Stefanova, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, Medical University – Sofia, Bg – 3000 Vratsa

Предизвикателствата, пред които е изправено детското население у нас, свързани със здравето, безопасността и сигурността, са комплексни и сложни. Това налага необходимостта от създаване на ефективна система за грижи към децата, която да се фокусира към предотвратяване на кумулиращия ефект на редица рискови фактори и причини. Ето защо, несъмнено, все по-нарастващото значение на **детското и училищно здравеопазване** за обществото, се насочва към идентифициране на рисковите фактори, които оказват неблагоприятно влияние върху здравето на децата и са причина за възникване на рисково здравно поведение. Изучаването на взаимовръзката между човек и околна среда в социалната екология обобщава знания, които спомагат за подобряване на общественото здраве чрез преосмисляне развитието на съвременното общество по отношение на спецификата на природната среда. Като наука социалната екология е насочена към изследване влиянието на рисковите фактори, които имат неблагоприятно въздействие и се явяват причина за възникване на рисково здравно поведение при децата. **Целта** на настоящото изследване е да анализира здравната култура на децата и подрастващите и да очертае съществуващите и значими проблеми на съвременната педиатрична и училищна здравна грижа по отношение на здравето и ограничаване на проявите на асоциално поведение при децата. За постигане на поставената цел е необходимо изпълнението на следните задачи: Идентифициране и класифициране на групите деца с рисково здравно поведение; Характеризиране на основните рискови фактори и причини за асоциално поведение при децата; Характеризиране на съвременните основни предизвикателства за минимализиране развитието на проблема; Определяне на приоритетните области за промяна и развитие. В този контекст съществен компонент е въвеждането на качествено здравно образование в съвременното училище, което е насочено към развитие на знания и умения у децата, свързани с опазване и укрепване на собственото здраве и справяне с агресивното поведение и конфликтите. В заключение **извод** е, че социалната среда, в която съвременните български деца растат и се развиват, се характеризира с редица проблемни и стресови ситуации, които оказват неблагоприятно влияние върху растящото поколение и неговото поведение и здраве.

фициране и решаване на актуални, многообразни и значими проблеми, свързани с асоциално поведение на децата. В тази връзка трябва да подчертаем и прибавим редица характерни особености на детската възраст, представляваща рисков, уязвим биологичен период, от човешкия живот.

В този общ контекст приложението на социалната екология има за цел да проучи в социален, икономически и културен аспект, комплексното влияние на факторите и причините, оказващи негативни последици за появата на деца в риск. Именно за това спецификата на тези деца като демографска, възрастова и биосоциална група, очертава начините и средствата за тяхното отглеждане, здравно-психично развитие и социализация.

Безусловно, това е инструмент за формиране на подхода, осигуряващ изграждане на мотивирана подкрепяща околна среда. По този начин може да се очертае пространството за дефиниране и адресиране на редица превантивни и интервенционни практики за решаване на различни рискови ситуации. Тяхното проектиране в адекватни секторни политики цели да формира и утвърждава здравословен и безопасен начин на живот сред подрастващото поколение.

Идентифициране и класифициране на деца в риск

Според Законът за закрила на детето, обн. в ДВ бр. 48 от 13 юни 2000 г. „дете в риск“ е дете:

– което няма родители или е останало трайно без тяхната грижа;

– което е жертва на злоупотреба, насилие, експлоатация или всякакво друго нехуманно или унизително отношение или наказание във или извън семейството му;

– за което съществува опасност от увреждане на неговото физическо, психично, нравствено, интелектуално и социално развитие.

Обобщавайки казаното дотук, като *деца в риск* може да се определят тези, които поради социални, материални или здравословни причини нямат възможност да изградят пълноценна връзка между себе си и обществото. Често травмирани, изолирани и отбягвани, те са с малък или никакъв шанс, за равен старт в живот с останалите млади хора.

Рискови фактори и причини

Причините за наличието на деца в риск са разнородни – от социалната им среда, до различни здравословни проблеми. Като такива най-често се определят:

- Деца с хронични заболявания.
- Деца в неравностойно социално положение.
- Деца, живеещи в институции.
- Деца с емоционални и поведенчески проблеми.

Безусловно, причините и корените се крият най-вече в семейната среда, ценностните ориентации, поведението и начина на живот на родителите. Негативните последици от израстването на детето са свързани с атмосфера на дисхармония и дисфункции в семейството като институция.

Друг фактор, влияещ изключително върху формирането и развитието на детската личност е училището, като обкръжаваща среда. От анализа на причините за отпадане от училище, може да се обособят няколко основни категории:

– икономически;
– етнокултурни;
– социални;
– педагогически.

Третият по значимост фактор е обкръжаващата среда от връстници на детето. В тази социална среда не може да отминем факта, че поведението на съвременните деца се определя и от редица културни и информационни фактори. Най-често свързани с един *мултиучител* като събеседник и разказвач – наречен интернет пространство.

В тази връзка трябва да признаем, че броят на децата, които се вписват като потребители на културни и художествени ценности непрекъснато намалява.

Негативните последици за бъдещото развитие на тези деца могат да са:

– дезадаптивно и девиантно поведение;
– посттравматични разстройства;
– суицидни опити;
– личностни и сексуални разстройства;
– психосоматични заболявания;
– прояви на физическо и сексуално насилие;
– злоупотреба с психоактивни вещества.

При изучаването на тази рискова част от детската общност, се наблюдава, че отклоненията от общоприетите стандарти и обществени норми са от различно естество и с различна степен на риск.

Използват се между 15 и 20 критерия за класифициране на отделните рискови групи. От медицинска гледна точка около 10% от всяка детска популация са с трайни физически и психични увреждания.

- Според становището на криминолози делът на рисковата група деца с престъпно и девиантно поведение варира между 10 и 15% от детското население.
- Основният критерий за определяне на контингента на отделните рискови групи е степента на риск за здравето и живота на детето и степента на опасност за обществото.
- Данните за тези деца показват, че през последните години този контингент се увеличава и придобива застрашителни размери за мащабите на страната.

Характерни форми и измерения

Подобен тревожен факт включва и обединява следните основни групи деца, изложени на риск:

- Деца, родени с телесна маса под 2500 грама.
- Деца, настанени в специализирани институции.
- Деца, жертви на насилие, експлоатация, трафик, пътнотранспортни произшествия (ПТП), престъпление, пренебрежение.
- Деца, на улицата (бездомни, скитащи и проституиращи).
- Употребяващи и злоупотребяващи с наркотични вещества.
- Тежки форми на детски труд.
- Деца, извършители на престъпление.
- Деца с изявени дарби.
- Деца, участващи в религиозни секти.
- Деца от ромски произход.
- Деца в емоционален дискомфорт.
- Деца от екологично замърсени райони.

Като все по-нарастващ проблем голяма част от криминалните ситуации в страната са причина за увеличаване на страха от редица форми на престъпно противообществено поведение като:



Основни съвременни предизвикателства:

1) нравствената криза в обществото;
2) дестабилизация на семейната среда;
3) негативните личностни психични промени сред детското население;
4) процесът на социална диференциация и стратификация сред детското население – децата в неравностойно социално положение се увеличават;
5) икономическата принуда;
6) необхващането и отпадането на хиляди деца ежегодно от училище;
7) агресивната детска субкултура в училищния и в обществения живот;
8) нарастващата престъпност и криминогенност в обществото (води до нарастване на детската престъпност и девиантно поведение сред децата).

В контекста на увеличаващото се проблемно поведение и конфликти сред децата става ясно, че за предотвратяване на рисковите фактори и причини е необходимо наличието на междуинституционален подход, увеличен обмен и добри практики между различните сектори на местно и национално ниво.

Това изисква изграждане на конструктивна партньорска мрежа ***семейство–училище–общност,*** чиито мултидисциплинарни екипи активно да участват и подкрепят практики, ориентирани към децата в риск.

Важен момент в тази мрежа е въвеждането на качествено здравно образование в съвременното училище, насочено към развитие на умения при децата за справяне с агресивното поведение и с конфликтите.

В този ред на мисли от изключително значение е координацията на съвместни действия и мерки на системите на здравеопазване, образование със социалната, правната и противообществената политики, свързани с деца – обект на малтретиране и пренебрежение.

Приоритетни области

1. Подобряване откриването на жертвите на физическо, емоционално и сексуално насилие сред децата и търсене на отговорност и наказание за извършителите.
2. Проследяване на децата, злоупотребили с алкохол и наркотици, и на предразположените към агресивност.
3. Обучение на деца в методи за самоотбрана.
4. Създаване на мрежа от центрове за психично здраве с цел превенция на рисковото поведение при деца.
5. Ограничаване на неконтролируемото излъчване по телевизията и по интернет (кибер насилие) на различни форми на насилие.
6. Осигуряване на национална мрежа от горещи телефонни линии и навременен подслон за деца в риск.
7. Повишаване на обществения интерес към деца в риск с помощта на медиите.
8. Създаване на оптимални условия за устойчиво развитие на детското и училищно здравеопазване на базата на ефективни и стабилни информационни и организационни взаимоотношения между семействата, училищната общност и обществото към детското население в риск.

Заключение

В заключение бихме посочили, че проблемната и стресовата ситуация, в която растат и се развиват съвременните български деца се характеризира с критичност, тревожност и неопределеност. Тази многоаспектност и многоизмерност откроява редица проблеми с негативно отражение върху поведението и степента на риска за здравето и живота на подрастващото поколение.

На практика това означава, че постигането на промяна в нагласите и поведението на децата в риск е предпоставка и гарант за националната здравна и социална сигурност на нацията.

Накрая бихме желали да посочим, че на нашето общество не е безразличен въпросът „Какви ще израснат съвременните български деца и юноши, изключително важен индикатор за тяхното пълноценно включване в живота на Европейската общност?“

Библиография

1. Добрилова, П, Маринова П. Роля на медицинската сестра за подобряване качеството на медицинските услуги в условията на пазарна икономика, X Международна конференция „Съвременният модел на Европейския съюз и мястото на България в него“, МВБУ, Бояна, 14-15 юни 2013, 805-809.
2. Децата на България. С., КМД при МС, 2006, 121- 135
3. Конвенция на ООН за правата на детето, обн. Д.в. бр. 55, 1991.
4. Закон за закрила на детето, обн. Д.в. бр. 48, 2000
5. Национална стратегия за детето 2008-2018 обн. Д.в. бр. 14, 2008.
6. Тулчински Т., Ел. Варавикова. Ново обществено здравеопазване в XXI век, Варна. 2004, 97-98.
7. Янкова, Г., П. Аспарухова, Е. Владимирова. Социалната подкрепа – буфер на професионалния стрес и burn aut. XIII научна национална научна сесия за преподаватели, 2-3 октомври 2014.

ПРОУЧВАНЕ НА РИСКОВИТЕ ФАКТОРИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ

Л. Маринов и П. Добрилова

Филиал ”Проф. д-р Ив. Митев” – Враца, Медицински университет – София

A STUDY OF RISK FACTORS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTONIA

L. Marinov and P. Dobrilova

Affiliate "Prof. Dr. Iv. Mitev" – Vratsa, Medical University – Sofia

Abstract. The factors for health are the conditions, which influence a body, and the body health is directly dependent on them. Some of them are positive in relation to health, i.e., they have a positive influence for its preservation and strengthening: a favorable environment, psychological comfort, rational diet, etc. Another group of factors are adverse in relation to health, i.e., they cause illness and are characterized with adverse health consequences, facilitate the development of severe diseases with high mortality, although they can be corrected. The complex approach to the accompanying arterial hypertonia risk factors is of a great importance for its prevention.

Key words: arterial hypertonia, risk factors, prevention

Адрес за кореспонденция: Любомир Маринов, Университетски комплекс, корпус 1, ет. 2, Филиал „Проф. д-р Иван Митев“, Медицински университет – София, 3000 Враца, e-mail: lyubo60@abv.bg

Address for correspondence: Lyubomir Marinov University complex, Corpus 1, floor 2, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, Medical University – Sofia, Bg – 3000 Vratsa, e-mail; lyubo60@abv.bg

Въведение

Артериалната хипертония е заболяване не само на сърцето, но и на целия организъм. Това е една от най-разпространените и същевременно най-коварни болести поради множеството неблагоприятни последствия, до които води. Тя е едновременно самостоятелна нозологична единица и същевременно главен рисков фактор за развитие на инсулт, инфаркт, сърдечна недостатъчност, хронична бъбречна недостатъчност, периферна артериална болест. Дори умереното повишаване на артериалното налягане се свързва със скъсяване на продължителността на живота. Артериалната хипертония е водещият глобален риск за смъртност, отговорен за 9.4 милиона отнети човешки живота през 2010 г. Повишеното кръвно налягане е причина за нефатални и фатални мозъчни инсулти, сърдечни инфаркти, за сърдечна недостатъчност и внезапна сърдечна смърт, като 50% от инцидентите са при лица на възраст от 45 до 69 години. Всеки 3-ти в света е с високо кръвно налягане, а ефективно лекуван е само един от трима. България е с честота на хипертонията около 55% при средна за Европа 30-45%. Смъртността от мозъчен инсулт се приема за един от най-достоверните показатели за честотата, а и за контрола на артериалната хипертония.

Световната здравна организация идентифицира хипертонията като водеща причина за сърдечно-съдовата смъртност. Артериалната хипертония (АХ) се счита за „съвременна епидемия“, тъй като се установява при 4 от 10 възрастни над 25-годишна възраст и се определя като глобален рисков фактор за смърт и нетрудоспособност.

От гледна точка на възможността за интервенция и мениджмънт рисковите фактори за АХ могат да се групират в две категории:

– *Неуправляеми*, фамилно и генетично обусловени – възраст, пол, раса, наследственост и генетично предразположение.

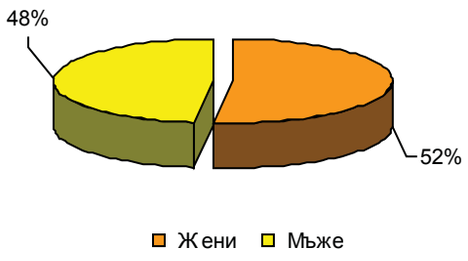
– *Управляеми* рискови фактори, свързани с начина на живот и вредните фактори на средата – повишена консумация на готварска сол, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, наднормено тегло, ниска физическа активност, заседнал начин на живот, психоемоционално напрежение и стрес.

Солта е главният фактор за повишаване на кръвното налягане. Почти 50% от хората с хипертония са чувствителни към солта. Консумацията на твърде много натрий рязко повишава кръвното налягане и ги поставя в риск за усложнения.

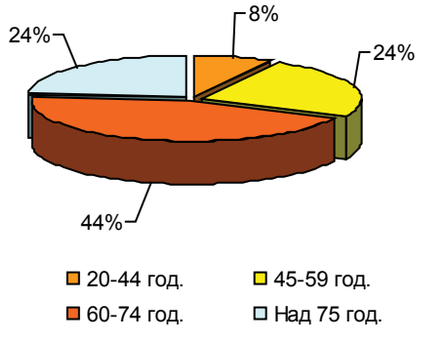
Съществуват доказателства за причинно-следствена връзка между приема на сол и артериалното налягане. Прекомерната консумация на сол може да допринесе за резистентна хипертония. Механизмите, свързващи приема на сол и повишаването на кръвно налягане, включват повишаване на извънклетъчния обем, но също и периферното съдово съпротивление, дължащо се отчасти на симпатиковото активиране. Обичайният прием на сол в България, както и в много страни, е между 9 и 12 g на ден при норма от 3 до 5 g дневно. Намаляването до около 5 g на ден има скромен (1-2 mm Hg) понижаващ ефект на систолните стойности при нормотензивни индивиди и малко по-изразен ефект (4-5 mm Hg) при хипертоници. Ефектът от ограничаването на натрия е по-голям при възрастните хора и при лица с диабет, метаболитен синдром или хронично бъбречно заболяване, а ограничаването на солта може да редуцира броя и дозата на антихипертензивните лекарства.

Материал и методи

Настоящото проучване бе проведено през първото полугодие на 2017 година. Неговата цел бе да се установи разпространението на най-често описваните фактори в изследваната популация като: тютюнопушене, консумация на алкохол, ниско ниво на физическа активност, наднормено тегло и затлъстяване, стрес. Проучени са 50 пациенти с установена артериална хипертония. Разпределението на анкетираните по пол и възраст е илюстрирано на фиг. 1 и 2. От изнесените резултати прави впечатление, че по-голяма част от изследваните – 68% са на възраст над 60 години. В групата има превес на лицата от женски пол – 52%. Данните от проучването са обработени статистически.



Фиг. 1. Разпределение по пол

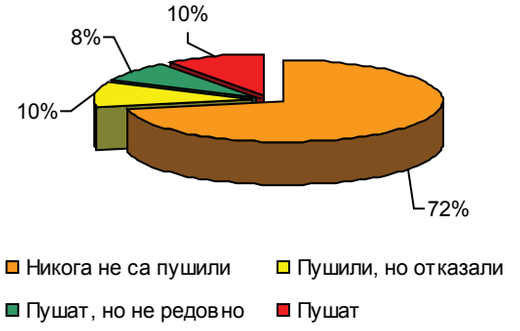


Фиг. 2. Разпределение по възраст

Резултати

Тютюнопушенето е една от доказаните, водещи предотвратими причини за болестност и смъртност. То е широко разпространено у нас, въпреки че през последните години се очертава тенденция към ограничаване на тютюнопушенето – през 2008 г. са пушили 38,8%, през 2011 г. – 36%, а през 2012 г. като пушачи се самоопределят 34%. Тютюнопушенето причинява рязко повишаване на кръвното налягане и сърдечната честота чрез стимулиране на симпатикусовия дял на вегетативната нервна система и централната нервна система, като ефектът се наблюдава повече от 15 минути след пушенето на една цигара. Проучвания, базирани на амбулаторно наблюдение на кръвното налягане, показват, че както нормотензивният, така и нелекуваният пушач хипертоник имат по-високи дневни стойности на артериалното налягане от непушачите.

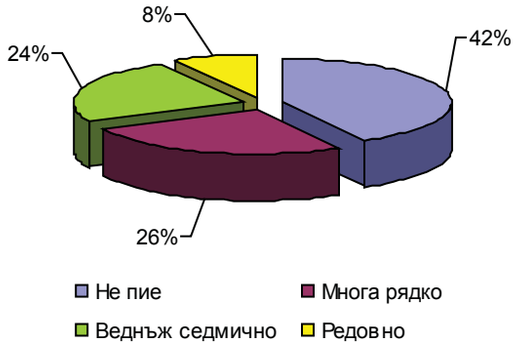
Тютюнопушенето като рисков фактор е илюстрирано на фиг. 3. Даните сочат, че активни пушачи са 10% от обхванатите в проучването, но към тях можем да причислим и нередовно пушещите. 82% от анкетираните не пушат, 72% никога не са пушили, а 10% са отказали цигарите преди различен период от време.



Фиг. 3. Тютюнопушене

Връзката между консумацията на алкохол, нивата на кръвното налягане и разпространението на хипертония е линейна. Редовната употреба на алкохол повишава кръвното налягане при лекувани пациенти с хипертония. Въпреки че умерената консумация не може да навреди, преминаването от умерено към прекомерно пиене се свързва с повишаване на кръвното налягане и с повишен риск от инсулт.

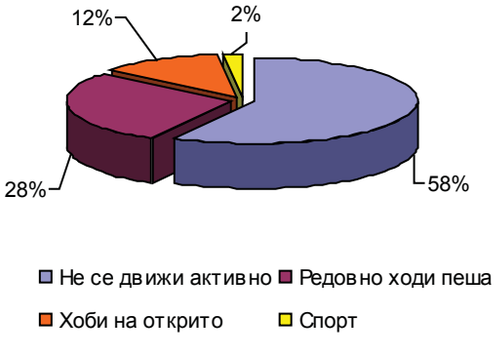
Относно употребата на алкохол (фиг. 4) 42% споделят, че никога не са употребявали алкохол. 26% от изследваните лица консумират алкохол много рядко, или както споделят самите анкетирани на големи празници за наздравица, т.е. Коледа, Нова Година, Великден – и то в изключително малки количества. При 24% алкохолната консумация се ограничава до 1-2 пъти седмично, най-често през почивните дни от седмицата. Само 6% ежедневно употребяват алкохол.



Фиг. 4. Употреба на алкохол

Ниската физическа активност е фактор на риска за здравето, имащ съществен принос за влошаването на популационния здравен статус на населението в нашата страна. При заседнал начин на живот рискът от развитие на хипертония се увеличава с 30%. Съществуват неоспорими доказателства, че негативният ефект на заседналия начин на живот по отношение на исхемичната болест на сърцето е сравним с ефекта на тютюнопушенето и почти толкова значим, колкото високите нива на серумния холестерол.

Установеното ниво на физическа активност при изследваните е аналогично на констатираното от други подобни изследвания, провеждани в България, т.е. ниско. Над половината от анкетираните (58%) не се движат активно. Разбира се тук трябва да се вземе предвид и възрастовата структура на групата. 28% ходят редовно пеша, 12% имат хоби, което е свързано физическа активност. И едва 2% спортуват.



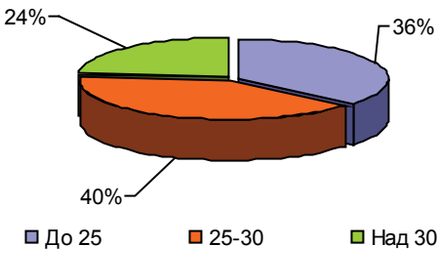
Фиг. 5. Ниво на физическа активност

Наднорменото тегло е един от най-силните предиктори на артериалната хипертония. Хипертонията е около 6 пъти по-честа при лицата със затлъстяване в сравнение с тези с нормално тегло. Честотата на АХ нараства еднопосочно с нарастването на индекса на телесната маса.

Хипертонията е тясно свързана с наднорменото тегло и намаляването на теглото е последвано от понижение на артериалното налягане. При метаанализ средните намаления на систолните и диастолните стойности, свързани със средна загуба на тегло от 5,1 kg, са съответно 4,4 и 3,6 mm Hg.

Урбанизацията, заседналият начин на живот, намалената физическа активност и не на последно място храненето обуславят следващия рисков фактор – наднорменото тегло и затлъстяването. И тук положението в България не прави изключение от европейските и световни тенденции. Индексът

на телесна маса (ИТМ) е един от точните критерии за определяне степента на наднорменото тегло. На фиг. 6 е показан ИТМ на анкетираните. Резултатите разкриват обезпокоителни данни. Видно е, че превес имат лицата с наднормено тегло – 40%, не малък дял (24%) са с различна степен затлъстяване и едва 36% са с нормално телесно тегло.



Фиг. 6. Индекс на телесна маса

Стресът и високото кръвно налягане са тясно свързани. Установено е, че въздействието на стреса върху развитието на хипертонията включва реакция на симпатикусовата нервна система, при която отделянето на катехоламини води до повишаване на сърдечната честота, сърдечния дебит и артериалното налягане. Симпатикусовите реакции към острото натоварване са добре проучени, но процесът, чрез който стресът допринася за постоянното покачване на артериалното налягане във времето, все още не е изяснен. В действителност стресът причинява преходно повишаване на артериалното налягане с психосоматичен произход, но също може да е причина за по-постоянно повишаване на кръвното налягане, когато е свързано с други рискови фактори (екологични, психологични или генетични).

В проведените разговори по време на анкетирането над 50% от изследваните свързват заболяването си с неблагоприятно житейско събитие или стрес. Най-често става въпрос за ситуации с продължително въздействие на стресогенния фактор – като тежко боледуване или загуба на близък, продължителна безработица в трудоспособна възраст, финансови проблеми и др.

Заключение

Комплексният подход към всички съпътстващи артериалната хипертония рискови фактори е от изключителна важност за превенцията и промоцията на здравето. Подходящите промени в начина на живот са крайъгълният камък за превенцията на хипертония. Те са важни и за терапията, въпреки че никога не трябва да забавят започването на лекарствена терапия особено при пациенти с висок риск. Подходящите промени в начина на живот могат безопасно и ефективно да забавят или предотвратят появата на хипертония и да допринесат за редуциране на артериалното налягане при пациенти с хипертония, и намаляване на дозите на антихипертензивните препарати. Освен ефекта на понижаване на кръвното налягане, промените в начина на живот допринасят за контрола на други сърдечно-съдови рискове.

Библиография

1. Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020.
2. Стефанова К, Добрилова П, Маринова А. Промоция на здравето – нова философия на общественото здраве, XIV Международна научна конференция, Варна, 2015.
3. A Global Brief On Hypertension World Health Day 2013.
4. Chockalingam A. World Hypertension Day and global awareness. Canadian Journal of Cardiology. 2008, 24(6): 441-44.
5. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: Analysis of worldwide data. Lancet. 2005;365:217-23.
6. Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries. Geneva, World Health Organization and World Economic Forum, 2011.
7. Spruill, Tanya M. Chronic Psychosocial Stress and Hypertension. Current Hypertension Reports. 2017, 12(1): 10-16.).
8. Stefanova S, Dobrilova P. Integral food-engine modelfor health promotion, Bulgarian medicine, 2016.
9. World Health Organization and World Economic Forum. From Burden to Best Buys:
10. ESH/ESC Guidelines for themanagement of arterial hypertension, European Heart Journal, 2013, 34, 2159-2219.

СТРЕСЪТ – ВОДЕЩ РИСКОВ ФАКТОР ЗА РАЗВИТИЕ НА СИНДРОМ НА ЛЕСНО ДРАЗНИМОТО ЧЕРВО В МЛАДА ВЪЗРАСТ

Т. Христова и Кр. Георгиева

Филиал „Проф. д-р Иван Митев” – Враца, Медицински университет – София

STRESS – A LEADING RISK FACTOR FOR IBS DEVELOPMENT AT A YOUNG AGE

T. Hristova and Kr. Georgieva

Subsidiary "Prof. Dr. Ivan Mitev" – Vratsa, Medical University – Sofia

Abstract. Irritable bowel syndrome (IBS) or unstable colon, spastic colitis, is a disorder in intestinal motility, which includes chronic recurrent gastrointestinal symptoms without organic reasons. A range of studies shows that the symptoms are caused by increased visceral sensibility of the colon due to changes in particular cortex zones. This disease is widely spread around the world with common variety and age-gender structure. A research was done in April-June 2017 among IBS patients who went through a gastro examination at MC “Factor” Vratsa in 2016. They were put in groups considering their age and gender. The study aims to explore and define the leading factor of the disease – stress, continuous taking of antibiotics and eating disorders. Documental and analytical methods were used for the purpose of the research. The results were processed and reflected in tables and graphic images by using Microsoft Office Word and Excel programs. The stress was discovered to be the leading risk factor for unlocking IBS symptoms at a young age.

Key words: stress, risk factor, irritable bowel syndrome

Адрес за кореспонденция: Таня Христова, Филиал „Проф. д-р Иван Митев” – Враца, Медицински университет – София, 3000 Враца, GSM: 0878650376, 0879639025, e-mail: thg_j@abv.bg; krasimira_ ivanova59@abv.bg

Address for correspondence: T. Hristova, Subsidiary „Prof. Dr. Ivan Mitev“ – Vratsa, Medical University – Sofia, Bg – 3000 Vratsa, GSM: +359 878650376, +359 879639025 e-mail: thg_j@abv.bg,; krasimira_ ivanova59@abv.bg

Въведение

Синдромът на лесно дразнимото черво (колон интабиле), или IBS е сборна група функционални разстройства на гастроинтестиналния тракт, протичащи с разнообразна клинична картина и рецидивиращ ход. Характеризират се с чревна болка или дискомфорт, нарушена чревна среда, нарушен ритъм на дефекация, мъчително подуване на корема, на фона на недоловими структурни промени.

В зависимост от преобладаващата клиника IBS може да се обособи в две основни групи – констипациопредоминантна и диарийнопредоминантна форма.

Честотата на разпространение на IBS според различни източници е от 7,1 до 20%. Диагнозата *синдром на лесно дразнимо черво* може да се постави във всяка възраст. Обикновено появата на симптомите е типична за втората половина на пубертета и началото на зрялата възраст, между 16 и 30 години. Среща се често във високоразвитите страни. В западните общества преобладават жените със *синдрома на лесно дразнимо черво*.

Проучвания в САЩ показват, че за една година около 70% от населението има проблеми, свързани с нарушена функция на дебелото черво, спастични болки, диарии. Във Великобритания около 8 милиона страдат от *спастичен колон*.

За съжаление в България няма епидемиологични данни за честотата на заболяването в общата популация, което бе отбелязано на Конгреса по неврогастроентерология, състоял се в град Яш – Румъния, между 16-18 март 2017 година.

Заболяването протича по твърде различен начин при отделните пациенти, имитира други заболявания, често остава неразпознато. Докато при едни то протича главно с упорит запек, дискомфорт, ежедневна тежест и подуване на корема, то при други пациенти водещ проблем е диарията. И въпреки това тези хора страдат от едно и също нарушение.

Причините за поява на синдрома са ненапълно изяснени. Според различни източници повече от половината пациенти с IBS съобщават за остър епизод на стрес, предхождащ появата на техните чревни оплаквания и също така повече от половината твърдят, че психичното напрежение влошава симптомите им. Психичният стрес е един от многото стимули, които взаимодействат с моторната хиперреактивност и водят до по-нисък праг на чревна симптоматика предимно при млади индивиди с IBS.

Твърде често спастичния колон не се долавя в млада възраст, особенно ако е предизвикан от стресогенни фактори, като неудачи в личен план, нисък стандарт на живот, безработица, високи амбиции и други.

Обществото възлага големи надежди на младото поколение. От тях се изисква винаги да са във „форма“ през по-голямата част от времето и в максимален работен режим, да не са потиснати, уморени, раздразнителни и агресивни.

За съжаление ежедневието на съвременния млад човек е като филм на забързан кадър, а напрежението, липсата на време са част от нормалното. И когато тялото започне да дава предупредителни сигнали, младия човек иска бързо възстановяване чрез медикаменти, диети, кратка почивка, защото те редуцират умората, напрежението, тревожността. Получава се порочен и омагьосан кръг, но проблемът остава, за да се възобнови при следващия стресогенен фактор.

Целта на настоящото проучване е да установи водещият рисков фактор за отключване на IBS в млада възраст.

За постигане на целта бяха поставени следните задачи:

1. Да се определи честотата на заболяването за 2016 година на пациенти, преминали през Гастроентерологичен кабинет в Медицинския център (МЦ) „Фактор“ – Враца.
2. Да се ранжират пациентите с IBS по пол и възраст.
3. Да се установи водещият рисков фактор за поява на симптомите.
4. Да се анализират резултатите от проучването и да се направят препоръки.

Материал и методи

Изследването бе ретроспективно и документално използвахме данните от първични амбулаторни листове на пациенти с амнестични данни на IBS, преминали през Гастроентерологичен кабинет на МЦ „Фактор“ – Враца, през 2016 г. и анализирахме получените резултати. Получените данни бяха обработени статистически с програмите на Microsoft Office – Word и Exel, и отразени в таблици и графични изображения.

Обсъждане и резултати

През 2016 г. през Гастроентерологичния кабинет на МЦ „Фактор“ – Враца, са преминали 2660, от които 1280 (или 48%) посещават Кабинета за първи път. Пациентите с първичен преглед при специалист – гастроентеролог, са разпределени по диагнози, както е показано в табл. 1.

Таблица 1. Разпределение на пациенти по диагнози (в брой и в %)

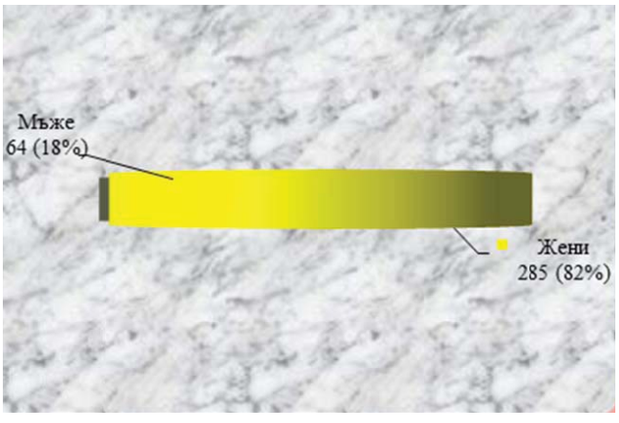
Заболяване	**В брой**	**В процент**
Гастродуоденит	392	31%
Синдром на раздразнено черво	349	28%
Чернодробна болест	100	8%
ЯС, ЯД, ГЕРБ	134	10%
Болест на ЖМ и ЖП	190	14%
Болест на панкреаса	33	3%
Други	82	6%
Общо	**1280**	**100%**

От табл. 1 се вижда ясно, че диагнозата *синдром на раздразненото черво* за 2016 г., е с висока честота 28%, което е доста тревожен факт. Това заболяване не е социално значимо, нито е живо-

тозастрашаващо, но рязко влошава качеството на живот.

С годините пациентите започват да се съобразяват с него – избягват пътувания, нарушават социалните си контакти, през по-голямата част от времето са с повишена тревожност и не малка част от тях с нарушен сън.

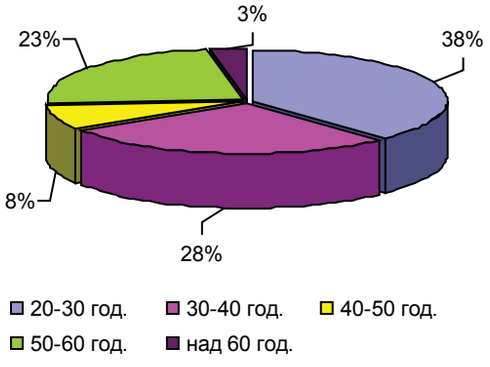
За нас беше интересно разпределението на пациентите по пол.



Фиг. 1. Разпределение на обхванатите в проучването по пол

Както се вижда от фиг. 1 значителен е превесът на женския пол – 285 (82%) души, за сметка на мъжкия – 64 (18%).

Още по-интересни резултати се получиха, когато разпределихме пациентите с IBS по възраст.

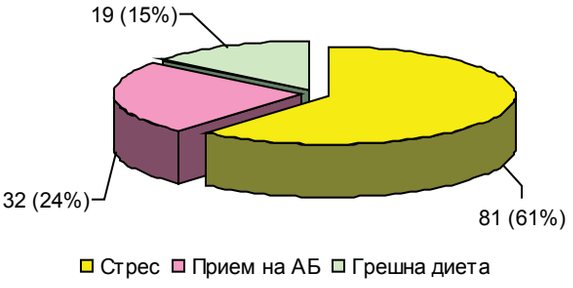


Фиг. 2. Разпределение по възраст

Резултатите сочат че 132 души (или 38%) са на възраст от 20-30 години, следвани от групата на 30-40-годишните – 98 човека, или 28%. За наше учудване групата на пациентите на възраст 50-60 години са на трето място в резултата – 23%.

Като се има в предвид, какво се крие зад симптомите на *синдром на раздразненото черво* – остър и хроничен стрес, небалансирано хранене, понижен жизнен стандарт, ниско качество на живот, и като се прибави възрастта и пола на пациентите ясно се вижда и високата цена на проблема, която обществото заплаща.

С цел да определим водещия рисков фактор за IBS приложихме върху групата на 20-30-годишните три критерия за отключване на симптомите – „стрес“, „след прием на АБ“, и „грешка в диетата“, отразени в анамнезата от първични амбулаторни листове и получихме резултатите, представени на фиг. 3.



Фиг. 3. Рискови фактори за отключване на IBS

От графиката на фиг. 3 се вижда, че преживени стресови ситуации в млада възраст, обединени под термина *стрес* са водещ рисков фактор за поява на страданието – 61%, следвани от грешка в диетата – 24%, и само 15% от пациентите свързват появата на симптомите на IBS с „продължителен прием на антибиотици“.

Изводи и препоръки

1. IBS е заболяване, влошаващо качеството на живот.
2. IBS е сериозен проблем с висока честота.
3. Жените боледуват по-често от мъжете от IBS.
4. Преживени от пациента стресови ситуации, обединени под термина *стрес*, са водещ рисков фактор за IBS в млада възраст.
5. Нужен е холистичен подход към пациента, при който медицинската сестра от извънболнична

помощ със своите знания и компетенции трябва да участва активно.

Заключение

IBS не е застрашаващо живота заболяване, но може да е твърде болезнено. Неговата психогенна основа, съчетана с липсата на реално заболяване, може да подведе пациента, че няма нужда от терапия или че може да се излекува само с медикаменти.

Медицинската сестра в извънболничната помощ като член на екипа може да промотира профилактика на стреса, чрез изготвяне на дипляни, табла, беседи, насочване на пациентите към групи за взаимопомощ и други.

Библиография

1. Добрилова П, Интегрираните грижи като елемент на първичната медицинска помощ. Обща медицина, 2016, 18(2), 3-8.
2. Стефанова К, Добрилова П, Маринова А. Промоция на здравето – нова философия на общественото здраве, XIV международна научна конференция, Варна, 2015, 566-571.
3. Кирън Джон. Синдром на раздразненото черво. Първо издание, София, Софпрес, 2007.
4. Милева Ж, Нешев Г. Ръководство по диагностика и терапия на вътрешните болести, София, Арсо, 2012.
5. Wwwcervobg.com/novini-kongres-nevrogastroenterologia-2017.
6. Stefanova S, Dobrilova P. Integral food-engine modelfor health promotion, Bulgarian medicine, 2016.

ИНФОРМИРАНОСТ И ЗДРАВНА КУЛТУРА НА ПАЦИЕНТИТЕ С БОЛЕСТТА НА КРОН

М. Лаловска

Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, Медицински университет – София

THE AWARENESS AND HEALTH CULTURE OF PATIENTS WITH THE CROHN'S DISEASE

M. Lalovska

Affiliate “Prof. Dr Ivan Mitev” – Vratza, Medical University – Sofia

Abstract. Inflammatory intestinal diseases are a group of diseases, in which inflammation – redness and edema of intestinal mucosa, is developed. The two main types of inflammatory intestinal diseases are the Crohn's disease and ulcerative colitis. The Crohn's disease is an autoimmune disease, in which the body immune system is activated and causes inflammation, hereby the walls of one or more segments of gastrointestinal tract become inflammatory and thickened. Thickening can lead to constriction of intestine in the involved area. The Crohn's disease affects all layers of bowel. The influence of environment factors (e.g., viruses, bacteria) or proteins and their combination plays the role of a trigger mechanism and provokes the normal immune system defence mechanism – inflammation, against foreign bodies in the body. The improvement of the quality of life of patients with the Crohn;s disease depends on their health awareness, timely diagnosis, the delivery of the high-quality and accessible health care and the provision of modern therapy and treatment. Understanding the disease importance and significance, the goal for improvement of the quality of life of the patients with the Crohn's disease requires increased awareness and education concerning the disease of both the patients and their families and the whole society multifacetedly.

Key words: disease, patients, awareness, health culture

Адрес за кореспонденция: Маргарита Лаловска, Филиал „Проф. д-р Иван Митев“, Медицински университет – София, 3000 Враца

Address for correspondence: Margarita Lalovska, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, Medical University – Sofia, Bg – 3000 Vratsa

Въведение

Възпалителните чревни заболявания са група болести, при които се получава възпаление – зачервяване и оток на лигавицата на червата. Двата типа възпалителни чревни заболявания са болестта на Крон и улцерозния колит. Болестта на Крон (по името на лекаря, който заедно с д-р Гинсбург и д-р Опенхайнер, я описва за първи път през 1932 г.) е язвено възпаление, засягащо лигавицата и по-дълбоките слоеве на стената на червата. Възпалението може да бъде на илеума – тънкото черво (илеит) или на дебелото черво, наречено колит на Крон. Смата се, че болестта на Крон съществува повече от 300 години. Това е автоимунно заболяване, при което имунната система на тялото се активира и предизвиква възпаление, при което стените на един или повече сегменти на гастроинстестиналния тракт се възпаляват и удебелявят. Задебелявянето може да доведе до стесняване на червото в засегнатата област.

Най-често бива поразявана най-крайната част от тънките черва – илеума, но може също да бъде поразена част или цялото дебело черво,

самостоятелно или заедно с илеума. Болестта на Крон засяга всички слоеве на дебелото черво. Въздействието на факторите на външната среда (напр. вируси, бактерии) или протеини, или комбинация от тях, играе роля на пусков механизъм и провокира имунната система към нормален защитен механизъм – възпаление, срещу чуждите тела в организма.

При повечето пациенти този имунен отговор често отслабва след разрушаването на чуждите субстанции. При други е възможно да е генетична предразположеност към възпалителни чревни заболявания, обаче имунната система не може да реагира и възпалителната реакция продължава непроменена. Продължителното възпаление е възможно да увреди стените на гастроинтестиналния тракт и да бъде причина за възникване на заболяването. В зависимост от засегнатите участъци чревното възпаление, причинено от болестта на Крон, обикновено поражда болка в областта на корема или диария. Понякога стесняването на дебелото черво създава трудности за преминаване на чревното съдържимо, съпътствано с гадене, повръщане, разширяване на червото и спиране на перисталтиката. Пациентите с болест на Крон често се чувстват изморени и отпаднали, изпитват загуба на апетит, възможна е и появата на треска. Често треската или анемията просто отразяват появата на чревно заболяване. По-рядко при пациенти с болест на Крон могат да се получат възпаления на очите, кожата, черния дроб, ставите или гръбначния стълб. Наличието на перианална болест също е често срещано. При нея могат да се развият фистули, които възникват когато възпалението е извън стената на дебелото черво.

Подобряването качеството на живот на пациентите с болест на Крон основно зависи от тяхната здравна информираност, навременното диагностициране, предоставянето на качествени и достъпни здравни грижи и осигуряването на съвременна терапия и лечение.

Като се разбира важността и значението на заболяването, с цел подобряване качеството на живот на пациенти с болеста на Крон е необходимо повишаване информираността и образованността за заболяването както на пациентите, така и на техните семейства и в по-широк обхват на цялото общество. Защото познаването на особеностите на заболяването, лечението, рехабилитацията, физиологичните и психичните последствия ще дадат възможност на пациентите с това заболяване и на техните близки да възстановяват качеството си на живот.

Цел

Да се проучи информираността и здравната култура на пациентите с болестта на Крон относно профилактиката и лечението на заболяването.

Материали и методи

Изследването е проведено през месеците януари–май 2017 г. в Гастроентерологичното отделение на МБАЛ „Христо Ботев“ – Враца. В процеса на изследването са използвани документален, социологически и статистически методи. За проучване информираността на пациентите е изработена анкетна карта, съдържаща открити, закрити и полуоткрити въпроси.

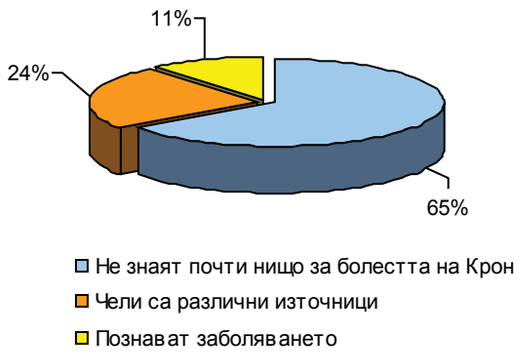
Резултати и обсъждане

В проведената пряка индивидуална анонимна анкета са взели участие 80 пациенти, постъпили за лечение и изследване в Гастроентерологичното отделение на МБАЛ „Хр. Ботевв“ – Враца, за периода януари–май 2017 г. Анкетираните пациенти са предимно мъже (66%), а относителният дял на жените е 34%. Средната възраст на участниците е 58 години (от 18 до 80 год.). От изследваните лица 68% са градски жители и 32% – селски жители. Средният престой в Отделението е 3 дни.

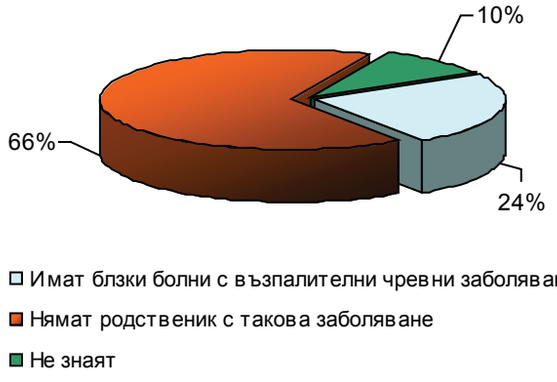
Относно информираността на анкетираните за заболяването преди посещението при лекаря, по-голям брой от пациентите (65%) посочват, че не знаят почти нищо за болестта на Крон, 24% са чели различни източници и 11% познават заболяването.

Тези данни дават основание да се смята, че повечето пациенти търсят информация едва когато се сблъскват със заболяването.

Относно въпроса „Запознати ли са с генетичната предразположеност на заболяването?“ (фиг. 2), 24% имат близки болни с възпалителни чревни заболявания, 66% нямат родственик с това заболяване и 10% не знаят. Резултатите потвърждават теорията за наследствена генеза, като 20% съобщават за фамилна обремененост.

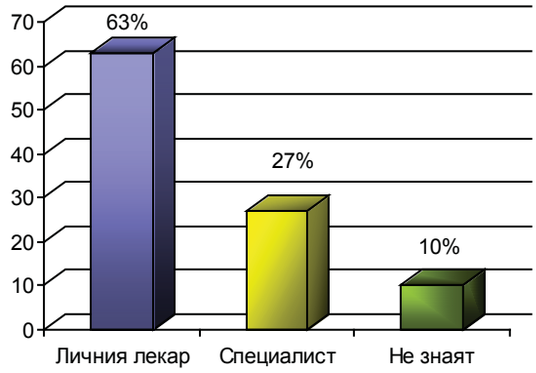


Фиг. 1. Разпределение на изследваните лица според информираността им за заболяването



Фиг. 2. Разпределение на изследваните лица според генетичната предразположеност

Според данните от направеното проучване поголям брой от обхванатите в изследването (63%) посочват, че заболяването е открито при преглед при личния лекар, по повод на възникнали проблеми, едва при 27% заболяването е установено при преглед от гастроентеролог, 10% не знаят по какъв повод (фиг. 3).

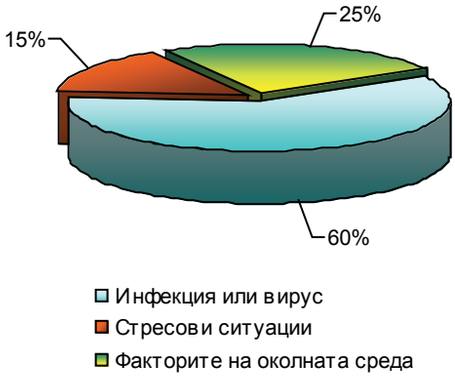


Фиг. 3. Разпределение на анкетираните в зависимост от причините за откриване на заболяването

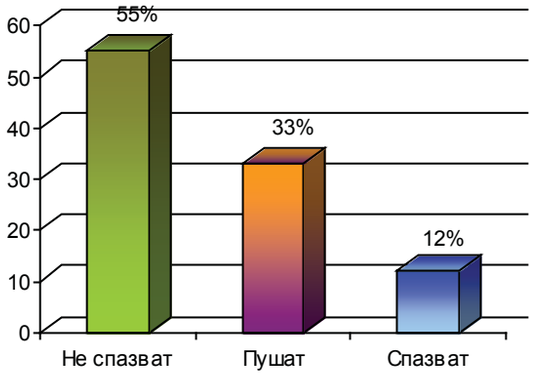
Това показва недостатъчната информираност на пациентите по отношение на заболяването, неговото лечение и последици.

На въпроса „Каква е причината според вас за появата на заболяването“ – 60% от анкетираните пациенти с болестта на Крон свързват появата на заболяването с появата на инфекция или вирус, 15% – със стресови ситуации, и 25% с факторите на околната среда (фиг. 4).

Пациентите с болестта на Крон не познават причините за появата на заболяването, както и влиянието на рисковите фактори като тютюнопушене, хранене, консумация на алкохол и физическа активност. Пациентите постъпват в лечебно заведение, но след възстановяването 55% от тях не спазват определен хранителен режим, 33% продължават да пушат и само 12% спазват препоръките на лекаря (фиг. 5).

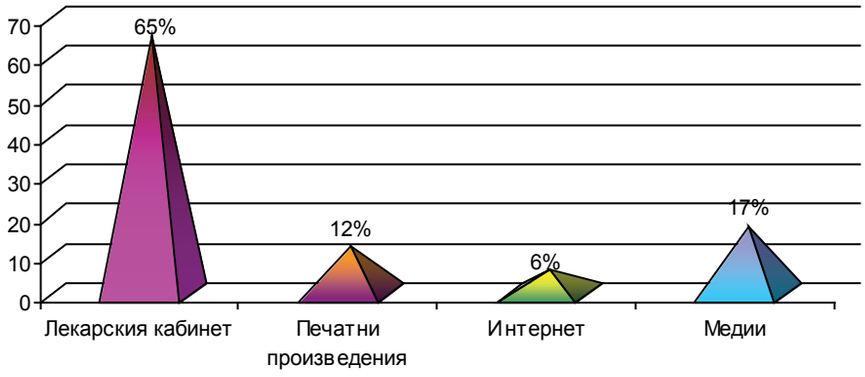


Фиг. 4. Мнение на пациентите относно причините за заболяването



Фиг. 5. Мнение на изследваните пациенти за рисковите фактори

Данните сочат, че пациентите не познават влиянието на рисковите фактори и лечението на заболяването. Информираността на болните е



Фиг. 6. Разпределение на пациентите в зависимост от здравната им информираност

основен и важен момент в съвременното здравеопазване. Те от пасивни се превръщат в активни участници в процеса на съхраняване на здравето и в провеждането на лечебния процес. Болестта на Крон е заболяване, което фрустрира пациентите, и представлява постоянно предизвикателство за лекарите.

Зададохме на участниците въпрос дали са получили здравна информация за терапията на заболяването. Почти половината са на мнение, че дадената им информация е непълна. За да преодолеят проблемите болните търсят допълнителна литеретатура – статии, списания, сведения от интернет.

Пациентите, дали положителен отговор относно здравната си информираност за болестта на Крон, съобщават, че информация са получили в лекарския кабинет (65%), от печатни произведения (12%), от интернет (6%), медий (17%) (фиг. 6).

Болеста на Крон е заболяване, което дава отражение не само на пациента, но и върху семейството му и начина му на живот. Нарушават се в значителна степен част от изградените вече навици, обществените и трудовите взаимоотношения. Поставянето на диагнозата е повлияло 45% от анкетираните пациенти да променят живота си.

По отношение познанията на анкетираните за профилактиката на болестта на Крон, данните показват, че все още информацията по този показател е недостатъчна.

Изводи

1. От направеното проучване установихме, че най-голям относителен дял – 44%, има възрастова група 35-45-годишни, но не се наблюдава подмладяване на заболяването.

2. Над половината от анкетираните са запознати с влиянието на рисковите фактори и усложненията от тях, но не спазват хигиенно-диетичен режим.

3. Установихме, че 73% водят нездравословен начин на живот – постоянна употреба на цигари, намалена двигателна активност, неправилно и некачествено хранене.

4. Здравната информираност за болестта на Крон е незадоволителна и недостатъчна.

5. Нужно е въвеждането на образователни програми относно възпалителните заболявания на червата като цяло още в училище.

6. За пълното възстановяване на качеството на живот на пациентите с болест на Крон е необходимо повишаване равнището на здравната култура сред населението и подобряване на показателите на общественото здравеопазване.

Библиография

1. Василев И. Вътрешни болести. Гастроентерология, STENO, 2017.
2. Добрилова П. Рехабилитационният процес – предизвикателство за съвременното сестринство, София, 2016.
3. Добрилова П. Интегрираните грижи като елемент на първичната медицинска помощ. Обща медицина, 2016, 18(2), 3-8.
4. Симеонов С. Автоимунни възпалителни заболявания. С., 1978.
5. Тодоров В. Вътрешни болести за специалисти по здравни грижи. МУ – Плевен, 2012.
6. Томов И, Коларски В, Константинова Л, Аструг А. Вътрешни болести. София, Мед. и физк., 1990.
7. Чернев К. Форум медикус, София, 2012, 94.
8. Stefanova S, Dobrilova P. Integral food-engine modelfor health promotion, Bulgarian medicine, 2016.
9. www.medik.bg.

ПСИХОЛОГИЧНИ И СОЦИАЛНИ ПРОБЛЕМИ ПРИ ЖЕНИ С РАК НА МАТОЧНАТА ШИЙКА

Ц. Джиганска, П. Добрилова, М. Борисова и К. Стефанова

Филиал „Проф. д-р И. Митев” – Враца, Медицински университет – София

THE PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL PROBLEMS OF WOMEN WITH UTERINE CERVICAL CANCER

Tz. Dzhiganska, P. Dobrilova, M. Borisova and K. Stefanova

Affiliate "Prof. Dr I. Mitev" – Vratsa, Medical University – Sofia

Abstract. All oncological diseases lead to severe psychical experiences and social problems not only for the patient and the patient's family but also for the society in general. In this paper, the psychological and social problems of women suffering from uterine cervical cancer (UCC) are examined. The study is a part of a large study, which is performed in North-West Bulgaria on 272 patients.

Key words: psychological problems, social problems, women, uterine cervical cancer

Адрес за кореспонденция: Ц. Джиганска, Филиал „Проф. д-р Иван Митев“, Медицински университет – София, 3000 Враца
Address for correspondence: Tz. Dzhiganska, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, Medical University – Sofia, Bg – 3000 Vratsa

Въведение

Психологичните и социалните аспекти на грижите за пациентите са в основата на здравните услуги. Това подкрепя необходимостта от оценка на качеството на живот заедно с оценката на психологичния стрес и социалните проблеми.

Няма заболяване, което да не е повлияно от психични фактори и да не поражда психични проблеми у болния, като чувство за вина, страх, нежелание за общуване. При онкологичните заболявания този процес е продължителен, като една от най-важните и трудни за медицинските специалисти задачи е да помогнат на болния да приеме болестта и да се примири с факта, че ще се наложи да се приспособи към нея и въпреки нея. Познаването на тези преживявания дава възможност те да бъдат овладени и контролирани.

Понякога психологичните проблеми са по-трудни за овладяване, отколкото болката, температурата и останалите симптоми на болестта. Развитието на медицината дава шанс на много жени с карцином да оздравеят, но те са изправени пред живот в несигурност, ограничения и физически дискомфорт, причинени от болестта [7]. Откриването и характеризирането на социалните проблеми може да доведе до подобряване на грижите за пациентите, което да засили тяхното социално благополучие, респективно тяхното здраве. Преди повече от три десетилетия американският лекар Мартин Абелоф признава интимната връзка между психичното и социалното въздействие на рака. В речта си при връчването на наградата „Джон Хопкинс“ той казва: „Вие просто не можете да лекувате рак, без да обръщате внимание на психологическите и социалните аспекти на заболяването.”

Тези два аспекта са взаимосвързани – множеството социални проблеми могат да допринесат за повишаване нивата на психичен стрес и обратното, психичният стрес може да доведе до социални трудности.

Ракът на маточната шийка оказва негативен ефект върху способността на пациентката да функционира пълноценно като член на обществото. Неслучайно заболяването се нарежда сред социалнозначимите. Понякога ракът води до пълна загуба на социалните позиции. Не е рядкост загубата на работа, приятелства. Болната жена се намира в мъчителна социална изолация. Тя не може да изпълнява обичайните си задължения в семейството. Цялото семейство се ангажира с дейности по обгрижването на болния, за които не е подготвено. Общуването с жените с рак на маточната шийка е много деликатна тема, изискваща подготвеност на акушерката за тази специализирана дейност.

Цел

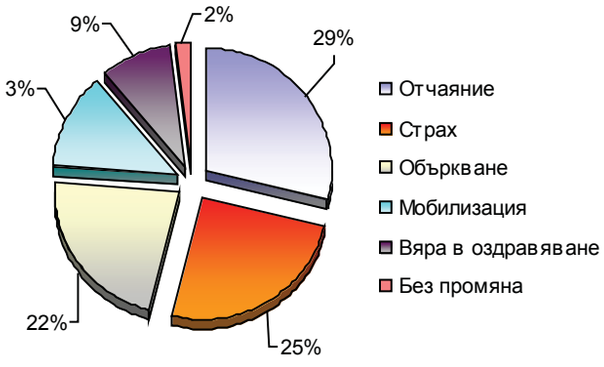
Да се установят психологичните и социалните проблеми при жени с рак на маточната шийка.

Материал и методи

През периода януари 2014–май 2016 г. е проведено анонимно анкетно проучване сред 272 жени, болни от рак на маточната шийка. Изследването е проведено в седем здравни заведения, намиращи се на територията на Северозападна България – Специализирана болница за активно лечение по онкология – София; I АГ „Света София“ – София; Комплексен онкологичен център – Враца; Гинекологичното отделение на МБАЛ „Христо Ботев“ – Враца; Гинекологичното отделение на МБАЛ „Д-р Стамен Илиев“ – Монтана; Гинекологичното отделение на МБАЛ „Св. Петка“ – Видин, Гинекологичното отделение на МБАЛ – Мездра. Данните са обработени със статистическа компютърна програма SPSS v.19.

Резултати и обсъждане

За да може жената активно да участва в лечебния и възстановителния процес и да бъде привлечена за сътрудничество, е необходимо да се познава начинът, по който тя възприема своето заболяване и как се адаптира към това ново състояние. Соматичните заболявания се съпровождат от психична реакция на индивида. Психологичните фактори влияят върху здравето [9]. За необходимостта от психологична подкрепа говорят данните, получени от запитването как се е отразило заболяването на психичното състояние на изследваните жени. От направеното изследване става ясно, че най-голям брой от анкетираните (N = 77; 28,3%) са изпаднали в отчаяние. Не е изненадващо, че е висок броят на пациентките, изпитали чувство на страх (N = 69; 25,4%). Тези данни са напълно обясними с оглед диагнозата и несигурността от изхода на заболяването. Само 23 (8,5%) от анкетираните жени вярват в добрия изход от заболяването, а само 5 (1,8%) от изследваните са продължили живота си, както преди откриване на заболяването (фиг. 1).

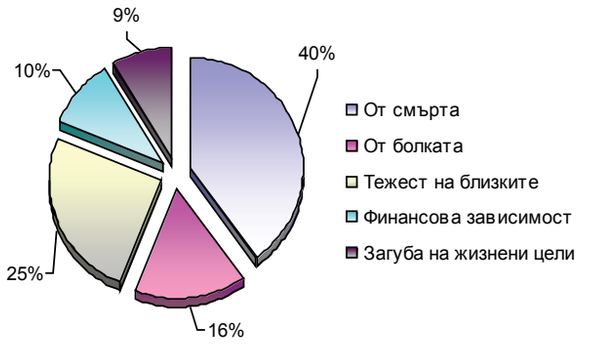


***Фиг. 1.** Реакция на болните с рак на маточната шийка към поставената диагноза*

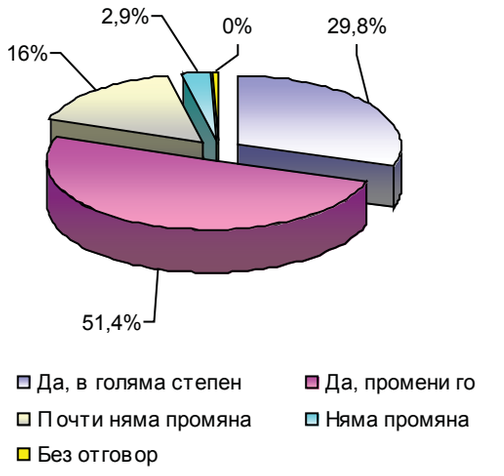
Ракът на маточната шийка поставя заболялата пред тежки изпитания. Не е само стресът от поставената диагноза, но и тежкото и продължително лечение, рехабилитацията и неясната прогноза на болестта.

Почти няма пациенти, които да не изпитват страх, като причините за това са от различно естество – от болката, от невъзможността за контрол на ситуацията, от промяна в качеството на живот (И. Стамболова, 2015).

Дескриптивният анализ потвърждава нарушеното социално функциониране при отговорите на въпроса: „От какво се страхувате най-много?“. Неясното бъдеще е дадено като отговор от 39,9% от анкетираните, от болката се притесняват 15,5% от жените. Наред със страха от смъртта и болката при почти половината анкетирани изпъква аспекта на социалното функциониране на личността. Да не са в тежест на близките си се страхуват 25,2%, да не загубят социална стойност и финансова независимост – 10,1%, както и да не загубят възможност да реализират жизнените си цели – 9,3% (фиг. 2).



Фиг. 2. *Причини за страх при жени с рак на маточната шийка*



Фиг. 3. *Промяна в начина на живот след откриване на заболяването*

Това води до извода, че тези жени се нуждаят не само от медицински грижи за физическото си състояние, но и от помощ и съдействие за решаването на някои психологични и социални проблеми.

Ракът на маточната шийка е заболяване, водещо след себе си редица тежки последици. Пациентките трябва да се справят с дългия и нелек процес на лечението и рехабилитацията, усложненията, емоционалната криза, финансовите затруднения и не на последно място – възможността за неблагоприятен изход от заболяването. Всичко това неминуемо дава отражение върху начина им на живот.

На въпрос от анкетата „Промени ли заболяването начина Ви на живот" повече от половината анкетирани посочват, че са преживели промяна (81,2%) след поставяне на диагнозата. Относителният дял на болните, които смятат, че заболяването не е повлияло начина им на живот са само 2,9% от анкетираните (фиг. 3).

Според изследваните лица заболяването нарушава част от вече изградените навици и традиции в семейството, в обществените и трудовите взаимоотношения. Нарушените социални контакти водят до емоционална и социална изолация.

Като промяна в начина на живот диагностицираните с рак на маточната шийка жени определят загубата на приятели (16,9%), загубата на работа (15,8%), както и раздялата със съпруга (11,7%). Тези данни по недвусмислен начин доказват, че болните нерядко изпадат в социална, трудова и семейна изолация и подходът при тяхното лечение трябва да бъде личностно центриран и индивидуален (табл. 1).

Таблица 1. Преживени събития след откриване на болестта

Промяна в начина на живот	**Абсолютна честота (брой)**	**Относителен дял (%)**
Загубих работата си	43	15,8
Разведох се	7	2,6
Съпругът ми не живее с мен	25	9,1
Загубих приятели	46	16,9
Няма промяна	106	39,0
Друго	37	13,6
Без отговор	12	4,4
Общо	**272**	**100**

Социалното благополучие се свързва с компонентите на здравето, които дават възможност на индивида да учи, да работи и да участва в обществения живот, да има дом и семейство. Притеснителен факт е, че 34,6% от респондентите споделят, че заболяването е причина да загубят работата си, а 23% от тях са оставени сами да се справят с болестта и нейните последствия. Всичко това влияе на усещането за социално благополучие, т.е. социалният аспект като фактор, определящ здравето, е нарушен.

Според наблюдаваната група респонденти усещането за социално благополучие влияе върху оздравителния процес. Същото е мнението им и за емоционалния комфорт и положителното от-

ношение на медицинските специалисти върху оздравителния процес (табл. 2).

Социалната изолация на жените с рак на маточната шийка се доказва от получените от отговорите на анкетираните данни, където едва 18,7% (N = 51) посочват, че изобщо не са ограничили социалните си контакти, докато при 81,3% (N = 221) те са ограничени напълно, в малка степен или отчасти. Това е един висок и тревожен резултат, показващ, че социалните дейности с тези пациентки са слабо застъпени, а нуждата от работа на специалисти в областта на социалните дейности нараства (фиг. 4).

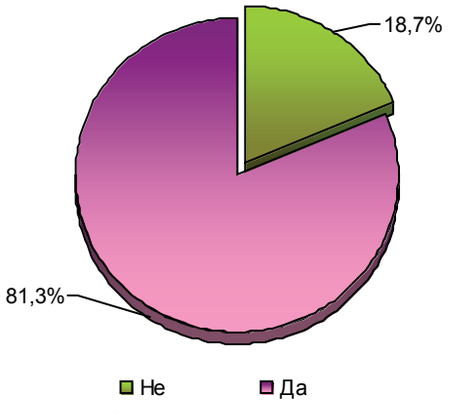
Заболяването рак на маточната шийка се открива във възраст, в която всеки индивид се стреми да изгради успешна кариера и загубата на работното място се отразява неблагоприятно. Липсата на работа води до липса на здравна осигуровка. През последните години се говори за структурни промени, съпроводени с пренасочване на персонала към друго работно място, но във време на пазарна икономика това е трудно изпълнимо. Това показва необходимостта от преструктуриране на социалната политика в държавата.

Данните от изследването разкриват, че при повече от половината респонденти (66,2%; N = 180) заболяването се е отразило на професионалните им ангажименти (фиг. 5).

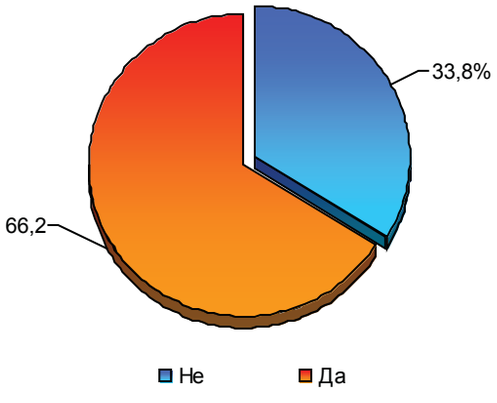
На въпрос от анкетата „Как се отрази заболяването на професионалните Ви ангажименти?” повече от половината анкетирани (59,1%, N = 161) споделят, че заболяването не е довело до прекратяване на трудовите им взаимоотношения с работодателя. Немалък е обаче и делът на изследваните, на които са прекратени трудовите правоотношения след откриване на заболяването (15,8%, N = 43). Почти толкова от заболелите са били прехвърлени на по-нископлатена работа (14,4% N = 39) или са били пенсионирани по болест (10,0% N = 27) (табл. 4).

Таблица 2. *Мнение на заболелите за влиянието на емоционалният комфорт и положителното отношение на медицинските специалисти за оздравяването*

Изследвани групи	Показатели	Влияние на емоционален комфорт (%)	Влияние на положително отношение на медицинските специалисти върху оздравителния процес (%)
Пациенти	Да, винаги	43,1	42,6
	Да, често	37,5	35,2
	Да, понякога	16,5	17,8
	Не, не влияе	3,0	4,4



Фиг. 4. *Ограничаване на контактите извън семейството*



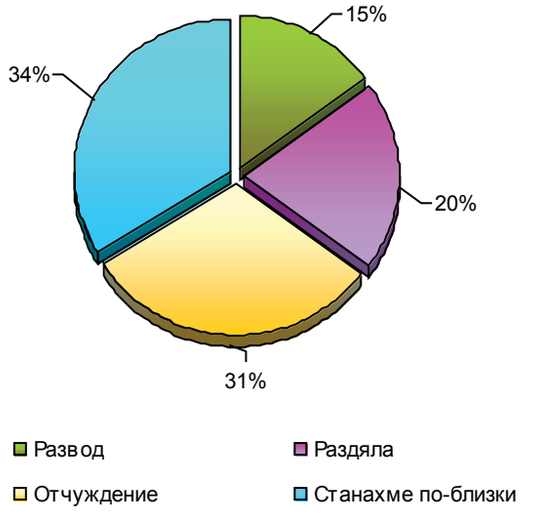
Фиг. 5. *Отражение на заболяването върху професионалните ангажименти на пациентките*

Таблица 3. *Отражение на заболяването върху професионалните ангажименти на пациентките*

Как се отрази заболяването на професионалните Ви ангажименти?	Абсолютна честота	Относителен дял (%)
Бях прехвърлена на по-нископлатено работно място	39	14,4
Бяха прекратени трудовите ми правоотношения	43	15,8
Бях пенсионирана по болест	27	10,0
Друго	2	0,7
Без промяна	161	59,1
Общо	**272**	**100,0**

Семейството е важен фактор за формиране на поведението и мирогледа на личността. То влияе върху здравето на своите членове директно или индиректно. От своя страна всеки член на дадено семейство също влияе върху него. Всяко заболяване, засягащо член от семейството, повлиява семейните отношения. В тази връзка заболяване като рака на маточната шийка има особено значение за семейния живот. Нарушава се интимният живот на партньорите, често води до загуба на репродуктивните функции на жената и до загуба на възможността за създаване на поколение, което от своя страна може да доведе до разпадане на семейството.

Според отговорите на анкетираните жени почти еднакъв е относителният дял на смятащите, че са станали по-близки и привързани един към друг в семействата си – 34,5%, и на тези, които са се отчуждили – 30,8%, след откриването на заболяването (фиг. 6).



Фиг. 6. *Влияние на заболяването и промени в семейния живот*

Резултатите показват, че при жените с рак на маточната шийка естествено се засилва необходимостта от цялостни здравни грижи.

Заключение

Поставянето на диагнозата рак на маточната шийка само по себе си е изпитание за всяка пациентка.

Психологичните фактори влияят върху здравето [9]. За необходимостта от психологична подкрепа говорят данните, получени от запитването как се е отразило заболяването на психичното състояние на изследваните жени. От направеното изследване става ясно, че най-голям брой от анкетираните (N = 77) посочват, че са изпаднали в отчаяние.

Социалната изолация на жените с рак на маточната шийка се доказва от получените данни чрез отговорите на анкетираните, където едва 18,7% посочват, че изобщо не са ограничили социалните си контакти, докато при 81,3% те ограничени са напълно, в малка степен или отчасти.

Лекуващият екип трябва да подготви пациентката достатъчно добре за продължителността и всички трудности, съпътстващи предстоящото лечение, както и за проблемите при нейното психично и социално функциониране.

Библиография

1. Ачкова М. Приложна психология в медицината и здравните грижи. София, КОТИ, 2001.
2. Балканска П. Приложна психология в медицинската практика, София, Булвест 2000, 2010.
3. Георгиев Л. Психология на възрастните. Благоевград, УИ „Неофит Рилски", 2011.
4. Джоргова Р, Къшева Г. Ролята на акушерката в решаването на морално-етичните проблеми на онкологично болните. Здравни грижи, 2005, (3):40-45.
5. Маринова П, Есинк М. Палиативни грижи. София, Български писател, 2007.
6. Стамболова И. Сестринството в България: възникване, развитие, състоянние и перспективи. София, МУ-София, ЦМБ, 2015.
7. Levi L. Stress: definitions, concepts, and significance. Cardiovasc. Inf., 1985,1, 10.
8. Margaret JR. Is There a Plase for Sexuality in the Holistic Care of Patients in Palliative Care Phase of life? American journal of Hospice & Palliative medicine, 2008, 25, October/November.
9. McGregor BA, Dolan ED, Murphy KM, Cannes TS, Highland KB, Albano DL, Ward AA, Charbonneau AM, Redman MW, Ceballos RM. Cognitive Behavioral stress Management for Healthy Women at Risk for Breast Cancer: a Novel application of Proven intervention. Am Behav Med, 2015, 49(6): 873-84.
10. Савова З. Медицинска психология, София, 2008

СОЦИАЛНИ АСПЕКТИ НА КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ НА ПАЦИЕНТИТЕ С ДИАБЕТ И УЧАСТИЕТО НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА

Е. Владимирова, Г. Янкова и П. Аспарухова

Катедра “Здравни грижи“, Филиал “Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, Медицински университет – София

SOCIAL ASPECTS OF QUALITY OF LIFE IN DIABETIC PATIENTS AND THE NURSE INVOLVEMENT

E. Vladimirova, G. Yankova and P. Asparuhova

Department of Health Care, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“ – Vratsa, Medical University – Sofia

Abstract. Diabetes is one of those diseases that, for one reason or another, predetermine the need to organize and apply practical advanced medical, social and therapeutic systems. The article discusses the social aspects of quality of life in patients with diabetes. The Bulgarian and foreign experiences in the care of patients with diabetes mellitus has been studied.

Key words: social aspects; quality of life; patients; diabetes

Адрес за кореспонденция: Елка Владимирова, Катедра „Здравни грижи“, Филиал „Проф. д-р Иван Митев“, Медицински университет – София, 3000 Враца

Address for correspondence: Elka Vladimirova, Department of Health Care, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, Medical University – Sofia, Bg – 3000 Vratsa

Въведение

Социалнозначимите заболявания в това число и захарният диабет, обуславят сериозни медико-социални проблеми – поразяват големи групи от населението, като често са свързани със загуба на трудоспособност и водят до инвалидизиране и висока преждевременна смърт.

Диабетът не е само здравен проблем и страдание за засегнатите хора. Той е финансова тежест за пациентите, техните семейства и за цялата икономика.

За да постигнат добър контрол на диабета, пациентите, страдащи от това заболяване, се нуждаят от разбиране и подкрепа от всички – медицинските екипи, семейството, приятелите, колегите, цялото общество.

Една от задачите за решаване при пациентите с диабет и техните близки, пред които се изправя медицинската сестра, е обучението им и подкрепата за справяне с предстоящите проблеми, с които е свързано качеството им на живот. Ролята на медицинската сестра в съвременното здравеопазване е специфична и многостранна, обхващайки различни дейности, като обновяване на знанията за диабета и обучение в самоконтрол. От съществено значение са съветите за хранителния и двигателния режим, техниките при гликемичен контрол и препоръките за мониториране относно съпътстващите заболявания, рисковите фактори за усложнения и за самите усложнения. Друг важен момент от грижите на сестрата е разбирането на психо-социалните нужди на семейството, психологичната поддръжка и по-

мощ в приспособяването на пациента със захарен диабет и семейството му към заболяването и неговото лечение.

Целта на настоящата разработка е да се направи преглед на литературата, посветена на социалните аспекти на качеството на живот на пациентите с диабет и участието на медицинската сестра в България и чужбина.

Материал и методи

Използвани са документално проучване и анализ на литературни източници, посветени на социалните аспекти на качеството на живот на диабетно болните.

Резултати

При поставянето на диагноза *захарен диабет*, болестта става част от живота на тези пациенти. Все още не съществува терапия, която да я лекува веднъж и завинаги. Пациентите ежедневно трябва да се справят с баланса между хранителния режим, физическата активност, медикаментозната терапия, психичното спокойствие и контрола на кръвната захар.

Това поражда затруднения и често води до депресия. Ето защо е изключително важно диабетиците да разполагат с изчерпателна и точна информация, да придобиват практически умения и да могат да намерят психо-социална подкрепа, с помощта на която да постигнат нужния контрол и безопасност.

Без преувеличение, можем да се присъединим към становището на проф. Кач, че добре компенсирания и правилно лекуван пациент с диабет е „условно здрав“. Цената на „условно здрав“ е висока, но не е непостижима. Тя изисква дисциплинираност и съзнателност при провеждане на терапията и на лечебния режем, твърдост и безкомпромисност в следване на ограниченията, които те налагат, системност и последователност в поведението и постъпките, умереност и чувство за мярка във всичко и навсякъде. Тя изисква освен това правилно разбиране и познаване на захарния диабет, познания с подробности около режима и лечението, изучаване на усложненията и предпазване от тях, усвояване на методите за самоконтрол и самонаблюдение [2].

Истинско предизвикателство за всички партньори в здравеопазването е изграждането на система за качество на специализираните диабетни грижи. Този процес трябва да започне и с няколко факта, обуславящи неговата необходимост.

Страната ни е член на Европейския съюз. Следователно, тя трябва да отговори на европейските изисквания за качеството на медицинското обслужване, част от което са и специализираните диабетни грижи.

Има непрекъсната тенденция за увеличаване броя на пациентите с диабет и свързаните с това последици. В България има около 577 000 души с диабет, от тях 80 000 са на инсулиново лечение, от които 2500 са деца.

България като член на ЕС не може да стои встрани от инициативите за качествени диабетни грижи, които протичат в други европейски страни. За да отговорим на европейските изисквания, е необходимо диабетните грижи да са приоритетни в цялостния процес на подобряване на качеството в българското здравеопазване [6].

Работата с пациенти с диабет е много компонентна. Тя е свързана както с обучението, така и със социална дейност и подкрепа, при което решаваща роля има обучената за тази дейност медицинска сестра. Наблюдава се остра нужда от специализирано обучение на пациентите с диабет, с оглед повишаване на тяхната здравна информация и мотивация за спазване на указанията от лекар специалист след дехоспитализация.

Социални аспекти на качеството на живот на пациентите в България

Гликираният хемоглобин (HbA1c) е показател за контрола на захарния диабет през последните 2-3 месеца и един от критериите за оценка на лечението. Доказано е, че подобрения гликемичен контрол намалява риска от развитие на усложнения и увеличава продължителността на живот.

Проучване, проведено през 2004 г. от екип под ръководството на доц. Вл. Христов, установява, че добър гликемичен контрол постигат само 40% от пациентите с диабет, а останалите 60% са в повишен риск за развитие на усложнения [5, 6].

Други проучвания изследват гликемичния контрол на база кръвна захар на гладно.

Проведеното през 2004 г. Национално проучване под ръководството на проф. Борисова установява незадоволителен контрол сред 74,6% от изследваните пациенти с диабет [6, 12].

България е на 29-то място по качество на диабетни грижи – най-слабо представилата се държа-

ва в първия Европейски индекс за качество на лечение на диабет (изчисляване на Euro Consumer Diabetes Index 2008). Лидер в тази област е Дания (837 точки). България е с 470 точки по данни от Брюксел (30.09.2008 г.) [13].

Индексът се изчислява въз основа на 26 показателя, оценяващи качеството на здравните системи от гледна точка на пациентите и свободата им на избор, достъпа до медицински процедури, профилактиката на заболяванията, качеството на медицинските процедури и крайните резултати, като максималната възможна оценка е 1000 точки.

Дания е на първо място по права на пациентите и размер на услугите.

Великобритания (заемаща втора позиция в класацията) има най-здрави традиции да квалифицира медицински сестри, работещи с пациенти с диабет, и да прилага мултидисциплинарен подход, поради което постига най-добри крайни резултати при най-разумно изразходване на средствата.

Франция (трета позиция) е лидер в областта на профилактиката, Холандия (четвърта позиция) – е първенец в областта на модерните технологии.

България страда от сериозни проблеми, свързани със стила на живот (затлъстяване, употреба на алкохол и тютюнопушене), което означава, че повишаването на усилията за превенция трябва да се превърне в приоритет [13].

Подчертава се липсата на *Национален диабетен регистър*, както и информация за качеството на специализираните диабетни грижи в болниците и университетските клиники. Пациентските организации не участват при вземане на решения как да се изразходват средствата за лечение на диабет, няма прозрачност [13].

Необходими са повече специалисти за грижи на стъпалото (подиатри) с цел превенция на свързаните усложнения и ампутациите. Нужни са повече квалифицирани диабетни сестри и диетолози, които да се занимават с обучението на пациентите за подобряване на метаболитния контрол; осигуряване на психосоциална подкрепа; осигуряване на по-добър достъп до скрининг при общопрактикуващите лекари за ранно диагностициране на диабета; разработване и въвеждане на превантивни програми [13].

Необходима е оценка от обучаващата диабетна сестра за специфичните за диабета знания, съответни за възрастта на пациента, както и знанията на семейството за диабета. Търсене на признаци на депресия и хранителни разстройства при деца > 10 години. Затвърждаване на съответната за възрастта информация относно шофиране, работа, тютюнопушене, секс, бременност, наркотици, алкохол. Преглед на приеманите в момента други лекарства, хранителни добавки (включително комплементарни и алтернативни лечения). Оценка на разбирането на рисковете от усложнения и изготвяне на лечебен план за превенция на тези рискове и осигуряване на съответна за възрастта информация [15].

Социално-икономически аспекти на качество на живот

Изчислените разходи за здравни грижи за 10-годишен период са с 49% повече, ако пациент със захарен диабет страда и от клинична депресия. Депресията е причина за 50-75% повишение за разходите за здравни грижи независимо от давността и тежестта на диабета. Подобряването на гликемичния контрол води до подобряване на качеството на живот и индиректни икономически ползи за обществото, тъй като е свързано с по-малко отсъствие от работа, по-добра продуктивност на работното място, по-малко дни за домашно лечение и по-рядка необходимост от амбулаторни здравни грижи. Мултидисциплинарният подход при справянето със зле контролирания диабет подобрява както гликемичния контрол, така и качеството на живот [1].

Социалнозначимите заболявания обуславят сериозни медико-социални проблеми – поразяват големи групи от населението, често са свързани със загуба на трудоспособност и водят до инвалидизиране и висока преждевременна смърт. Това са: сърдечно-съдови заболявания, злокачествени новообразувания, захарен диабет, язвена болест, затлъстяване, травматизъм, алкохолизъм и токсикомании [7].

Доказано е, че навременното диагностициране на диабета и осигуряването на адекватно лечение и грижи значително редуцира риска от поява или развитие на късните усложнения и на разходите, възникващи в системата на здравеопазването.

В световен мащаб разходите за превенция, лечение и грижи за диабета се оценяват на 465 млрд. щатски долара за 2011 г. Загуби понасят както от-

делните пациенти (загуби на очаквани приходи), така и националните икономики (директни разходи за лечение и индиректни разходи от загубена производителност и осигуряване на социални грижи). Налице е ситуация, в която здравните разходи за диабет растат по-бързо от ръста на брутния вътрешен продукт, което може да доведе до тревожна „конкуренция“ за финансов ресурс както в бюджета на здравеопазването, така и в бюджетите за други обществени разходи [10].

За съжаление, съгласно данни на Международна диабетна федерация за 2010 г. средствата, които се отделят за грижи за диабета в България са в пъти по-малко, отколкото средно за Европа [6].

Диабетът води до разходи и нереализирани приходи за икономиката като цяло. Тези индиректни разходи могат да надхвърлят директните и да затруднят икономическия ръст. Когато пациентите с диабет са на работа, тяхната работоспособност често е намалена. Нерядко те се пенсионират по-рано, което също причинява осезаеми щети на националната икономика. Отчетено е, че този процес е по-значим за по-слабо развитите икономики.

Направените анализи в различни страни категорично доказват, че по-ефективното лечение (включващо осигуряване на необходимите медикаменти, консумативи и изследвания), грижи и обучение в ранните фази на диабета първоначално може да покачат разходите за терапията, но намаляват в по-голяма степен общите разходи в дългосрочен план. Лечението до достигане на целите на терапията предотвратява или отлага появата на усложнения и подобрява прогнозата за диабетиците.

Примери показват, че активното лечение може да намали смъртността, свързана с диабета, с близо 50% за период от 13 години и води до положителен финансов резултат и спестявания след период от 4 години. Компютърна симулация, базирана на фундаментално проучване в областта на диабета – UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study), и използваща фармакоикономическия диабетен модел CORE, показва връзката между подобрения контрол на заболяването, появата на усложнения и очакваната продължителност на живот в България [11].

Подобреното лечение на диабета и отлагането на появата на усложненията при 10% ограничение на рисковите фактори довежда до намаление на разходите за лечение на усложненията, независимо от по-голямата очаквана продължителност на живота. Общите спестявания възлизат на 2483 лева, като най-значителни са намаленията на разходите от избегнатите бъбречни усложнения. Така например, една избегната година на хемодиализа спестява 22 810 лева на пациент [11].

Следователно, навременното и качествено лечение на диабета е предпочитан избор, редуциращ разходите за здравната система.

За оценка на индиректните разходи трябва да се направи икономически анализ на загубите за националната икономика – базиран на справката за броя нетрудоспособни пациенти с диабет (временно или постоянно) и броя членове от семейството, които се грижат за тях.

Според д-р Н. Либерман – изпълнителен директор на Clalit Healthcare Service – „Когато водите една здравна система към правилната медицинска практика, вие винаги ще бъдете възнаградени от икономии на разходите“.

Световен опит в областта на грижите за пациентите със захарен диабет

Диабетът е едно от онези заболявания, които по една или друга причина предопределят необходимостта от организирането и практическото прилагане на авангардни медико-социални терапевтични системи. Понастоящем в развитите страни, наред с лекарите, в лечението и превенцията на рисковете от усложнения при болните от диабет, участват и редица други професионалисти – рехабилитатори, кинезитерапевти, диетолози, медицински сестри, фармацевти, психиатри, клинични психолози, а напоследък и клинични социални работници. С оглед евентуалното търсене на възможности за адаптиране на опита на клиничната социална работа и у нас, тук са представени някои от нейните достижения в няколко много различни по организация на медико-социалното дело държави, но в които съществува сходна общоприета воля да се работи в името на хуманността за социалната подкрепа на такава категория уязвими граждани, каквито са болните от диабет.

В Съединените американски щати социалният работник, подпомагащ психичното здраве и социалната адаптация на живеещия с диабет, трябва да притежава магистърска степен по социални науки (MSW), като освен това следва да

е обучен в индивидуална, групова и семейна терапия. Социалните работници помагат на хората с диабет в тази страна да се справят с много от притесненията, свързани с диабета, включително проблеми в семейството, безболезнено справяне с проблемни ситуации на работното място, както и помощ при намирането на ресурси за медицински или чисто финансови нужди. Когато става въпрос за дете или тийнейджър с диабет, в здравния екип задължително биват включвани и социални работници, работещи с родителите и самото дете с оглед решаването на определени поведенчески, емоционални и социални въпроси. Клиничните социални дейности биват финансирани от съответните институции, осъществяващи здравното застраховане на американците [8].

В Германия, към *Немското общество по диабет* е създадена специална социална комисия, която издава редица препоръки и указания в сферата на такива „чисто” социални дейности като избора и упражняване на професия от хората с диабет, както и евентуалната квалификация и преквалификацията на работещите диабетици. В тази страна още през 1959 г. има създадени „Основни насоки за назначаване на диабетици на обществени длъжности”, като споменатата комисия неедноктатно ги преработва и следи за тяхното практическо прилагане. След 1 април 1974 г. болните от диабет в Германия имат право на социална помощ. Подпомагането им се простира от амбулаторното или стационарното лечение и помощите за подходящо училищно образование до необходимата подкрепа за осигуряване на интегриране в професията. В специални случаи и след обстойно оглеждане се осигуряват и помощи за „пътуване до училище” или за „постоянни грижи”. Цялостното лечение на болните от диабет се финансира от здравноосигурителните каси [8].

Швеция – Една от целите на *Шведския национален диабетен регистър* е да се анализира качеството на лечение на диабета. Всяка година се събират данни за 17 различни аспекти на лечението, биохимични параметри и усложненията.

Израел – Грижите за диабета в Израел се осигуряват от четири организации, от които най-голямата е *Clalit Healthcare Service*. От 1995 г.Clalit работи по програма „Диабет и обществото“. През 1996 г. е въведен диабетен регистър във всяка една от клиниките, който е компютъризиран през 2000 г. По същото време Clalit провежда мултидисциплинарно обучение за здравните специалисти с цел те да могат да обучават пациентите си по въпросите на хранене, физическа активност и начин на живот като допълнение към лекарствената терапия [9].

По една или друга причина у нас все още няма специализирани социални дейности, насочени към диабетно болните, а социалното подпомагане, от което могат да се възползват и те, е регламентирано в десетки закони и подзаконови нормативни актове, като тяхното практическо приложение до голяма степен зависи от квалификацията на самите социални работници. И макар че има достатъчно подготвени, висококвалифицирани специалисти по тази професия, все още огромна част от упражняващите я не само, че нямат нужната подготовка, но и попадат в тази трудова система случайно.

Заключение

Световната здравната политика е насочена към опазване и укрепване на здравето на отделния индивид и обществото като цяло. Търсят се начини за отчитане на здравните нужди на населението; влиянието на физическата, социалната и икономическата среда; необходимостта от редуциране на потреблението на здравни услуги, чрез подобряване здравето на населението [4].

За осъществяването на тази политика, както и за постигането на необходимото качество на здравните грижи, обучението и практиката трябва да вървят заедно, с ясно определени цели.

Целите и задачите на съвременното сестринство са насочени към потребностите на обществото. Оказването на помощ на отделните личности, семейства и групи, за да достигнат и развият своя физически, умствен и социален потенциал, е мисията на съвременната медицинска сестра. Всичко това налага изпълнението на функции, отнасящи се до укрепване и съхраняване на здравето, неговото поддържане в условията на семейната, учебната и работната среда, както и предотвратяване на заболяванията в това число и захарния диабет [3].

Библиография

1. Боянов М, Ванкова М. Качество на живот при захарен диабет. 2013, 20-21.
2. Деспотова В. Психосоциални аспекти в живота на деца и подрастващи с тип 1 захарен диабет. Живот и здраве, 2013, бр. 38.
3. Диабет. Пълен справочник на американската диабетна асоциация. София, Скорпио, 2010.
4. Добрилова П. Интегрираните грижи като елемент на първичната медицинска помощ. Обща Медицина, 2016, 18(2), 3-8.
5. Стефанова К, Добрилова П, Маринова А. Промоция на здравето – нова философия на общественото здраве, XIV Международна научна конференция, Варна, 2015, 566-571.
6. Методично указание на МЗ за обслужване на лицата с тежки психични разстройства, Закон за здравето (в сила от 01.01.2005г.) – чл.145, ал.2
7. Мухина С, Тарновская И. Теоретични основи на сестринските грижи. Плевен, Издателски център МУ, 2006.
8. Национална асоциация на децата с диабет.
9. Национална здравна стратегия 2007-2012.
10. Решение на Четиридесетото Народно събрание на Република България 2008 г. Обн. ДВ. Бр.101 от 25 ноември 2008 г.
11. Стамболова И, Чанева Г. Управление на здравни грижи. София, Филвест, 2007.
12. Тончева С, Загорчев П, Борисова С, Цветкова Т. Първична здравна помощ – наръчник за медицински сестри. София, Горекс Прес, 2000.
13. Чанева Г. Сестрински концептуални модели. Семейна медицинска сестра, Български червен кръст, София, 2009, 9-12.
14. IDPP Study, 2006.
15. Jonsson B. Revealing the cost of Type II diabetes in Europe Diabetologia, 2002, 45:55-S12.
16. Kannel WB, et al. Diabetes, fibrinogen, and risk of cardiovascular disease: The Framingham experience. Am Heart J, 1990: 120:672-676.
17. Hobfoll SE. The ecology of stress. Washington, DC: Hamisphere. 1988.
18. Stefanova S, Dobrilova P. Integral food-engine modelfor health promotion, Bulgarian medicine, 2016.

ЗДРАВНО-ОБРАЗОВАТЕЛНА ПРОГРАМА ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА ЗАТЛЪСТЯВАНЕТО В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

К. Стефанова, М. Борисова, Г. Янкова и Цв. Джиганска

Филиал „Проф. д-р Ив.Митев“ – Враца, МУ – София

HEALTH-EDUCATIONAL PROGRAM FOR PREVENTION OF OBESITY IN THE CHILDHOOD

K. Stefanova, M. Borissova, G. Yankova and Tsv. Dzhiganska

Subsidiary "Prof. Dr. Ivan Mitev" to Vratsa, Medical University of Sofia

Abstract. Balanced nutrition is one of the most important social factors for positive health, and the need for health education in nutrition is an up-to-date strategic task of public health aimed at promoting health and disease prevention. The aim of this program is to raise the health awareness of the growing generation and to define public priorities and resources. Health education programs for health education in childhood are an important component of health education for learning and building healthy behaviors.

Key words: educational program, healthy eating, obesity

Адрес за кореспонденция: Калина Стефанова, Филиал „Проф. д-р Иван Митев“, Враца, Медицински университет – София, 3000 Враца

Address for correspondence: Kalina Stefanova, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, Medical University – Sofia, Bg – 3000 Vratsa

Въведение

Предизвикателствата, пред които е изправено детското население у нас, свързани със здравето, здравното образование и поведение, са комплексни и сложни. Това налага необходимостта от създаването на ефективна система за грижи към децата, която да се фокусира към предотвратяване на кумулиращия ефект на редица рискови фактори и причини. Ето защо, несъмнено, все по-нарастващото значение на ***детското и училищно здравеопазване*** за обществото се насочва към идентифициране и решаване на актуални, многообразни и значими проблеми, свързани с преодоляване на „профилактичния дефицит” при ученици, в условията на ниско или средно ниво на ресурсно осигуряване. В тази връзка трябва да подчертаем и прибавим редица характерни особености на детската възраст, представляваща рисков, уязвим биологичен период от човешкия живот [1, 3]. Именно затова спецификата на децата като демографска, възрастова и биосоциална група очертава начините и средствата за тяхното отглеждане, образование и възпитание под комбинираното действие на фактори и причини, оказващи нездравословни последици и проблеми, свързани с тяхното психо-физическо развитие. В този общ контекст, основата на действие е да привлечем вниманието към обществено значимия проблем за затлъстяването при децата в училищна възраст и да задълбочим разбирането за това сериозно социално явление, застрашаващо тяхното здраве [2]. С оглед на тази приоритетна тенденция придобиваща първостепенна важност за здравословната обществена политика, обобщено може да се каже, че затлъстяването е закономерно следствие от едновременното действие на нездравословното хранене и недостатъчната

двигателна активност. Безусловно, подходящият хранително-двигателен режим е инструмент за формиране на максимално възможния реалистичен подход, осигуряващ изграждане на мотивирано антирисково поведение. По този начин може да се очертае и пространството за дефиниране и адресиране на редица превантивни и интервенционни практики за решаване на различни рискови ситуации. Тяхното проектиране в адекватни секторни политики цели да формира и утвърждава здравословен начин на живот сред подрастващото поколение. Увеличаването на наднормената телесна маса се дължи в значителна степен на съчетаването на неправилно хранително и двигателно поведение. Това дава основание на някои автори да дефинират, че затлъстяването е поведенческо заболяване и предотвратимо болестно състояние. Ето защо на проведената през ноември 2009 г. в Истанбул *Конференция на министрите на здравеопазването от Европейския регион* беше приета „Европейска харта за противодействие срещу затлъстяването". Тя се концентрира върху действия, които Европейското бюро на СЗО реализира чрез популационна и високорискова стратегия, включваща дейности за подобряване начина и качеството на живот, съвременни глобални здравни проблеми [6].

През последните години редица алармиращи данни установяват увеличаване на честотата и разпространението на затлъстяването сред подрастващото поколение, което оказва сериозни нездравословни последици в по-късна активна възраст. В някои страни от ЕС за лечение на затлъстяването се отделят до 10% от здравните разходи, а експерти от СЗО го поставят сред седемте водещи причини за заболеваемост и смъртност в Европа [5]. Това се потвърждава и от тревожния факт, че към настоящия момент бързото увеличаване на зътлъстяването придобива застрашителни размери и се превръща в истинска епидемия за много страни. Очевидно, става ясно защо промоцията на детското здраве и превенцията на затлъстяването формират основата за изграждане на реалистични действени насоки за поведение, политика и решения. В този смисъл ограничаването на затлъстяването чрез управление и ефективен контрол на рисковите фактори (нездравословно хранене и ниска двигателна активност) изисква промяна в стила на живот, превърнал се в социален феномен сред децата в училищна възраст. Тази водеща линия в превантивната медицина предполага и е предпоставка за формулиране на добра прогноза по отношение на проблема „затлъстяване". Всичко това убедително показва необходимостта от разработване и реализиране на интегрирана селективна интервенционна програма, съобразена с изискванията и препоръките за създаване на силна мотивация и трайни навици, свързани с адекватно обучение за здравословен начин на живот и неговото усвояване.

Някои наричат затлъстяването „заболяване, дължащо се на недостатъчни здравни знания". Ето защо съществено условие за намаляване на затлъстяването при деца в училищна възраст е повишаване на здравната им информираност за причините, последиците и рисковете от наднормената телесна маса. На тази основа, конструктивният подход изисква подрастващото поколение да осъзнае затлъстяването като сериозен здравен риск и да преоцени ролята и мястото на наднормената телесна маса в здравната си ценностна система.

Цел и задачи

Изхождайки от голямото медико-социално значение на изучавания проблем **стратегическата цел**, която си поставяме, е чрез разработване и прилагане на широкообхватна, системна и ефективна специализирана образователна програма за ограничаване на затлъстяването и устойчиво развитие на превантивни дейности в училищната общност, да се подобри здравния статус и качеството на живот на подрастващото поколение.

Оперативната цел е повишаване на личностната здравна мотивация и информираност, свързани с ограничаване рисковете за затлъстяване, подобряване на хранителния прием и умения за здравословно хранене и оптимизиране на двигателната активност.

Задачи

1. Да се предоставят съвременни концепции за здравословно хранене и оптимизиране на двигателната активност, както и специфични практически препоръки за тяхното реализиране, за намаляване на риска от затлъстяване в училищната възраст.

2. Да се повиши нивото на информираност при учениците относно храненето и двигателната актив-

ност, имащо многофункционално значение за граждане на научнообоснована основа за действие и надеждно предпазване от затлъстяване.

3. Да се формира у учениците отговорно положително отношение за лични грижи към собственото хранително и двигателно поведение и здраве.

Целеви групи

Деца в училищна възраст

Алгоритъм за внедряване

Комплексната интервенционна програма ще се фокусира в два аспекта:

● Ограничаване на затлъстяването в училищна възраст;

● Промяна на поведенческите рискови фактори (хранене и двигателна активност), като основни детерминанти на здравето.

Концептуална рамка

Ще се базира и концентрира върху специфични за интервенционната програма:

Подходи:

– личностно-центриран;
– Информативен;
– Предупреждаващ.

Принципи:

– Равни възможности за достъп до здравна информация;
– Подкрепа;
– Координация и партньорство със семейството, общините, медиите и др.

Сфери на дейност:

– Здравно образование;
– Профилактика на болестите;
– Протекция на здравето.

Етапи:

– Планиране;
– Организиране;
– Мониториране;
– Управление;
– Контрол;
– Отчитане на ефекта.

Структура

Тематични направления (обучителни модули), включващи базисни и надграждащи теми:

Промоция и контрол върху здравето:

– Основни детерминанти на здравето;
– Основни принципи;
– Сфери на дейност.

Здраве и здравословен начин на живот:

– Същност на здравния начин на живот.

Риск и рисково поведение в контекста на здравето:

– Рискови фактори – видове и концепция;
– Същност на рисковия подход;
– Оценка и мениджмънт на риска.

Здраве и личност:

– Здраве и общуване;
– Индивидуална оценка на начина на живот;
– Рисково поведение и възможност за промяна.

Здраве и социална среда:

– Социални фактори, влияещи върху индивидуалния избор;
– Здраве и медии;
– Здраве и училище.

Профилактика на болестите:

– Определение, цели и подходи;
– Нива на профилактиката;
– Профилактика на затлъстяването.

Храненето като биологичен и социален проблем:

– Физиология на храненето;
– Храни и хранителни процеси;
– Хранене на деца и ученици;
– Хранене – заболявания;
– Основни правила, принципи и концепции за здравословно хранене и практически препоръки за тяхното постигане.

Двигателна активност

– Същност на оптимизирания двигателен режим;
– Основни показатели на физическата дееспособност;
– Основни принципи при системен двигателен режим;
– Форми на физическа активност;
– Схема за активен двигателен режим;
– Здравна култура и поведение.

Оценка на ефекта

Начална фаза

– Поведенческа диагноза (характеризира фактори, свързани с хранителните и двигателните навици);

– Образователна диагноза (характеризира информираността в областта на храненето и двигателната активност);

– Антропометрични показатели и индекси, свързани с храненето.

Фаза на интервенция

– Прилагане на интервенционна програма;

Крайна фаза

– Оценка на резултатите от въздействието.

Изпълнители на програмата

– **В**сички видове училища в страната.

Изводи

Като обобщим казаното дотук се налага изводът, че прилагането на интегрирана и селективна интервенционна програма за здравно образование и възпитание е един от основните приоритети и инструмент за въздействие върху рисковото поведение на училищно ниво, в контекста на ограничаване на затлъстяването в детска възраст.

Библиография

1. Байкова Д. Затлъстяването в детска възраст. Практическа педиатрия, 2003, 1, 2-3.
2. Гацева П. Честота, свръхтегло и затлъстяване при подрастващи и оценка на знанията им по здравословно хранене, Scripta periodica, 2007, 1, 39-40.
3. Добрилова, П. Рехабилитационният процес – предизвикателство за съвременното сестринство, София, 2016.
4. Добрилова П. Екипният подход в рехабилитационния процес. Сестринско дело, 2014, 46(1), 45-48.
5. Добрилова П. Подходи за осигуряване на качествени сестрински грижи в здравния мениджмънт, Science & Technologies, Стара Загора, Medicine, 2014, 4(1), 322-326.
6. Дулева В. Знания по здравословно хранене на ученици от средно-общообразователни училища в София, Scripta periodica, 2005, 2, 32-40.
7. Петрова С. Съвременни проблеми на храненето на населението в България, Науката за хранене в опазване на човешкото здраве, София, 2004.
8. Попов Б. Храни, хранене и здраве, В: Хигиена, хранене и професионални болести, София, 2009.
9. Ханджиев Св. Проблеми на наднорменото тегло и затлъстяването в детска и юношеска възраст, Българска медицина, 2011, 66-68.

ПОПУЛЯРИЗИРАНЕ НА ЗДРАВОСЛОВНОТО ХРАНЕНЕ ПРИ ДЕЦА СЪС ЗАТЛЪСТЯВАНЕ НА ВЪЗРАСТ ОТ 14 ДО 18 ГОДИНИ В СОУ „ВАСИЛ КЪНЧОВ” – ВРАЦА

Е. Владимирова, П. Добрилова и И. Грозданов

Филиал „Проф. д-р Иван Митев” – Враца, Медицински университет – София

POPULARIZATION OF HEALTHY DIET IN CHILDREN WITH OBESITY AT THE AGE BETWEEN 14 AND 18 YEARS IN THE „VASIL KANCHOV“ SECONDARY SCHOOL VRATSA

E. Vladimirova, P. Dobrilova and I. Grozdanov

Affiliate “Prof. Dr Ivan Mitev” – Vratza, Medical University – Sofia

Abstract. Bulgaria takes the 5th place of children obesity from 32 states among 53 members of WHO. Obesity is the most common metabolic disease of modern lifestyle globally and in our country. **Material and Methods:** The study included 58 students from the „Angel Kanchev“ Secondary School Vratsa at the age 14-18 years in the period 15-19 September 2017. **Conclusion:** Healthy diet habits in the students in early age and active physical activity are one of the main factors for overcoming and prevention of obesity among adolescents.

Key words: obesity/children, healthy diet

Адрес за кореспонденция: Е. Владимирова, Филиал „Проф. д-р Иван Митев“, Медицински университет – София, 3000 Враца

Address for correspondence: E. Vladimirova, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, Medical University – Sofia, Bg – 3000 Vratsa

Въведение

Затлъстяването е един от най-големите медицински проблеми на нашето съвремие, чието значение прогресивно нараства. През последните години то се превръща в глобален, световен проблем. Все по-често се наблюдава и в детска възраст. Съществен рисков фактор е начинът на живот – хранителни навици, понижена двигателна активност, стрес, нездравословно хранене. Затлъстяването има отрицателно въздействие върху непосредственото и дългосрочното здраве на детето, образователното равнище и качество на живот. България е сред държавите, чиито деца в училищна възраст прекарват най-много време пред компютър или телевизор. Според *Националното проучване за хранене* се наблюдават следните негативни тенденции в храненето на децата в България:

– увеличена консумация на захарни изделия и напитки;

– висока консумация на мазнини;

– висока консумация на готварска сол;

– ниска консумация на риба, плодове и зеленчуци.

Около 150 000 деца в страната ни страдат от затлъстяване. Едва 28,2% от българите над 20 години са с нормално тегло. Затлъстяването е един от факторите за увреждане на бъбреците. България се нарежда на 5-то място по детско затлъстяване от 32 държави от 53 членове на Световна здравна организация. Затлъстяването е най-масовото мета-

болитно заболяване, вследствие на съвременния начина на живот в различните страни и у нас. То увеличава риска от диабет и сърдечно-съдови заболявания. Увеличената коремна обиколка е признак за поява на така наречения метаболитен синдром, който може да се превърне в сериозен здравен риск.

Причините за затлъстяване при децата са много и различни така, както и рисковете, причиняващи затлъстяването са много. От тях твърде важни са факторите, свързани с начина на живот на детето и родителите. Основен фактор за поява и задържане на затлъстяването е преяждането и нередовното хранене, изкуствено хранене в кърмаческа възраст. Важна роля има и намалената двигателна активност (хипокенизията). Децата, страдащи от затлъстяване се сблъскват и с емоционални проблеми в училище, което не е малък проблем.

Цел

Популяризиране на здравословното хранене сред учениците и запознаването им с вредите от затлъстяването.

Материал и методи

В проучването участват 58 ученици на възраст от 14 до 18 години от СОУ „Васил Кънчов" – Враца, от които 38 са от женски пол и 20 от мъжки. Изследването е проведено през периода от 15 до 19 септември 2017 г.

Резултати и обсъждане

От преобладаващите в проучването момичета (38) с наднормено тегло са 12%, а при момчетата (20) – 8%. Когато зададохме въпроса дали имат близки, роднини и приятели с наднормено тегло, 37% отговорят „да повечето от тях" и 63% – „не".

При задаване на въпроса „Знаете ли какво е здравословно хранене?" – 95% от всички анкетирани дават положителен отговор, и само 5% отговарят с „не", което е предпоставка да смятаме, че е налице информираност по въпроса.

В отговорите на анкетираните ученици се твърди, че 97% от тях нямат заболявания и само 3% са със здравословни проблеми.

На въпроса „Знаете ли какво е диабет" – 52% отговарят с „да" и 48% нямат представа за заболяването.

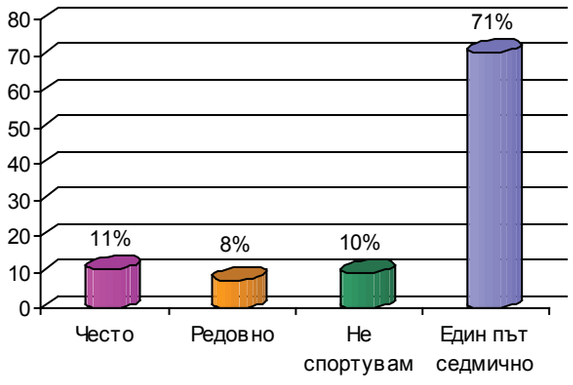
Здравословният начин на живот включва активно движение и по-точно занимание с някакъв вид спорт. Положително отношение към спорта заявяват 47% от анкетираните ученициите и 53% от тях нямат желание за спорт.

Каква е честотата на спортуване?

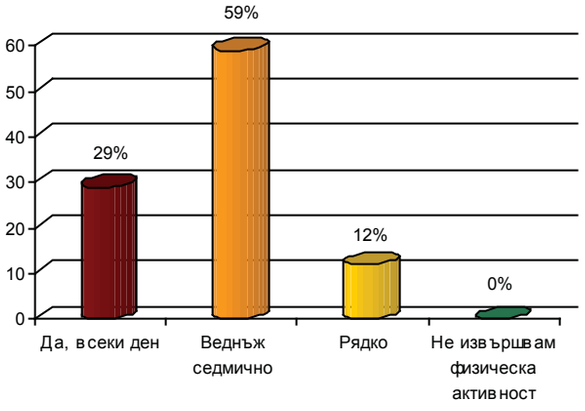
От резултатите на проучването се установява следното:

- 71% от ученициите спортуват един път седмично;
- 11% „често" спортуват;
- 10% не спортуват
- 8% „редовно" спортуват (фиг. 1).

За съжаление и в нашето изследване резултатите потвърждават недостатъчното активно движение, спомагащо за здравословния начин на живот, на младежите (фиг. 2).



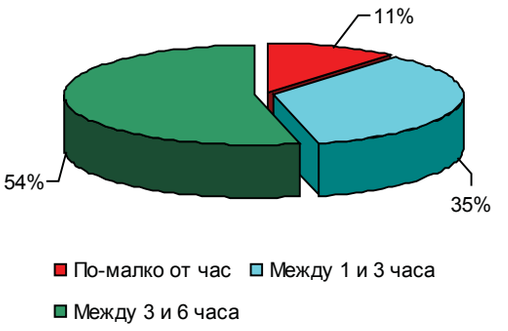
Фиг. 1. Честота на спортуване



Фиг. 2. Други физически дейности – разходки, каране на велосипед, танци и др.

Ежедневната физическа активност е заменена с прекарване на свободното време пред компютъра. Това се вижда от получените данни, представени на фиг. 3. 54% от анкетираните прекарват пред компютъра между 3 и 6 часа от вре-

мето си, 35% между 1 и 3 часа, а по-малко от 1 час – само 11%.



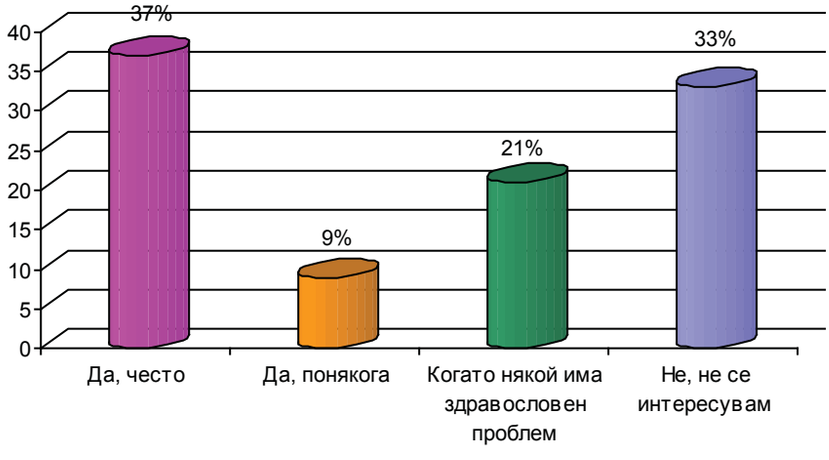
Фиг. 3. Времето, което учениците отделят пред компютъра

На въпроса „Получавали ли сте информация за здравословен начин на живот?“ почти половината от анкетираните отговарят утвърдително.

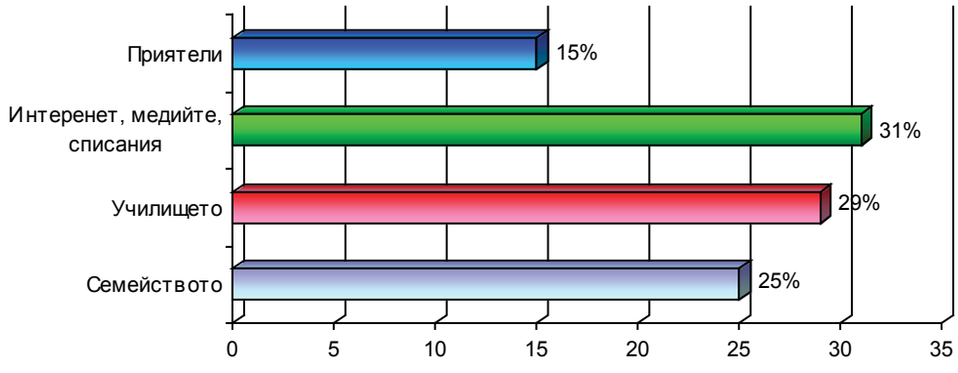
Информираността на учениците за здравословното хранене е сравнително висока (~ 50%) като 37% отговарят „ да, често” и 9% „ да, понякога”. За съжаление 33% от тях не се интересуват от здравословното хранене, а 21% проявяват интерес само „когато някой има здравословен проблем” (фиг. 4).

Получените резултати показват недостатъчната роля на семейството – 25%, и училището – 29%, за популяризиране на здравословното хранене на учениците, а оттам и на здравословен начин на живот, като фактор за намаляване на деца с наднормено тегло. Ролята на интернет и списанията като средство за набавяне на актуална информация по проблема е значителна. 31% от анкетираните разчитат именно на тях като средство за информация (фиг. 5).

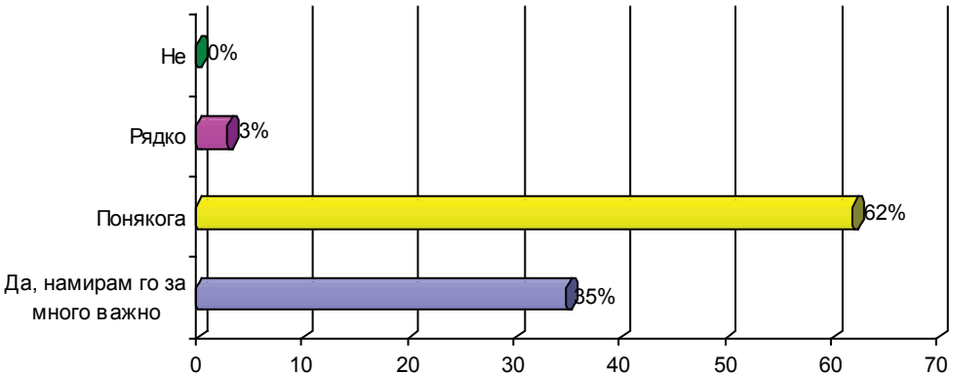
На въпроса „Храните ли се здравословно?” от отговорите на анкетираните се установява,



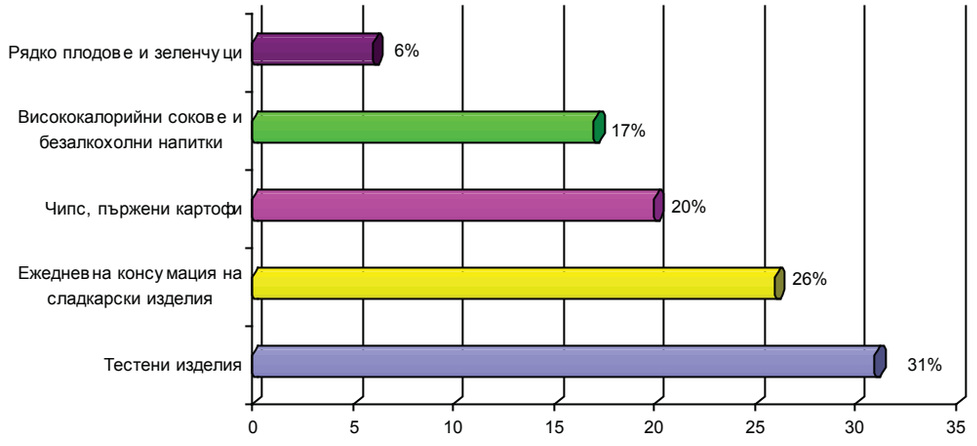
Фиг. 4. Информираност за здравословното хранене



Фиг. 5. Източници на информация за здравословното хранене



Фиг. 6. Здравословно хранене



Фиг. 7. Предпочитани храни

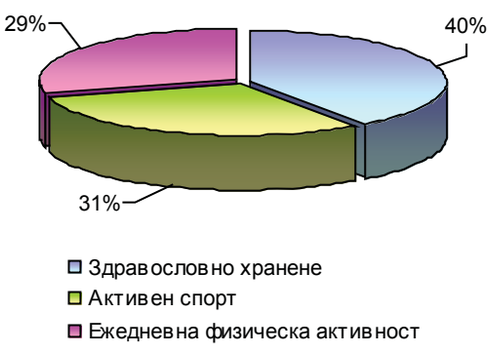
че 35% от учениците знаят какво е здравословно хранене и го намират за много важно, а 62% от тях се хранят здравословно „понякога" и 3% – „рядко" (фиг. 6).

След проведено проучване установихме, че голяма част от учениците въобще не практикуват методите на здравословно хранене и редовно консумират вредни храни:

- 31% от децата в училищна възраст се хранят с тестени изделия поне веднъж дневно.
- 26% ежедневно консумират сладкарски изделия.
- 20% редовно консумират чипсове и пържени картофи.
- 17% от учениците ежедневно пият висококалорийни сокове и безалкохолни напитки.
- 6% от учениците консумират плодове и зеленчуци изключително рядко (фиг. 7).

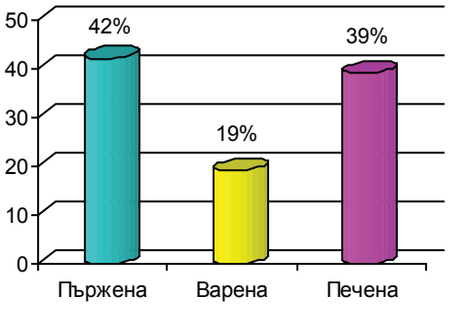
Наред с всички разгледани до момента резултати относно спорта и здравословното хранене, когато попитахме „Кое от изброените смятате, че е важно условие, за да се води здравословен начин на живот?" се получиха следните резултати:

- Здравословно хранене – 40%;
- Активен спорт – 31%;
- Ежедневна физическа активност – 29%; (фиг. 8)



Фиг. 8. Условия за здравословен начин на живот

Според данните от нашето изследване учениците имат добра теоретична подготовка, но недостатъчна практическа приложимост на знанията за здравословен начин на живот. В тази посока са и отговорите на следващия въпрос, свързан с кулинарната обработка на храна вкъщи. 42% от анкетираните използват пържена храна, 39% – печена, и само 19% – варени хранителни продукти (фиг. 9).



Фиг. 9. Кулинарна обработка на храната

Заключение

За популяризиране на здравословното хранене сред учениците и за запознаването им с вредите от затлъстяване от съществено значение е активното участие на цялото семейство, за да се променят хранителните навици и стереотипи. В кърмаческа възраст трябва да се осигури естествено хранене на бебето, а през годините на израстване на детето да се създават навици за здравословен стил на живот и правилен режим на хранене. Необходимо е също така да се стимулира и подкрепя практическото приложение на здравните знания на подрастващите, което да им помогне да постигнат и поддържат здравословен стил на живот.

Библиография

1. Съвременни проблеми в храненето на децата от 3 до 7 години в България, стратегии и практически подходи за подобряване на храненето, НЦООЗ, София, 2005.
2. Здравословно хранене на децата от 3 до 70 годишна възраст. В: Сборник рецепти с наръчник за хранене на децата от 3 до 7 години, Техника, 2004, 11-44.
3. Национален план за действие “Храни и хранене”, 2005-2010, МЗ, Демократични традиции – Деметра, 2006.
4. Препоръки за здравословно хранене на населението в България (18-65 години), МЗ, НЦООЗ, 2006.
5. Ръководство по хигиена и професионални болести. В раздела: норми на храненето – оценка на храните, храненето и хранителния статус. София, Мед. и физк., 1994.
6. Стефанова, К., Добрилова, П., Маринова, А., Промоция на здравето – нова философия на общественото здраве, XIV Международна научна конференция, Варна, 2015, 566-571.
7. Branca Fr, Nikogosian H, Lobstein T. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. WHO, 2007.
8. Stefanova S, Dobrilova P. Integral food-engine modelfor health promotion, Bulgarian medicine, 2016.

ВЛИЯНИЕ НА КОНФЛИКТИТЕ НА РАБОТНОТО МЯСТО ВЪРХУ ЗДРАВЕТО НА ПРОФЕСИОНАЛИСТИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ

В. Стоянова

Филиал „Проф. д-р Иван Митев” – Враца, МУ – София

IMPACT OF WORKPLACE CONFLICTS ON THE HEALTH OF PROFESSIONALISTS IN HEALTHCARE

V. Stoyanova

Subsidiary „Prof. Dr. Ivan Mitev“ to Vratsa – Medical University – Sofia

Abstract. Introduction: Conflicts in health care establishments are quite common due to the constant changes and transformations that today's health organizations experience and the energetic interaction between medical professionals working in them. Goal: Exploring the views of medical professionals on the possible destructive effects of their conflicts at work. Methodology: We conducted a direct individual survey of 114 Healthcare Professionals working at the Hristo Botev Hospital in Vratsa. We used a set of questions that reflect the negative effects and consequences of the conflict on health professionals as direct or indirect participants. All data is analyzed using descriptive statistics. **Results**: Workplace conflicts contribute greatly to the stress, psychological tension and emotional exhaustion that medical professionals are exposed to. Confrontation of the conflict attracts the participants in actions as a catalyst of the conflict and intensifies the occurrence of hostilities. The conflict creates a situation that affects the behavior of all involved, resulting in emotional states such as anger, aggression, and reproach. The destructive consequences resulting from the conflict can be seen in the reduced work satisfaction and demotivation to carry out the work. As a result, contradictions have a negative impact on teamwork and hamper joint efforts to solve problems in the health system. **Conclusion**: Conflict in healthcare institutions has a significant disruptive impact on the employee, and therefore requires rapid identification and effective intervention to minimize adverse outcomes.

Key words: nurses, workplace conflicts, health consequences

Адрес за кореспонденция*:* Виолета Цветанова Стоянова, Филиал „Проф. д-р Иван Митев” на Медицинския университет – София, 3000 Враца, e-mail: wioletta_tz@abv.bg

Address for correspondence*:* Violeta Tsvetanova Stoyanova, Subsidiary „Prof. Dr. Ivan Mitev“ – Medical University – Sofia, Bg – 3000 Vratsa, e-mail: wioletta_tz@abv.bg

Въведение

Професионалистите по здравни грижи (ПЗГ) заемат стратегическо място в болничните заведения. Те работят постоянно в сложна стресогенна среда. Отговарят пряко за здравните грижи, за координирането и комуникацията между членовете на екипа, пациентите и техните семейства. В ежедневната си практика се сблъскват с тежки натоварвания, недостиг на персонал, липса на ресурси, дисбаланс в разпределението на дейностите, нерегламентирани и неясни правила и отговорности в екипа, липса на управленска подкрепа, разминаване или несъгласие по конкретен въпрос, цел или задача [10, 13, 14]. Всичко това предразполага възникването на конфликти.

Въпреки че някои от тези конфликти могат да доведат до положителни резултати, много от тях

имат негативен ефект (фиг. 1). Нефункционалният конфликт има потенциала да окаже отрицателно влияние не само върху качеството на грижите към пациентите, но и на физическото и психичното благополучие на работещите и впоследствие на взаимоотношенията между тях. В практиката на ПЗГ конфликтът се превръща в значителен проблем, водещ до неудовлетвореност от работата, отсъствие от работа и текучество [9, 10, 13].

В България изследванията, свързани с конфликтите в практиката на ПЗГ, не са много. Наличните проучвания са фокусирани главно върху управлението на конфликта, без да се изследват елементите, причините и последиците от него. Следователно, би било уместно мениджърите на болниците да се научат да разпознават предшествениците на конфликтите, за да предотвратят нежелани ефекти.

Целта на изследването е да се проучи как конфликтите на работното място на професионалистите по здравни грижи влияят върху психичното и физическото им състояние и върху здравните грижи към пациентите.

Материал и методи

Проучването е проведено август–септември 2016 г. в МБАЛ „Христо Ботев” – Враца. Обхваща 114 професионалисти по здравни грижи, разделени, както следва:

- **Група А** – управленски екип – Главна медицинска сестра и старши ПЗГ (26).
- **Група Б** – редови професионалисти по здравни грижи (88).

Хипотеза. Трудовият конфликт може да засегне значително качеството на живот на медицинската сестра и едновременно с това да намали качеството на грижата.

Използвана е пряка индивидуална анонимна анкета с 45 въпроса с възможност за 3, 5 или повече отговора и 5 отворени въпроса. От общо 45 въпроса представяме анализ на 15 от тях, с акцент върху влиянието на конфликтите на физическото и психичното здраве на ПЗГ. Данните са обобщени и обработени в Excel Microsoft Office.

Резултати

Анкетирани бяха Главната медицинска сестра, 25 старши медицински сестри и 88 редови ПЗГ, с различен трудов стаж и професионален опит. Възрастовият диапазон на участниците в проучването е от 26 до 65 години.

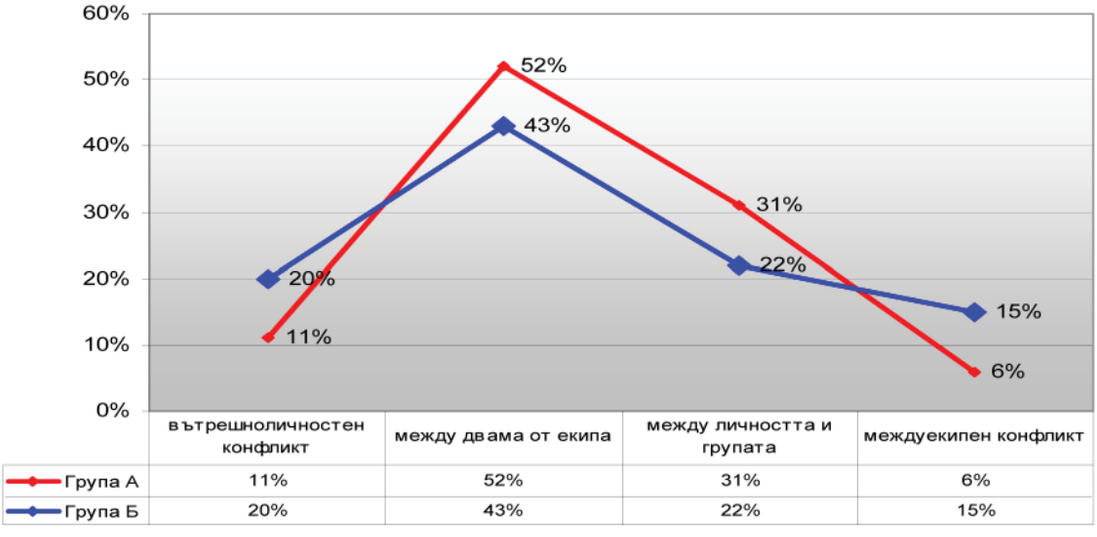
На табл. 1 е представен съставът на изследваните лица по възраст, длъжност и образование. В изследваната група преобладават медицинските сестри с образователно квалификационна степен – професионален бакалавър по „Здравни грижи”. Възрастовата група на изследваните меж-



Фиг. 1. Влияние на конфликтите на работното място

Таблица 1. Социодемографска характеристика на изследваните лица

Основни признаци		**Брой**	**Относителен дял %**
Възраст	20-30 год.	12	10,52%
	30-40 год.	32	28,07%
	40-50 год.	36	31,82%
	Над 50 год.	34	29,82%
	Общо	114	100%
Длъжност	Главна медицинска сестра Старши медицински сестри (акушерки, лаборанти)	1 25	22,80%
	Редови медицински сестри (акушерки, лаборанти)	88	77,12%
	Общо	114	100%
Образование	Висше – магистър по „Управление на здравни грижи”	10	8,77%
	Висше – бакалавър по „Управление по здравни грижи”	26	22,80%
	Висше – бакалавър по „Здравни грижи”	48	42,10%
	Специалист по ЗГ	28	24,56%
	Друго	2	1,75%
	Общо	114	100%



Фиг. 2. Видове конфликти според участието на персонала

ду 40 и 50 год. е най-многобройна, с относителен дял 31,14%, а най-малобройна е групата на 20-30-гишните (10,52%). Тези данни дават основание да смятаме, че най-многобройната група сред анкетираните е с дълъг трудов стаж и голям опит. Интерес представлява групата на анкетираните с висше образование – магистър и бакалавър по „Управление на здравни грижи”. Сред тях 13 са на длъжност редова медицинска сестра (акушерка, лаборант). Тази констатация говори за наличие на конфликтогенен фактор от обективно естество – разлика в образователния ценз при еднакви заемани длъжности [2, 4].

Конфликтът на работното място може да възникне поради различия в нагласите, поведението, ценностите, вярванията или целите. И двете рес-

понденски групи са единодушни (52% – група А, и 43% – група Б), че междуличностните конфликти са най-разпространени в техните екипи. Според анкетираните от група А – сестрите мениджъри, най-често възникват конфликти между медицинска сестра и медицинска сестра. Мнението им се различава от това на анкетираните ПЗГ от група Б. Според представителите от втората група най-честите конфликти възникват между медицинска сестра и лекар. Причина за конфликт може да бъде припокриването на ролите на лекарите и сестрите по отношение на някои аспекти на грижите за пациентите.

Конфликтите на работното място разрушават дългогодишните професионални и междуличностни взаимоотношения, което води до отрицателно въздействие върху грижите за пациентите поради липса на комуникация за предаване на точна информация.

Най-значимите конфликтни фактори в работната среда според анкетираните от двете групи са представени в табл. 2

Подреждайки по значимост факторите за възникване на конфликти на работното място (табл. 2) отново се установява разлика между мненията на ръководителите по здравни грижи и редовите ПЗГ. Според представителите от група А *недостигът на време* и *поставянето на крайни срокове* са най-конфликтогенен фактор. Редовите ПЗГ поставят на първо място *задачите с противоречиви изисквания и несъответстващият на положения труд размер на възнагражденията.* Въпреки че и двете групи са при еднакви условия на труд, редовите ПЗГ се влияят повече от конфлитогенните фактори отколкото старшите медицински сестри (акушерки/лаборанти). И според двете изследвани групи *недостатъчният щат, неползването на почивки и рисковите дейности* нямат значение за възникване на конфликти.

Данните показват, че конфликтите на работното място допринасят за стреса, психичното напрежение и емоционалното изтощение. Конфликтът създава ситуация, повлияваща поведението на всички участващи в него, което води до емоционални състояния като гняв, агресия и упреци, засилва проявата на враждебни действия.

Отговорите на анкетираните за разрушителните последици, произтичащи от конфликта, показват, че според 3/4 от тях това рефлектира в намалено удовлетворение от работата и демотивиране за извършване на трудовата дейност. В резултат на това противоречията оказват отрицателно влияние върху екипното сътрудничество и пречат на съвместните усилия за решаване на проблемите.

Данните от проучването разкриват, че конфликтите не се отразяват на психичното състояние на ръководителите по здравни грижи (57,69%), докато редовите ПЗГ при конфликт имат почти всички симптоми за нарушение на психичното равнове-

Таблица 2. ***Най-значими конфликтни фактори в работната среда***

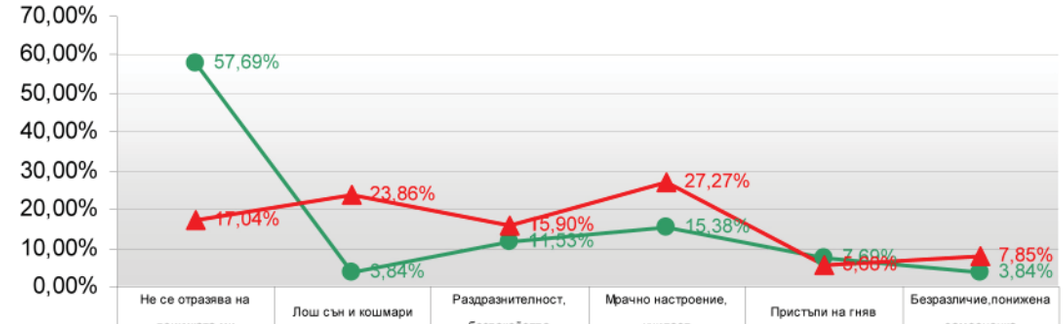
Твърдение	**Степен на значимост**			
	Група А		**Група Б**	
	Брой	**Отн. дял**	**Брой**	**Отн. дял**
Многото административни формалности	6	23,07%	7	7,95%
Недостиг на време и поставяне на крайни срокове	10	38,43%	17	19,31%
Поставяне на задачи с противоречиви изисквания	3	11,53%	18	20,45%
Качеството на работата страда от бързината	1	3,84%	3	3,43%
Постоянни прекъсвания и смущаване на работния ритъм	2	7,69%	14	15,95%
Често въвеждане на нови методи в организацията на работата	3	11,53%	4	4,54%
Размерът на възнаграждението не е обвързан с вложения труд	1	3,84%	18	20,45%
Недостатъчен щат и извънреден труд	0	0,00%	3	3,40%
Невъзможност да се ползват почивки през работното време	0	0,00%	2	2,26%
Работа с опасни вещества и наличие на рискови дейности	0	0,00%	2	2,26%

сие (фиг. 3). На емоционално ниво конфликтите са свързани с тревожност, ниско самочувствие, депресия и чувство за неадекватност и в много случаи се признават като основен рисков фактор за лека психиатрична заболяемост.

Що се отнася до физическото здраве – резултатите потвърждават литературните доказателства, според които конфликтът на работното място е свързан с множество физически здравни проблеми, включително мигрена, болки в ставите, дългосрочни физически заболявания, хипертония, синдром на раздразнените черва и дуоденална язва, заболявания на имунната и ендокринната система [16, 17, 18, 19]. Повече от ръководителите по здравни грижи (42,30%) са наясно с управлението на стреса при конфликтите на работното място – те не се отразяват на физическото им състояние. Редовите ПЗГ са уязвими към конфликтите (фиг. 4).

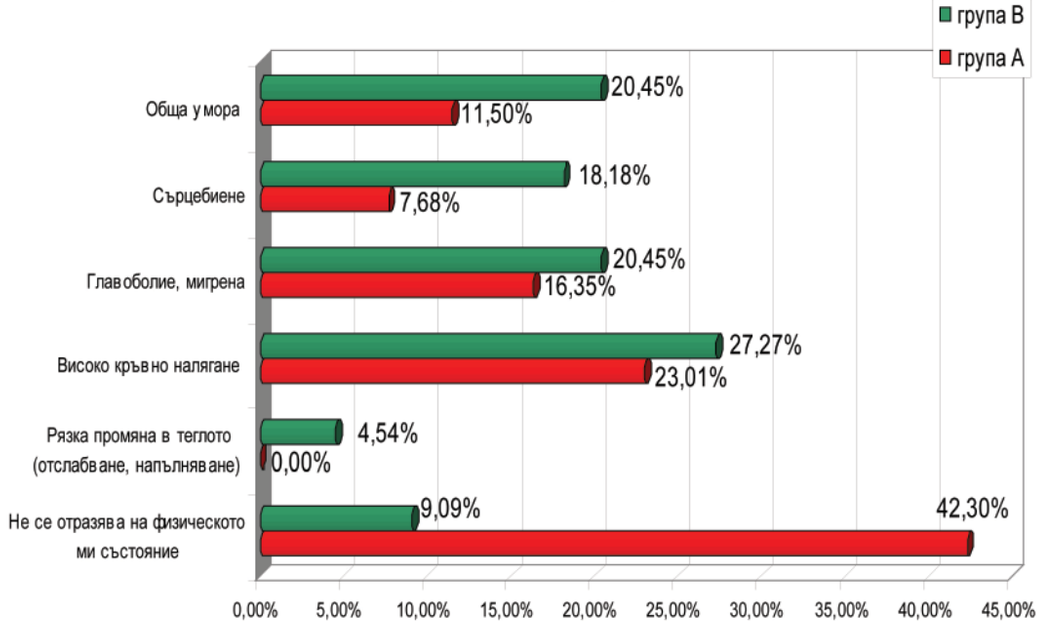
И двете изследвани групи са единодушни, че конфликтите на работното място се отразяват негативно на грижите за пациентите. 88,59% изказват мнение, че ПЗГ са с влошена концентрация на вниманието, извършват погрешни действия, използват груб тон в комуникацията с пациентите, неадекватно вземат решение за здравните грижи.

Относно начините за преодоляване на последствията от конфликтите, анкетираните от двете групи увеличават пушенето на цигари и вземането на транквиланти – близо 1/4 (23,07% от група А и 28,40% от група Б) (фиг. 5).

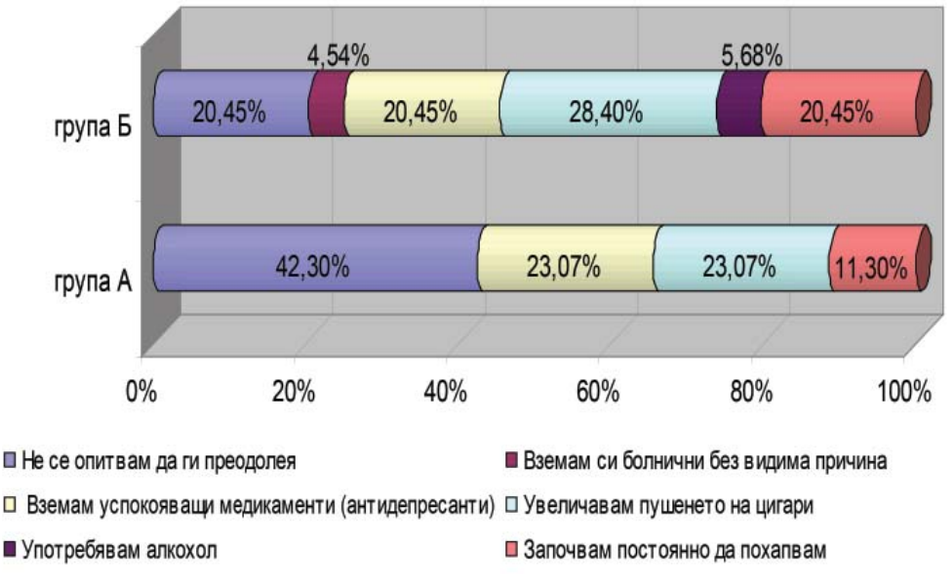


	Не се отразява на психиката ми	Лош сън и кошмари	Раздразнителност, безпокойство	Мрачно настроение, унилост	Пристъпи на гняв	Безразличие,понижена самооценка
група А	57,69%	3,84%	11,53%	15,38%	7,69%	3,84%
група В	17,04%	23,86%	15,90%	27,27%	5,68%	7,85%

Фиг. 3. *Влияние на конфликтите върху психичното състояние на ПЗГ*



Фиг. 4. *Влияние на конфликтите върху физическото здраве на ПЗГ*



Фиг. 5. Начини за преодоляване на последиците от конфликтите

Изводи

1. Според резултатите от проучването високите нива на професионален стрес, предизвикан от конфликтите на работното място, са силно свързани с качеството на здравните грижи на ПЗГ, както и с качеството им на живот, с психичното и физическото здраве.

2. Основните рискови конфликтни фактори за качеството на живот на ПЗГ са: „Недостиг на време и поставяне на крайни срокове” според ръководителите по здравни грижи и „Неадекватния размер на възнаграждението” според редовите ПЗГ.

3. Конфликтите на работното място водят до засилване на вредните навици и при двете наблюдавани ПЗГ групи.

Заключение

Конфликтът в здравните заведения оказва значително разрушително въздействие върху служителя, поради което той изисква бърза идентификация и ефективна намеса, за да се сведат до минимум неблагоприятните му резултати.

Препоръчваме на сестрите – мениджъри, от МБАЛ „Христо Ботев” в град Враца да се организира обучение на ПЗГ в областта на професионалното здраве. Да се разработят специфични програми за обучение, които подобряват знанията и способностите им в областта за справяне с конфликтите на работното място, как да откриват рано стресорите и как ефективно да излизат от трудни ситуации, как да открият и прилагат различни стратегии за справне със стреса. Това обучение следва да бъде както на организационно, така и на индивидуално ниво, като се насочи върху специфичната помощ за онези, които изпитват високи нива на стрес и професионално прегряване, свързани с конфликтите на работното място.

Библиография

1. Андреева Л. Социално познание и междуличностно взаимодействие. София. 1999
2. Балканска П. Психологични подходи в здравния мениджмънт. Булвест 2000. 2009; 79- 91
3. Борисов, В. Healthcare Management. Fundamentals of Healthcare Management. Filvest. Sofia. 2004; 187-215
4. Борисов В. Здравна политика и мениджмънт. София. 2008; 150
5. Владимирова К. Управление на човешките ресурси. Основи на болничното управление. Македония прес. София. 2000; 302-352

6. Воденичаров Ц, Попова С. Медицинска етика. София. 2010; 72-76
7. Грънчарова Г. Управление на здравните грижи. Плевен. 2005; 143-158
8. Димитров Д. Конфликтология. Университетско издание. София. 2003
9. Добрилова П., Ц. Джиганска Развитие на професионалистите по здравни грижи- възможности и предизвикателства. XII МВБУ София 12-13 юни 2015;507-513
10. Добрилова П. Стефанова К. Анализ на конфликтните ситуации в сестринската практика. Science & Technologies, 2016, 6 (1): 155-159.
11. Джонев С. Социална психология. София. 1996
12. Жеков А. Екипният подход в болничния мениджмънт. София. 2009; 49-57
13. Иванов П. Междуличностният конфликт в трудовия колектив. София; 1989
14. Маринова П. Конфликти в здравеопазването. Враца. 2002; 10-66
15. Стамболова, И., Чанева, Г. Key words conflict, medical staff. Healthcare Management. 2002; 1: 28-32
16. Wilson GB. Safer handling practice for nurses: a review of the literature. Br J Nurs. 2001;10(2):108-114.
17. De Gaudemaris R, Levant A, Ehlinger V, Hérin F, Lepage B, Soulat JM, et al. Blood pressure and working conditions in hospital nurses and nursing assistants. The ORSOSA study. Arch Cardiovasc Dis. 2011;104(2):97–103.
18. Mönnikes H, Tebbe JJ, Hildebrandt M, Arck P, Osmanoglou E, Rose M, et al. Role of stress in functional gastrointestinal disorders. Dig Dis. 2001;19 (3): 201-211.
19. Chandola T, Brunner E, Marmot M. Chronic stress at work and the metabolic syndrome: prospective study. BMJ. 2006;332(7540):521-525.

ЕТИЧНИТЕ КОМИСИИ И ПОЛЗАТА ОТ ТЯХНОТО СЪЩЕСТВУВАНЕ ЗА МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ

Н. Градинарова, Е. Радев и В. Жекова

Факултет по обществено здраве, Медицински университет – София

ETHICS COMMITTEES AND THE BENEFIT OF THEIR EXISTENCE FOR HEALTHCARE PROFESSIONALS

N. Gradinarova, E. Radev and V. Zhekova

Faculty of Public Health, Medical University – Sofia

Abstract. Moral questions are a subject of public debate beyond the narrow frames of medical profession. In Bulgaria medical ethics remains within the limits of Hippocratic Oath and medical deontology for a long time. Since the middle of the 80's of the 20th century bioethical problematics is imposed fastly. It imposes the need of establishment of ethics committees in treatment facilities for in-hospital medical care as a mechanism for solution of socially significant legal and ethical questions occurring in everyday medical practice. Ethics committees that are established in treatment facilities aim to assist physicians and the rest medical and non-medical hospital specialists, patients and their families in addressing the ethical and legal dilemmas, which they encounter in daily routine. Results from completed questionnaire survey among 149 medical specialists, who work in treatment facilities in the country, show that a low level of awareness of ethics committees and the benefit of their function is present. Medical specialists are aware of the lack of information about the existence and function of ethics committees as well as the need of change in relation to familiarity and knowledge of medical personnel about the types of ethics committees, their functions and their mechanisms of work. There is a need of introduction of changes and effective support to medical specialists in their familiarization with ethics committees and active participation in their activity which could have a positive impact on medical practice and adjust medical specialists in themselves, patients and treatment facilities to a better position.

Key words: medical specialist, ethics committees, treatment facilities, benefit

Адрес за кореспонденция: Ас. Нели Градинарова, дм, Катедра по медицинска етика и право, Факултет по обществено здраве, Медицински университет, ул. „Бяло море” № 8, 1527 София, e-mail: neli.p.gradinarova@gmail.com
Address for correspondence: Assist. prof. Neli Gradinarova, LLM, PhD, Department of Medical Ethics and Law, Faculty of Public Health, Medical University, 8 „Byalo More“ Str., 1527 Sofia, e-mail: neli.p.gradinarova@gmail.com

Моралните въпроси са предмет на публичен дебат извън тесните рамки на медицинската професия. Медицинската етика в България остава дълъг период от време в границите на Хипократовата клетва и медицинската деонтология. От средата на 80-те години на XX век в България бързо се налага биоетичната проблематика. Благодарение на нея възниква необходимостта от създаване на етични комисии в лечебните заведения за болнична медицинска помощ като механизъм за решаване на социалнозначими правни и етични въпроси, възникващи в ежедневната медицинска практика.

Етичните комисии, създадени в лечебни заведения, целят да подпомогнат лекарите и оста-

налите медицински и немедицински специалисти в болницата, а също и пациентите и техните семейства, да се справят с етичните и правните дилеми, с които се сблъскват във всекидневието. Работата на етичните комисии, които се създават в лечебните заведения в България, се регламентира с *Правилника за устройството и дейността на лечебните заведения*, като е възможно ръководителят на лечебното заведение да утвърди отделен *Правилник за дейността на етичната комисия*. Етичните комисии в лечебните заведения имат няколко основни функции:

– изготвяне на становища по жалби на пациенти или техни представители,

– извършване на проверки при възникнали неетични взаимоотношения между лица от персонала на болницата и пациенти или между тях и обучаващите се студенти и специализанти в лечебното заведение.

Регламентираните правила на поведение и контролът на етичните комисии в лечебните заведения гарантират спазването на високи стандарти на етично поведение от всички лица, ангажирани в лечебно-диагностичния процес и в цялостното реализиране на медицинска дейност, както и на изследователите и членовете на изследователските екипи при всеки етап на научните проучвания, провеждани в рамките на лечебните заведения.

Цел

За да се провери информираността и нагласата на медицинските специалисти относно съществуващите етични комисии в лечебни заведения в страната бе проведено анкетно проучване сред 149 медицински специалисти в лечебни заведения за болнична помощ в градовете София и Кърджали. Целта на реализираното проучване бе да се установи ползата от съществуването на етичните комисии за медицинските специалисти в България и необходимостта от допълнителна информация за дейността им.

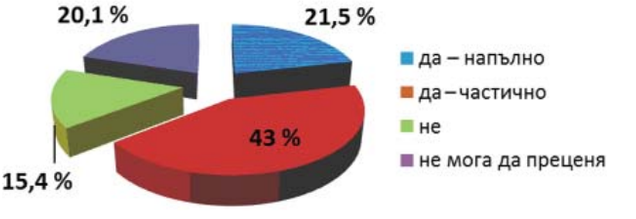
Материал и методи

Анкетно проучване се проведе през периода от 05.01.2017 г. до 05.02.2017 г. Анкетирани бяха общо 149 медицински специалисти, работещи в 3 лечебни заведения на територията на страната – Първа МБАЛ – София, МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски" – Кърджали, и МБАЛ „Доверие" – София. Лечебните заведения и анкетираните медицински специалисти са подбрани на случаен принцип, което дава основание да се претендира за репрезентативност на резултатите. От анкетираните медицински специалисти 15,4% (23) са мъже и 84,6% (126) са жени. От участниците в проучването 38,9% живеят в столицата, 55% живеят в градове на територията на страната и 6% живеят в села.

Резултати и обсъждане

Запитани дали знаят какви видове етични комисии съществуват в България, 12,1% отговарят, че нямат информация, а на 15,4% е известно, че съществуват някои етични комисии, но не могат да посочат кои. Останалите респонденти дават различни отговори, посочвайки, че в България съществуват комисии по етика в лечебните заведения, комисии по етика към българските съсловни организации на лекарите по медицина, на лекарите по дентална медицина и на специалистите по здравни грижи, комисия по етика за научни изследвания, комисия по етика за многоцентрови изпитвания и комисии по етика за научни изследвания към медицинските университети в страната. Медицинските специалисти бяха попитани дали знаят кога могат да сезират етичните комисии. Повече от половината анкетирани, или 50,2%, от медицинските специалисти отговарят, че не знаят кога могат да сезират етичните комисии. 48,3% от медицинските специалисти са на мнение, че лечебните заведения задължително трябва да запознават своите пациенти и служители с функциите на етичните комисии. Познаването на функциите на етичните комисии и отражението им върху медицинската практика е на твърде ниско ниво.

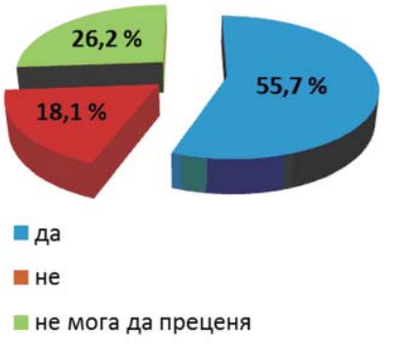
Потърсихме мнението на медицинските специалисти за ефекта на етичните комисии върху работата на лекарите (фиг. 1).



Фиг. 1. Мнение на медицинските специалисти относно благоприятния ефект на етичните комисии за лекарската практика

На въпроса: „Считате ли, че етичните комисии имат благоприятен ефект за практиката на лекарите?“ са отговорили 149 анкетирани медицински специалисти. 21,5% от тях считат, че етичните комисии напълно имат благоприятен ефект за практиката на лекарите. 43%, или почти половината от анкетираните, са на мнение, че етичните комисии частично имат благоприятен ефект за практиката на лекарите. Мнението на само 15,4% от участниците в проучването е, че етичните комисии не оказват благоприятен ефект за лекарската практика, а 20,1% отговарят, че не могат да преценят. Поради ниската информираност за видовете етични комисии и техните функции, медицинските специалисти са объркани в очакванията си към етичните комисии и постигнатите резултати от тях. Въпреки това според 61,5% от респондентите етичните комисии имат благоприятен ефект върху лекарската практика, независимо дали този ефект е пълен или частичен. Очевидна е положителната нагласа от страна на здравните специалисти относно етичните комисии. Едва 23-ма анкетирани (15,4%) са на мнение, че тези комисии нямат благоприятен ефект. Тридесет респонденти отговорят, че не могат да преценят какъв е ефектът на етичните комисии върху работата на лекарите, като високият процент неинформираност се дължи на непознаването на институцията *етична комисия* и нейните функции от здравните специалисти.

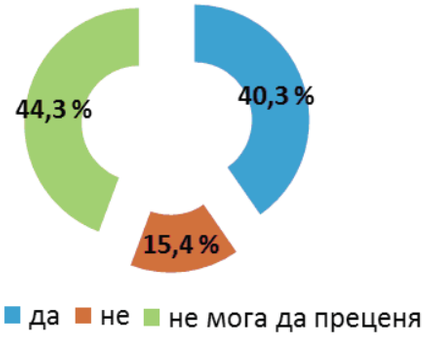
На фиг. 2 е представено мнението на медицинските специалисти относно положителния ефект на етичните комисии върху правата на пациентите.



Фиг. 2. Мнение на медицинските специалисти относно благоприятния ефект на етичните комисии за пациентите

На въпроса: „Считате ли, че етичните комисии водят до предпазване и зачитане правата на пациента?“ отговор дават 149 анкетирани медицински специалисти. 83-ма, или 55,7% от запитаните, смятат, че етичните комисии водят до предпазване и зачитане правата на пациента. Едва 27 (18,1%) от респондентите са на мнение, че етичните комисии не водят до предпазване и зачитане правата на пациента. Цели 26,2% от всички анкетирани (или 39 медицински специалисти) отговарят, че не могат да преценят дали етичните комисии водят до предпазване и зачитане правата на пациентите. Повече от половината анкетирани здравни специалисти отговорят, че са запознати с ползата от работата на етичните комисии за пациентите.

Мнението на медицинските специалисти за ролята на етичните комисии като стимул за производителите на лекарства в хуманната медицина и производителите на медицински изделия по отношение на реализирането на отговорно поведение спрямо пациентите и участниците в клинични проучвания е представено на фиг. 3.



Фиг. 3. Мнение на медицинските специалисти относно стимулиращата роля на етичните комисии по отношение на отговорно поведение на производителите на лекарства и медицински изделия

На въпроса: „Според Вас етичните комисии стимулират ли производителите на лекарства в хуманната медицина и производителите на медицински изделия да действат отговорно спрямо пациентите и хората, които участват в клинични проучвания?“ отговор дават всичките 149 анкетирани медицински специалисти. Внушителните 40,3% от от тях смятат, че етичните комисии стимулират производителите на лекарства в хуманната медицина и производителите на медицински изделия да действат отговорно спрямо пациентите и хората, участващи в клинични проучвания. 15,4% от анкетираните отговарят отрицателно на този въпрос, а 44,3% не могат да преценят дали етич-

ните комисии стимулират производителите на лекарства в хуманната медицина и производителите на медицински изделия да действат отговорно спрямо пациентите и хората, участващи в клинични проучвания. Високият процент медицински специалисти, неможещи да преценят какво е влиянието на етичните комисии спрямо производителите на лекарства и медицински изделия доказва, че медицинските специалисти са объркани. Те не са информирани относно функциите на етичните комисии и не са запознати с ефектите, до които водят.

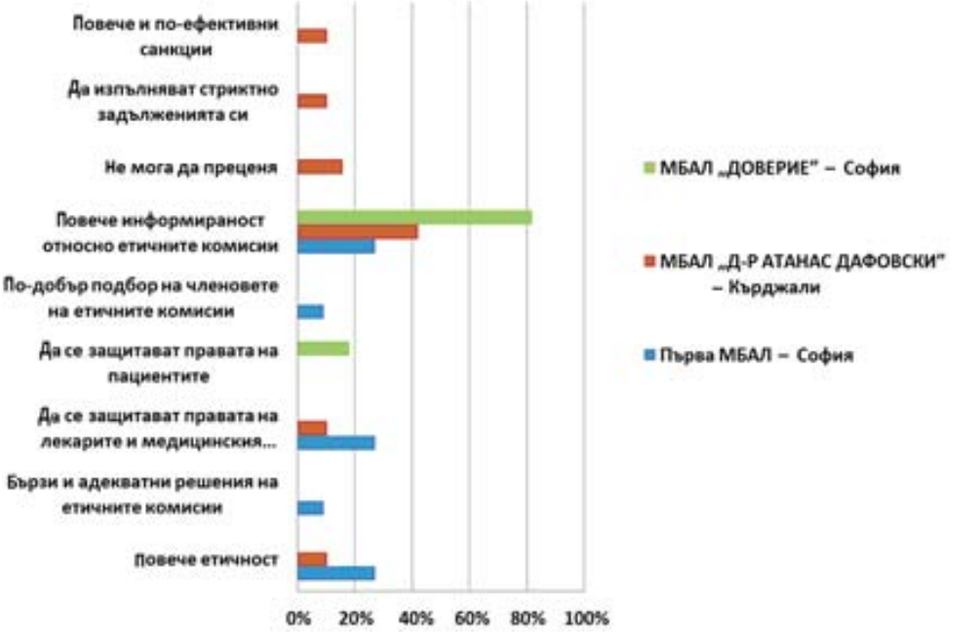
Потърсено бе мнението на медицинските специалисти относно потенциалните възможности за подобряване развитието и перспективата на етичните комисии (фиг. 4).

На фиг. 4 е видна разликата сред предложените от медицинските специалисти възможности за по-доброто развитие на етичните комисии. Медицинските специалисти, работещи в МБАЛ „Доверие“ – София, предлагат и аргументират необходимостта от предоставяне на възможности за повече информираност относно етичните комисии, като ефективен механизъм за по-добра защита на правата на пациентите.

Медицинските специалисти, работещи в МБАЛ “Д-р Атанас Дафовски“ – Кърджали, са направили най-много на брой предложения. Те заявяват, че искат повече и по-ефективни санкции от етичните комисии, искат етичните комисии да изпълняват стриктно задълженията си, заявяват, че желаят повече информираност относно етичните комисии, и предлагат да се защитават по-ефективно правата на лекарите, както и на медицинския персонал, едновременно с което изискват и повече етичност от самите етични комисии.

Медицинските специалисти от Първа МБАЛ – София, заявяват, че желаят повече информираност относно етичните комисии, предлагат да се осъществява по-добър подбор на членовете на етичните комисии, като апелират към по-добра защита на правата на лекарите и медицинския персонал. Изискват от етичните комисии да вземат бързи и адекватни решения, като едновременно с това призовават за повече етичност в работата на комисиите.

Предложенията на медицинските специалисти са разнообразни. Мнението на анкетираните и от трите лечебни заведения съвпада единствено по отношение на апела за повече информираност относно етичните комисии.



Фиг. 4. Процентно съотношение на изразеното мнение на медицинските специалисти в лечебните заведения, участващи в проучването, за възможностите за подобряване на развитието и перспективата на етичните комисии

Независимо от месторабота, всички медицински специалисти осъзнават липсата на информираност за съществуването и функционирането на етичните комисии, както и необходимостта от промяна по отношение на информираността и запознаването на медицинския персонал с видовете етични комисии, с техните функции и с механизма им на работа.

Заключение

Анализът на резултатите от анкетното проучване сред медицинските специалисти показва, че като цяло нивото на информираност относно етичните комисии, реализиращи дейност на територията на страната, е ниско. Нужни са промени и медицинските специалисти следва ефективно да бъдат подкрепяни да се информират за етичните комисии и да вземат активно участие в тяхната работа. Необходимо е да се синхронизира съществуващата регламентация, касаеща етичните комисии, да се установят общи стандарти на работа на етичните комисии в лечебните заведения, да се въведат обучителни панели за персонала на лечебните заведения и да се подобри информираността на медицинските специалисти относно етичните комисии. Това обучение трябва да не бъде единствено личен ангажимент на отделния медицински специалист, както е досега, а да е ангажимент на всяко лечебно заведение, което в практиката си е свързващото звено между заинтересованите страни (медицински специалисти, пациенти, институции) при решаването на етични казуси и въпроси.

Библиография

1. Борисова Й, Предпоставки за ефективност на етичните комисии в българското здравеопазване. Здравен мениджмънт, 2006, 6(5), 24-27.
2. Градинарова Н, Деливерска М. Значимост на етичните комисии в медицинската практика. Популяризиране на дейността сред медицинските специалисти. Здравна политика и мениджмънт, 2017, 17(2), 46-49.
3. Bernard Lo, MD,FACP, Resolving Ethical Dilemmas: A Guide for Clinicians, Fourth Edition, Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business, 2009, 360.
4. Cranford, R. American Society of Law and Medicine, Institutional ethics committees and health care decision making, health Administration Press, 1984-Law, 424.
5. Derr S, Hospital Ethics Committees: Historical Development, Current Issue, and Recommendations, BiblioBazaar, 2011, 216.
6. Kohlen, H., Conflicts of Care: Hospital Ethics Committees in the USA and Germany, Campus Verlag GmbH, Frankfurt/Main, 2009.
7. N. Gradinarova, Morality and ethics committees in modern healthcare, MEDICUS International medical scientific journal, 2017, 15(3), 80-82.