МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ

ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

СОЦИАЛНО-МЕДИЦИНСКИ ПРОБЛЕМИ НА ЗАТЛЪСТЯВАНЕТО

БОЙКА АНДРЕЕВА МИЛЧЕВА

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН „ДОКТОР“

ОБЛАСТ НА ВИСШЕ ОБРАЗОВАНИЕ: 7. „ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ И СПОРТ“

ПРОФЕСИОНАЛНО НАПРАВЛЕНИЕ 7.4 ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

НАУЧНА СПЕЦИАЛНОСТ СОЦИАЛНА МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО И ФАРМАЦИЯТА

София 2016

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ **3стр**

ПЪРВА ГЛАВА

ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР **5стр**

ВТОРА ГЛАВА -

ЦЕЛ, ЗАДАЧИ **52стр**

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО **53стр**

ТРЕТА ГЛАВА -

АНАЛИЗ НА ПОЛУЧЕНИТЕ РЕЗУЛТАТИ **58стр**

ЧЕТВЪРТА ГЛАВА –

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ **113**

ПРИЛОЖЕНИЕ **123**

БИБЛИОГРАФИЯ **131**

ВЪВЕДЕНИЕ

Представено е репрезентативно научно проучване в контекста на превенцията на затлъстяването и промоция на здравето, произтичащи от необходимостта за някои реформи на системата, касаеща предоставянето на адекватна здравна и социална помощ. То очертава приоритетите и насоките и ще улесни до голяма степен създаването на оптимална система на взаимодействие между различните нива на здравни услуги и грижи. По този начин здравната и социалната значимост на затлъстяването предизвиква и обосновава необходимостта от подобряване на настоящата система на организацията на грижи за хората във всички възрастови групи

Акцентираме върху развитието и прилагането в практически аспект на интегриран медицински и социален подход в комплексните грижи при хората със затлъстяване. Осъществяването и реализирането на интегрални мероприятия, съобразени със съвременните достижения на медицинската и социалната наука, на практика доказва драстично ограничаване неблагоприятните здравни, социални, икономически, демографски и психологически последици от нездравословното поведение на немалка част от българското население. Важни активности в този аспект са утвърждаването и на здравословен начин на живот, повишаване качеството на грижите чрез съвременен мениджмънт на социалното и медицинско обслужване.

Особено внимание трябва да се отделя на здравословния стил на живот. Ние разглеждаме въздействието на социалнозначимата детерминанта на проблема затлъстяване, като критична собствена оценка на пациента за оптимално извършване на дейности във физически, познавателен и емоционален аспект. При болните със затлъстяване, тези способности са в пряка зависимост от тежестта на съпътстващата патология, техните усложнения и преждевременната инвалидизация. Изключително важно значение придобиват скъпоструващото комплесно лечение и други финансови проблеми, породени от безработица или от временната или трайна нетрудоспособност, както и от индивидуалните психосоматични характеристики на болния.

Съществуващите днес превантивни интервенции и стратегии следва да претърпят корекции в социално-етичен и здравно-образователен аспект. Следва да се очертаят обективните потребности, преференции и очаквания към приоритетите в здравната политика, промени в обслужващите системи и възможностите за управление на здравния риск.

Осъществяване на тези мероприятия, един добър мениджмънт на здравните грижи в медицински и социален аспект, в дългосрочен план би допринесъл за промяна на статута на хронично болния човек - от обременяващ проблем за обществото, в пълноценен субект, нуждаещ се от осмислено бъдеще, достойнство, защитеност и психо-емоционално благополучие.

Предоставяме на медицинските и социални специалисти един обобщаващ по смисъл и резюмиран по съдържание увод в проблема основан на съвременни научни доказателства в социалната и медицинска наука.

Промотивните ни действия отразяват идеята за преодоляване на пасивния подход към здравето- /лечение на появило се вече заболяване-затлъстяване на организма /, чрез промяна на личността в ценностното й отношение към здравето, повишаване на здравната култура.

На хората се дава възможност да не бъдат пасивни консуматори на здравни услуги, а да осъществяват по-добър самоконтрол върху здравното си поведение, с цел по- добро здраве.

Затова фокусът на промоцията на здравето е насочен не към лечебните заведения, а към хората и институциите, осигуряващи по-здравословен начин на живот.

ПЪРВА ГЛАВА

ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

Актуалност на темата

Затлъстяването е световен социално-здравен проблем. Още през 1997 година Световната здравна организация го обяви за най-значимия проблем за човешкото здраве. Налице е епидемия от затлъстяване. Непрекъснато нараства броят на хората с наднормено тегло и затлъстяване, в световен мащаб. В настоящия етап се счита, че над 1,1 млрд. хора по света са с наднормено тегло, а 318 млн. са със затлъстяване. Близо 50 % процента от българското население е с наднормено тегло - жените са на 2-ро място по затлъстяване в Европа, а мъжете - на 3-то. Застрашително расте и броят на децата, които също страдат от този проблем. Мъжете над 35 години са с 20% по-застрашени от наднормено тегло от своите бащи. Жените над 25 имат два пъти по-висок риск от затлъстяване от онези, които са били 25-годишни преди десетилетие. Световната здравна организация (СЗО) приема стандарт за класификация на телесното тегло според ИТМ (Таблица 1) (71). Установено е, че ИТМ ≥ 25 кг/м2, съчетан с обиколка на талията ≥ 94 см при мъжете и ≥ 80 см при жените, драстично увеличава вероятността за развитие на усложнения като:артериална хипертония дислипидемия (нарушен липиден профил на кръвта),атеросклероза , захарен диабет и инфаркт на миокарда (76)

Значими са последиците за здравето, които неотклонно следват излишните килограми - високо кръвно, риск от инфаркти и инсулти, диабет, депресии, импотентност и др. Статистиката недвусмислено показва, че хората с наднормено тегло живеят по-кратко от останалите. Хората с 20% над нормалното тегло са изложени на множество здравословни рискове, включително 50% по-висок риск от сърдечно-съдови заболявания и 40% по-висок риск от диабет. България е на шесто място в Европейският съюз по затлъстяване и при децата.(148)

Проучвания сочат, че нивото на затлъстяване при децата през последните 30 години е нараснало с три пъти. Изследвания на Европейския център за превенция и контрол на заболяванията сочат, че случаите на затлъстяване сред децата на възраст между 6 и 11 години са се увеличили от 6,5% през 1980 г. до 19,8% през 2008 г., както и че случаите на наднормено тегло сред тийнейджърите от 12 до 19 години са нараснали от 5% през 1980 г. до 18,1% през 2008 г.(74) Тази тенденция става трайна!

Най-често съчетание с друго социално-значимо заболяване или дегенеративно усложнение е съпътстващия недиагностициран захарен диабет. Това съчетание на две хронични заболявания изисква големи разходи за контрол, лечение и особено при настъпили усложнения. Установено е, че здравното обслужване на такъв контингент от хората с диабет и наднормена телесна маса струва поне 2.5 пъти повече от това на връстниците им без метаболитна патология. (78)

Изяватата и еволюцията на усложненията увеличава десеткратно разходите за лечението на засегнатия пациент. Понастоящем захарният диабет със затлъстяване заема трето място по разходи сред всички заболявания след злокачествените и сърдечно-съдовите.(144)

Трябва да се има предвид, че около 50% случаите на затлъстяване и захарен диабет в световен мащаб са недиагностицирани. Така понастоящем около 200 милиона души по света имат захарен диабет, но не знаят за съществуването му. 25% от пациентите с новодиагностициран диабет имат вече усложнения на заболяването – диабетна ретинопатия, микроалбуминурия или диабетна невропатия, което е изчислено, че отговаря на предшестващ период от около 7 години между изявата на захарен диабет тип 2 и поставянето на диагнозата му. Установено е наличие на микроаваскуларни и макроваскуларни увреждания дори при хора с *предиабет* – нарушена гликемия на гладно и нарушен глюкозен толеранс. Всичко това е в подкрепа на необходимостта от навременното и ефективно установяване на диабет и предиабет. (35)

Метаболитният синдром /МС/ се дължи на комбинация от генетични фактори и фактори на околната среда, най-вече свързани с начина на живот. Най-изразено увеличаване на честотата на заболяването се наблюдава в страни с бързи и значими промени в стила на живот - нездравословно хранене, намалена физическа активност, нарастване на честотата на наднорменото телесно тегло и затлъстяването.(34)

Качеството на живот и нарастващата значимост на индивидуалното здравно поведение за поддържане и повишаване на здравето се свързва с промоцията на здравето, хигиената и профилактиката. Концепцията за промоция на здравето през последните години разшири съдържанието си като освен позитивното здраве се включват и дейности за предотвратяване на негативното здраве. Така се стигна до три частично припокриващи се области - здравно образование, профилактика на болестите и протекция на здравето.(33)

През миналите столетия основна причина за високата смъртност на населението са били инфекциозните заболявания, а през 20- ти век са разпространени хроничните неиинфекциозни заболявания със социално значим характер - болести на мозъчно-съдова, сърдечно-съдовата система, злокачествени новообразувания, болести на ендокринната система, болести на дихателната система, сензорни нарушения, травматизъм.[1]

Фундаменталните фактори на риска - социални, биологични, екологични, икономически, които имат отношение за възникването и развитието на преждевременното стареене в онтогенетичен аспект обуславят възникването и развитието на хронично-дегенеративната патология. Поради демографският проблем в повечето икономически напреднали страни, както и тези с начало на развитие на пазарна икономика, се установява увеличаване броя на възрастните и старите хора – преди всичко тези над 65 години. Текущата демографска ситуация в нашата страна се характеризира с *продължаващо намаляване и застаряване на населението***,** намаляваща раждаемост и задържащо се високо равнище на общата смъртност. Като положителни тенденции през 2012 г. могат да се отчетат **намаляващата детска и преждевременна смъртност** и увеличаващата се средна продължителност на живота на населението (76).. Наблюдаваме прогресивна тенденция на увеличиване броя на самотните, социално изолирани, безпомощни хора, които се нуждаят от здравна и социална грижа. (146)

Причините за тяхното възникване се обуславя от рисковите фактори, които са комплексни и са с различна етиология - ендогенни, екзогенни, средови фактори /биологични, екологични, социални, поведенчески/. Разпространението им се определя от климато- географски, социално-икономически, национални и редица други причини. През последните години прогресивно нараства смъртността от заболявания на сърдечно-съдовата система и туморни заболявания, провокирани преди всичко от патология в метаболизма на организма –най-често затлъстяване, диабет със затлъстяване Такива пандемии от социално значими заболявания, провокирани от факторите на риска се развиват бавно, с десетки години и това развитие в повечето случаи се оприличава на „айсберг", невинаги доловимо от специалистите. Според данните на Световната здравна организация, неинфекциозните хронични заболявания причиняват около 86% от смъртните случаи на Стария континент. В Европейския съюз най-често срещаните хронични заболявания са мозъчно и сърдечно-съдовите, тези на дихателната система, онкологичните заболявания и диабет,

провокиряни от „нозологичния фактор риск“ - затлъстяване. Основните рискове за изявата и наличието на хроничните заболявания със социална детерминатна са тютюнопушенето, нездравословното хранене, алкохола и намалената или липсата на физическа дейност.(150)

По данните на НСИ от 2013г над 80% от случаите, завършващи със смърт в България за последните десетилетия са следствие на хроничните неинфекциозни заболявания.(77)

Като основна цел се приема ограничаването на факторите, благоприятстващи за увеличаването на хроничните неинфекциозни заболявания и свеждането на рисковите фактори до минимум, подобряването на здравето на населението, намаляването на преждевременната смъртност, заболеваемостта, инвалидизацията, причиняваща се от хроничните заболявания.(23)

Понастоящем в много страни по света се оказва особено внимание на организацията на грижите за пациенти със затлъстяване. Те имат специална роля и се предлагат като идеален модел за разработване на нови подходи за осигуряване на непрекъснатост на първична и специализирана медицинска помощ, като пациенти с хронични социални заболявания. (28)

Това позволява да се предположи едно значимо проучване в контекста на здравето, за необходимостта от реформиране на системата, касаеща предоставянето на здравна и социална помощ.(37)

Здравни проблеми – те са свързани със здравословното състояние на хората със затлъстяване. Ако разгледаме нещата от реалния живот ще видим, че няма човек, който е напредването на възрастта не страда поне от едно хронично заболяване. Това изисква високи разходи за лечение, прегледи и т.н. В условията на криза паричните средства са ограничени, услугите също, пенсионната система е нестабилна и всичко това се отразява върху хората с обменно метаболитно затлъстяване. Здравната система не е устроена да задоволява напълно нуждите на нуждаещите се. (46)Това създава проблеми, защото нашата страна е на първо място в Европа по мозъчно-съдови заболявания и на трето място по сърдечен инфаркт, изключително често асоциирина и предиспозирана от патологичната наднормената телесна маса.

Опазването и подобряването на здравето на населението в страната са стратегическа цел на реформата в здравеопазването. Дефиницията „опазване’” и „подобряване” изисква използването на критерии и стандарти, по които да се прави оценката им.(44,19)

Затлъстяването на населението е обективен процес в световен аспект и мотивирано предизвикателство към обществото и съвременната наука! Основните демографски тенденции на глобално ниво се характеризират със значително общо нарастване броя на хората с наднормена телесна маса и затлъстяване. Тези тенденции са типични и за страните от САЩ и Европейския регион. Един от основните проблеми, свързани с проблема на болестта затлъстяване е застаряването на населението в световен план и увеличаване на общата заболеваемост, което от своя страна изисква предоставяне на специфични висококвалифицирани комплексни медицински и социални грижи. (38)

Всеки възрастов период от живота на индивидите има своите *особености на храненето*. Най-често те са обусловени от структурното и функционалното състояние на органите, тъканите, системите на организма, като цяло за всеки етап от неговото онтогенетично развитие.

Особеностите на храненето при патологична телесна маса са продиктувани от настъпилите съществени изменения в храносмилателната система, от променената обмяна на веществата, сниженатa активна двигателна дейност, климатичните условия, начина на живот, индивидуалните особености на всеки човек, както и някои други фактори от икономически и социален характер - лични доходи, навици, режим, установени вкусови изисквания, бит, култура, религия и др.(6,11,68,71,70)

С напредването на възрастта особеностите в храненето се определят и от патологичните промени при затлъстяването на органите на вкуса и обонянието. С еволюирането хода на затлъстяването тези органи са подложени на прогресивно изменение, като характера и чувствителността на рецепторите постепенно се променят. Ето защо съвременната диететика поставя сериозни изисквания пред кулинарната обработка на храната за този тип болни хора. Тя трябва да бъде не само оптимално балансирана, но и лесно да се усвоява от организма. Това предполага, че една част от механичната й обработка трябва да се извършва предварително, което ще осигури условие за по-добро ферментативно въздействие. (20)

С авансиране еволюцията на затлъстяването наблюдаваме непрекъснато намаление на обменните процеси в организма. Независимо от това апетитът парадоксално нараства до степен на *хиперфагия.* Това довежда до енергетичен дисбаланс, който оказва патологично влияние върху здравното състояние. С това новопоявилите се /съпътстващи/ съдови и обменни заболявания /захарен диабет тип2, метаболитен синдром и др / нарастват. Те се подпомагат от увеличения синтез на мазнините и

нарасналото тегло. Съществуват и неоспорими доказателства за ролята на инволютивните промени в редица органи и системи, които предразполагат към напълняване. А затлъстяването от своя страна вторично влияе за бързото развитие на инволютивните промени, възрастовата физиология след 25-30 години благоприятства за увеличаването на теглото. При неспазване на подходящ диетичен режим в някои случаи затлъстяването може да достигне до огромни размери, особено в активната възраст.(21)

От развиващата се патология първостепенно значение имат атеросклерозата, хипертоничната болест и диабетът. Една от главните причини за развитието на инфаркта и инсулта е *Атеросклерозата*. Тя е много разпространено заболяване. Многогодишни изследвания доказаха, че образуването на атеросклеротични плаки започва още при шестмесечни кърмачета.(22)

Във връзка с това трябва да се отбележи фактът, че развитието на атеросклерозата зависи в 25% от наследствени фактори, в 25% от външни фактори (замърсяване на околната, битовата и професионална среда) и в 50% от поведението на даден човек (хранене, дишане, сън, снижен двигателен режим, различни алиментарни злоупотреби, излагане на стрес и др.). Тоест всеки от нас е заплашен от най-ранна детска възраст от атеросклероза, но най-вече нашето поведение решава кога ще се появи тя: на 29-годишна възраст или след 75-годишна възраст. [16*]*

Дислипидемии С изключение на възрастта, наред с другата съпровождаща патология- артериална хипертония, диабет, ТБС и др рискови фактори, дислипидемията е един от най- мощните рискови фактори за клиничните усложнения. Взаимовръзката установена между дислипидемиите и болестите на сърцето е резултат от множество лабораторни, клинични и епидемиологични изследвания.

Нарушенията в липидната обмяна са тясно свързани с патогенезата на дегенеративните болести на сърдечно-съдовата система и по-точно *атеросклерозата*. Връзката между повишените стойности на холестерола и атеросклерозата е установена още преди 100г от Вихров и продължават задълбочените най-съвременни изследвания в тази насока от национални и световни експерти.[6,8,69]

Редица научни изследвания у нас установиха взаимовръзката между липиди- липопротеини, хранене и ИБС – положителна корелация между плазмения холестерол и ИБС.[3,6,12,15] Получените данни изследователите свързват с промяна в начина на хранене

Всеки един от нас може да допринесе за положителни промени в храненето си, за да бъде здравословно е необходимо да се спазват следните препоръки:

- Консумация на пълноценна и разнообразна храна
- Консумация на зърнени храни като основен източник на енергия
- Ежедневна консумация на сурови плодове и зеленчуци
- Прием на мляко и млечни продукти с ниско съдържание на мазнини
- Консумация на постни меса- пиле, риба
- Ограничаване приема на животински мазнини и заместването им с растителни
- Намаляване приема на захар и сладки продукти
- Ограничаване приема на сол
- Умерена употреба на алкохол
- Активно физическо натоварване
- Прием на достатъчно количество вода
- Безопасен начин на съхраняване на хранителните продукти

В голяма част дислипидимиите се свързват с начина на хранене. Тези изводи са подкрепени от научните наблюдения на съвременните автори.[3,15] Приема на ненаситени мастни киселини са този хранителен фактор, който увеличава нивото на стойностите на серумния ЛНП-холестерол. Повишеният холестерол в храната потенциализира развитието на атеромите в кръвоносните съдове..

Затлъстелите лица имат и понижена имунобиологична резистентност с повишена склонност към простудни заболявания. Значително са обременени сърдечно-съдовата, дихателната, костната, ендокринната и отделителната система. Възникналите болестни процеси при затлъстелите възрастни протичат по-тежко. Ето защо вниманието на диетолозите трябва да бъде изострено спрямо напълняванията още в активната възраст. Не случайно във физическата структура на такива лица настъпват бързи видими промени на патологично остаряване.

Човешкият организъм притежава много сложни регулаторни механизми, които поддържат постоянството на неговото тегло. Най често те се осъществяват по пътя на адаптацията и авторегулацията Тези механизми обаче могат да бъдат нарушени от включването на патологични външни и вътрешни фактори, като най-често преобладават външните. *Причини: Днес*

е напълно доказана ролята за изявата на сърдечно-съдовите заболявания на базата на екзогените фактори, като тютюнопушене, употреба алкохол, рафинирани храни (бяло брашно, захар, готварска сол в големи количества и т.н.), животински мазнини, липса на достатъчно движение, дистрес в ежедневните дейности. Тази съвкупност от фактори нарушава обмяната на веществата (на първо място мастната), започва повишено отлагане на холестерин по кръвоносните съдове, образуване на тромби.

Необходимо е адаптиране и реорганизиране на личния и семейния живот, съхранението на болния като личност.[14]

Положителните промени в храненето, намаляването на свръхтеглото и увеличаване на физическата активност допринасят за подобряване качеството на живота. Нездравословното хранене е основен рисков фактор за сърдечно-съдовите заболявания, диабет, остеопороза, предизвиква нарушения в имунитета и увеличаване на риска от заболявания. [3,14]

Научно е установено, че повече от 90% от затлъстяванията се дължат на обилното хранене, но и несъответно по-малък разход на енергия. Настъпят ли нарушения в механизмите, регулиращи телесното тегло, контролът върху затлъстяването трудно се осъществява. Тези пациенти трябва да приучат желанието си за хранене, като го съобразят с нуждите на организма. Опитът е показал, че здравословното хранене предполага правилно организирано и своевременно снабдяване на организма с добре приготвени питателни и вкусни продукти, съдържащи оптимални количества различни хранителни вещества необходими за неговото развитие и функциониране. Пълноценното, рационално хранене на хората със затлъстяване предполага пълно задоволяване на организма с всички по състав, качества и вид вещества.

В онтогенетичен аспект промените на храносмилателната система обаче не довеждат като правило до нейната недостатъчност. Доброто общо физиологично състояние на организма е от изключително важно значение. Настъпилата обща нова биологична адаптация с напредване на възрастта се нуждае от по-голямо внимание. Това налага пълноценно осигуряване както на калорийните, така и на основните хранителни съставки. С годините у всеки индивид настъпват два вида промени:

- *непредотвратими* - побеляване на косата, оплешивяване, изсъхване и набръчкване на кожата, частична загуба на слуха, намаляване

на усещането за вкус и обоняние и чувствителността на кожата при допир. Реакциите са забавени, паметта отслабва, ставите губят еластичност.

- *предотвратими* - на предотвратимите изменения трябва да се помогне чрез подходяща диета, индивидуални физически натоварвания , пътуване, интерес към нови дела. Тук става въпрос да се помогне на болните хора да се преборят и справят с малодушието, обърквaнето понижената работоспособност, апатия и отсъствие на желание. могат да се добавят и проблеми със зъбите, /протезиране/ стомаха, червата/запек./ Съпътстващите затлъстяването заболявания могат да се дължат на нарушаване на здравните норми за храненето.

Преяждането с хранителни вещества, богати на въглехидрати, протеини или мазнини с излизане от рамките на балансираното хранене, както и наднорменият прием на готварска сол /пикантни деликатеси, консерви, туршии и др./ се свързват и с други хронични необратими по еволюция болести със значим социален характер, като диабет, атеросклероза, хипертония - прекурсори на мозъчно- и сърдечно-съдовия риск на патологията.

Промените, които настъпват в организма при хора със затлъстяване, са твърде сложни и за съжаление още не достатъчно изяснени. Те засягат всички органи, тъкани и системи, като силата и скоростта, с която протичат измененията, варират в различни граници не само по отношение на различните хора, но и при отделния организъм.

Въпреки, че промените в храносмилателната система започват сравнително рано, тя инволюира сравнително по-бавно в сравнение с други - сърдечно-съдова, ендокринна, костно-ставна системи. След активния период на хипертрофични промени с напредване еволюцията на заболяването и в напреднали етапи преобладават атрофичните процеси. Атрофират слюнчените жлези. В последните разраства фиброзна тъкан, която в повечето случаи има огнищен характер, намалява отделянето на слюнка и ферментивната й активност се снижава. Функционален израз на тези промени е *сухотата в устата*. Това намира отражение в поведението, чрез прием на голямо количество течности. За да избягнат това неприятно усещане хората предпочитат да поставят бонбони в устата си и бавно да ги смучат. След фазата на мощната хипертрофия с напредване на патологичните прочени настъпват явления на атрофия и в дъвкателната мускулатура. Атрофията засяга главно нервния и жлезистия апарат и мускулните влакна. Процесът в едни случаи може да има огнищен, при други - дифузен характер. Тонусът на хранопровода се

променя, в резултат на което той се разширява и удължава. Силата и скоростта на перисталтичните движения също се променят. В резултат на метаболитните процеси слизестата обвивка на стомаха изтънява и броят на жлезистите епителни клетки намалява. Разраства съединителната тъкан. Резултатът от дълговременната хипертрофия на стомаха е последваща атрофия на лимфоидният му апарат. С напредването еволюцията на затлъстяването, тонусът и двигателните функции на стомаха закономерно се снижават. При повечето хора със затлъстяване стомахът се удължава и долният му полюс често се разполага по-ниско от гребеновидните линии на тазовите кости. По отношение на стомашния сок се открива намалена киселинност. Електронномикроскопски изследвания на жлезистите епителни клетки показват намаление на цитоплазмената мрежа, просветляване на матрикса на митохондриите и инвагинация на ядрената мембрана. (33, 26)

В тънките и дебелите черва, след активната хипертрофия се открива хипотрофия до атрофия на жлезистата и гладкомускулната тъкан. Понижава се тяхната моторна функция. Перисталтиката става вяла. Общата дължина на червата се увеличава. Дебелите черва се разширяват и фекалните маси се задържат по-дълго време в тях (обстипация). Често се наблюдават дискинетични прояви, хипермотилитет, антиперисталтика и други вегетативни смущения. Нерядко се среща инсуфициенция на кардията /входа към стомаха/ и дивертикулози на дванадесетопръстника и дебелото черво. Последното е със склонност към хипертонични дискинезии, повишен тонус със спастични участъци. В задстомашната жлеза също има явления първоначално на хипертрофия с постепенно превинаване към хипотрофия и накрая на атрофия с вторично разрастване на мастна тъкан. Явления на атрофия и инволюция се отбелязват и в черния дроб.. На клетъчно ниво настъпва намаление на цитоплазмата с липидни натрупвания в нея. Ядрото на клетката относително се увеличава, намалява количеството на рибонуклеиновата киселина /РНК/. Откриват се обаче и гигантски клетки, богати на мононуклеинова киселина. Тяхното съществуване се отчита като компесаторна реакция. Числото на митозите силно намаляват. Нарушеното разпределение на белтъците в серума на кръвта се обяснява с настъпилите промени в черния дроб. Намаляват албумините, протромбинът, а се увеличават алфа -, бета-, гама-глобулините и фибриногенът. Снижението на албумините се свързва с намаления синтез на нуклеиновите киселини в черния дроб. В процеса на стареенето настъпва нарушение на гликогенообразуващата му функция.

Характерно е, че черният дроб и в най-късната възраст показва фукционална пълноценност. Структурните и фукционалните промени на жлъчния мехур са сравнително малко изучени. В процеса на метаболитните хипертрофични промени се открива снижена концентрационна и моторно-евакуираща функция на жлъчния мехур. Това налага предпочитание на употреба на растителни масла и витамини. Жлъчната система е с тенденция към хипотония и изразена дискинезия.(29)

Изготвянето на менюто е съобразено с условия, които биха коригирали нормите на мазнините в една или друга насока - пол, тегло, двигателна активност, обмяна на веществата, климат, сезон и др. Трябва да се държи сметка и за вкусовите, националните и семейните привички Ниското съдържание на мазнините в храната я прави безвкусна. Препоръчват се предимно растителни мазнини чието количество може да достигне до 30% от калорийността на денонощната храна. Един от изтъкнатите руски диетолози Ю.Григоров счита, че нито една от мазнините използвани за храна на човека, не е в пълния смисъл на думата "биологически пълноценна". (34)Рационалното съчетание на мазнини от различен произход е от особено значение като се дава предимство на растителните мазнини. Техният основен състав е ненаситени мастни киселини /линолова, линоленова и др./, имат определени биологични свойства и се отнасят към жизнено необходимите вещества. Най-важното им свойство е, че нормализират или коригират нарушената мастна обмяна. За хора с наднормена телесна маса или затлъстяване се препоръчват минимален внос на масла, като е препоръчително царевичното, соевото, слънчогледовото и други растителни масла, а животинските мазнини /мас, лой, сланина, втвърдените хомогенизирани масла/ трябва да се избягват.

Храната трябва да бъде от бедни на мазнини и богати на белтъчини животински продукти - млечни произведения с ниско съдържание на мазнини, пресни нетлъсти риби и месо и др.(26)

Въглехидратите са основният енергиен източник на организма. всички видове на двигателна активност са свързани с тяхното разграждане. Способността им да се трансформират в мазнини или да се отлагат в организма говори за връзка между въглехидратната и мастната обмяна. При пациенти с обезитет регулаторните механизми и хомеостазата по отношение на въглехидратната обмяна са подчертано лабилни.Известно е, че хиперглинемията при тезихора след пробата за натоварване с глюкоза е по-силно изразена, а възстановяването й до изходното ниво е по-бавно. А с

напредването на възрастта толерантността към въглехидратите намалява.–/146/. Към въглехидратите обаче трябва да се отнасяме особено нимателно. Съвременни научни изследвания потвърдиха, че те не са само енергетичен материал, но влияят и върху редица ензимни системи, като особено стимулират функционалната активност на задстомашната жлеза и увеличават продукцията на инсулина. Въглехидратите трябва да бъдат ограничавани при затлъстяване и захарен диабет, както и при някои други болестни състояния - подагра.

За предпочитане е въглехидратите да се извличат от такива продукти, които съдържат предимно фруктови и пектинови вещества, а това са плодовете и зеленчуците. Те са ценни източници не само на хранителни, но и на стимулиращи вещества, не напразно някои автори ги наричат "динамични регулатори на процесите на храносмилането". Плодовете и зеленчуците са богати предимно на въглехидрати, витамини, микроелементи и някои капилярно активни фактори - пигментните вещества. Напоследък заслужено внимание се отделя на жълтите багрилни вещества в растителния свят, към които спадат хесперидинът, кверцидинът, рутънът, т.е. групата на флавоноидите. Приема се, че от въглехидратите най-голяма биологична активност притежава фруктозата. Тя има по-сладък вкус в сравнение с другите захари и незначителни способности за повишаване на холестерола в кръвта. Освен това трудно се трансформира в мазнини. (147)

Тестените произведения и сладкишите трябва ла се ограничават, в замяна на това широко се препоръчва консумацията на храни богати на целулоза /зеле, моркови, грах и до./ и пентин /цвекло, моркови, праскови, лимони и др./. Те поддържат моториката на червата и са прекрасно профилактично средство против често срещания синдром-запек. Освен това имат стимулиращо влияние върху секреторната функция на стомашно-чревния тракт и активират витаминосинтетичната способност на чревната микрофлора. С обемистата си маса съдействат и за елиминирането на холестерола от организма, но прекомерната консумация на баластни вещества в храната затруднява храносмилането и пречи за усвояването на белтъците и мазнините. Последните са жизнено важни за човешкия организъм. Някои от тях /ненаситените растителни мазнини/ са абсолютно необходими за нормалната жизнена дейност на човека. Те не могат да бъдат синтезирани от въглехидрати и това изисква доставянето им в организма , който да ги трансформира в собствени мазнини. Основната част от мазнините се получава от въглехидратите и по-малка

част от белтъците. Приема се, че около 30% от приетите въглехидрати се трансформират от организма в мазнини. Тяхната роля е особено голяма в натрупването на резервните мазнини. Мастната тъкан в организма е активна и изпълнява важни функции в неговата физиология. Мазнините за разлика от белтъците и въглехидратите се натрупват в големи количества в човешкия организъм, както в случая при затлъстяването(146)

Витамините са биологично активни вещества и играят съществена роля в обменните процеси на организма. Като участват в състава на редица ензимни катализи, те съдействат за нормализиране на различните биохимични процеси в организма. За измененото протичане на обменните процеси, затлъстелите болни се нуждаят от увеличени количества витамини. Наблюдават се чести хиповитаминозни състояния. Затова вероятно спомагат настъпилите структурни и функционални промени на храносмилателната система. Оттук следва изводът, че хиповитаминозата в има относителен характер. По-вероятно е обаче, че се отнася до витаминен недоимък в храната. Предпочитани са плодовете и зеленчуците, които съдържат в естествен вид витамините. При нужда се предлагат и синтетично добити поливитамини - геровит, нинозал, в комплекс, оитонин и др. Комбинация от витамини, минерали – жеровитал, който съдържа новокаинова субстанция, се цели нормализирането на обмяната на веществата. От особено значение са вит.С, D ,В 6, и РР-фактор и др. Комплексната витаминотерапия, участващи в сложните ензимни системи довеждат до нормализиране на окислително-възстановителните процеси-подобрява обмена на медиаторите, хемодинамиката, в мозъка и съдовомозъчната реактивност. Под тяхно влияние се отбелязва и подобрена функционална дейност на храносмилателната система. Установява се подобрение в състоянието на зрителния орган, както и повишаване на зрителната острота. Витамините влияят благоприятно и върху имунологичната реактивност у затлъстелите. До известна степен витамините нормализират процентното отношение и съдържанието на холестерол в кръвта.(27)

Витамините в качеството си на регулатори и катализатори при промеждутъчната обмяна стимулират окислително-възстановителните процеси на почти всички органи, тъкани и системи. Те участват в абсорбцията и транспорта на някои специфични хранителни вещества, участват в синтеза на различни биологично активни продукти и др. .

При патологичното затлъстяване, а и с авансиране на възрастта съдържанието на минералните вещества в тъканите се изменя, като на

някои се увеличава /алуминий, титан, кадмий, цинк, олово, натрий/, а на други намалява /мед, молибден, хром, манган, калий, калций, желязо/. Елементите изпълняват важна роля в дейността на ендокринните жлези, водната обмяна, синтеза на белтъците и др. Всяко нарушение в съотношенията им в организма обикновено води до сериозни нарушения в метаболизма. Тези разстройства още повече се задълбочават от променената активност на ензимните системи. Ролята на биохимичните процеси на микроелементите в организма все още е недостатъчно изучена, По-пълни и задълбочени проучвания са извършени върху обмяната на калция и желязото, известен е фактът например, че сред болните хора със затлъстяване често се откриват данни за остеопороза и анемии 8 Независимо от телесната им маса/, резултат на проявен дефицит на тези минерални вещества и на понижена утилизация в косната тъкан към калция. Някои изследователи са склонни да свържат остеопорозата и с известни ендокринни нарушения. Количеството на внесения в организма калций за денонощие не бива да бъде по малко от 850 мл, а на желязото не по-малко от 15 мл на денонощие.(33)

Осигуряването на минералните вещества трябва да става чрез правилно подбиране на храната. Предпочитани са млечните продукти и плодовете. Чрез тях най-лесно се усвояват микро - елементите, намиращи се в подходяща пропорция с витамините. От друга страна, благоприятното съотношение на натрия и калия в плодовете, регулира водно-солевия баланс в организма. Поддържа се добра реактивност на клетките. Дигиталисоподобното действие на калия в много отношения стимулира сърдечната дейност. Млечните продукти и плодово-зеленчуковата храна с богатото си съдържание на минерални вещества увеличават алкалните резерви на затлъстелия организъм. Редовната им консумация предпазва от много обменни заболявания. (30)

Важно значение има изучаването на фактическото хранене на лицата със затлъстяване- въпрос, който ще позволи да се открие влиянието на алиментарните фактори върху заболяванията на организма /обменни, сърдечно- и мозъчно-съдови и др. /, които в много отношения участват и определят процесите на преждевременното остаряване на човека. Задълбоченото изучаване на всеки ингредиент от храна та в обменните процеси на организма, както и диференцираното изучаване на потребностите на този контингент болни, от аминокиселини, полиненаситени мастни киселини, витамини, минерални вещества и др. ще решат принципни въпроси в областта на храненето. Съществуват много

противоречиви становища по отношение нормите за белтъчен внос, за мазнините, витамините и други, като се съобразяват с пол, възраст, съпътстващи болести или състояния , климат, професия и т.н.(28)

При лабораторни условия са изследвани влиянието на състава на храната и начинът на храненето върху продължителността на живота. Интересни са проучванията на А.Нарлсон, К.Манней, Н.Никитин и др.; които са изследвали ролята на прехранването и на недостатъчното калорийно хранене. Експериментите доказали, че лабораторните животни, хранени с повече по количество храна, живеят по-малко в сравнение с животните, хранени с калорийно недостатъчна, но качествено пълноценна храна. Наблюденията на К.Макей върху продължителността на живота при плъхове, хранени с ограничаващ неъста храна, показали удължаване на съществуването им с около 20-30%. почти всички опити отчели положително влияние на недоимъчното хранене по отношение продължителността на живота.(25)

Изследвано е и влиянието на отделните съставни на хранителните вещества върху продължителността на живота. Опитите показали скъсяване на живота с една четвърт на животни хранени предимно с масти, в сравнение с контролните, консумиращи предимно въглехидратна и белтъчна храна. Според Ю.Николаев дозираното гладуване е естествен и най-силен биологичен фактор към който организмите са изработили съвършени механизми на адаптация във филогенетичното си развитие. С добър терапевтичен ефект той използва дозираното гладуване при възрастни хора с някои основни и съпътстващи заболявания - стенокардия, хипертонична болест, атеросклероза, затлъстяване и др. провеждането на хипокалорична диета в напредналата и старческата възраст трябва да става внимателно тъй като приспособителните възможности на стария организъм към външните условия, включително и към промени в храненето, са намалени.(33) Други учени разглеждат пониженото калорийно хранене, като една нова адаптационна необходимост на старостта. Калоражът на продуктите трябва да се повиши през студените сезони с още 200-300 калории. При затлъстели лица ограничаването на калоричността на храната трябва да става много внимателно, постепенно и индивидуално. Понякога, независимо, че се спазват нормите на хранителния баланс, ако лицата се лишат внезапно от храна, която са приемали всекидневно в миналото, могат да се предизвикат не само емоционални, но и физически разстройства. По-късно разработените модели на ограничено хранене, както и влиянието на различните по състав

храни, режим на хранене и др. дадоха основание да се приемат като едни от най-обнадеждаващите фактори за увеличаване продължителността на живот.(34)

Обяснението на по-голямата продължителност на живота при гладуващите животни е, че при хипокалоричното, но пълноценно по съставки хранене се снижава скоростта на обменните процеси, което до вежда до снижаване на степента на увреждащите въздействия. Според В.Никитин пролонгиращият ефект на гладуването е обусловен от хормонални промени от типа на лекия стрес и в частност понижение на секрецията на рилизинг - факторите на хипоталамуса и тропните хормони на хипофизата. Други учени обясняват увеличената продължителност на живот с имунодепресивния ефект на ограниченото хранене, в резултат на което имунната система узрява бавно и се запазва сравнително "млада" по-дълго време.(26)

Застрахователни фондации и статистически служби показват, че хората със затлъстяване живеят по-кратко**.** Доказва се, че около 1/5 от населението в икономически развитите страни са засегнати в различна степен от затлъстяване. То представлява ненормално натрупване на мазнини в човешкото тяло, съпроводено от увеличаване на телесното тегло. Това обстоятелство дава основание на редица учени да приемат затлъстяването още от неговото начало като болестно явление. (89)

Според изразеността му затлъстяването се разделя на 4 степени. Като затлъстяване от първа степен се определя телесно тегло, което надвишава нормалното с 11 до 24%, втора степен - от 25 до 49%, трета - от 50 до 99%, а четвърта - над 100%. Високите степени на затлъстяване се откриват видимо без клинично изследване. При другите случаи е трудно да се определи дали теглото съответства на размерите на тялото. Съществуват много методи за определяне на телесното тегло. С голяма популярност се ползува формулата на Брока /нормалното тегло на тялото в килограми се равнява на разликата от височината на тялото в сантиметри минус 100.Тя обаче не е много точна. Други автори използуват модифицирани формули за определяне на нормалното тегло.(10)

По формулата на Брока се допускат отклонения в повече или по-малко до 10% от получения резултат. Така например пои височина 170 см теглото трябва да бъде средно 70 + 7 кг. Разликите над и под тези граници се приемат за болестни състояния - затлъстяване, респ. отслабване. У нас е възприета таблицата на Шерман, отразяваща средното телесно тегло в съответните възрасти по години и височина на тялото.(11)

Табл. /2/По Шерман,/ Средна телесна маса , възраст по години и височина на тялото.

Декади	16-	-20 г.	21-	-30 г.	31-	-40 г.	41-	-50 г.	51-	-60 г.	Над	60 г.
Ръст/Тегло	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
150	48,6	46,5	48,8	48,0	50,0	49,5	50,4	50,5	51,0	51,0	50,6	51,0
152	51,7	48,5	51,0	50,0	51,5	51,0	62,0	51,5	53,0	53,0	52,6	53,0
154	53,0	50,5	53,0	52,0	53,5	53,0	54,0	53,0	55,0	55,0	54,6	55,0
156	54,8	52,5	55,0	54,0	55,0	55,0	65,0	55,0	55,0	56,0	56,0	57,0
158	56,0	54,5	57,0	55,0	57,0	57,0	58,0	57,5	57,0	58,0	58,5	59,0
160	57,6	56,5	58,0	57,0	59,0	58,0	60,0	59,5	59,5	60,0	60,5	61,0
162	59,2	58,5	50,0	59,0	60,0	60,0	61,0	61,0	61,0	62,0	62,0	62,0
164	61,0	60,5	60,0	60,0	62,0	61,5	63,0	62,5	63,0	64,0	63,0	63,0
166	62,6	61,5	62,0	62,0	64,0	63,5	65,0	64,5	65,0	66,0	65,0	64,5
168	63,4	63,0	64,0	63,5	66,0	64,8	68,0	67,0	67,0	63,0	67,0	66,5
170	65,8	64,5	66,5	66,5	68,0	67,0	70,0	69,0	69,0	70,0	68,5	68,5
172	67,0	66,5	69,0	68,0	70,0	71,0	72,0	71,0	71,0	72,0	70,5	70,5
174	68,3	68,0	71,8	70,5	72,0	73,0	74,0	72,0	73,0	74,0	72,5	72,5
176	70,0“	69,5	74,0	72,5	74,0	73,5	76,0	74,5	75,0	76,0	75,0	74,5
178	71,8	71,3	76,2	74,5	76,0	75,5	78,0	76,5	77,0	78,0	77,0	76,5
180	73,6	73,0	78,2	76,5	78,0	77,5	80,0	79,0	79,0	80,0	78,0	73,5
182	75,4	75,0	81,0	78,5	80,0	79,5	82,0	81,0	81,0	82,0	79,5	80,5
184	77,2	77,0	83,0	80,5	82,0	81,5	84,0	83,0	83,0	84,0	81,5	82,5
186	79,2	79,0	84,0	82,5	84,0	83,5	86,0	85,0	85,0	86,0	83,5	84,5
188	80,4	80,0	85,5	84,5	86,0	85,5	88,0	87,0	87,0	88,0	85,5	87,5
190	81,8	81,5	87,5	86,5	88,0	87,5	90,0	89,0	89,0	90,0	87,5	91,0

В младата възраст, когато организмът расте, напълняването до 10-15% от средното идеално тегло не уврежда здравето, дори при отделни лица предизвиква висока работоспособност. Обаче в активната, а особено в напредналата и старческата възраст затлъстяването винаги е съпроводено от леки до тежки промени. Но за съжаление затлъстяването в слаба степен много често се счита за признак на добро здраве.(12)

За да притежава човек нормално телесно тегло след завършването на неговия растеж, калорийният баланс трябва да бъде неутрален. Това предполага количеството калории получени от храната да бъдат изразходвани за определено време. За отрицателен калориен баланс се говори, тогава когато изразходваните калории са повече от приети с

храната. Тогава започва отслабването и измършавяването. Когато приетите с храната калории превъзхождат изразходваните говорим за положителен калориен баланс. Затова при начално затлъстяване винаги се наблюдава повишено консумиране на въглехидратите с храната, което довежда до положителен калориен баланс. Консумацията на определено количество мазнини не е толкова фатална за затлъстяването, колкото прекалената злоупотреба и в комбинация с въглехидратите.(13)

Затлъстяването, започнало в резултат на нарушен енергиен баланс, вторично може да доведе до патологично разстройство на редица невро-ендокринни звена, усилващи отлагането на мастите.

При ендогенното затлъстяване най-често причината се свързва с нарушена дейност на междинния мозък и хипофизата. По-рядко ендогенното затлъстяване се дължи на променена функция на щитовидната жлеза, над бъбреците и половите жлези. Известно значение се отдава на повишената склонност на подкожната тъкан да отлага тлъстини. През живота на човека има възрастови периоди, които благоприятстват развитието на затлъстяването - пубертет, бременност, след родов период, наследственост, напреднала възраст и др. Най-често то започва да се проявява в зряла възраст. (65)

Затлъстяване в различна степен можем да наблюдаваме и при деца, още в пубертета, може ли да се твърди, че такива лица стареят по-бързо. Разбира се, че не. В напредналата и старческата възраст обаче затлъстяването е вече един от ранните белези на преждевременното остаряване. Затлъстяването осигурява условия, при които се развиват тежки заболявания и по този начин се ускоряват процесите на преждевременното стареене. За това неговата профилактика трябва да започне още от детските години, особено ако съществува наследствена предразположеност. Много често обаче родителите се радват на това, че децата им са "пълнички".Ако такива деца продължават да поддържат високо телесно тегло и през младата, то неминуемо в зрялата възраст затлъстяват. В това отношение правдиво звучат думите на известния учен Епщайн, че на такива лица отначало им се радваме, след това им завиждаме и накрая ги съжаляваме.(70)

Трябва да приучим желанието си за хранене и да го сведем до нуждите на организма, което започва с изграждането на здравословен хранителен режим. Нормалното телесно тегло в зрялата и напредналата възраст е предпоставка за осигуряване на творческо дълголетие. Наличието на затлъстяване в зряла и напреднала възраст не е само

козметичен дефект, а болестно състояние което ускорява процесите на преждевременното остаряване./ 6,66,146/

От много диетолози на света се предлага хипокалорична диета като рационален режим на хранене хипокалорията обаче не е научно обоснована. Ако тя съществува трябва да я приемем като оптимална за сегашните ни представи прогресивното в нея е, че тя утвърждава хранителен режим без всякакви излишества. Бихме могли да приемем, че едно такова хранене е пълноценно и е неправилно да се нарича хипокалорично. Възрастовите калорийни норми трябва да бъдат съобразени с новите проучвания.(67)

Голямо значение се придава и на ритмичното хранене при опазване здравето и трудоспособността на тези хора. Поддържането на един постоянен стериотип осигурява най-добра преработка и асимилация на храната. Тя трябва да се приема фракционирано, 3-4 пъти на ден. /Д Байкова /. Не се препоръчват колебания повече от 2 часа от установеното време за хранене. Ритмичното и в определени часове приемане на храната е необходимо условие за правилното й усвояване. Неспазването на този режим разстройва цялата верига от нагласа за получаването, обработката и нейната асимилация. Не напразно за развитието на различни заболявания откриваме нарушен режим на хранене. Редовните приеми на храната сутрин, обед и вечер са най- често, като в това отношение човекът е изработил и утвърдил постоянство на т.нар. биологични ритми. По такъв начин фракционираното хранене отстранява внезапното колебание на кръвната захар, което каскадно потенцира процесите на затлъстяването. Приемането наведнъж на по-голямо количество храна подпомага бързата въглехидратна трансформация в мазнини. Ето защо еднократното или двукратното приемане на необходимата за денонощието храна за възрастния организъм е нерационално. От друга страна, препоръчваните от някои автори многократни 5-7 хранения през денонощието се оказаха физиологически нецелесъобразни. (9,33,69)

Необходима е строга несъвместимост с междинното, неконтролирано хранене, време на разходки, гледане на телевизия, екскурзии, особено излети и туризъм и др.

При нормални условия индивидуалната дневна необходимост от вода средно аритметично се преценява на 700 до 1200 мг за 24 часа Водно-солевият баланс на стария човек е изгубил своята "подвижност", като се отчита намаление на интрацелуларната течност с около 20%. Приемът на ограничени /под 500 мг/ или увеличени количества /над 1500 мг за 24 часа/

може да доведе до водно-електролитна "катастрофа". Важно значение има ограничаването на готварската сол /5 г за 24 часа/.(9)

Проблемът за храненето при хората със затлъстяване тясно се преплита и с въпроса за тяхното медико-социално обслужване.

Личните доходи са тези, които в много отношения определят характера на храненето. (8)

Затлъстяването не само ни прави по-непривлекателни, а и влияе зле на здравето ни и ни прави по-уязвими за множество болести или патологични състояние . Доказано е, че наднорменото тегло провокира следните

Усложнения:

1.Мозъчно- и сърдечносъдови заболявания –

Затлъстяването представлява допълнителен товар за сърцето и съдовете и предизвиква неговото увеличаване. Този ефект може да бъде компенсиран чрез загуба на тегло. Особено често при болни със затлъстяване са сърдечно съдовите усложнения, които са причина за значително по-кратката продължителност на живота им. Това се дължи на развитието на атеросклероза, коронаросклероза и исхемична болест на сърцето, хипертония, мастна инфилтрация на сърдечния мускул, сърдечна недостатъчност. При тези болни смъртността от миокарден инфарнт и мозъчен инсулт е висока.

Между наднорменото телесно тегло и кръвното налягане съществува ясна и пряка връзка т.е. по-голямото телесно тегло означава и по-високо кръвно налягане. Причината, че хипертонията може да се предава по наследство, се обяснява с факта, че наднорменото телесно тегло също е фамилна обусловеност. Получените от проведени изследвания резултати показват, че при възрастни пациенти 6 от всеки 10 души с хипертония тежат 20 процента над идеалното за тях телесно тегло. При по-младите хора ефектът на телесното тегло върху кръвното налягане а дори още по-голям. Между 20 и 44-годишна възраст рискът от хипертония е пет пъти по-голям за хората с наднормено тегло, отколкото за тези с нормално тегло; същият риск е едва два пъти по-голям за хората с наднормено тегло при възраст над 45 години.(33)

Намаляването на телесното тегло води до намаляване и на кръвното налягане. "Свалянето" дори само на 4,5 килограма при хора с наднормено тегло води до забележимо намаляване и на кръвното налягане. При изследването "Опити за предотвратяване на хипертонията" се установило, че намаляване на теглото с 4,5 килограма се свързва с понижаване на

систоличното кръвно налягане с 3,8 мм Нд, а на диастоличното с 2,8 мм Нд. При изследването "Диетична интервенция при хипертонията" се установява, че 60 процента от хората с високо кръвно налягане, които отслабнали, можели да контролират кръвното си налягане, без да приемат лекарства. Друго проведено изследване показва, че последиците от хипертрофия на лявата сърдечна камера у млади хора с наднормено тегло, страдащи от хипертония, били намалени много повече в резултат от намаляване на телесното тегло с 8 килограма, отколкото при приемането на лекарства против хипертония. Практиката показва, че допълнителното намаляване на телесното тегло, намалява дори още повече кръвното налягане; според др.научно изследване намаляване на теглото с 9 до 10 килограма предизвиква намаляване на систоличното кръвно налягане с 26 мм Нд и на диастоличното с 20 мм Нд.

2- Ставни заболявания

Тъй като наднорменото тегло натоварва допълнително човешкия скелет, затлъстяването се приема за причина за дегенеративната болест на ставите /остеоартрит /.Намаленият прием както на рафинирани въглехидрати, така и на животински мазнини формира основата на всяка програма за намаляване на теглото. Пълните хора са също така предразположени и към подагра. Опитите за сваляне на тегло чрез популярните напоследък драстични диети с храни с високо съдържание на протеини също могат да предизвикат подагра.

3. Нарушена белодробна и вентилационна функция-//Пикуик синдром

Тъй като наднорменото тегло представлява допълнителен товар за белите дробове, то затруднява дишането и влошава нормалното им функциониране. Или по-точно, поради затрудненото накъсано дишане в кръвта навлизат недостатъчни количества кислород. Недостатъчно кръвоснабдяване ня жизнено важни органи и системи-най-вече главен мозък, сърдечен мускул , бъбреци идр.Това епричина и за лесната умора и заспиването, от която постоянно се оплакват хората със затлъстяване

4. Стрес Диз-стрес синдром

"Втвърдяването на артериите" / атеросклероза / е разпространено най-вече при хората с наднормено тегло и в резултат на това те най-често страдат от високо кръвно налягане. Това състояние носи потенциална опасност за организма и може да бъде компенсирано чрез намаляване на теглото. То предизвиква и множество други състояния и заболявания, между които ангина пекторис / гръдна жаба /, а често и внезапна смърт от остра сърдечна или мозъчна недостатъчност.

5. Холелитиаза /камъни в жлъчката/

Дебелите хора, особено жените, са предразположени към образуването на жлъчни камъни. Наднорменото тегло се свързва с повишени нива на секрецията на холестерол в жлъчния мехур, което предизвиква жлъчнокаменна болест. Консумацията на много захар се свързва с наднорменото тегло. Така например изследователи от Кралската болница в Бристол са доказали, че храна, осигуряваща средното количество консумирана в Обединеното кралство захар, води до повишена концентрация на холестерол в жлъчката и съответно до повишен риск от образуване на жлъчни камъни. Те заключават: "Рискът за образуване на жлъчни камъни трябва да бъде намален чрез избягване на храни, съдържащи рафинирани въглехидрати"

6. Захарен диабет и метаболитен синдром

Около 80% от хората, които са заболели от захарен диабет в зряла възраст, са с наднормено тегло. Механизмите на заболяването са сложни, доказан е наследствен фактор. Това което се знае е, че намаляването на теглото играе решаваща роля за контролиране на диабета. Намаляването на теглото удължава продължителността на живота на диабетика и облекчава други болестни състояния, като на пример високо кръвно налягане, които често вървят ръка за ръка с диабета, много затлъстели диабетици, подложени на лечение с медикаменти, най-често с инсулин, могат да подобрят състоянието си, като просто "свалят" излишните килограми.

7. Онкологични заболявания

Макар и недоказано, допуска се, че прекомерното хранене стимулира секретирането на хормона естроген, който се смята за едно от причинителите на рака. Освен това жените с наднормено тегло, особено след менопаузата, са по-уязвими към рак на гърдата и рак на матката. Затлъстяването е рисков фактор и за рака на простата при мъжете.

8.Сексуални нарушения ,/еректилна дисфункция , дисменорея/

Затлъстяването повлиява функцията на половите органи както при мъжете така и при жените. Директните последици за жените са: нередовна менструация, фригидност и стерилитет. При мъжете прекомерното затлъстяване също може да е свързано с импотентност и/или намален брой сперматозоиди в семенната течност. Възможно е производството на семенна течност да се наруши в много затлъстели мъже, ако скротумът е заобиколен от мастни гънки, които повишават температурата в тестисите. Още по-важно е, че затлъстяването може да бъде психологически затормозяващо в култури, които свързват мъжествеността и

привлекателността със стройното тяло, а болестните състояния, които често съпровождат затлъстяването, високо кръвно налягане и остеоартрит на поясния отдел на гръбначния стълб и хълбоците, могат да нарушат сексуалната функция.

При прекомерно затлъстели пациенти плазмените нива на тестостерона са ниски, а нивата на женените хормони са повишени. Това се изразява в лошокачествена или в твърде оскъдна семенна течност

9 Атеросклероза

При хората с наднормено тегло дегенеративните процеси в съдовете започват в по-ранна възраст и риска от фатален изход е по-висок.

10. Разширени вени

Пълните хора имат по-голямо количество кръв от тези с нормално тегло. Кръвта им не може да циркулира безпрепятствено, поради което те страдат от високо кръвно налягане. Високото кръвно наляга не предизвиква разширение на вените и недостатъчност на клапите, които поддържат нормалното разпределение на кръвта по хода на съдовете. Ако тези клапи колабират, кръвта не се разпределя равномерно, което води до застоя й в определени части на вените. Това състояние се нарича разширени вени. Макар, че разширените вени са наследствени, при пълните хора вероятността да се разболеят от тази болест е по-голяма.

11.Запек

Пълните хора и преди всичко тези, при които затлъстяването се дължи на неконтролирано хранене, често страдат от запек. Те ядат твърде много, твърде бързо и съвсем несъзнателно. Употребата на индустриална захар и храни, съдържащи захар, води до проблеми в храносмилането. Затлъстяването е следствие от лоша функция на червата.

12 Проблемна бременност

Пълните жени обикновено раждат по-трудно от слабите, бременността не е подходящо време за отслабване. Най-подходящо за отслабване е времето преди забременяване.

13.Преждевременно остаряване

Пълнотата натоварва всички органи. Сърцето трябва да направи значителни усилия, за да поддържа циркулирането на кръвта; белите дробове трябва да работят по-усилено, защото дишането а повърхностно; черният дроб трябва да разгражда повече токсични вещества; бъбреците трябва да отделят по-големи количества урина; панкреасът е под постоянно напрежение; жлъчния мехур е изложен на риска да образува

камъни и т.н. Пълнотата намалява жизнеността на органите и води до преждевременно остаряване.

Пълните хора са със забавени действия и със забавена реакция на опасността. Затова те по-лесно стават жертви на всякакви инциденти. Блъскат се в предмети по-често от другите или се спъват по-лесно. Когато паднат, ги боли повече или получават по-сериозни наранявания.

14.Отслабване съпротивителните сили и имунитета на организма

Пълнотата е израз на нарушения в организма и поради това устойчивостта или имунитетът на пълните хора е намален - те са твърде податливи към инфекции, органите им трудно се справят със защитата си. Пълните хора обикновено се потят обилно и лесно се простудяват Бактериите и вирусите имат по-добри условия за развитие в тях. Психическото напрежение и депресията, която често съпътства пълните хора, са също фактори, които намаляват имунитета им, като ги правят по-податливи към болестите.

15. Нарушен сън

Много от пълните хора страдат от безсъние, макар да не е открита пряка зависимост между затлъстяването и безсънието. Една от причините е невъзможността да си намерят удобна поза при спането, друга причина е нарушеното им дишане. Хора, които не могат да дишат дълбоко, не могат да спят спокойно. Нещо повече, отрицателният начин на мислене, тенденцията към депресия, чувството за нещастие поради дебелината са фактори, които могат да причинят нарушение в съня.

16. Лесна умора

Наднорменото тегло допълнително натоварва тялото, ставите, органите и т.н. За пълните хора всяко и всякакъв вид действие изисква усилие и това е причината те да са по-бавни. Те са по-малко склонни да ходят в планината на екскурзия. Симптомът на умората е добре познат сред учените, занимаващи се с метода за отслабване. Даже и най-малкото напрежение причинява умора у пълните хора. Шофирането, гледането на телевизия и други действия ги правят сънливи, докато през нощта те не могат да спят.

Чувството за умора и изтощение често е свързано с твърде на товарената нервна система и нарушения метаболизъм на захарта, пред разполагащо твърде ниско ниво на кръвната захар. Пълнотата има голямо влияние върху здравословното състояние и емоционалния живот, откъдето идват и всички неприятни усещания.

17. Психически проблеми

Всички проблеми, които разгледахме досега, на пръв поглед като че ли са само от физическо естество. Разбира се, пълнотата може да повлияе върху някои болести директно или индиректно, но повечето от оплакванията не могат да бъдат отделени от психическото влияние.(32)

Най-често пациентите, които искат да свалят килограми смятат, че имат "проблем с жлезите". А повечето от тях в 96%, всъщност нямат. Те просто приемат твърде много храна. много от тях са изпробвали различни диети и са "свалили" килограми, но после са си ги възвърнали. Това е познатият *синдром* на свалянето и качването на по два-три килограма всяка година. Тъй като такива хора се чувстват депресирани и нещастни, те идват при лекаря с надеждата, че той ще им постави някаква диагноза, свързана с нарушената функция на жлезите, и ще ги излекува. При някои наистина се забелязват смущения във функционирането на жлези те и отделянето на хормони като например понижено действие на щитовидната жлеза или тумор на хипофизата. В такива случаи наистина се налага стриктен курс на лечение. Ето защо хората, които с не-успех са се подлагали продължителен период на диети, трябва да отидат на преглед и лекарите чрез лабораторни тестове да установят дали имат някакви ендокринни, хормонални или метаболитни проблеми.(8,67)

Обикновено пациентът, който просто се храни повече от нормалното, би свалил килограми, ако следва някаква по-строга диета. Основният принцип, който обединява всички надеждни диети, е че трябва да се поемат по-малко калории, от колкото се изразходват, за да се намали теглото. За да има дългосрочен успех една диета, трябва да се спазва доброволно и да се изпитва удоволствие от прилагането й. Всеки пациент трябва да следва здравословен хранителен режим, който му позволява да упражнява контрол върху телесното си тегло, не защото мисли, че това е добро за него или че ще му помогне да свали излишните килограми, а защото вътрешно го е приел.(9)

Положителните модели на мислене, които включват елементи като предпочитанията и удоволствието въздействат върху придобиването на трайна нагласа, която доминира съзнанието. Повечето хора се мислят за пълни и причината за това се крие в развитието на технологиите, които оказват пряк ефект върху съзнанието и светогледа.

Често сме чували пълните хора да се оплакват: "Имам чувството, че само да погледна храна, и напълнявам". Според експерти в тази област това буквално може да е истина. Научно е доказано, че някои хора реагират метаболитно при вида или уханието на храна или при звука от

приготвянето на такава, което на практика не се различава особено от реакцията на организма им, когато действително консумират храна. При тези хора самата мисъл за храна автоматично предизвиква секретирането на хормони от хипофизата, от надбъбречните жлези, от панкреаса и предизвиква покачване на нивото на инсулин в кръвта. Инсулинът от своя страна предизвиква неудържим глад и ускорява процеса, който превръща вече приетата храна директно в мазнини. (7)

Установено е, че подлагането на драстични диети може да спре процеса на свалянето на килограми. Макар този механизъм да не е напълно изучен, установено е също, че в сравнение с подлагането на умерени диети, драстичните диети могат да доведат до покачване на теглото. Според една от теориите, обясняваща този феномен, рязко ограничаване на калориите кара организма да забави метаболитната си активност, така че дори и да се приемат по-малко калории, той не изгаря приетото количество. С други думи, получава се обратният ефект - колкото и малко калории да бъдат приеманите биват превръщани в мазнини. Все едно човешкото тяло предусеща задаващия се глад след като притокът на храна е намалял и по един "интелигентен начин" решава да сведе до минимум изразходването на калории и да "складира" запаси за бъдещето.(70,71)

Всеки организъм се характеризира с установено положение, което определя в основна степен метаболитната активност. То регулира превръщането на храната както в енергия, така и в мазнини. Всъщност организмът действа на принципа на термостата, така че приемането на прекалено много или на прекалено малко храна кара метаболизма да се адаптира, за да запази равновесното си положение. Ето защо хората толкова трудно променят установеното си тегло, но от какво същност зависи това? - Трудно е да се даде задоволителен отговор, но има данни, че представата, която отделният индивид е изградил за се бе си, е от съществено значение. Дълбоко вкорененият в съзнанието му образ на дебел човек, е реалността, с която той живее. В такъв случай единствената терапия, която би имала ефект, е да се опитаме да променим установеното положение чрез промяна на образа, който съзнателно сме изградили за себе си. Имено връщането към идеалното телесно тегло е създаването на механизъм за саморегулация.

Затлъстяването като глобален социален и медицински проблем

Затлъстяването е комплексно мултифакторно **заболяване** в резултат на взаимодействието на социални, поведенчески, физиологични

(биологични - метаболитни, клетъчни и молекулни фактори). Броят на лицата със свръхтегло или затлъстяване стремглаво се увеличава, като понастоящем заболяването представлява глобален социален и медицински проблем за почти всички страни.

Световната здравна организация определя затлъстяването като главен проблем на Запада през 2000-та година. В последните двадесет години честотата на болестното свръхтегло се е увеличила с 10 до 40% в повечето европейски страни, което говори за наличието на пандемия. Данни на IASO от 2002 г. сочат, че 25% от мъжете в САЩ, Тайван, Панама и Кувейт и 25% от жените в САЩ, ЮАР, Чехия, Бахрейн, Оман, Малта, Мексико, Панама и Парагвай са с **BMI** > 30 кг/м2 [31,76].

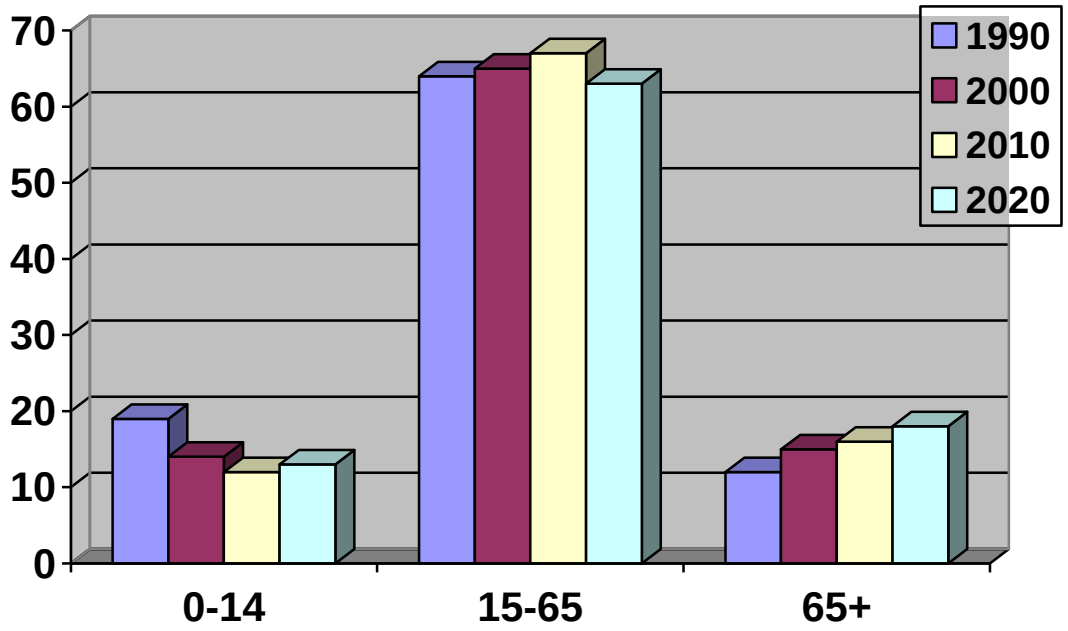
Цифрите за Европа са тревожни: 27% от мъжете, 38% от жените и почти 5 млн. деца страдат от затлъстяване, като всяка година този брой нараства с 300 000 - 400 000 нови случаи. Около 6% от националните бюджети за здравеопазване се използват за покриване на разходи, свързани с лечение на болести причинени от затлъстяване.(77)

България е сред 5-те европейски страни (заедно със Сърбия и Румъния, Малта, Чехия и Гърция), където свръхтеглото е най-широко разпространено: у нас 56% от населението над 18-годишна възраст е със индекс на телесна маса над горната граница 25. Проучванията в Бургаска и Добричка област показват почти двойно увеличаване на затлъстелите лица през последните двадесет години. Данните на НСИ, както и изследванията на Ст.Баев и сътр.(1999 – 2002 г.), Кр.Варталова и сътр.(2000), Ч.Мерджанов (1999 – 2004) показват, че болестното затлъстяване в България продължава да нараства.(78) Повече от половината от българското население понастоящем страда от затлъстяване, като 56% от населението над 18-годишна възраст са с **BMI** >25 кг/м2. По данни на Н.Данчев (2004) съотношението между затлъстелите жени и мъже е 3:2. Основните екзогенни причини за тези факти са : неправилното хранене, обездвижването, повишеният психо-социален дистрес. Данните на НСИ сочат, че през втората половина на 20-ия век в България е увеличена консумацията на : свинско месо – 7 пъти, захар – 5 пъти, готварска сол – до 3 пъти над физиологичните норми, алкохол – 4 пъти (от 2,1 мл до 8,4 мл абсолютен алкохол дневно на глава от населението). От 1960 до 1995 г. консумацията на животински мазнини се е увеличила със 125%, консумацията на хляб е 27,8 повече от необходимото и на олио около 2,5 пъти над приетите норми . В същото време потреблението на основни

хранителни продукти е под необходимото – 16,1% по-малко месо, 32% по-малко зеленчуци, а плодовете – близо 2 пъти под изискванията [9].
В България организираните усилия за ограничаване на наднорменото тегло, профилактика и лечение на затлъстяването не са все още достатъчно ефективни.

Застрашителна тенденция е, че вече все по-млади хора, включително тийнейджъри, имат този проблем, който се усложнява с възрастта и води до сериозни заболявания, като сърдечно-съдови, диабет и психологически дискомфорт. Във възрастта между 14 и 17 години наднорменото тегло и затлъстяването е 14%, между 20 и 29 години е 28%, между 30 и 39 години - 37%, между 40 и 49 години - 57%, а над 50 години е 65%. /7,9,66./

Остаряването на населението е процес, който има сериозни последици в различни сфери на обществения живот: икономическа, психологическа, работна сила и заетост, пенсионна система, социална система, която включва и грижите за възрастни хора, трансферите между отделни поколения, формирането на семейства, жизнените планове и други.



Фиг.1. Население на Република България по възрастови групи през периода 1990-2020г.Източник: НСИ

Затлъстяването в детска и юношеска възраст – Затлъстяването при деца и младежи е приоритет сред здравните проблеми в Европейския съюз, тъй като то отключва редица болести като диабет, хипертония, гръбначни и ставни изкривявания, отклонения в половото здраве, мозъчни и сърдечно-съдови патологии и др. [20, 25, 28]

Особено тревожен е факта, че **всеки пети български ученик е с наднормено тегло, а България е на второ място в света след САЩ по затлъстяване и свръхтегло сред децата.** Повишаване на жизнените стандарти, голямото разнообразие на висококалорични хранителни продукти, както и тяхната лесна достъпност за децата създават предпоставки за прогресивна тенденция за повишаване на теглото. За това допринася и все по-голямото навлизане на техниката в производството, бита и училището, което води до намаляване на двигателната активност у подрастващите. (76)

Ако след дългото стоене пред компютрите учениците разчитат да поддържат добра форма и да се борят с излишните килограми в часовете по физическо възпитание, битката е предварително изгубена. Присъствието на този предмет в учебната програма на много училища е просто формалност. По данни на МОН 13-годишните ученици в България са втори по затлъстяване след рекордьора САЩ. Петнадесегодишните момчета със затлъстяване в България са 17,5%, а средната честота в изследваните страни е 12,2%. При момичетата на същата възраст затлъстяването е 12,8% спрямо 7,1% средна стойност в останалите страни.(149)

Здравословното хранене на децата и юношите представлява приоритет в националната ни политиката, свързана с опазване на общественото здраве. Храненето и физическата активност са детерминанти на здравето и необходимо условие за осигуряване на оптимален растеж и развитие на децата и юношите - възраст, в която се формират навиците, свързани със здравословния начин на живот. (19,44)

Намаляване на затлъстяването е основна задача във всички стратегии, свързани с храненето и здравето, приети от Европейския Съюз и Световна здравна организация през последните години(20,37)

През последните десетилетия се наблюдават неблагоприятни характеристики и тенденции в храненето на населението в България, включително и сред децата.(6)

Висок относителен дял от изследваните ученици консумират един и повече от един път на ден: сладкарски изделия (торти, сладкиши, баклави)- 20,4%; чипс и други видове снакс -12,8%; тестени изделия (пици, мекици, банички и др.) – 32,3%. Безалкохолни напитки, съдържащи захар, повече от един път на ден приемат 20% от учениците, а енергийни напитки 7% от изследваните деца. По-рядко от един път в месеца консумират: риба - 18% от учениците, а пресни плодове и зеленчуци - 5,6%. /(9,11)./

Както нездравословният модел на хранене, така и ниската физическа активност е важен фактор за рязкото увеличаване честотата на свръхтеглото и затлъстяването - един от сериозните съвременни здравни проблеми, включително и за България.

Разнообразните дейности, свързани с опазване здравето и промоция на здравословно хранене при децата и юношите са израз на висока ангажираност към реализиране на здравната политика в областта на храненето и са залегнали като приоритет в дейностите и на разработения втори Национален план за действие "Храни и хранене".[11]

Основните причини за негативната тенденция са нездравословното хранене, намалена двигателна активност и прекомерната употреба на тестени изделия и газирани напитки. Силният стрес в детска възраст преди пубертета е една от основните причини за промяна в метаболизма им и провокира затлъстяването на подрастващите.

Причини и рискови фактори, свързани със затлъстяването в България

Затлъстяването е болест на обмяната, при която има дисбаланс между увеличения енергиен внос с храната и значително по-малкия енергиен разход, дори и когато има повишена двигателна активност. Излишните приети калории се складират под формата на мастна тъкан. То е хронично заболяване, често започващо от ранна детска възраст. Наред с хипертонията и дислипидемията то е първостепенен рисков фактор за увеличаване на заболеваемостта и инвалидността, следвани от икономически разходи [5,7,65,25, 26,45] .

Затлъстяването е болестно състояние, при което има натрупване на излишък от мастна тъкан в сравнение с активната телесна маса. Причините за явлението се коренят в нездравословно хранене, хиподинимия, липса на

навици за системно спортуване, наслагващи се стресови въздействия, незадоволителна здравна и обща култура. Най-нови изследвания установяват изменения в кръвоносните съдове у деца с наднормено тегло дори на 10 години. Разпространението на една от формите на диабет, нетипична за тази възрастова група, нараства застрашително. Честотата на хипертоничната и исхемичната болест е много висока: България е на едно от първите места в света по смъртност причинена от исхемична болест на сърцето и мозъчно-съдова болест. Редукцията на телесно тегло води до съществено снижение на рисковите фактори за развитие на сърдечно-съдови и мозъчно -съдови заболявания, захарен диабед тип II, за цялостния здравен статус на пациентите.

Небалансираното хранене заема важно място в комплекса рискови фактори за здравето. Според международни проучвания България е сред 10-те европейски страни, чието население поема високо калорийна храна. Основен дял в структурата на потреблението на хранителни продукти у българина заема хлябът, захарта и животинските мазнини. Ниска е консумацията (особено през зимата и пролетта) на храни, съдържащи природни антиоксиданти (витамини и микроелементи). Традиционо високо е потреблението на готварска сол, което вероятно е свързано с високата смъртност от сърдечно-съдови заболявания[14] .

Увеличеният хранителен внос е най-честа причина за развитие на затлъстяването. При децата това може да се дължи както на хиперфагия, така и на прехранване от страна на родителите, които често смятат високата телесна маса за признак на добро здраве и добра родителска грижа. Ролята на родителите за създаване на хранителни навици в семейството има първостепенно значение за възникване на затлъстяването при децата. Често през детската възраст децата получават при жажда вместо вода – мляко, високо процентни захарни сиропи и други сладки напитки, а между храненията безразборно, бонбони и сладкиши [12].

Прехранването може да доведе до хиперплазия на мастната тъкан.

При здравите индивиди складирането на липиди в мастните депа води до подтискане на апетита поради отделянето на метаболити, регулиращи го чрез централната нервна система. При затлъстяването тази обратна връзка между мастната тъкан и централната нервна система се нарушава, поради което подтискането на апетита закъснява. Факторът ситост, прехранване, разглеждан в този аспект

придобива особена значимост в етиологията на затлъстяването [11, 26, 65].

Прехранването, макар и важен фактор не е единствен за появата на затлъстяване. Нередовното хранене се изтъква като причина за поддържане на хиперфагия и създаване на адаптационни пътища за складиране на големия приток храна, консумирана за кратко време. Смята се, че рядкото и нерегулирано хранене възбужда хранителния център, поради което човек яде бързо и преяжда, тъй като чувството за ситост се получава по-късно при препълване на стомаха ,(7,25,69].

През последните години затлъстяването се приема за белтъчно недоимъчна болест. При приемане на еднакво количество въглехидрати и различно количество белтъчини, затлъстяване настъпва при приемане на по-малко белтъчини. Това се дължи на това, че белтъчините имат силен засищащ ефект и превръщането им в мазнини е много по-малко в сравнение с въглехидратите [26, 28, 31] .

Хранителните аномалии при затлъстелите най-често се дължат на лоши хранителни навици и режим на цялото семейство.

Създадена е така наречената "захарна теория " на затлъстяването, според която пандемията от затлъстяване се дължи на многократно по-голямо количество консумирана захар сега в сравнение с преди двеста години. (6,68)

Готварската сол

, което може да се постигне чрез: готвене с малки количества сол, премахване на солниците от масата, избягване на свръхсолени колбаси – сланина, пастърма и др., обръщане внимание на съдържащата се в етикетите на пакетираните храни информация за количеството на солта в тях. /7,26/

Друг важен фактор за затлъстяването е хиподинамията. За нейното значение говорят факти като: настъпване на затлъстяване след прекратяване на активна спортна дейност, продължително заболяване и др. В световен мащаб нарастващият процент на затлъстяване се свързва и с навлизането на научно-техническата революция в труда и бита на човека. При много от децата обаче не може да се определи с точност дали намалената двигателна активност е причина или следствие от затлъстяването. Липсата на движение, неправилното хранене и стресът са основните причини за силното разпространение на наднорменото тегло и затлъстяването, сочат още данните. 1/3 от българите не извършват

физически натоварвания в ежедневието си, нито спортуват. При останалите 2/3 - 40% вършат градинска работа, а 20% се разхождат. Реално спортуват едва 10% от българите 6% бягат, а 4% ходят на фитнес, като в същото време обаче всички си похапват добре. 55% смятат обяда за основно хранене, а едва 9% смятат, че това е закуската [11].

Ниската двигателна активност – увеличава риска от възникване на сърдечно-съдови заболявания (артериална хипертония, исхемична болест на сърцето, мозъчно-съдова болест), диабет, затлъстяване, остеопороза, характерна за всички възрастови групи в България.(13)

Наднорменото тегло стои в основата на тежко заболяване, наречено метаболитен синдром. Той се причинява предимно от преяждане и заседнал начин на живот, а неговото разпространение добива характер на пандемия и води до повишен риск от сърдечно-съдови заболявания и диабет. Метаболитният синдром включва съвкупност от симптоми: прекомерно натрупване на мазнини около корема, нарушаване на действието на инсулина в организма, високи нива на холестерола и повишено кръвно налягане. Данните от изследванията са тревожни: около 20-30 % от възрастното население в света е с такъв синдром. Лица, които увеличават теглото си с по два килограма на година, увеличават и риска от развитие на метаболитен синдром с 45%. Тези хора имат два пъти по-висока сърдечно-съдова смъртност, три пъти по-висок риск от инфаркт или мозъчен инсулт и пет пъти по-висок риск от развитието на захарен диабет тип 2.

Метаболитният синдром (МС) е съвкупност от три главни, тясно свързани специфични рискови фактори за сърдечно-съдови заболявания и захарен диабет (ЗД) тип 2:

-висцерално (абдоминално, централно) затлъстяване ;

-артериална хипертония ;

-дислипидемия.

МС се асоциира с висок риск от коронарна болест на сърцето и ЗД тип 2.

Съчетанието на затлъстяване, повишено ниво на триглицериди, повишено АН и ЗД тип 2 оформят т.н. „смъртоносен квартет”, който значително намалява преживяемостта в течение на годините.

МС е главен рисков фактор за остър миокарден инфаркт в млада възраст(<45год.) Хората с МС са с пет пъти по-висок риск от развитието на захарен диабет тип 2 [26, 36].

Излишните килограми водят до естетически и здравен дискомфорт, сочи още изследването. Половината от хората с наднормено тегло не се чувстват физически добре, а 1/5 смятат, че не изглеждат добре.

Резултатите от Националното проучване за наднорменото тегло показват, че българите все още не осъзнават сериозността на този проблем. През следващите години се очаква броят на хората със затлъстяване да се увеличава, защото населението застарява. Това налага да се промени нагласата на българите към здравословното хранене и начин на живот [26,63].

Съвременни подходи в превенцията и лечението на наднорменото тегло

Специфичните препоръки за третирането на затлъстяването включват

- Еднократно годишно измерване на височината, ръста, ИТМ
- промоция на физическа активност (поне 60 минути на ден)
- съветване за избягване на коснумацията над 1 захарна напитка на ден (натурални сокове, студен чай, кока кола и др.)
- препоръчва се избягването на гледане на телевизия и игра с компютър над 2 часа на ден.
- консумацията на бързи храни трябва да се сведе до нула или една консумация на седмица

По време на годишните посещения, личните лекари трябва да анализират и обсъдят с пациентите си ключовите навици за здравословен стил на живот, като например подходящото хранително поведение и физическата активност. Друг въпрос, който трябва да бъде засегнат, е фамилната история на затлъстяване.

Хранителните навици, които допринасят за развитието на затлъстяване, включват честата консумация на бърза храна и сладки напитки, големи порции, пропускането на закуската, употребата на мазни чипсове и снаксове и други храни с висока енергийна плътност, нисък прием на плодове и зеленчуци, нередовно хранене.

Физическите изследвания трябва да включват: измерване на пулса, кръвното налягане и изследване за патологични отклонения, свързани със затлъстяването - хепатомегалия (поради мастен черен дроб) и acanthosis nigricans, която е свързана с инсулинова резистентност. Трябва да бъдат идентифицирани възможно най-много обратими прични на затлъстяването, като виолетовите стрии на синдрома на Кушинг.

Степента на затлъстване и присъствието на съпътстващи заболявания може да наложи назначаването на лабораторни тестове, като липиден профил на гладно, чернодробни ензими, глюкозни нива на гладно, серумни урея и креатинин.

Успехът на усилията за превенция и терапия на болестното свръхтегло зависи от активното съучастие на обществото като цяло, на средствата за масова информация и последователното включване на всички държавни институции. Профилактиката на затлъстяването в зряла възраст започва още в детския и юношески период. Свръхтеглото и затлъстяването при деца и юноши трябва да бъде навреме овладяно. Лекарите диетолози са водещи при прилагане на диетичните режими, а кинезитерапевтите – при дозирането на двигателната активност, в това число и фитнес-процедурите.

За съжаление у нас темповете на нарастване на затлъстяването са огромни, като през последните 5 години се наблюдава удвояване на явлението. За да се редуцира броят на хората с наднормени килограми, трябва да бъдат провеждани мащабни и системни кампании, които да целят най-вече превенция, а не толкова лечение на конкретни пациенти. Докато преди години диабет тип 2 със затлъстяване беше изключение при децата, сега той съставлява около 50% от всички новодиагностицирани случаи на детски диабет. При възрастни затлъстяването е свързано не само с диабет тип 2, но и с хипертония, остеоартроза, подагра, дислипидемия, сърдечносъдови заболявания, заболяване на жлъчните пътища, рак на дебелото черво и ректума, рак на гърдата (при жени в постменопаузна възраст), рак на ендометриума и хранопровода.(76)

Ранното откриване и правилното лечение на метаболитния синдром може да предотврати развитието на диабет и/или сърдечно-съдово заболяване. Веднъж диагностициран, метаболитния синдром трябва агресивно и безкомпромисно да се лекува. Две са основните направления при лечението на МС:

I. Промяна в начина на живот . Това включва:

- Умерено намаляване на калориите при хранене.
- Умерена физическа активност.
- Промяна в диетата - здравословно хранене.

II. Промяна в начина на живот + медикаменти :

-лечение на дислипидемията;

-лечение на артериалната хипертония;

-повлияване на инсулиновата резистентност.

Предотвратяването на затлъстяването може да бъде най-ефективната мярка за превенция на метаболитния синдром и свързаната с него сърдечно-съдова смъртност. Доказано е, че редукцията на теглото между 5-10% в сравнение с изходното, води до значително подобрение, намалявайки заболеваемостта и смъртността от диабет тип 2, дислипидемия, сърдечно-съдови усложнения и свързаните със затлъстяването ракови заболявания.

Медикаментозно лечение на затлъстяването се прилага, ако диетичните мерки и промяната в стила на живот са неуспешни при цел да се постигне редукция на телгото с 10% след три месечен опит и когато съществуват здравни рискове при BMI > 30кг/кв. м

Препоръки на Европейския парламент за превенция на затлъстяването

.

- Признаване на затлъстяването като хронично заболяване,

- Намиране на разходно ефективни възможности за осъществяване на партньорство между здравните служби на държавите-членки и промишлеността;

- Превенция и контрол на затлъстяването през целия живот на хората - от утробния период до старостта;

-Здравното образование относно храненето и здравето, започващо от много ранна възраст, е съществено за предотвратяване на наднорменото тегло и затлъстяването;

Опростено обозначаване на хранителното съдържание на продуктите би помогнало на потребителите да се ориентират по-лесно при пазаруване. /Европейска организация на потребителите (BEUC) (150)

Промоцията на здраве - най-ефективният път за предотвратяване на затлъстяването

На съвременния етап, все по-голяма популярност придобиват въпросите, свързани с професионалната роля на здравните професионалисти и произтичащите от нея задачи, които ще се решават в областта на промоцията на здраве.

Актуалността на тези въпроси се засилват в момент, когато се прави оценка на наличните ресурси (човешки, материални и финансови), с които

разполага системата на здравеопазването у нас, и търсенето на пътища да се задоволят максимално здравните потребности на населението От няколко десетилетия България е водеща страна по брой на инфаркт на миокарда и инсулт в Европа и втора в световен мащаб(76)
Причините за тази нерадостна статистика са многобройни, но въпреки това е възможно без употреба на скъпи лекарства и храни да се намали броят на хората, засегнати от болести на сърдечно-съдовата система.

Общественото здраве е сложна многомерна система.Многообразните признаци и явления, чрез които общественото здраве се представя пред погледа ни, затрудняват възприемането му като самостоятелно понятие.То се определя като съвкупност от социалните аспекти на здравето, социалните фактори и социалните отражения на здравето, като сложна система от многообразни социално- здравни явления.

Промоцията на здравето е качествено нов подход, нова философия за подобряване на личното и общественото здраве.[38] Крайната цел на промоцията на здраве е подобрен статус на населението, а непосредствената цел е формиране на здравословен стил на живот.

Промоция на здравето е нова област на стратегията за практически действия по отношение на здравето на човека и обществото След анализ на разходите на европейските правителства, изнесен от „Евростат" в края на 2013 г., се отчита, че България е единствената държава-членка на ЕС, в която средствата за здравеопазване като дял от БВП са намалели в периода от 2002г. Насам (77)

Повече от половината от общите държавни разходи в ЕС са отишли за социална защита (19,9%) и здравеопазване (7,5%), отчита още европейската статистическа служба. В сравнение с 2002г., от когато датират първите обобщени данни за всички държави-членки, разходите за социална защита, здравеопазване и икономически мерки са нараствали с темпа на БВП, а след 2009 г. и с повече, което може да се обясни с предприети действия в отговор на кризата. „Евростат" уточнява, че разходите за социална защита включват обезщетенията при заболяване, увреждане и безработица, майчинските и пенсиите, и др. Най-висок е делът на тези разходи в Дания (25,4%), Франция (24,2%) и Финландия (23,9%). У нас те възлизат на 13,4% от БВП

" Промоцията на здраве е процес , при който хората получават възможност да увеличат контрола върху своето здраве и по този начин да го подобряват"[20,14,39] Основна философия на промоцията на здравето е че личността и социалната група са главен ресурс на

здравето.Промоцията на здраве отразява идеята за преодоляване на пасивния подход към здравето- /лечение на появило се заболяване/, чрез промяна на личността в ценностното й отношение към здравето. Затова фокусът на промоцията на здравето е насочен не към лечебните заведения , а към хората и институциите. [22,36,44] На хората се дава възможност да не бъдат пасивни консуматори на здравни услуги, а да осъществяват по-добър самоконтрол върху здравното си поведение, с цел по- добро здраве.

Същността на промоцията на здраве е в осъзнаването, че тялото, умът и духът непрекъснато си взаимодействат и те определят отношението ни към болестта.

В съвременният свят се наблюдава глобализация на здравеопазните проблеми. Факторите на общественото здраве и подходите за неговото укрепване излизат извън рамките на националната специфика на отделните страни.

Основен белег на глобализацията е наличието във всички страни на сходни здравословни проблеми, нарастване процента на хората с хронични неинфекциозни заболявания.[24,27,37,39,41] Хронифицирането на заболеваемостта променя задачите и приоритетите на здравното обслужване на населението. (42,45)

Същността на промоцията на здраве е в осъзнаването, че тялото, умът и духът непрекъснато си взаимодействат и те определят отношението ни към болестта.

В много страни промоция на здравето се е превърнало в развито обществено движение. ***Първостепенно значение се отдава на личната здравна мотивация за формирането на <u>здравословен стил</u> на живот, който е практическо отражение на високата здравна култура на населението.***



*Повишаването на **<u>здравната култура</u>** е начин за здравно възпитание.Според СЗО главната мисия на всеки здравен професионалист е да стане здравен възпитател на населението.[150]*
Здравното възпитание не е лесна задача, защото здравната култура на индивида е тясно свързана с неговата ценностна система, а тя започва да се формира в ранната възраст под влияние на семейството, на цялостната социално- жизнена среда- ортобиоза. [34]
Повишаване на здравната култура на обществото е сложен и дълъг процес и не трябва да се провежда кампанийно, нужно е широко професионално партньорство между различни професии- здравни професионалисти, клинични мениджъри, педагози, социални работници, психолози и т.н.[22,38]

Световната здравна организация (СЗО) през 80-те години създаде и утвърди стратегия за “Промоция на здраве”. Терминът “промоция” в буквален превод означава : повишаване, произвеждане, спомагане, съдействие, насърчаване, рекламиране, популяризиране.

Според СЗО промоцията на здраве е процес, при който хората получават възможности да увеличават контрола върху своето здраве или още процес за създаване и предоставяне на възможности на хората чрез саморегулиращо се здравно поведение, да подобрят своето собствено здраве [20, 123] .

СЗО започна реализацията й чрез няколко програми – “Здраве за всички”(1977), “Първична здравна помощ”(1987) и “Промоция на здравето”(1986).

Крайната цел на промоцията на здраве е подобрения здравен статус на населението. Непосредствената цел – формиране на здравословен стил на живот.

Утвърждаването на здраве според СЗО е : процес, свързан с даване на възможност за увеличаване на контрола върху собственото здраве и неговото подобряване. За да се достигне състояние на пълно физическо, психично и социално благополучие, индивидът и групата трябва да могат да идентифицират и реализират своите стремежи, да удовлетворяват потребностите си и да променят или да се справят със средата. Здравето се разглежда като ресурс за всекидневния живот, а не като цел на живота. (150)

Основните принципи на промоцията на здраве са разработени от експертна група на СЗО през 1986 г. и включват :

1. Създаване на социална политика, приоритетно ориентирана към здравето.

2. Засилване на участието на обществото като цяло, чрез въвличане на населението в неговия ежедневен живот (там където те се обучават, работят, играят и се обичат), а не само внимание към приоритетни високо рискови групи.

3. Здравната промоция е насочена към въздействие преди всичко към предпоставките за здраве (протективните фактори) и към позитивното здраве.

4. Здравната промоция обединява различни, но допълващи се методи и подходи като социални, икономически, културни, психологически, педагогически, етични, комуникационни, организационни и др. Задължително е мултисекторното сътрудничество, включващо партньори на всички равнища – в дома и семейството, в училището, в местоработата, в населеното място, общината и цялата страна.

5. Здравната промоция е насочена към отговорност за здравето на отделни лица, групи и общности, както и на институциите, организациите и секторите в обществената структура.

6. Здравните професионалисти, особено тези от първичната медицинска помощ имат ключова роля в мениджмънта на здравната промоция, а като дейност тя е дело на цялото общество [45] .

Според Проф. Ц. Воденичаров "промоция на здравето е отражение на идеята за широка социална профилактика, осъществявана с усилията на самите хора. Личността променя своята позиция от обект на медицинската помощ в субект на своето здраве. Промоцията на здравето разглежда личността като главен ресурс на здравеопазването. Оттук произтича решаващото значение на личната здравна култура и личното здравно поведение. Здравеопазната реформа, наред с другото, се състои в радикалната промяна в личното здравно поведение с цел формиране на здравословен стил на живот (36,40,44)

Здравословният стил на живот означава преди всичко т.н. антирисково поведение – изключване на поведенческите рискови фактори в ежедневния личен живот" [42].

Според Проф. В. Борисов и колектив всяка отделна програма за укрепване на здравето има свой фокус и обхваща предимно отделна сфера на специфични дейности, например борба с нерационалното хранене, с тютюнопушенето, с намалената двигателна активност. Но всяка такава програма трябва да изхожда от общия контекст на промоция на здравето като теория и практика [22] .

Идеята за промоция на здраве се развива отчасти като следствие на концепцията за сферите на влияние върху здравето на Ла Лонд (La Londe) и утвърждаващото се мнение, че медицинските грижи са необходимо, но недостатъчно условие за подобряване на общото здравословно състояние на населението. Интеграцията на поведенческият модел, защитата на околната среда или социалната организация формират основата на подхода на социалната екология за дефиниране и адресиране на здравните проблеми.(131)

Подходи за здравна промоция : поведенческа промяна, създаване на жизнена среда, укрепваща здравето и социална екология [20].

Таблица № 3

Модели за промяна на поведението и начина на живот	**Подходи на социалната екология**	**Създаване на жизнена среда, укрепваща здравето на национално, общинско и местно ниво**

Поведенческа промяна	Модели за културна промяна на здравето	Универсален достъп до здравни грижи
Теория на социалното заучаване	Биопсихологични модели на здраве	Околна среда и здраве
Модел на здравните вярвания	Стресови събития	Индустриална хигиена
Теория на аргументираните действия	Екология на човешкото развитие	Социална защита
Теория на планираното поведение	Психология на общественото здраве	Социална подкрепа
Теория за възприемане на рискове	Етнография	Обществена организация
Предизвикване на страх	Социална екология на здравето	Ергономични / човешки фактори
Мотивационна теория	Обществена промоция на здраве	Епидемиология на здравния мониторинг
Здравни комуникации	Инициативи на обществената политика	Градско планиране, архитектура
Мас медия	Здравни общности	Регулация на жилищното зониране
		Контрол на бедствията и травмите
		Контрол на храните и лекарствата
		Хранене и обогатяване на храните

Някои актуални проблеми на мениджърската програма на проблема затъстяване /здравната система/

Актуалност и значение на проблема

Съвременните здравни реформи са глобален процес търпящ непрекъстнато развитие и усъвършенстване. В съвременния бързоразвиващ се свят няма страна, която да не провежда здравна реформа в една или друга степен. Променят се както целите и задачите, така и методите и технологиите на здравеопазната дейност. Променят се и се развиват също връзките и взаимоотношенията между отделните сектори на цялостната здравна система. Изобщо, националните здравни системи в целия свят понастоящем са в процес на различни по степен реорганизационни и структурни промени.(40)

Националните здравеопазни системи преживяват „метаморфоза„. От една страна силно нарастват здравните потребности на хората към здравеопазната система. От друга страна възможностите за осигуряване на достатъчно здравни ресурси стават относително ограничени и не могат да удовлетворят всички нововъзникнали здравни потребности и очаквания.

Нарастването на здравните ресурси обективно изостава от нарастването на здравните потребности на населението във всички страни.(39)

Посоченият проблем е особено остър и тежък за решаване в страните в преход, в т.ч. България. Това поражда необходимостта от още по прецизно разпределение и управление на наличните недостатачно ресурси въз основа на ясно определени национални и регионални здравни приоритети.

Генералната промяна в здравеопазната система е преминаването от монополистичен държавен тип на финансиране и управление към плуралистична здравна политика , основана на здравноосигурителен модел.

Според настоящото здравно законодателство главен МОНОПОЛ на финансиране на медицински услуги и обслужване става чрез задължителното здравно осигуряване от Националната здравно-осигурителна каса (НЗОК). Първоначално това се отнасяше предимно за извънболничната медицинска помощ, а след 2006 година и за болничната медицинска помощ.

Тези тенденции пораждат сериозно предизвикателство пред здравните мениджъри за ефективно управление на процесите **на <u>организационни промени в здравеопазването в насока демонополизация, децентрализация и демократизация.(38, 41)</u>**

В системите, където финансирането и обслужването са отговорност на обществото, мерките за разделяне на ролята на платците от ролята на обслужващите с цел чрез конкуренцията на пазара да се произведат печалби от ефективността са се оказали ефективни. При всички видове системи делегирането на отговорността за управлението или за администрирането на грижите може също да намали разхищенията и да увеличи производителността.

Медицинските сестрите и общо практикуващите лекари могат да осигуряват филтриране, да преценяват необходимостта от определено лечение и да насочват пациентите към най-подходящия обслужващ. С помощта на Интернет пациентите могат да се информират за цената, рисковете и очакваните резултати от лечението. По-доброто медицинско информиране на пациентите може или да намали, или да увеличи търсенето на определен вид медицинска услуга. За по-справедливо използване на услугите е възможно делът на участие на пациентите да се промени така, че те да имат финансов интерес да избират най-ефикасното и с най-подходяща цена за тяхното лечение.

- **Пътища на здравната политика към подобряване здравния статус на населението**

За подобряване на здравното състояние на населението

1. Прилагатането добре обмислени стратегии за превенция на болестите и инвалидността, които да позволяват пренасочването на ресурси към превантивните грижи или промени в изразходването им. Да се разгледат възможностите за подобряване на здравето чрез преориентиране на политиката по отношение на храненето, насилието, пътното движение, употребата на алкохол и тютюнопушенето, както и в други области, които не са в стриктната компетентност на здравните власти.

2. Прилагането на специфични мерки за подобряването на грижите за някои категории болни със затлъстяване

Докато терапевтичната медицина е жизнено важна, *превантивните действия* не трябва да се подценяват. Около 5-6 % от здравните разходи се

насочват към инициативи, предназначени за поддържане на здравето на хората. Здравето се подобрило благодарение на кампаниите за обществено информиране и облагането с данъци, както и с намаляването на тютюнопушенето например. Появяват се нови предизвикателства, като настоящият скок на затлъстяването се превръща в основна грижа

Роля на информационните технологии за мениджърската промяна в здравеопазването

Решаващо условие за ефективен мениджмънт на здравеопазването във всичките му сектори и нива има неговата добре изградена и управлявана информационна база. Ето защо създаването и функционирането на надеждна информационна система в здравеопазването е гаранция за неговата успешна промяна. Подържането на информационни данни ще помогне на здравеопазването и в частност на болничните заведения да посрещнат предизвикателствата на здравната реформа у нас и динамичните промени във финансирането и отчитанвето на лечебните дейности, сдвързани с действието на здравно-осигурителните принципи на финансиране в здравеопазването.

Здравно образование, здравно поведение и качество на живот

Здравното образование се развива като отделна дисциплина и функционира в рамките на системите на здравеопазване като здраве в училищата, военна медицина, трудова медицина и много други аспекти на профилактичните здравни грижи.

Стратегиите за изграждане на здравни знания и умения на населението включват както централизирани, така и децентрализирани дейности, имащи за цел да направят достъпно образованието чрез прилагане на нови методи за обучение. В този процес важно място е отделено на екипа – общо практикуващ лекар и сестра При нея се търси личната мотивация, на сестрата, лекаря и на индивида в дадена насока за промяна в мисленето с цел укрепване на позитивното здраве.

В научната литература здравното възпитание се определя като процес и дейност за развиване и усъвършенстване на физическото и психическото здраве на индивида.

Съдържанието на **здравното образование** и възпитание е необходимо да формира : знания, умения и нагласи за избор на здравословен начин на живот, включващ здравословно хранене; двигателна активност; превенция

на наркомании, тютюнопушене и злоупотреба с алкохол; здравословно сексуално поведение; психично здраве и междуличностни отношения; оказване на първа помощ при злополуки, бедствия и аварии; умения за адекватно реагиране в екстремални условия; подготовка за семеен живот и родителство[6,22]. Здравното възпитание на обществено ниво зависи от нивото на образованост на населението.

Таблица № 4- модел на здравно възпитание. /по М.Ингросо/

Типове модели / Критерии	Инструктивен	Съпричастен	Прмотивен
1.Обсег на целите	Вторична профилактика	Първична профилактика	Промоция на здраве
2.Концепция за здравето	Статично “притежание” на здраве	Статично “битие” на здраве	Динамично “производство” на здраве
3.Тип на взаимоотношение	Трансмисия /обучаван – обучаващ/	Размяна /експерт-клиент/	Взаимодействие /изпълнител-изпълнител/
4.Форма на взаимоотношение	Фиксирана асиметрия	Допълваща асиметрия	Допълваща симетрия
5.Тип на процеса	Инструктивен	Освобождаващ	Еволютивен – усъвършенстващ
6.Цел на лекцията	Защита /избягване на риска/	Протекция /оптимизиране на средата/	Изобретяване /шанс за самоинициатива и развитие/
7.Логичен път на обучението	Нулев /нова информация, без промяна: програмирана инструкция	Първи /промяна в отговора: решение на проблема	Втори /промяна в посоката на алтернативите: обучение в учене/
8.Обект /единица на въздействие/	Член на рискова група	Член на хомогенна група	Взаимоотношение то “Индивид - среда”

9.Комуникация	Еднопосочна	Двупосочна	Общуващо динамично взаимодействие

Стратегическа цел на националната здравна политика на всяка страна е подобряване на здравето на населението.!

Ето защо в Националната здравна стратегия на България, която очертава перспективите за развитие в здравеопазването до 2020 г., са намерили отражение ретроспективния, ситуационния и проспективния анализ на здравето на нацията и са определени здравно политическите цели и приоритети на Р България. В Националната здравна стратегия на България е отчетено, че начина на живот определя (в зависимост от възрастта и пола) в 40 – 53% състоянието на човешкия организъм (позитивно и негативно по отношение на здравето). Като неблагоприятни фактори за здравето на нацията са посочени: тютюнопушенето, злоупотребата с алкохол, злоупотребата с наркотични вещества, рисковото сексуално поведение, нерационалното и не балансирано хранене, ниската физическа активност и психосоциалния стрес [21].

ВТОРА ГЛАВА

ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

1.Цел на изследването

Изготвяне на концептуален план за мениджмънт на затлъстяването, препоръки за промотивно здравно въздействие и превенция, чрез проучване на социално - здравните аспекти на затлъстяването

За реализация на така формулираната цел си поставихме следните **задачи:**

1. Определяне значимостта на социално-здравните рискови фактори за изява на затлъстяването
2. Определяне степента на информираност на болните със затлъстяване за социалния характер на заболяването
3. Проучване нивото на здравни познания сред студенти относно факторите за поддържане на здравословно телесно тегло, както и нивото на здравна образованост
4. Проучване ефективността на здравните грижи
5. Проучване методите и средствата, които могат да въздействат за поддържане на здравословен стил на живот;
6. Определяне на вида профилактични мероприятия, необходими при контрол и самоконтрол на затлъстяването
7. Изготвяне препоръки и модел на концептуален план за промоция на здравословно поведение и превенция на затлъстяването в по-ранна възраст от развитието на човека

Методика

В изпълнение на целта и поставените задачи се проведе задълбочено анкетно проучване сред хоспитализирани пациенти в УСБАЛЕ- „Акад. Ив.Пенчев"–МУ , София и амбулаторноболни в Медицинския център към националнат база на Университетската болница- за период от 4 години. Ползвани са данни от обстойни клинични изследвания и съвместно с екип бяха обхванати 138 лица на различна възраст- разделени по пол, възраст, индекс телесна маса, наследствена обремененост, по отношение на затлъстяване, дислипидемии, повишени стойности на артериално налягане и т.н /както и 2 анкетни карти –въпросник за болни и за студенти/.

Използвани са документален метод, анкетен метод и методи за математико-статистическа обработка на резултатите.

Методиката на анализа включва теоретична интерпретация и анализ на основните компоненти, свързани с промоцията на здраве, дейността на медицинските служби в България по отношение превенцията, възпитанието, профилактиката на затлъстяването, както и практически анализ – емпирично социологическо изследване – анкета по отношение анализ на мнението на пациенти за ролята на медико-социалните им проблеми по отношение превенцията, възпитанието, профилактиката на затлъстяването

Формулярите за информирано съгласие са съгласувани с данните на Морално-етичния кодекс на водещи национални експерти - Проф. д-р Ц. Воденичаров и проф. д-р Сашка Попова.(37)

Проведените анкети са анонимни. Спазени са морално етичните норми при провеждането й, съгласувано с нормативите на Хелзинкската Конвенция за правата на човека. Анкетите са стандартизирана, като отделните въпроси са ясни и кратки на достъпен език, отговорите са дадени в определена последователност. От анкетираните се изискваше да посочат според тях верния отговор или да допълнят информация за тяхното качество на живот. Вероятността за повлияване на резултатите при писмената анкета е по-малка в сравнение с устната форма. Повишава се достоверността и обективността на нашите данните. В изследването сме използвали и голям арсенал документи на здравното заведение- рецептурна книжка, лична амбулаторна карта, еволюция на заболяването и

усложненията му, данни на диспансеризацията при изява и на др социалнозначими заболявания.

Основни хуманни подходи

1. Индивидуализиране на здравните грижи;
2. Уважение към автономността на, със зачитане на неговите предпочитания и ценности;
3. Отчитане на био-социалните аспекти на болния човек и комплексно оценяване и разрешаване на свързаните със здравето проблеми;
4. Прилагане на функционален подход при оценяване на здравните му потребности;
5. Прилагане на рисков подход при организиране на грижите за разнородната по своите нужди популация;
6. Използване на подходи за промоция на здравето и профилактика на основни заболявания, ограничаващи автономността;
7. Мултидисциплинарен подход и работа в екип при разрешаване на комплексните здравни проблеми.

Проучването включва динамично проследяване на някои основни показатели: артериално кръвно налягане, холестерол, триглицериди, ИТМ тегло, % мастна тъкан, урина, наблюдения и събеседване за хранителните им навици, вредни навици- тютюнопушене, алкохол, зависимости и т.н. За извършване на лабораторните изследвания е използвана лабораторията към Университетксата болница и Медицинския център.

. Инструментариум - Регионалното разпределение на мастната тъкан е изключително важен аспект на затлъстяването, определящ честотата и тежестта на проявление на съпътстващите заболявания. Най-достъпният и общоприет показател за това е **индексът на телесна маса - ИТМ.** Този индекс обаче не дава никаква информация относно количеството мастна тъкан и което е по-важно, къде е локализирана тя в тялото.

Разпределението на мастните депа може да бъде по-добър индикатор за смъртността, отколкото ИТМ. Натрупването на мастна тъкан в абдоминалната област е атерогенен тип затлъстяване и по-често се усложнява със сърдечно-съдови заболявания и захарен диабет.

То е известно като андроидно (централно) затлъстяване и е свързано със значително повишен здравословен риск в сравнение с гиноидното (крушовидно) затлъстяване.

Поради тази причина определянето на ИТМ най-често се съпровожда от измерване обиколката на талията

Индекс на телесна маса (ИТМ), известен и като индекс на Кетле, т.е. теглото в килограми към ръста в метри на квадрат (м^2).

$$\text{ИТМ} = \frac{\text{Телесна маса (кг)}}{\text{Ръст в м}^2}$$

Тогава, когато **ИТМ е под 18,5 се говори за поднормено тегло.**

Нормалното тегло е индекс на телесната маса – между 18,5 и 24,9.

Към това трябва да се стремим, ако искаме да сме здрави, ако искаме да изглеждаме добре не само през лятото, а въобще.

Когато индексът на телесна маса е от **25 до 29,9 са говори за наднормено тегло**.

В тази зона ние можем да вземем мерки, да намалим излишните килограми с подходяща диета, с физическа активност или с други средства и да не допуснем затлъстяване.

Класификация на СЗО според ИТМ

Категория	**ИТМ**
Ниско телесно тегло	**≤ 18.5 кг/м2**
Оптимално телесно тегло	**18.5 – 24.9 кг/м2**
Наднормено телесно тегло	**25 – 29.9 кг/м2**
Затлъстяване I степен	**30 – 34.9 кг/м2**
Затлъстяване II степен	**35 – 39.9 кг/м2**
Морбидно затлъстяване III степен	**≥ 40 кг/м2**

1.Нормалната телесна маса (без проблеми за здравето) се смята при индекс между 20 и 25. Изследванията в някои райони на България показват, че ИТМ – 20-25 имат 31,5% от мъжете и 41,1% от жените; с ИТМ

над 30 са 19,8% от мъжете и 21,4% от жените. Установено е, че ИТМ нараства с възрастта, по-изразено сред жените, отколкото сред мъжете.

2 **Разпределението на мастните депа** може да бъде по-добър индикатор за смъртността, отколкото ИТМ : натрупването на тлъстини в областта на корема е атерогенен тип затлъстяване и по-често се усложнява със сърдечно-съдови заболявания и захарен диабет.

Работна хипотеза

Целенасоченото изучаване на хранителното поведение дава основни насоки на образованието относно храненето и здравето за подпомагане на усвояването на здравословни навици, като съществени фактори за предотвратяване на наднорменото тегло и затлъстяването.

Обект на изследването

Обект на изследването е хранителното поведение, информираност и здравните знания за факторите, които определят здравословния стил на живот на хората, нивото на здравна образованост относно здравословното хранене и двигателната активност

Място и време на провеждане- Изследването се проведе през месец март 2010-2014 г.

Извадка-Анкетирани са общо 138 болни сас затлъстяване и 144 студента, 1-ви и 2-ри курс от МУ - София

Методи за събиране и обработка на информацията.

- Документален метод – проучени са национални и европейски документи, отнасящи се към изследването;
- Социологически метод – анкетно проучване чрез частично стандартизирана анкета с общ въпросник. Анкетата е писмена и анонимна, съставена от закрити и открити въпроси /*Приложение 1*/. При съставянето на анкетната карта е взета предвид експертната помощ на специалисти от здравната и образователната практика със значителен опит. В началото на изследването експериментаторът обясняваше целта на провеждането на това анкетиране, като инструкцията не надхвърляше предварително написаната анкетната карта. При въпроси от страна на изследваните лица, експериментаторът отговаряше

информативно, но ненасочващо по отношение на отделните отговори в анкетата и въпросника.

- Методи за обработка на получената информация.

Обработката на данните е извършена с пакета приложни програми SPSS /Statistical Package for Social Science/. Програмата е статистически пакет за обработка и анализ на социологически данни.

За обработка на данните се използвани следните статистически методи:

- Честотен анализ на качествените променливи, който включва изчисляването на абсолютни честоти, относителни честоти (в проценти) и комулативни относителни честоти (в процент).
- Вариационен анализ на количествени признаци. Чрез него са изчислени средни стойности, стандартно отклонение, стандартна грешка.

Анализ на резултатите

Задълбоченият анализ и проведените от нас комплексни наблюдения, анкетиране ни дават основания за анализ и дискусия. Под формата на събеседване се информирахме за:

Еволюцията на увеличение на телесната маса при обхванатите лица – кое считат за нормална и наднормена телесна маса, съобразно техният ръст и пол.

Какво диетолечение е проведено, удовлетвореност от лечението?

При 80% от анкетираните болни е налице удовлетвореност от проведеното лечение – посочват подобряване на качеството на живот, възможност за самостоятелно обслужване.

Част от наблюдаваните лица – 30% , обединени по пол и възраст в рамките на една година променят диетата и лечението си.

Наднормено телесно тегло при 70% от жените и 61% от мъжете. При тях установихме, че повишеното кръвно налягане и наднормените стойности на триглицеридите са пряко свързани със ***затлъстяването*.**

Повишен кардиогенен риск се установи при 45% жени и при 39% от мъжете с висок процент мастна тъкан.

Една част от анкетираните лица около 45% с напредване на възрастта, в периода след пенсиониране активно търсят лекарска / медицинска помощ. Съобщават за отклонения в много от изследваните показатели – повишаване на арттериалното налягане, кръвната захар, пикочната киселина, повишени стойности на холестерола, триглицериди.

На въпроса удовлетворени ли сте от качеството на живота си, една част отговориха положително, а другите около 60% отрицателно. При тези от лицата, които живееха самостоятелно по принуда се наблюдаваха промени в психо-соматичното поведение, до степен на интровертираност.

Проучването и анализа на хранителните навици сред наблюдаваните лица показва, че: 25% - пропускат сутрешната закуска,42% - имат висока консумация на тестени и захарни изделия, 20% - съобщават за късен час на последно хранене след 22ч,13% - прекомерна употреба на сол и мазни храни

След провеждането на анкета (виж Приложение 1) бяха отчетени следните резултати. На въпроса „Имате ли отклонения в стойностите на артериалното налягане?” 85 % имат повишено кръвно налягане, 15 % нямат. На въпроса „Имате ли фамилна обремененост-родители, брат/сестра със затлъстяване или захарен диабет?” 43 % имаха фамилна обремененост, а 57 % не съобщават. На въпроса „ Чувствате ли се напоследък по-изморени” 67 % - чувстват умора , 33% не чувстват промяна. На въпроса „Имате ли увеличение на теглото през последните месеци?” 13 % имат, а 87 % не споменават. На въпроса „Имате ли повишен апетит през последните месеци?” 19 % имат, а 81 % нямат. На въпроса „Имате ли затруднения в зрението?” 79 % имат проблем, а 21 % не са отбелязали. На въпроса „Имате ли болки в ставите , чувство на студенина в стъпалата?” 23 % имат оплаквания, а 77 % нямат. На въпроса „Имали ли сте повишена кръвна захар при предишни изследвания или при предишни заболявания - (напр. установена висока кръвна захар в хода на др. заболявания-пневмония, съдов инцидент, операция,)?” 36 % - да, 58 % – нямат а останалите не са обръщали внимание.

Комбинацията от мултифакторна генеза повишава опасността от заболяване до няколко пъти.

1.Хранителен фактор, който може да бъде неутрализиран, коригиран ако човек има изграден здравословен режим на хранене. **Алиментарните фактори** – протеините на кравето мляко /b-лактоглобулин/ и говежди серумен албумин, а напоследък се обвинява и а-казеина. Приема се, че внасянето им още преди 3 месечна възраст на детето води до развитие на затлъстяване и понякога диабет у генетично предразположени индивиди.

2. На второ място от алиментарните фактори се считат **нитрозосъединенията в храната.**

3.**Екзогенните фактори** – социално икономически и психо-емоционални фактори, най-вероятно на базата на повишаване на инсулиновите нужди и на съществуващата тясна връзка между нервната, ендокринната и имунната система.

Отчитаме провокиращата роля на **стресовия фактор** – остър/хроничен психо-емоционален стрес, при изявата на затлъстяването, безработица, пенсиониране и др./. Известна е **наследствената предразположеност** и тя трябва да бъде отчетена при много обичайни жизнени ситуации: например при встъпване в брак, при планиране на семейството. Ако наследствеността е свързана със затлъстяване, то ние трябва да подготвим хората за това, че те се намират в "рисковата група".

Нашите проучвания посочват **комплекса от социално-здравните рискови фактори,** тъй като проследяването на един фактор не винаги е водещо или определящо. Отчитаме, че факторите са взаимосвързани., като ефекта на действието на другите ко-фактори подсилва или намалява силата на връзката.

При 60% от жените, които употребяват контрацептивни средства и са пушачки, вероятността за изява на сърдечно-съдови и мозъчни нарушения са налице, паралелно с повишения *серумен холестерол, артериалната хипертония и тютюнопушенето*. Това наше становище съвпада с изнесените данни на Националната кардиологична асоциация.

Нашето проучване ясно доказва, че затлъстяването често се асоциира с рисковите фактори на ИБС- диабет, промяна в метаболизма на липидите, липопротеините, начина на хранене, хипертония, тютюнопушене.

Медико-социалните грижи за болните със затлъстяване са изпитание за толерантността на обслужващия персонал. Те често се съпровождат и от значително психо-емоционално натоварване.

Професията на медицинските и социални специалисти е дълбоко хуманна, но тя може да постави личността в противоречие. От една страна, това е приспособяването към непрекъснато изменящите се изисквания и проблеми, свързани с дейността, а от друга страна, е личното удовлетворение от пълноценната професионална реализация, от оказаната помощ на пациентите и от постигнатите терапевтични резултати

Медико-социалните грижи за тези пациенти имат свои особености, свързани с патологичните процеси. Те придават своя специфика в клиничното протичане на заболяванията, на терапевтичното въздействие и резултатите от лечението при лицата от високите възрастови групи.

За оказването на ефективни медико-социални грижиза този контингент болни са необходими специални познания относно - особеностите в клиничните прояви и спецификата на еволюцията на болеста; -

-за био-психо-социалните фактори, оказващи влияние върху здравето и болестта на пациента, за мултидисциплинарния, комуникативен подход и др.

В този смисъл предоставянето на съвременна образователна подготовка е една от предпоставките за понижаване на професионалния стрес и за постигане на необходимата им компетентност при осъществяването на качествени медицински и социални грижи за този контингент от населението.

В съвременните условия в България с възприемането на принципите на пазарната икономика, на нови и по-високи критерии за качество на грижите се поставят все по-високи изисквания към здравните и социални специалисти. В тази насока обаче е необходимо да се предприемат незабавни организационни промени и управленски действия за създаването и прилагането на ефективна мотивационна стратегия за подпомагане на медицинските и социалните специалисти при осъществяването на тяхната хуманна професия.

С напредване на възрастта се появяват и други т-нар Възрастово-обусловени болести; като заболяемостта се характеризира с: --Променена реактивност при боледуване; -Повишен риск за определени заболявания с характер на хронична, множествена патология.

Нашите данни от настоящето проучване на социалното и здравното състояние на респондентите показват, че две и повече хронични заболявания имат 29,3% от лицата във възрастта 55-64 г., като ко-морбидността нараства три пъти и в повече , а делът нараства до 39,4% в групата над 75-годишна възраст.

Функционалната дееспособност на лицата със затлъстяванеза справяне с основните ежедневни дейности представлява тяхната компетентност да полагат грижи за себе си и да извършват самостоятелно *шест* базисни дейности- хранене, къпане, обличане, използване на тоалетната, лягане и ставане от леглото, контрол над тазовите резервоари (инконтиненция).

Инструменталните ежедневни дейности са необходими за автономното съществуване и адаптиране на индивида към жизнената среда – например пазаруване, ползване на обществен транспорт, приготвяне на храна, почистване на дома и др.

Справянето с тях поставя комплексни изисквания към физическите и психически възможности на хората с патологична наднормена телесна маса, отчита взаимодействието на индивида със средата и се засяга при по-леки нива на дисфункция. Автономността на болния човек със затлъстяване се ограничава също от възрастово-обусловените и патологични нарушения на сетивните органи и подвижността, които увеличават риска за падания и счупвания, когнитивни и емоционални нарушения, социална изолация и институционализиране.

Затлъстяването е свързано и с увеличаване честотата на психичните нарушения, от които първостепенно значение имат депресията и деменцията. Депресията засяга 10-15% от популацията над 65г., по-често е при жените. Загубата на брачен партньор и самотното живеене са свързани с по-висок риск за депресия. Друго сериозно психично заболяване, провокирано от затлъстяването е деменцията, която засяга около 5% от лицата на 65г. и над 20% от лицата над 75 г. Тежките дементни състояния с напредване и на възраста правят напълно зависими болните от чужда помощ.(Нашите данни съвпадат с тези на Савова З.)

Потреблението на здравна помощ се променя с напредване на възрастта. Най-високи нива на потребление се установяват за лицата между 65 и 68-годишна възраст. В старшите възрастови групи се наблюдава ограничаване на ползването на здравна помощ.

Основните здравни потребности на болните със затлъстяване се задоволяват от лечебните заведения за първична здравна помощ- около 25% до 40% от всички посещения в амбулаторията на общопрактикуващия лекар. Ние установихме, че при този тип патология, с напредване на възрастта нараства и неотложната необходимост от медицинска помощ и здравни грижи и в дома, като повече от половината реализирани домашни посещения от общопрактикуващия лекар са при лица над 68 г. С напредване на възрастта ние наблюдаваме намаляване на честотата на консултациите със специалист, особено и по-възрастните болни хора, живещи в селата. Наблюдаваме ограничаване честотата на хоспитализациите, но нараства средния престой в стационара. Наблюдаваме, че водещи причини за хоспитализации са съпътстващите болести на нарушения метаболизам на организма – на сърдечно-съдовата

система, травмите и злополуките, хроничните дихателни заболявания, неврологична симтоматика -Picquik syndrome, гастроентерологични, кожни и др., Те са провокирани от основното заболяване –затлъстяването.

Установихме промяна на социалните позиции и роли на личността, която поражда редица проблеми на социалното битие. Сред тях основни са проблемите за икономическото състояние и финансовите ресурси,често безработица, жилище и битово устройство на дома, търсене на ниски етажи, необходимостта от помощ и подкрепа в ежедневието, социалните контакти и взаимоотношения.

Здравната помощ за тези болни се осъществява от лечебните заведения за извънболнична и болнична помощ, от клиничните специализирани звена към висшите медицински училища.

Общопрактикуващият лекар има решаваща роля в организирането, провеждането и координирането на комплексните здравни грижи за болните със затлъстяване. Той им осигурява основния пакет медицински дейности, гарантирани от Национална Здравно Осиурителна Каса.

Основна цел на здравната помощ за хората със затлъстяване е съхраняването на добро ниво на физическо и психическо функциониране, позволяващо автономен и независим от чужда помощ живот за колкото е възможно по-дълго време.

В условията на ограничени ресурси за здравеопазване винаги трябва да се прави избор между алтернативни стратегии за подобряване на здравето. Новото обществено здравеопазване предлага широка основа за описание, изучаване и въздействие върху състоянието на здраве и болест.
Съвременният подход за подобряване здравето и профилактика на заболяванията се базира на т.нар. Lifespan approach- непрекъснато полагане на грижи и осигуряване на необходимите здравни услуги през целия живот на човек. Този подход е дава възможност за изясняване възникването и развитието и на други хронични заболявания, с увеличен риск от преждевременна смърт с натрупване на ефектите на неблагоприятните фактори /природни и биологични фактори/.

Установихме, че 54% от наблюдаваните респонденти имат сходен начин на живот, но здравното състояние на отделните членове на обществото се различава съществено.

Наблюдава се изразен пик - 38% от изследваните жени в изявата на затлъстяването през климактериума. Това се отнася особено при жени с намалена до липсваща функция на женските полови хормони. Това от своя

страна допринася за увеличената периферна инсулинова резистентност и така може да провокира възникването и на други болести – напр.захарен диабет.

Направените от нас проучвания дават ясна картина, че има тенденции към увеличаване на заболяемостта. Причините за това трябва да се търсят в различните комплексни фактори- ендо-фактори, екзо-фактори, средови фактори.

Затлъстяването е хронично, но обратимо, /дори и частично/ по еволюция заболяване.

Ние считаме, че са необходими непрекъснати активни социално-здравни грижи, мотивирано участие на пациента, за да се превантират острите фази и да се намали риска от коварните дегенеративни усложнения .

Затова затлъстяването, се разглежда като независим високостепенен сърдечно-съдов рисков фактор. От друга страна, затлъстяването е част от т.нар. ***метаболитен синдром*** – кумулация на рискови фактори за сърдечно-съдов риск - артериална хипертония, дислипопротеинемия, захарен диабет тип 2, провокиращи изявата на атресклерозата .

Централният тип затлъстяване води до т-нар инсулинова резистентност. , като това са най- важните фактори за развитие на *метаболитен синдром* . Този тип затлъстяване води след себе си повишени стойности на артериалната хипертония, нарушения в обмяната на мастите и **е независим рисков фактор** за развитие на сърдечно-съдови усложнения.

Централният тип затлъстяване се открива лесно, с помощта на метър и измерване на обиколката на ханша и талията.

От получените анкетни данни можем да твърдим, че около 68 % от анкетираните лица са предразположени към развитие на метаболитен синдром.

За метаболитен синдром говорим при наличие на три или повече от посочените показатели

- **Висцерално затлъстяване – обиколка на талия >94 cm при мъже; >80 cm при жени**
- **Артериално налягане ≥130/85 mmHg-**
- Кръвна захар на гладно ≥5,6mmol/l, гликиран хемоглобин- HbA_1C над 6,5 %.
- Триглицериди > 1.7 mmol/l
- HDL-холестерол <1.0 mmol/l при мъже и <1.3 mmol/l при жени

Хранителните навици са предпоставка за възникване на метаболитни нарушения, както и риск за повишено кръвно налягане и затлъстяване. Дискусията и интерпретацията на анализа от нашите данни за храненето очертава една неблагоприятна характеристика.То е свръхмастно, с висок енергиен внос от мазнини - над 30% , има изразен дисбаланс между приема на белтъчини, мазнини и въглехидрати, прекалена употреба на захари и захарни изделия**.**

Необходимо е отстъпление от тези вредни културални корени на храненето, навлизане на съвременните норми на здравословен начин на живот.

Тъй като не случайно сме избрали УСБАЛЕ „Акад.Ив. Пенчев", като национален център, ние си позволихме да приемем, че различията в заболяемостта и смъртността от затлъстяването в различните региони на страната се свързват не само с приема на мазнини. Те са пряко свързани с различията в нивото на плазмените липоразтворими природни антиоксиданти, приемани с жълтите и зелените плодове и зеленчуци, растителни масла и животински продукти – мляко, яйца, субпродукти и др.

Физическата активност заема съществено място на балансьор за здравето. Данните от анкетното проучване показват обратна зависимост между индекса на физическа активност и риска от сърдечно – съдови усложнения и захарен диабет.

Ефекта от фунционалното физическо упражнение е насочен върху затлъстяването и калорийния баланс, като подтиска апетита и увеличава калорийния разход в условията на нормален дневен режим.

Умерената физическата активност опосредства връзката си посредством намаляване на кръвното налягане, серумния холестерол и индекса на телесна маса.

Значителна част от анкетираните (55,2 %) не са удовлетворени от **1.труднодостъпната специализирана извънболнична медицинска помощ и преди всичко от 2.нейната организация**, от **3.свободния достъп** до нея и съответно от **4.нейната своевременност**.

Заедно с това известна част от анкетираните пациенти **не дават позитивна оценка на промяната в качеството на болничната помощ** през последните години, в които е реализиран началния етап **от здравната реформа в страната..**

Тези данни, съвпадат с данните на някои други автори, /Ц.В., В. Б. / , че в процеса на организационната промяна в здравеопазването има сериозни проблеми и че за тяхното решаване е необходим перманентен професонален и обществен дебат. Организационната промяна не е едномоментен акт и тя се нуждае от динамичен мониторинг и коригиращи решения за постигането на определените цели.

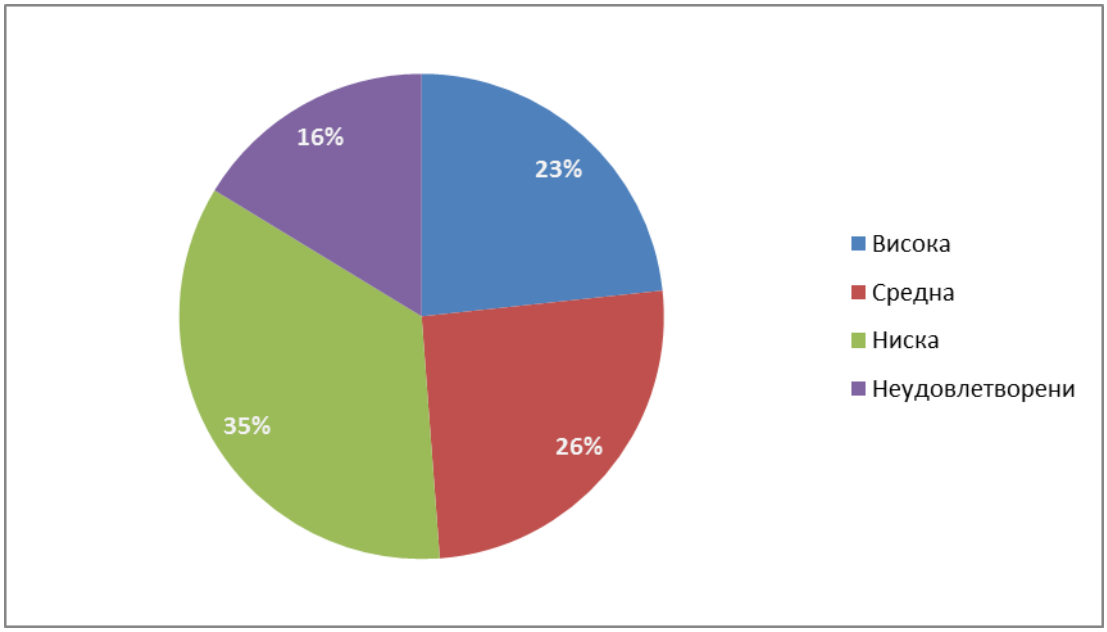
Представените данни са достатъчно основание за необходимостта от съществено подобряване на управлението и организацията на болничната помощ у нас във всичките й аспекти – достъпност, своевременност и качество. В този контекст е наложителна и адекватна промяна на нормативната база на лечебните заведения, както и на Закона за здравното осигуряване за гарантиране на достъпността на населението до здравни услуги с определени качествени стандарти.

Табл. 5. Удовлетвореност от извънболничната спецализирана помощ

<u>Въпрос:</u> Каква е вашата обща удовлетвореност от извъболничната специализирана медицинска помощ (ДКЦ):

О т г о в о р и:	Процент
Висока	23
Средна	26
Ниска	35
Изобщо неудовлетворен	16
Всичко	100,0

Фиг. 2. Удовлетвореност от извънболничната специализирана помощ



На фигура 2 е представена общата удовлетвореност на пациентите с патологично наднормено тегло от извънболничната специализирана медицинска помощ. Вижда се, че значителна част от анкетираните не са удовлетворени от този вид помощ и преди всичко от нейната организация, от свободния достъп до нея и съответно от нейната своевременност. Това поставя сериозни управленски и организационни проблеми пред целия сектор на извънболничната помощ – първична и специализирана, които са взаимно свързани и зависими една от друга.

Общото впечатление на пациентите със затлъстяване за промяната в качеството на болничната помощ е представено на Табл. 5 . Вижда се, че повечето от анкетираните преценяват, че качеството в една или друга степен се е подобрило (общо 55,7%). Но същевременно следва да се има предвид, че според останалата част от пациентите (44,3%) в болничната помощ има известно влошаване.

Фиг. 3



Независимо че този проблем изисква специално проучване, представените данни са достатъчно основание за необходимостта от съществено подобряване на управлението и организацията на болничната помощ у нас във всичките й аспекти – достъпност, своевременност и качество.

Относно контрола за повишаване качеството на медицинската помощ повечето от анкетираните считат, че **контролът на НЗОК е формален** и не влияе съществено върху качеството на оказваната извънболнична помощ на населението.

Целесъобразно е нормативната база да повиши възможностите на здравно осигурените лица за по-широк свободен избор на здравно-осигурителен фонд**. В тази насока с оглед преодоляване монопола на НЗОК е необходимо ускореното създаване на предпоставки за по-широко развитие на доброволното здравно осигуряване в нашата страна, като важна и равнопоставена подсистема на единната национална здравно-осигурителна система.**

На базата на анализираните от нас данни достигнахме до следните конкретни заключения изводи:

I. Затлъстяването се оказва най- честата причина за изява на:

1.*Атеросклероза* – частична или генерализирана, клинично изявена в различни форми и обем **, Хипертония - като *Сърдечно-съдови усложнения* или *Мозъчно-съдови усложнения***

2.Обменно-метаболитни- захарен диабет тип2,

3.Метаболитен синдром

4.Неврологични усложнения-

Засягане на ЦНС,

Засягане на периферна невропатия -дълбока, смесена, сетивна

Засягане на вегетативната нервна система- Ентеропатия, /Запек/диарии, Съдови игри- лабилен пулс, лабилно кръвно налягане, ортостатизъм, изпотяване, зачервяване

5.*Сензорни усложнения*

- намален слух и визус/зрение

II. Затлъстяването, като нозологична единица води до трайни физически и психологически промени, обособени в комплекса:

1.*Психосоматични отклонения*

2.*Соматопсихични отклонения*

III. Считаме, че мултифакторните генеза на затлъстяването, като интегрално, социално-здравно заболяване, предизвиква значителни икономически проблеми пред индивида, социума и обществото ни.

IV. Високият процент на изява на затлъстяване при лицата със, инактивитет, нездравословно хранене в съчетание с комплекса от останалите ендогенни, екзогенни фактори на риска и околната среда, определят тежестта на усложненията и инвалидизацията с особена социална значимост.

V. Профилактиката и превенцията са от съществено значение, с цел предпазване от заболяване или ранно диагностициране.

Особено внимание обръщаме при предразположените лица, с увеличената телесна маса, тяхното своевременно откриване, адекватно лечение , редовно диспансерно наблюдение, сериозно отношение от страна на болния.

Едни от причините за нарастващата заболеваемост ние откриваме преди всичко в урбанизацията и индустриализацията, водещи до повишени токсични въздействия, острия стрес и промяна в начина на живот и хранене през последните десетилетия. Отдаваме сериозно внимание на по-широкото разпространение на хроничния стрес, особено сред децата в градовете, изкуственото хранене на кърмачетата, приемане на повече мазнини и рафинирани въглехидрати, емиграционните процеси, демографската катастрафа на българското население и др.

Затлъстяването е социално- хронично заболяване, което изисква големи разходи за системния му контрол, за съвременното му комплесно лечение -диетолечение / което е скъпо!/, активен /оптимален двигателен режим, скъпоструващи медикаменти, както и за евентуално настъпилите усложнения. Здравното обслужване на такива пациенти поне 2.5 пъти повече от това на здравите им връстници. В съчетание със захарен диабет се нареждат на трето място по разходи, след раковите и сърдечно-съдовите заболявания. Успешно лечение понякога е възможно чрез подходящ двигателен режим, съчетан със строго индивидуална диета, в която се изключва приемането на бързоусвоими захари и се намаляват до минимум животинските мазнини. Набляга се на бавноусвоимите въглехидрати, каквито има в пълнозърнестите храни (около 60% от дневния калориен баланс), растителни мазнини (10-30% от калориите за деня), плодове, зеленчуци, ограничени количества млечни продукти (например 100 г. сирене дневно). Диетата се провежда продължително време,/ Понякога до края на живота на човека!/., с оглед подобряване качеството на живот и удовлетвореност.

Съобразно данните от проучването установихме, че по- важни фактори от епидемиологична гледна точка при затлъстяването са следните:

1.*Повсеместност* - поради голямото разпространение на *затлъстяването*

2.*Възрастова граница* – най-висока е заболяемосста във възрастта след 45г -65г.

3.*Разпределение по пол* – по-често засегнати са жените след 45г

4.*Географско разпределение* – най-широко разпространено е заболяването в София – това се дължи на пренаселеността, а най-ниска зона на разпространени има в Смолян, Кърджали.

Последните факти се обуславят и от демографските вкл.миграционните процеси в България .

От анкетните данни по- голям процент от участниците отбелязват, че зеленчуците могат да се приемат в неограничени количества. Лекуващият екип съвместно с болния определя индивидуалното количество въглехидрати необходимо да се приема ежедневно и как да се разпределя. Освен това трябва да се ограничи приема на мазнини, особено животински, защото те предразполагат към увреждане на съдовете, особено в комбинация с тютюнопушене.

От анкетираните 65% заявяват, че имат редовна физическа активност – туризъм, разходки, фитнес и др.; 23% - нередовно извършват физическа дейност, поради немотивираност, липса на свободно време; Останалите 12% изпълняват елементарни физически упражнения, поради настъпилите усложнения на опорнодвигателния апарат, моторни и др

Редовната *физическа активност***, като ефективен метод на лечение** подобрява е изключително полезна за здравето– според възможностите им разходка на чист въздух, работа в градината, екскурзия в планината, спортуване, ако позволява функционалния статус и възраста .

Данните от нашето научно проучване съвпадат с националните и световните измерения и категорично доказа, че консумацията на ниско-мастни продукти като зърнени и бобови храни, риба, зеленчуци и плодове намаляват с значително / в 35 % /риска от метаболитен синдром, имат благоприятен ефект върху обиколката на талията, повишеното артериално налягане, стойностите на триглицеридите и холестерола. Затова диетолечението е изключително препоръчително, доказало ефективността си , като част от структурата на *цялостната програма за редукция на затлъстяването.*

При 35% от болните имаше редукция на теглото с 4-5%, като хората успяваха да го задържат. Неделима част от програмата за редукция на теглото и намаляване риска от настъпване на трайни усложнения е редовната физическа активност, около 1000 м сепарирано / нееднократно ходене пеша, дневно. Около 25% от активните пушачи редуцираха броя на изпушените цигари, благодарение на активната физическа дейност и здравословния режим на хранене.

Следващия въпрос е до колко такъв тип болни се чувстват информирани от лекаря си по здравни въпроси. По-голямата част от пациентите смятат, че получават информация за опазване на здравето

си - 77,7%. Въпреки това, не е малък процента и на тези, които мислят, че не им се предоставя достатъчно информация по здравните въпроси - 22.3%.

Всъщност трябва да изсясним ролята на личният лекар. Той трябва да е готов да следи здравословно състояние на пациентите си. Винаги да се опитва да намери най-правилните решения за тяхното здраве и здравето на членовете на тяхното семейство.

Важно е да се знае, че всеки пациент трябва поне веднъж годишно да посети кабинета за контролен преглед, от който да се разбере какво е общото му състояние в този момент. За съжаление, някои пропускат да направят това.

При необходимост, всеки пациент получава допълнителни изследвания, които да дадат повече информация за тяхното действително състояние. Като могат да получат и консултации по телефона, когато състоянието им рязко се влоши и имат нужда от компетентно мнение. Личният лекар прави и домашни посещения.

Хроничната болест, като затлъстяването е предизвикателство не само за пациента, защото заплашва неговите интереси, но и за обществото. Проблемите, които трябва да се решават са социални и психологични, с оглед съхранение на болния като личност, улесняване на процеса на превъзмогване на болестта.

На базата на проведените задълбочени проучвания си позволихме да дадем препоръки за профилактика и промоция на това крупно социално-значимо заболяване **.**

Рискови фактори

- *прием на сол* - и чувствителност към усвояването на натрий (основен елемент в готварската сол) някои хора са по-чувствителни към приема на този елемент и той се задържа в по-голямо количество в техния организъм, което води до задържане на повече течност и до появата на повишено кръвно налягане.

- *намален прием на калий* - той е елемент, който има основна роля при баланса на количеството на натрий в клетките на организма. При намален прием или намалена задръжка на калий в клетките се натрупва

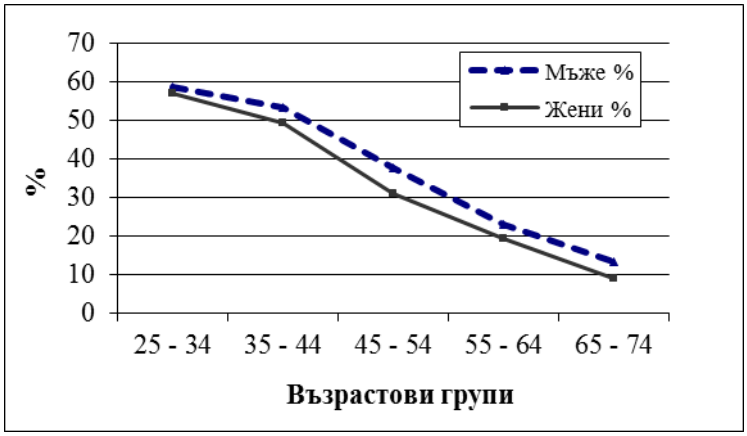
повече натрий и това води до задържане на повече течност и повишаване на кръвното налягане.

- *намалена двигателна активност* - при хора с ниска двигателна активност нараства рискът от наднормено тегло. Освен това често при такива хора сърдечната честота в покой е по-висока от физически тренираните и това води до по-голям сърдечен дебит и повишено артериално налягане в покой.

- *повишено ниво на холестерол и мастни киселини* - това благоприятства отлагането на тези вещества върху стените на артериалните съдове (т.нар. атеросклеротични плаки), което прави стените нееластични, резистентни на натиск и води до повишаване на кръвното налягане.

- *тютюнопушене* - веществата в цигарения дим стимулират процеса на отлагане на атеросклеротични плаки по стените на артериите. Никотинът има и свойството да свива кръвоносните съдове.

Фигура 4. Разпределение на пушачите – мъже и жени според възрастта



- *злоупотреба с алкохол* - механизмът, по който алкохолът предизвиква повишение на кръвното налягане, не е изяснен, но е доказано, че той директно уврежда сърдечния мускул.

-*Диз-стрес* - силният психо-емоционален стрес може да доведе до драматично повишение на артериалното налягане. Основна, но не единствена роля в това, играе хормонът адреналин, който при стрес се отделя в голямо количество в организма. Той предизвиква усилване на сърдечната дейност и свиване на артериалните съдове, което повишава кръвното налягане. Хроничното излагане на висок стрес в по-голяма степен води до развитие на артериална хипертония. Вероятността за нейната поява се повишава и при някои хронични метаболитни нарушения като захарен диабет, подагра и др.

Водеща роля за разрешаване на здравните и социалните проблеми на този контингент болни има екипа от лекар, медицинската сестра, социалния работник, семейството и обществото. Съществено място заемат масовите профилактични прегледи, известни като скринингови изследвания, съпричастност към заболяването, страданието на болния и неговия мироглед.

Единственото необходимо ако не да спре, то поне да намали темповете на растеж на смъртността от социално –значимите заболявания е промяна в начина на живот на индивидите и ограничаване на въздействието на рисковите фактори.

Като се обосноваваме на факта, че **профилактиката** е система от здравнообразователни, политически, правни механизми, които имат за цел намаляване на риска от появата на болестен процес, заболяване, травма, инвалидност или друго нежелано състояние, с оглед достигане на по-добро здраве на индивида, семейството, обществото като цяло, чрез създаване на необходимите за това условия, ние препоръчваме следните златни правила за здравословен живот:

Здравословно хранене – златни правила

1.Ограничете консумацията на мазнини, алкохол и цигари
2.Не консумирайте бързи захари и мед
3.Консумирайте ниско маслени млека.Отстранявайте видимата мазнина и кожа от месото.
4.Консумирайте безсолни храни.
5.Предпочитайте пресен плод пред сок или компот
6.Включвайте сурови и готвени зеленчуци ежедневно в менюто си
7.Количествата консумирани въглехидрати при основните хранения и междинните закуски трябва да са равни всеки ден.
8.Не пропускайте и не отлагайте хранене
9.При извънредна физическа активност приемайте допълнително въглехидрати
10.Белтъците и мазнинните не влияят на кръвната захар, но могат да повишат телесното тегло и риска от сърдечно-съдови заболявания. Ядките са висококалорични – избягвайте честата им консумация.

Първичната профилактика има необходимост от добра социално-здравна политика, тя е ориентирана към цялото общество и подобрява условията на живот. Има значение преди всичко за факторите, водещи до отключването на необратимия болестен процес.Включва всички мерки за намаляване до минимум на първичната заболяемост, чрез намаляване на рисковете за възникване на заболяване - тютюнопушене, нездравословен начин на хранене, прекалена употреба на алкохол, факторите на околната среда и т.н.

С оглед дискутираното **ползите** от профилактика за :

- *човека и семейството* – намаляване на финансови разходи, предотвратяване настъпване на заболяване;
- *обществото* – осигуряване на по- добро качество на живот на популацията,от което следва работоспособна и здрава нация;
- *държавата и обществото имат икономически и социални ползи;*

Нашите препоръки за профилактиката и превенцията на затлъстяването, особено при по-къснен етап от еволюцията му представен, като метаболитен синдром или в съчетание сас захарен диабет тип2, както и характерните усложнения е насочена към спиране на прогресирането на вече появило се заболяване.

Съществена е ролята на социално- здравната система при провеждането на профилактични прегледи и скринингови програми - ефективна лечебно- профилактична и социално- медицинска дейност на съответните звена, провеждане на здравно- възпитателна, педагогическа дейност с болните с цел изграждане на здравословен стил на живот.

Вниманието е насочено към *първичната профилактика- и промоциране на здравето.* Това е най- значимта и съществена тежест на преблематиката, най- ефективна и най- трудно постижима. За да има здрава нация е необходима <u>висока здравна култура</u> на населението и <u>добра материална осигуреност</u>, което за съжаление в нашата страна все още не е достигнато.

Наблюденията показват, че и в нашето общество има групи семейства и индивиди, чийто шанс за бъдещо заболяване, смърт и злополука са по-големи в сравнение с останалите (хиперактивни лица, високо-рискови, възприемчиви и т.н.). Предразположението към затлъстяване е резултат от притежаването на известен брой взаимодействащи си характеристики: биологични, генетични, поведенчески, на околната среда, психо-социални, които взети заедно съставляват особен риск за бъдещо здраве или заболяване.

Превенцията на затлъстяването, като хронично неинфекциозно заболявания е свързана с доброто познаване на епидемиологичните данни , профилактиката, ранното диагностициране, своевременно съвременно индивидуално диетолечение и комплексен терапевтичен подход, наблюдение и възстановяване на определена остатъчна или тотална трудоспособност. Тя е насочена към намаляване на заболеваемостта и инвалидността, както и към увеличаване броя на практически „излекуваните” болни със затлъстяване.

<u>Профилактичните дейности за социалната и здравната стратегия, промоция на здравето на хората , представляват подходите и начините за решаване на социално- здравните приоритети</u>. Подходите могат могат да бъдат насочени към лицата, към цялото ни общество.

Профилактиката трябва да стане действително общодържавна политика, насочена към индивида, семейството и цялата ни нация.

Превенция на обществото от затлъстяване, като социално-значимо заболяване, чрез повишаване на здравната култура, чрез системен здравен контрол.

Предпоставка за успешна профилактика е ресурсната обезпеченост- финансова, човешки ресурс.

Профилактиката се състои в поддържане на *здравословен диетичен, хигиенен и професионален режим,* избягване на тютюнопушене и злоупотреба с алкохол, упражняване на полезна физкултура и спорт, включително разходки, туризъм, отстраняване на състояние, водещи до психо-емоционален стрес. Целесъобразно е поддържане на подходящо нормална телесно тегло и наблюдение върху стойностите на артериалното налягане.

Тъй като артериалната хипертония е основният рисков фактор за развитие на тежки сърдечно-съдови заболявания като сърдечен инфаркт и мозъчен инсулт, които са на първите места като причина за смъртност в повечето развити общества (вкл. и в България), диагностицирането, лечението и предотвратяване на появата й са от изключителна важност и са държавен приоритет в здравеопазването.

Артериалната хипертония е едно много сериозно заболяване. За съжаление то е изключително широко разпространено и крие висок риск от развитие на тежки усложнения.

Постиженията на съвременната медицина и особено достижениета на социалната медицина в тази област са големи, но само заедно с отговорното съдействие на всеки един застрашен или страдащ, могат напълно успешно да се справят с този здравен проблем.

Медицинските грижи за болните хора със затлъстяване включват няколко годишни задължителни контролни прегледа. Хронично болните се диспансеризират и наблюдават периодично от ОПЛ самостоятелно или със/от специалист в зависимост от състоянието

Превенцията и контролът на затлъстяването, съпътващите болести и техните усложнения и инвалидизация остават едно от най-големите световни предизвикателства пред общественото здравеопазване.- Мозъчно и сърдечно-съдовите заболявания са водеща причина за преждевременна смърт и инвалидност в развитите страни. Въпреки значителното намаление на сърдечно-съдовата смъртност в много от страните през последните три десетилетия (за разлика от България, където тя се повишава постоянно) се счита, че тя ще стане водещата причина за смърт сред развитите нации до 2020 г.[19] През последните 50 години много от подлежащите на

въздействие рискови фактори бяха идентифицирани, някои от които са общи за повечето неинфекциозни заболявания. Същевременно само малка част от тях се разглеждат като значими на популационно ниво като високото кръвно налягане,най-често в съчетание със затлъстяване, ,нездравословно хранене и инактивитет, дислипопротениемиите и тютюнопушене. На теория и практика всеки един от тези основни рискови фактори може да бъде контролиран, както на индивидуално, така и на популационно ниво.

Основните рискови фактори са разпространени както в развитите така и в развиващите се страни сред всички социални слоеве и са с подобна обществена значимост за различните нива на икономическо развитие. Счита се, че те обясняват около 75% от случаите на сърдечно-съдовите заболявания. Това показва потенциала на възможната превенция на мозъчно и сърдечно-съдовата епидемия. Усилията за намаляването на тези основни рискови фактори са значителни и вече ефективни в развитите страни.

Обменно-метаболитните заболявания / в частност затлъстяването /, са важна тема за научно изследване и дискусия поради техния:

- Висок процент на инвалидизация, леталитет и смъртност.
- Хронично протичане, с честа висока загуба на трудоспособнаст
- Трудности в овладяването и нормализиране на телесната им маса с помощта на скъпоструващи терапевтични средства., нерядко и оперативни намеси на храносмилателната система.
- Високите материални и социални загуби, до които водят.

Оценката на риска се базира на хипотезата, че съществуват лица и групи от хора, чийто шанс да заболеят от сърдечно-съдово заболяване е по-голям в сравнение с останалите лица и той зависи от наличието на редица рискови фактори, които се намират в различни взаимоотношения.

Ролята на здравословното хранене при хората със затлъстяване :

- Осигуряване на подходящо хранене за поддържане на нормално телесното тегло, на здравословен апетит, и профилактика на болести и

усложения (вкл. Остеопороза, фрактури (счупвания на кости), анемия, диабет, сърдечносъдови заболявания, рак).

- Коригиране на съществуващи хранителни дефицити. Нарушеното хранене може да е причинено от бедност, депресия, употреба на голям брой лекарства, трудности в придвижването. Коригиране на ненаучно базирани „рестриктивните“ диети, предлагани от немедицински лица – диетолози или специалисти т. нар.-„шамани“
- Осигуряване на подходящ храни, поради извесни променив във вкуса, особено с напреднаве на възрастта
- Осигуряване на храни с подходяща твърдост за зъбния статус. Да се изключват твърди храни, трудни за дъвчене.
- Достатъчно течности през деня, особено при по-възрастни хора с известни смущения на усета за жажда.
- Да се подпомага социалното обкръжение (кой пазарува, готви, как са финансите, има ли хранения извън къщи?).
- Да се окуражава физическата активност, особено упражнения за равновесие, работа в градина, разходки, пазаруване, туризъм и др.
- Да се избягва самотата, изолираността.

Достъпността на болните с патологично телесно тегло до медицинско обслужване понякога е пълно с ограничения.

Ниския жизнен стандарт принуждава те да прибягват до „диетолечение“ чрез самолечения поради психична нагласа или недоверие. Социално-медицинския подход при обслужване на този контингент от болни следва да бъде съобразен с богатата патология и ограничените им функционални способности.

Основните насоки на здравното обслужване при този тип болни с патология на сомата са:

- профилактика на заболяванията-ранно откриване за да бъдат разрешени
- профилактика на преждевременното остаряване
- продължително медицинско обслужване
- първична медицинска помощ
- разрешаване на здравни проблеми

Здравното обслужване трябва да се осъществява така, че да не се допуска ятрогения, плавна промяна в начина им на живот

Водещи принципи при осъществяване на здравна помощ за болните с патологична телесна маса включват:

- Индивидуализиране на здравните грижи;
- Уважение към автономността на заболелия човек, със зачитане на неговите предпочитания и ценности;
- Отчитане на био-психо-социалните аспекти на здравето на хората със затлъстяване и комплексно оценяване и разрешаване на свързаните със здравето проблеми;
- Прилагане на функционален подход при оценяване на здравните потребности;
- Прилагане на рисков подход при организиране на грижите за разнородната по своите нужди популация на хора със затлъстяване;
- Използване на подходи за промоция на здравето и профилактика на други основни заболявания, ограничаващи възможностите за независим живот;
- Мултидисциплинарен подход и работа в екип при разрешаване на комплексни здравни проблеми.

Медицински услуги:

- 24-часово медицинско обслужване;
- Консултации от ОПЛ;
- Стоматологична, психиатрична и психологична помощ
- Физиотерапия, рехабилитация и масаж;

Социални услуги:

- Административно обслужване;
- Работа с инструменти;
- Социално-правна защита;
- Медицинска и социална рехабилитация;
- Осигуряване на възможност за участие в обучителни медицински и социални програми;
- Решаване на конфликти;
- Индивидуални консултации;
- Контакти с близките и семейството;
- Социална подкрепа;
- Организиране на трудотерапия;
- Организиране на свободното време;
- Културни и спортни мероприятия;
- Екскурзии, честванията, тържества.

Допълнителни услуги

- Библиотека;

- Фризьор и бръснар;
- Шивашки услуги;
- Помощ в поддържането на личната хигиена.

СОЦИАЛНИ ПРОБЛЕМИ, КОИТО ЧЕСТО СЕ СРЕЩАТ ПРИ болни с патологичен обезитет.

Повечето от социалните проблеми на тезие хора се дължат на липсата на:

- Увереност
- Социални контакти и изолираност
- Сигурност;
- Дейности, осмислящи ежедневието
- Не могат да водят ежедневни дейности, свързани с личната хигиена и домакинската работа, поради нежелание, породено от безпомощност или настъпила депресия;
- Живеят при нехигиенизирани условия;
- Често са лошо облечени, цялостното им поведение води до появата на различни заболявания и хронифицирането им.

• Имат нарушение на действените способности - сръчност и координация на по-сложните движения;

• Имат снижена психична активност, намалена зрителна и слухова острота. Забавени реакции;

• Живеят в социална изолация и губят чувство за значимост;

• Не спазват лекарските предписания /поради липса на достатъчно финансови средства/, което води до допълнително усложняване на общото им здравословно състояние, т.н. пациентски грешки. [10]

• Намалението на слуха е едио от най-често срещаните състояния, засягащи тези болни хора. Трудно комуникират и следват съветите на лекаря и мед.сестрата.

• Болката често е причина за поведение.

Лекарят и медицинската сестра, трябва да предложат емоционална подкрепа на пациентите, да следят за психическото им здраве и поддържане отблизо за медицински условия, които бързо могат да се появят при пациенти особено в напреднала възраст.

Лекарският екип трябва да бъде в състояние да се координират със семействата на пациентите си съответните дискусии, здравни насоки и др и понякога те работят рамо до рамо със семейството грижат се, за

обучението, за да им помогне да се грижат за членовете на техните семейства.

Ако се вземат нужните мерки, е възможно значително да се облекчат някои страдания и проблеми, както на болните със затлъстяване, така и на близките им, които се грижат за тях.

Какви са основните принципи при обгрижването на такива болни хора?

1. Искрена съпричастност. Те често са по-чувствителни към отношението към тях от страна на околните.

2. Движение. Според анкетираните хора със затлъстяване и физически увреждания 70% категорично са заявили, че нямат нужда от допълнителни медицински грижи, а 30% са сметнали, че имат нужда от допълнителни грижи.

Докато пациента може да се движи, той успява в голяма степен и да се самообслужва. При принудителна имобилизация или постелен режим неговата прогноза се влошава. Поради това трябва да се правят значими усилия болния да не престава да се движи. Да му се окозва помощ при раздвижване, Да използва помощни средства като бастун, патерици , проходилки и др.

Специфични грижи и съвети към тази категория болни с влошено здраве на базата на патологично наднормено тегло и техните близки за справяне с различни ежедневни трудности.

За тях е най-важно да постигнат самостоятелност в ежедневието. За тази цел трябва да се обучат да извършват следното: самостоятелно ставане и лягане в леглото; самообслужване при извършване на личния тоалет (миене, бръснене); обличане и събличане; самостоятелно хранене; самостоятелно ходене, или ако това не е възможно, с използване на бастун или друго помощно средство.

Лекарят / ОПЛ /специалист /предписва индивидуална диета на пациентите в болницата, а медицинските сестри имат възможност за оказване на ежедневно грижи за пациентите, и когато пациентите нямат достъп до лекар за съвети по отношение на храненето. Дори и в болниците, където има лекари и диетолози, сестрите са тези, които са денонощно с пациентите и могат най-добре да ги насърчават по отношение на храненето

и приемането на течности. Сестрите трябва да могат да дават съвет по отношение на изискванията към избора и приготвянето на храната.

Анкетно проучване със студенти

Формирането на човека като личност е сложен и продължителен процес, който започва с неговото раждане и продължава поне до пълната му зрялост [3]. Преходът от детство към активна и зряла възраст включва промени в биологичното, когнитивното и социалното развитие.

Важен биологичен процес при развитието на съвременните деца е т. н. – ускоряване - акцелерация (от лат. acceleratio ускорение). Периодът на работоспособността се удължава, започва по-рано и завършва по-късно.

Акцелерацията в ръста и теглото се съпровожда с ускоряване и на половото съзряване, което отчитме като положителна тендинция в общата еволюция на човечеството Тъй като половата принадлежност дава отражение върху физическото и психическото развитие на индивида, върху изграждането на материалното, духовното и физическото С особена значимост стои въпросът до каква степен се отчита това обстоятелство при анализа на възпитателния и образователния процес, насочен към цялостното личностно развитие на човека и неговото поведение.

Юношите, девойките и младежите не само преживяват биологични промени, но претърпяват и когнитивни промени - психични процеси, които имат отношение към мисленето и решаването на проблеми [].

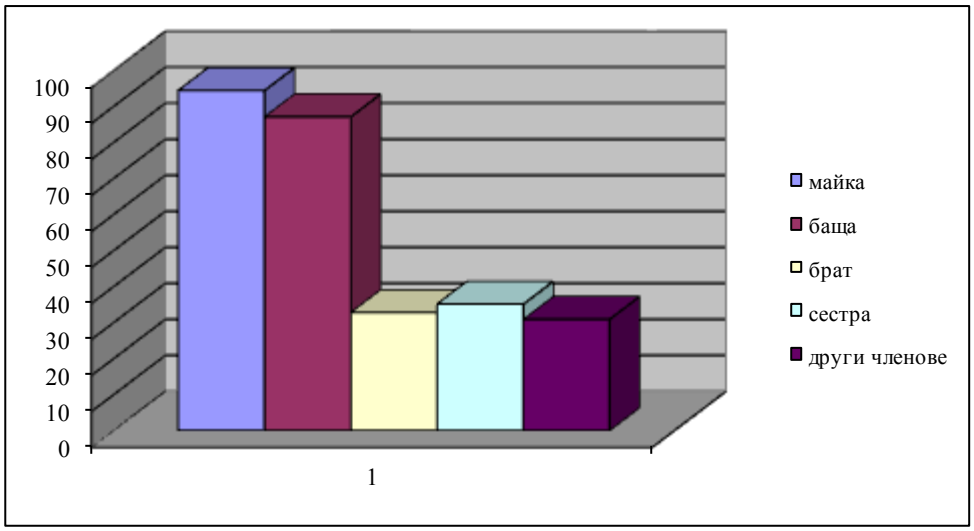
Изборът ни да направим второ анкетно проучване във възрастта още от 19 години е свързан именно с изброените по-горе промени в психофизическото развитие на младежите идевойките :

- ускорен физически растеж;
- значителни психологични промени;
- постепенно намаляване на влиянието на семейството;
- нарастване на влиянието на приятелите и колеги в университета;
- повишени възможности за усвояване на голяма по обем и различна по характер информация;
- необходим и подходящ етап за повишаване на здравните знания, интериоризирането им и превръщането им в мотиви за здравно отговорно поведение.

Семейната среда има решаващо значение за формирането на хранително поведение и здравословен стил на живот сред младото

поколение. Затова се насочихме първо към установяване на хранителното поведение на семействата

Най-голям процент от изследваните живеят с родителите си, по-малка част живеят само с майките си, следвани от такива, които живеят с бащите си, а най-малък процент - с баба и дядо. В семействата 67,9% имат две и рядко повече деца, при 33,1% имат само по едно дете.



Фиг.4.Влияние на семейната среда

Таблица 6. Навиците в семейството свързани с храненето

Храните ли се със семейството си?

Не отговорили	0,8%
Само в почивните дни	43,9%
Винаги, когато сме в къщи	29,4%
Не	23,2%
Всеки се храни, когато реши	2,7%

Върху храненето на студентите съществено влияние оказват вкусовите предпочитания на семейната кухня и неговите /собствени / финансови възможности.

Таблица 7. Вкусовите предпочитанията на семейството по вид храна

С повече сол	18,4%
С повече мазнини	8,4%
Предимно сладки неща	68,1%
Сухи храни и сандвичи	52,4%
Супи и готвени храни	54,2%
Зеленчуци и плодове	61,9%
Ядки	28,8%

Студентите дават повече от един отговор.

Резултатите показват, че най-голяма е консумацията на плодове и зеленчуци 61,9%, супи и готвени храни 54,2% , сухи храни и сандвичи - 52,4%. Негативен е фактът, че в 18,4% от семействата предпочитат солени храни, което е предпоставка децата да усвоят вредните хранителни навици на родителите си, които в бъдеще трудно могат да бъдат коригирани.

Навиците, усвоени в семейната кухня за употребата на сол, са представени на таблица 6.

Таблица 8. Навик да се подсолява храната допълнително

Не отговорили	2,1%
Не	57,9%
Да	39,8%

Тревожен е фактът, че 39,8% от респондентити съобщават, че подсоляват допълнително ястията. Това предполага, че нездравословното хранене е наложено от другите по-възрастни членове на семейството като модел, който служи за подражание и създава навици за рисково хранително поведение. В бъдеще то трудно може да бъде коригирано и е предпоставка за възникване на сърдечно-съдови заболявания в по-късна възраст.

Относителният дял на младежите, които солят допълнително храната си, е по-висок от този на девойките, но няма статистическа значимост /. /p>0,05/.

Таблица 9. Таблица 3. Навик да се досолява храната допълнително

Не отговорили	2,1%
Не	57,9%
Да	39,8%

Повече от половината от анкетираните (68%) отговарят, че има връзка между прекомерната употреба на сол и различни заболявания. Висок е е делът на тези, които посочват като последващо заболяване високо кръвно налягане и бъбречни заболявания

Повечето от студентите обичат и консумират сладки изделия, но прекомерната им употреба води до наднормено тегло и затлъстяване. Интерес представлява какви са знанията на студентите относно консумацията на захарните изделия, представени на таблица 8.

Таблица 10.. Консумацията на захарни изделия

Консумирате ли често сладкарски изделия	
Не	17,4%
Да, защото са вкусни	73,4%
Да, защото се полезни	2,6%
Да, защото само тях предлагат наоколо	3%
Да, защото	1,4%
Не отговорили	2,2%

Значителен е броят на изследваните (73,4%), които съобщават, че консумират захарни изделия, защото са вкусни. Много добър показател е, че много малко от тях (2,6%) ги консумират, защото са полезни, което говори, че учениците имат информация за вредата от прекомерната употреба на захарни изделия. При разговор с анкетираните се установява, че честите реклами по телевизията, свързани с ниско калорични бонбони и дъвки без захар също са допринесли за информираността им по въпроса.

Напоследък все повече се дискутира въпросът за качеството на храните, предоставяни от студентския бюфет или столова. Преобладаващата част от тях не съответстват на изискванията за здравословно хранене.

Таблица 11. Възможности за здравословно хранене в/около университета

Какви храни имате възможност да консумирате в/около университета ?	
Предимно захарни изделия	17,4%
Тестени изделия /сандвичи, кифли, банички и други/	7,4%
Супи и готвени храни	43,1%
Зеленчуци и плодове	52,4%
Ядки	54,2%

Таблица 12. Здравни знания на анкетираните студенти относно ползата от разнообразни храни за техния организъм

Кои храни са полезни за младия организъм /може и повече от един отговор/?	
Мляко и млечни продукти	76,3%
Месо	48,8%
Риба	49,5
Яйца	28,7
Мазнини /маргарин, мас	6,6%
Варива /боб, грах, леща	23%
Ядки /орехи, фъстъци, бадеми и др./	27,9
Хляб, зърнени храни и тестени изделия	27,7%
Плодове	76,1%
Зеленчуци	71,5%
Всички изброени, добре съчетани	8,2%
Не зная	2,2%

Основно правило в науката за храненето е, че то трябва да доставя на организма много разнообразни вещества (растителни и животински). За да се осигури пълноценно хранене, човек трябва да приема ежедневно по един или няколко продукти от посочените групи. По такъв начин

храненето отговаря на всички изисквания на съвременната наука за храненето .

Отговорите на въпроса ни дават богата информация за знанията на студентите, свързани с ползата на видовете храни. Положителен е фактът, че само 2,2% от изследваните не са запознати с това какви храни са полезни за подрастващия организъм. Нисък е относителният дял (8,2%) на тези, които приемат, че за подрастващия организъм са полезни, но добре съчетани всички изброени групи хранителни продукти. Като най-необходими храни за младия организъм са посочени млякото и млечните продукти - 76,3%, плодове 76,1% и зеленчуци 71,5%. Това е добър показател, защото изброените продукти са необходими и полезни за тях. Нисък е процентът на анкетираните, които посочват като необходими хранителни продукти месо (18,8%), риба (49,5%) и особено яйца (28,7%), а това е групата от храни, доставящи така необходимия белтък за организма, което също показва една незапълнена ниша по отношение на промоцията на здраве.

Само 5,6% от изследваните лица приемат мазнините като полезни за развитието на организма. Изключването на мазнините крие рискове за детския организъм, особено в пубертета.

Варивата /боб, грах, леща и др./ не са толкова желани и най-често учениците свързват тяхната консумация с липсата на достатъчни собствени финансови средства или на семействата си.

Отговорите надвишават 100%, защото интервюираните дават повече от един отговор.

Има статистическа значими разлика по пол за знанията кои храни са полезни по отношение на млякото и млечните произведения, оценена с критерия на Фишер $p=0,038$. /$p<0,05$/

Отношението на студентите към необходимостта от разнообразна храна е представено на таблица 13.

Таблица 13. Знания за необходимостта от разнообразна храна

Не отговорили	3,5%
Не	4%
Не зная	26,6%
Да, защо според Вас	66%

Повече от половината респонденти (66%) са на мнение, че е необходима разнообразна храна, като доуточняването в свободните отговори показват,

че разнообразната храна е препоръчителна не само за внасяне на вкусово разнообразие, а е нужна като прием на разнообразни храни, които съдържат различни съставки, витамини и микроелементи, които са необходими за правилната обмяна на организма.

При анкетираните сдуденти 1/3 (34%) показва, нямат достатъчна необходимост от знания и имат потребност от повече информация.

Таблица 14. Знанията, на студентите за връзката между храненето и здравето

Има ли храненето отношение към здравето?	
Отговори	Процент отговорили
Не отговорили	3,6%
Не	7,1%
Не зная	20,4%
Да, защото	68,9%

Близо 3/4 от анкетираните имат знания, че съществува зависимост между храненето и здравето.

Това показва, че независимо от възрастта си младежите обръщат специално внимание върху храненето, дискутират помежду си, имат собствени становища и търсят вероятния отговор, който най-добре биха получили от една навременна информация по отношение на здравословното хранене.

Значително по-висок е процентът на девойките, които посочват, че има връзка между здравето и храненето, а при младежите преобладават тези, които считат, че няма връзка и незнаещите. Със статистически значима разлика по пол $p<0,05$/.

Таблица 15. Как студентите оценяват телесното си тегло

Как оценявате собственото си тегло?	
Не отговорили	4,5%
Под нормата	11,3%
В норма	73,6%
Над нормата	10,6%

Мнозинството студенти (83,6%) определят собственото си тегло в границите на нормата за възрастта и ръста си. Получените резултати са с близки и съизмерими стойности на подобни изследвания за страната.

От изследваните 10,6% са на мнение, че теглото им е под нормата, но това може да се дължи още на бързото им израстване на ръст в периода на пубертета им.

Според 10,6% теглото им е наднормено, получените резултати са близки и сравними с представителни проучвания за цялата страна.

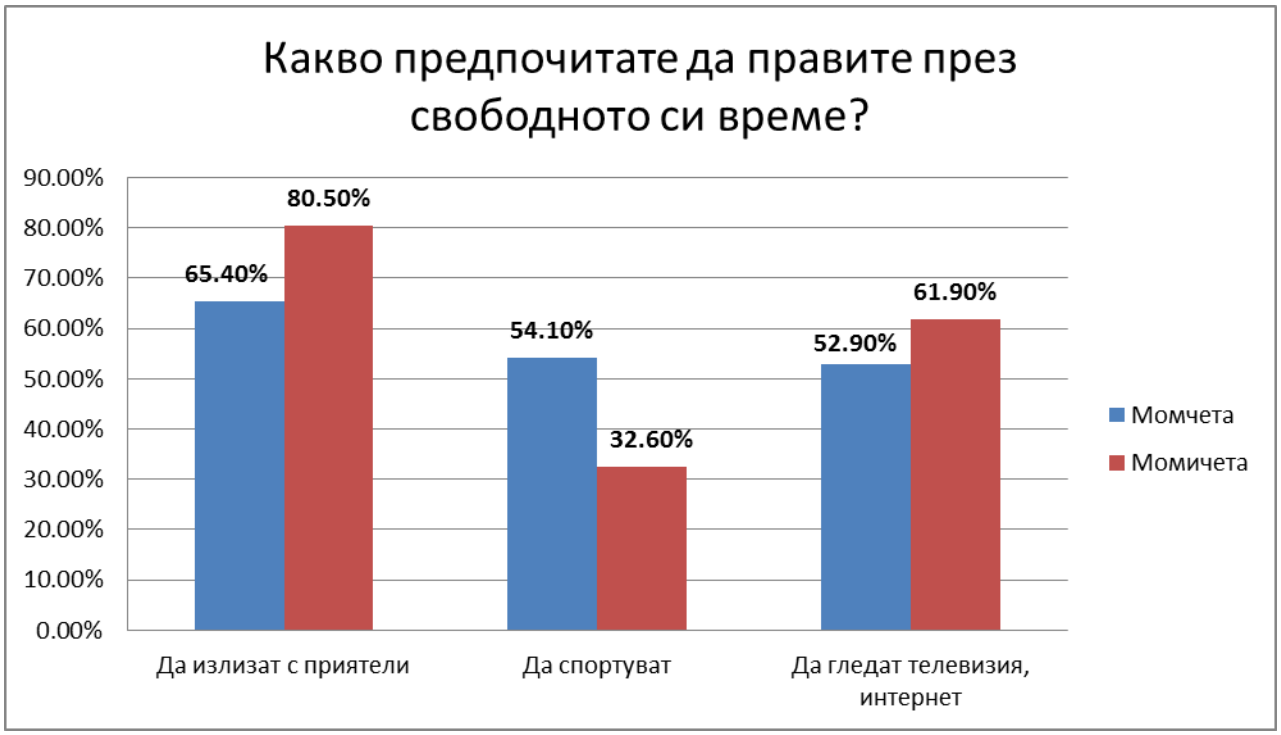
От анкетираните 5,5% не са отговорили, защото вероятно им е трудно да преценят към коя от групите да причислят теглото си.

Таблица 16. Предпочитанията на студентите за оползотворяване на свободното време

Какво предпочитате да правите през свободното си време /може и повече от един отговор/?		
№	Възможни отговори	Процент отговорили
1.	Излизам с приятели	73%
2.	Спортувам	43%
3.	Гледам телевизия, видео, кино	56,4%

Най-много предпочитат да излизат с колеги и приятели 73 %, където се чувстват комфортно.

Не е много висок относителният дял на спортуващите през свободното време (43%). Като режима и навиците за спортуване се формират още в детството и юношеството.



Фиг.5 Момичетата предпочитат да излизат с приятели и да гледат телевизия,интернет, а момчетата да спортуват.

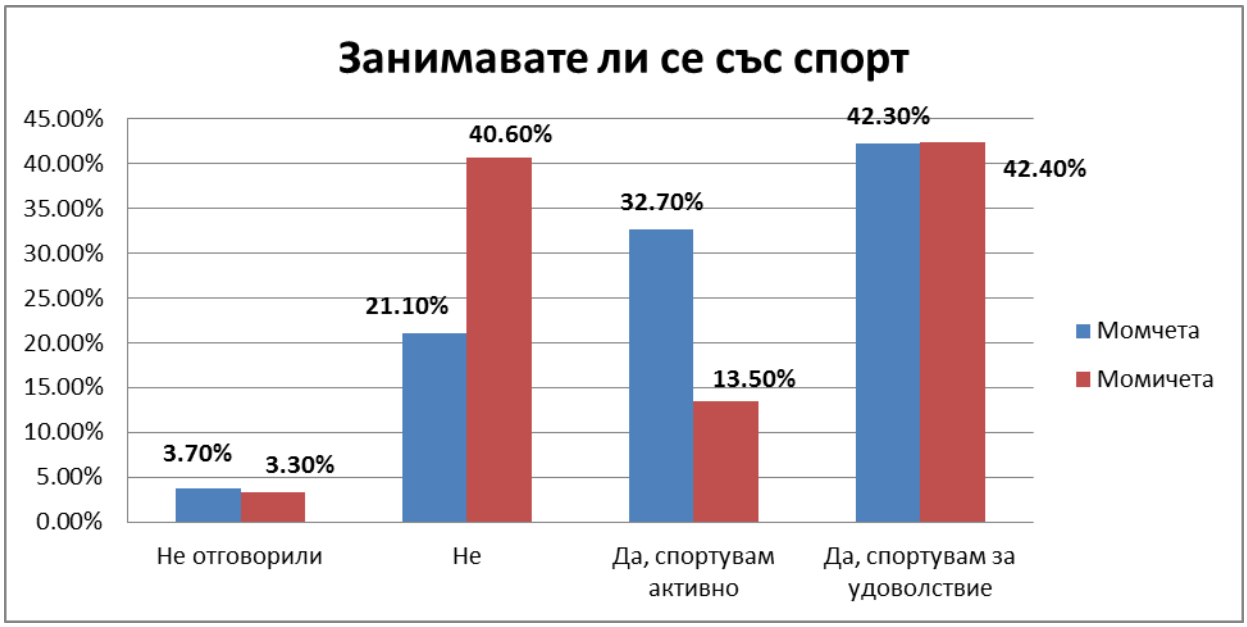
Таблица 17. . Отношението на студентите към спорта

Занимавате ли се със спорт?	
Не отговорили	3,5%
Не	30,8%
Да, спортувам активно	23,2%
Да, спортувам за удоволствие	42,3%

Най-голям е относителният дял на тези, които спортуват за удоволствие 42,3%, което е сравнително добър показател. Почти равни са числовите стойностите на спортуващите за удоволствие момчета и момичетата. Анкетираните студенти изпитват удоволствие от физкултурата, под формата на фитнес, танцови игри или атрактивни спортни занимания. Някои от тях споделят, че не спортуват активно, но отделят достатъчноот свободното си време за физически натоварвания и се движат достатъчно.

От активно спортуващите младежи са два пъти повече от момичетата, като в повечето случаи те имат намерение спорта в бъдеще да се превърне и в тяхна професия.

Девойките, които не спортуват изобщо са два пъти повече от младежите.



Фиг.6 Отношение на студентите към спорта

Интерес представляват любимите занимания в свободното време на останалите 31%, които не спортуват.

Отговорът на този въпрос е систематизиран на таблица № 20, в която 27% посочват, че предпочитат в свободното си време да четат книги, да гледат телевизия и да се събират с приятели.

Таблица 18. Занимания през свободното време на студентите, които не спортуват

Ако не спортувате активно или за удоволствие какви са причините за това /може повече от един отговор/?	
Свободното ми време е заето с подготовка за университета	23%
Свободното ми време е заето с допълнителни ангажименти	8%
Да спортуваш е скъпо удоволствие	9%
Предпочитам в свободното си време да чета книги, да гледам телевизия	27%
Играя гимнастика,танци у дома	34,%

Като преобладаващо предпочитание за прекарване на свободното време се очертава четенето на специфична литература в библиотеката, гледането на телевизия и срещите с приятели (27%). За 23%, свободното им време е заето с подготовка за университета, което показва, че учениците са претоварени със студентска подготовка на многоматериал. Сравнително малък е делът на тези (9,1%), които сочат финансови съображения като причина да не спортуват.

Ниска двигателна активност се установява и с отговорите на следващия въпрос, че туризма е инцидентен и много малко само 9,3% от студентите всяка събота или неделя са сред природата.

Таблица 19. Практикуването на туризъм от студентите

Занимавате ли се с туризъм?	
Не отговорили	3%
Не	25%
Много рядко	37%
По време на семестриална почивка	26%
Всяка събота/неделя	9%

Най-много (37%) от анкетираните много рядко през семестриалните ваканции имат възможност за туризъм, най-често се има предвид лятната почивка. Извод - хиподинамията е доста честа сред студентите.

Тревожен е фактът, че повече от половината от студентите (56,3%) предпочитат да гледат телевизия, видео и кино, което е една пасивна дейност, като получават значителна част готови знания, които в повечето случаи приемат безрезервно.

Негативният факт, че прекарват голяма част от времето си пред компютъра или телевизора се потвърждава и от отговорите на следващия въпрос:

Таблица 20. Времето прекарано пред телевизора

Колко време средно на ден гледате телевизия, видео,?		
№	Възможни отговори	Процент отговорили
1.	Не отговорили	3%
2.	До 1 час	14%
3.	От 2 до 3 часа	35%
4.	От 3 до 4 часа	20%
4.	Повече от 4 часа	30%

Получените резултати показват, че студентите прекарват значителна част от свободното си време в гледане на телевизия. Особено тревожно е, че почти 1/3 от тях гледат телевизия повече от 4 часа на ден. Информацията, фактите и събитията, които се показват по телевизията, не винаги е съобразена с детската аудитория.

По-голяма част от анкетираните 63% са на мнение, че съществува пряка зависимост и здравето зависи от поведението на човека.

Таблица 21. За връзката между здравето и поведението

Здравето зависи ли от поведението на човека?		
№	Възможни отговори	Процент отговорили
1.	Не отговорили	6,%
2.	Не	31%
3.	Да, защото…	63%

Положителна е тенденцията, че анкетираните студенти имат здравни знания за връзката между здравето и поведението, което предполага, че в някои случаи биха се замислили, че определено рисково поведение може да се отрази неблагоприятно върху здравето им.

Според от анкетираните 1/3 (30,8%) няма връзка между поведението на човека и неговото здраве.

Тези студенти нямат необходимите здравни знания и не биха положили усилия, за да водят здравословен начин на живот. Девойкитев по-често откриват връзка между здравето и поведението от момчетата.

Информация дали здравето според обучаващите се се явява фактор за реализацията в живота е отразена на таблица № 20 .

Таблица 22. Връзката между здравето и реализацията в живота

Здравето на човек явява ли се условие за реализацията му в живота ?			
№	Възможни отговори	Брой отговорили	Процент отговорили
1.	Не отговорили	11	7,9%
2.	Не	40	7,7%
3.	Да, защото…	94	84,4%

Според значителна част 84,4% здравето е необходимо, за да може човек да се реализира успешно в живота.

7,7% от анкетираните не откриват зависимост между здравето и успешната си реализация в живота.

В последните 10-15 години в живота ни масово навлезе ***рекламата,*** като тя ни съпътства почти навсякъде по телевизията, по радио, на билбордове, в пресата, на рекламни плакати разположени по сгради, превозни средства, пана и др. Най-честа и в повечето от случаите без да е желана е рекламата по телевизията. Тя оказва особено въздействие и оставя трайни следи в съзнанието особено, ако е направена добре и професионално.

Данни за възможността за въздействие на рекламите ни дава следващата таблица:

Таблица 23. Въздействието на рекламите върху стила на живот на студентите

Могат ли рекламите да ви накарат да живеете по-здравословно?	
Не отговорили	1,9%
Да	14,8%
Не	53,6%
Понякога	28,7%
Най-много ми харесва в рекламите и могат да ми повлияят…	1,1%

Мнозинството от респондентите (63,6%) са на мнение, че рекламите не биха им повлияли да живеят по-здравословно.

Значителна е частта на тези, които заявяват, че рекламите понякога могат да им повлияят да живеят по здравословно (28,7%), като това най-вече е свързано с качеството и ясното разбираемо послание, което е добре прието и оказва въздействие. За 14,8% рекламите могат да им въздействат винаги и да ги накарат да живеят по здравословно. Най-нисък (1,1%) е относителният дял на тези, които харесват рекламите и те могат да им влияят.

Рекламите влияят в по-значителна степен на девойките, отколкото на момчетата.

Много висок е делът на студентите(85,5%), за които здравето е една от основните човешки ценности. То е особено ценено в случаите на преживяно лично здравословно неблагополучие, тежко заболяване,смърт на член от семейството, от близки, приятели и т.н. /табл. № 22/.

Таблица 24. . Студентите категорично споделят здравето, като човешка ценност

Приемате ли вашето здраве като ценност?	
Възможни отговори	Процент отговорили
Не отговорили	2,2%
Да	85,5%
Не	6%
Не съм сигурен	6,3%

Въздействие за формиране на по-здравословен живот у студентите могат да оказват всички, с които те са в социални контакти. Резултатите са показани на таблица № 24.

Таблица 25. Кой от обкръжението на обучаващите се може да им въздейства най-успешно

Кой може да Ви окаже най-силно въздействие, за да живеете здравословно?	
Възможни отговори	Процент отговорили
Не отговорили	0,6%
Университетски преподаватели	61,8%
Родители	6%
Медицинските специалисти	17,6%
Приятелите	14,5%

Най-силно въздействие на учениците оказват преподавателите (посочен от 61,8% от изследваните).

На второ място са посочени медицинските специалисти (17,6%). Вероятно медицинските специалисти, които полягат грижи за тяхното здраве, са спечелили доверието им не само със специфичните здравни знания и умения, които притежават, но и с умението да се грижат и да проявяват емпатично поведение. В повечето случаи учениците са положително настроени към тях. За повечето от здравните въпроси медицинските специалисти са предпочитани като съветници и събеседници.

На трето място 14,5% са поставени приятелите. Учениците се чувстват най-добре приети и разбрани от собственият си приятелски кръг.

Там споделят свободно своите страхове и се стараят да получат информация по интересуващите ги въпроси. Ето, защо в световната практика особено по здравно образователни въпроси нализа един нов метод “Обучение на връстници от връстници”. Специално обучени ученици водят приятелски разговори със свои връстници по въпроси засягащи превененцията на заболяванията и промоцията на здравето.

Само 6% са посочили родителите, като личности, които могат да формират у тях здравословен стил на живот. Резултатите показват, че учителите не се ползват с голям авторитет от учениците по отношение на здравните знания. Вероятно поради спецификата на здравните проблеми и това, че децата не ги чувстват достатъчно близки.

По отношение на образованието и социалното положение от анкетираните **пациенти** преобладават хора с средно и висше образование, които са с положение „работещ” или „безработен”.

По въпроса за доходите в семейството имаме следните резултати:

Отговор	Резултати
"от 400 до 500"	12,2%
"от 500 до 700"	56,4 %
"над 700"	31,4%

По-голямата част от анкетираните са с доход около средномесечния за страната "300-500" - 56,4%. При семействата със стабилен постоянен доход, позволяващ осигуряване на добри битови условия (хигиенично жилище, подходящо обзавеждане и уют, спокойно без напрежение редовно и ритмично задоволяване на ежедневните нужди за отглеждане на здраво дете, пълноценна храна, облекло, литература, спортуване). Охолството и презадоволяването често водят до умствено изоставане, самонадеяност, недосегаемост и дори агресия.

Следващия въпрос е свързан с приоритета пред всеки един от анкетираните и резултатите са представени в табличен вид:

Отговор	Резултати
"здравето"	67,7 %
"семейството"	32,3 %
"професионално развитие"	0%
"пари"	0%

В обобщение- при провеждане на изследването се установи, че знанията на повечето студенти не са на необходимото ниво и са недостатъчни, Храненето им не е съобразено със съвременните норми и принципи за здравословно хранене . Двигателната активност на студентите е ниска. Голяма част от тях живеят нездравословно, а навиците които формират и липсата на режим на труд-учение и почивка , повишават вероятността от появата на социално значими заболявания в по-късна възраст.

Изводи

Основните изводи, свързани с проведеното изследване, могат да се резюмират по следния начин :

1. Анкетираните студенти не притежават достатъчно знания какви храни са полезни за техния организъм.
2. Храненето им не е съобразено със съвременните норми и принципи за здравословно хранене.
3. Традиционното досоляване на храната от повечето членове на семейството дава отражение и върху поведението на децата им като , повече от 1/3, от студентите досоляват храната си. Болшинството от тях не притежават знания за вредата от солта.
4. Нисък е процентът на бъдещите висшисти , които посочват като необходими хранителни продукти месо (48,8%), риба (49,5%) и яйца (28,7%).
5. Близо 2/3 от анкетираните студенти имат знания, че съществува зависимост между храненето и здравето, но за около 1/3 такава връзка няма.
6. Нисък е относителният дял на студентите, занимаващи се със спорт както активно, така и за удоволствие. Девойките, които не спортуват са два пъти повече от младежите
7. Най-предпочитаното информационно средство за получаване на здравни знания е телевизията (30,6%), следвана от интернет, специализирани ръководсдтва и учебници и печатни издания.
8. Близо 1/4 от анкетираните не отчитат зависимост между поведението на човека и неговото здраве, което е ясно доказателство, че нямат

необходимите здравни знания за следването на здравословен начин на живот.

Конкретните Изводи от настоящото научно проучване са база за изготвяне на препоръки за превенция на затлъстяването в младежка възраст.

1. Медицинските професионалисти да усъвършенстват и задълбочават своите познания за болестното свръхтегло с оглед подобряване на здравното обслужване в тази област.
2. Семейните лекари да бъдат по-сензитивни към проблемите на затлъстяването, за да съдействат по0активно за своевременното му регулиране.
3. Да се постави начало на здравно - образователни инициативи с цел повишаване на здравната култура на българското общество, да се предложат на обществото и гражданството модели за нов стил на живот, да се обучат болните със затлъстяване в практики за регулиране и контрол на телесното тегло. Тяхното огласяване е възможно чрез електронните медии, централния, местния и специализирания печат, чрез обучение на инструктори.
4. **<u>Небалансираното хранене</u> заема важно място в комплекса рискови фактори за здравето. Според международни проучвания България е сред 10-те европейски страни, чието население поема високо калорийна храна. Основен дял в структурата на потреблението на хранителни продукти у българина заема хлябът, захарта и животинските мазнини. Ниска е консумацията (особено през зимата и пролетта) на храни, съдържащи природни антиоксиданти (витамини и микроелементи). Традиционо високо е потреблението на готварска сол, което вероятно е свързано с високата смъртност от сърдечно-съдови заболявания.**
5. **Менюто на българите също не е здравословно. 37% от хората подбират храната си според вкусовите й качества За 48% закуската включва кафе, при 43% - готови тестени закуски. Почти 1/3 вечерят предимно със салата, пържени картофи и скара. На обяд този процент е по-малък. 43% от българите се хранят допълнително и между основните хранения. Обикновено консумират вафли, шоколад и солети.**

Прехранването, макар и важен фактор не е единствен за появата на затлъстяване. **Нередовното хранене** е една от основните причини за поддържане на **хиперфагия** и създаване на адаптационни пътища за складиране на големия приток храна, консумирана за кратко време. Рядкото и нерегулирано хранене възбужда хранителния център, поради което човек яде бързо и преяжда, тъй като чувството за ситост се получава по-късно при препълване на стомаха

Поведението в храненето при хора с наднормена телесна маса са продиктувани от настъпилите съществени изменения в храносмилателната система, от промените в обмяната на веществата, снижената активна двигателна дейност, климатичните условия, начина на живот, индивидуалните особености на всеки човек, както и някои други фактори от икономически и социален характер - лични доходи, навици, установени вкусови изисквания, религия, бит, привички, култура и др. особеностите в храненето на отделни групи от населението.

Ето защо диететиката поставя сериозни изисквания пред кулинарната обработка на храната. Тя трябва да бъде не само оптимално балансирана, но и лесно да се усвоява от организма. Това предполага, че една част от механичната й обработка трябва да се извършва предварително, което ще осигури условия за по-добро ферментативно въздействие. Патологичните промени в храносмилателната система довеждат до нейната недостатъчност. Това налага пълноценно осигуряване както на калорийните, така и на основните хранителни съставни.

С напредването на възрастта асимилационните процеси в организма отстъпват на дисимилационните.

Процесите на белтъчния синтез започват да отстъпват място на катаболитните, най-често след 25-30-годишна възраст, т.е. след пълното физическо развитие на човека. Белтъците имат едни от най-важните функции в организма - структурна, двигателна, защитна, ферментативна и др. Внасянето на оптимални количества белтъчини в старческия организъм е от особено значение. Категорично мнение обаче за денонощната нужда от белтъчини за старите хора все още няма.

Извършените досега проучвания върху особеностите на белтъчната обмяна в старостта са били посветени главно на промените в съдържанието на основните белтъчни продукти Препоръчва се около **40%**от консумираните белтъчини да бъдат от животински произход, като

30% от тях да бъдат под формата на млечни продукти, а останалите - **60%** от растителен произход. Нашиге дани напълно потвърждават такова становища

Важна особеност на храненето при затлъстели хора е, че то трябва да предотвратява развитието на преждевременната натология Провеждането на антиатерогенно хранене съвпада почти изцяло с основните принципи на съвременната диететика.

Редица експериментални проучвания и клинични наблюдения подкрепят становището за ограничаване на мазнините, средно 50-70 г дневно. Количеството на мазнините в общата калорийност на храната не бива да превишава 25%. Съвременните научни наблюдения обаче още не могат да установят от коя възраст да започне провеждането на по-строга "диета", т.е. ограничаване на мазнините.

Комплексната витаминотерапия, участващи в сложните ензимни системи довеждат до нормализиране на окислително-възстановителните процеси- подобрява обмена на медиаторите, хемодинамиката, в мозъка и съдовомозъчната реактивност. Под тяхно влияние се отбелязва и подобрена функционална дейност на храносмилателната система. Установява се подобрение в състоянието на зрителния орган, както и повишаване на зрителната острота. Витаминте влияят благоприятно и върху имунологичната реактивност у затлъстелите. До известна степен витаминте нормализират процетното отношение и съдържанието на холестерол в кръвта.

С витаминнияг недоимък се свързват някои съпътстващи състояния на кератози, болестни психични разстройства, промени в костите и др. При нарушен витаминен обмен или при хиповитаминоза клиничните атеросклеротични изяви и усложнения са по-чести Това обстоятелство налага включването на витамини в комплексната терапия на заболяването. Така например аскорбиновата киселина потиска био синтеза на холестерола и намалява неговото отлагане в артериалната стена. Тя подпомага нормалната обмяна на холестерола, неговата трансформация в жлъчни киселини и по-нататъшното им елиминиране от организма. Допълнителни изследвания доказаха, че необходимото количество за организма много зависи от комплексното осигуряване и на други витамини, главно от групата В. В същото време се открива и недоимък на тиамин и рибофлавин, които играят важна роля в протичането на енергетичния и пластичния обмен в организма. Такъв недоимък има често и при приемане то на тези витамини във физиологични стойности. За

тиамина се до-пуска, че са нарушени всмукването и утилизацията му в стомаха и червата.

Недоимъкът на рибофлавина с напредване на патологичните метаболитни процеси се обяснява с повишеното му отделяне в урината. Ролята на витамините върху еволюцията на заболяването съвпадат с тези на авторите от световните школи по метаболизъм и хигиена на храненето.. Благоприятното влияние на витамините е свързано не толкова с тяхното заместващо, колкото с фармакодинамичното им действие.

Витамините в качеството си на регулатори и катализатори при промеждутъчната обмяна стимулират окислително-възстановителните процеси на почти всички органи, тъкани и системи. Те участват з абсорбцията и транспорта на някои специфични хранителни вещества, участват в синтеза на различни биологично активни продукти и др.

Всичко това ни дава основание да препоръчваме витаминотерапията, като един от съвременните методи за профилактика на преждевременното остаряване. Разбира се, тя трябва да бъде съобразена с новите физиологични норми за необходимите количества витамини при различните възрастови групи от патологично засегнатите затлъстели лица от населението, както и с редица други фактори, като пол, трудова дейност, здравна грамотност, здравно състояние и др.

Значителна е и зависимостта между образованието на изследваните и затлъстяването.

По-високо образованите обръщат сериозно внимание както на външния си вид, така и на здравето си. Сред висшистите 40% са с наднормено тегло, при хората със средно образование - 47%, а с ниско образование - 59%.

Изключение са ромите, които са най-слаби, но там обясненията са от генетичен характер[9] .

В зависимост от населеното място, в столицата е най-нисък процентът на хората с наднормено тегло - 37%. В областните градове е 46%, в по-малките градове - 47%, а в селата - 58%. Наднорменото тегло и затлъстяването са най-характерни за хората в Северозападна България. Там с подобни проблеми са 68% от населението. Следват областите на Пазарджик, Пловдив, Смолян, където 60% от хората са засегнати. Най-малко са дебелите българи в регионите на Русе и Ловеч - 43%.

Като цяло по-малко са пълните хора в големите градове, отколкото в селата, показват още данните. Разликите в отделните райони се дължат

най-вече на демографската им структура, както и на различния начин на живот в малките и големи населени места.

Мъжете са по-дебели от жените, сочи още изследването. 52% от силния пол са с повече килограми от нужното. При българките този дял е 46%.

Проблемът с теглото е по-характерен за по-бедните граждани - 54%. Процентът на по-пълните сред хората със средни доходи е 43, а при тези с високи - 47%.

Разлика има и според етническата принадлежност. Половината от българите и турците са с наднормено тегло, докато при ромите този дял е едва 38% Обяснението е най-вече в по-ниската възрастова структура на ромските общности.

Проблемът на затлъстяването на населението на България има дълбока здравна и социална значимост. Успоредно с увеличаване честотата на болестното затлъстяване се увеличава и честотата и тежестта на протичане на артериалната хипертония, захарния диабет,съпътстващите дислипидемии, които са основни фактори за появата и развитието на атеросклерозата и нейните клинични прояви и усложнания. България е на едно от първите места в света по смъртност от мозъчен инсулт и миокарден инфаркт.

. Преценката на глобалния риск е полезна за здравеопазването по няколко причини:

1. Позволява на хората да се разделят в няколко групи, в зависимост от степента на индивидуалния риск.
2. Индивидите, попаднали в групата с висок риск, могат незабавно да бъдат подложени на интервенция.
3. Мотивира пациентите да се придържат към определените терапевтични процедури за намаляване на риска.

Фокусирането на един или друг рисков фактор по отношение на определено заболяване би било неправилно от методологична гледна точка

и затова мнозинството експерти са на мнение, че оценката трябва да се извършва върху **глобалния (общия) риск,** включващ от една страна основните рискови фактори, а от друга – условните и предразполагащите.

Оценката на глобалния риск е изключително полезна за индивиди в млада и средна възраст при преценка на техния релативен риск и на абсолютния им дългосрочен риск.

Понастоящем European Atherosclerotic Society (1996) определя като главни компоненти на **МС** глобалния кардиоваскуларен риск следните рискови фактори:

- Възраст и пол
- Повишен серумен общ (и LDL) холестерол
- Нисък серумен HDL–холестерол
- Повишени серумни триглицериди
- Захарен диабет
- **Затлъстяване**
- Повишено артериално налягане
- Фамилна обремененост по отношение на ССЗ
- Наличие на сърдечносъдово заболяване
- Тютюнопушене

Рисковият подход става водещ в ежедневната работа на лекаря в повечето икономически развити страни, а здравословното поведение – модел на поведение на все по-големи части от населението.
Причината да говорим за епидемиология на социално- значимата същност на този тип заболяване е **масовото им разпространение сред населението.** Тези заболявания **„подмладяват",** защото засягат вече и хората в по- млада възраст., **Многофакторно обусловени са** особено място заемат **социалните фактори**. Характерно за тях е продължителното им протичане, тежките усложнения и медико- социалните проблеми, които могат да се подредят в следния вид:

- Висока и преждевременна смъртност- загуба на лица в млада възраст
- Загуба на трудоспособност, водеща до инвалидност- временна или постоянна.

- Настъпва изразходване на средства за лечение , рехабилитация; медицински и социални последствия, водещи до икономически

Налага се за решаване на здравните проблеми прилагане на скъпо струващи, комплексни и продължителни мероприятия както за болния, така и за обществото.

Основен момент е профилактиката – още в първите години от живота, разработване на програми, неправителствени организации, клубове, всеобщи усилия на обществото в борбата с това заболяване и неговите усложнения.

Недостатъчната физическа активност и заседналият начин на живот допринасят за поява и развитие на част от рисковите фактори – затлъстяване, високо кръвно налягане. Известно е, че процесът на развитие на атеросклерозата започва в млада възраст, чиито прояви са високи стойности на холестерола, повишено кръвно налягане.

От тук следва, че профилактичните и здравни мероприятия за предотвратяване появата им трябва да започне още в детска възраст. Усилията за намаляване на рисковите фактори са значителни и вече ефективни в много от развитите страни. Според данните получени от тези програми като най- съществени рискови фактори са високото артериално кръвно налягане, начина на хранене, високи стойности на холестерола, наднормено тегло или затлъстяване , обездвижване тютюнопушене,.

Основни принципи на здравословно хранене

- максимално разнообразие на ястията в рамките на необходимите за затлъстелия организъм хранителни вещества;
- оптимално осигуряване в храната на веществата, стимулиращи активността на ферментативните системи;
- за консумация да се предлагат хранителни продукти с лесна ферментативна атакуемост. да се осъществява енергетичен баланс на храненето, т.е. приемът на храната да съответства на фактическия енергиен разход;
- антисклеротична насоченост на храненето;

Концептуална рамка на комплексна програма за превенция на затлъстяването

Здравно образователната дейност обхваща различни възрастови и социални групи – от детската градина през училището, ,университета до крайните етапи в напреднала и старческа възраст/ като част от развитието на обществото.

Усъвършенсването на ефективна **Концептуална стратегия за превенция на затлъстяването** в цялото многообразие на този проблем, е трудна и отговорна задача на цялото общество и само обединените усилия на всички могат да доведат до желания успех

Затлъстяването е нозологична единица, самостоятелно заболяване със социална генеза

Анализираните форми на затлъстяване свидетелстват за широкото развитие на ендемията от дегенеративни болести и илюстрират качествените и количествените различия в разпределението на тези т.н. болести на цивилизацията. Фактите убедително насочват вниманието на аудиторията към важните проблеми на социално-здравното и икономическо състояние на големия брой хора с обезитет. Те категорично доказват изключително голямото значение на социално-медицинската обвързаност и единство, както и възможностите за адекватно поведение и адаптиране на тези болни хора към промените не само в организма, но в семейната и обществена среда. **В такъв аспекг ако искаме активната социално-здравна дейност да бъде пълна, профилактиката трябва да се насочи и към изучаване на средата, където възникват причините на такъв тип социална патология у хората,**

анализиране на заболеваемостта,

проучване на жилищно- битовите,

трудовите условия,

характера на храненето,

психическите въздействия и поведение,

особените привички на живота и санитарно- хигиенните изисквания.

Една системно изградена организация и разумно използване на средствата много би могла да допринесе в реактивацията на олганизмаи с помощта на средствата за рехабилитация, лечебна физкултура, физиотерапевтичните методи и др

Научните наблюдения и изследвания в областта на превантивната медицина, в превенцията на затлъстяването е задълбочаване на научните подходи и методики в изучаване проблемите от медико-социален характер на обезитета.

Една от главните насоки на биомедицинското, социално и икономическо научно изследване в тази област е изясняване същността на тези феномени, които характеризират патологичните, акцелерираните, дегенертивни болестни процеси.

Нашите анализи и проучвания в областта този тип патология ни задължават към систематизиране на получените достоверни резултати/които съвпадат с международни проучвания/ в една строга системна научно изградена база. В това отношение индивидуалните физически натоварвания, периодичните проверки на здравния, дентален статус и поведенчески промени, доказаха важността на медико-социалните грижи в този аспект.

Прогресивното нарастване броя на лицата, които получават по-големи по обем и специфичност здравни и социално-хигиенни грижи от всяка възрастова група, прави особено значима тази област на проучвания, както за възрастните хора, така и най-вече за подрастващите, млади поколения и особено обществата в които живеят.

Анализът на данните от проведеното проучване на здравните познания и хранителното поведение на болните със затлъстяване и на част от студентите и направеният критичен анализ на научната литература по въпроси, свързани с изучаваната тема, ни дава възможност да предложим концепцията си за изработване на концептуален план за промотивно въздействие и превенция на затлъстяването.

С оглед разработване **интегрирани подходи** за превенция и лечение на хора с наднормено тегло и затлъстяване.

Конкретни цели:

- Активна всеобхватна здравно-просветна дейност на различни нива с цел промоция на здравето и превенция на наднорменото тегло и затлъстяването;

- Провеждане на целенасочена комплексна здравно-образователна кампания на национално и местно ниво.
- Повишаване на информираността за значимостта на здравословен начин на живот и подходящ стил на хранене за превенция на затлъстяването.
- Адекватно информационно осигуряване на населението по проблемите и рисковите фактори, свързани с наднорменото тегло и затлъстяването.
- Ефективно здравно образование на населението .
- Хранителни диети с ефективност за намаляване на риска от предиабет

Здравето е един от най-важните ресурси необходими за създаване на всякакъв вид благополучие в самото общество и трябва да се поддържа, чрез правилно социално инвестиране на здравни знания.

Здравното образование и възпитание **са елементи в процеса на промоция на здраве и не са единствени и основни негови съставни части. За реализиране на промоция на здраве в училище, освен здравно образование и възпитание се осъществява контрол върху различни аспекти на материалната и социална среда, грижи за здравето на хората, които да гарантират здравословния им начин на живот.**

Средства чрез които се реализира промоцията на здраве е и обществената политика, която да отговаря на изискванията за здравословен начин на живот като доходи, жилища, здравословно хранене, сигурност на храната, заетост и качества на условията на труд, достъпност до ОПЛ и специалиста

Характеристики на здравното възпитание:

1. Целенасоченост – да формира здравната култура и здравословния начин на живот, а също така и модел на поведение.

2. Интердисциплинарност и интегралност на здравното възпитание, като холистичен подход

3. Продължителност и постепенност – здравното възпитание продължава през целия живот и здравната култура, стилът на живот, навиците се формират постепенно и продължително.

4. Индивидуален характер, при който формирането на здравното възпитание е строго индивидуален процис, който се обуславя от

наследствените фактори, потребностите, мотивите, интересите, идеалите и убежденията.

5. Многофакторност – здравното възпитание се реализира чрез различни въздействия и фактори, който са култура, семейна и училищна среда, екологична среда, неформални общности, изкуство и средствата за масова информация.

6. Противоречивост, трудност, сложност – при тях има преплитане на влиянието на семейство, университет, колегиална среда средства за масова информация, социална среда, влошаване на екологичната среда, разминаване между изискванията и личния пример.

7. Избирателност – при нея всеки може да направи избор, в зависимост от усвоената и преработена информация.

- В дейността за **здравното възпитание** могат да се използват много и разнообразни методи, в зависимост от това по какъв начин и поднесена информацията
- Проведжадане на интердисциплинарно обучение на здравни професионалисти
- Ангажиране на общопрактикуващите лекари за ранно откриване на наднормено тегло сред общата популация и прилагане на превантивни мерки срещу затлъстяването.
- Разработване и разпространение на интердисциплинарен наръчник за превенция и лечение на затлъстяването още при деца и младежи, включително стандарти и насоки.
- Създаване на мрежа от компетентни центрове, които да осъществяват информационна, образователна, консултативна дейност , насочена към превенция и лечение на затлъстяването още от ранна детска възраст.
- Активно комплексно лечение на затлъстяването във всяка възраст. Комплексното лечение обхваща различни етапи и видове терапевтични подходи: амбулаторно лечение, стационарно лечение, рехабилитационни програми.
- Ангажиране на медиите с актуалността на темата за затлъстяването
- Основна прицелна група на превенцията са младите хора, разбира се и цялото общество

Основни принципи на превенцията са:

- въвличане на широки обществени групи и координиране на техните усилия.
- изграждане на информационна база данни с широк обществен достъп до тях.

Основни превантивните мероприятия са:

- ✓ даването на информация,
- ✓ работа с нагласите,
- ✓ изграждане на здравословни навици и психосоциални умения за справяне със стреса и трудностите.

Новите приоритети, които са свързани с идеята за промоция на здравето предполагат да се преодолее пасивният подход към здравето, да се погледне на отделната личност и социалната група като ресурс в дейността по укрепване на здравето. Промяната на личността и на нейното ценностно отношение към здравето – това е акцента на дейността на промоция на здравето

Управленският професионализъм на Превантивната медицина е чрез стимулиране на медико-социалните и икономически мощности при оптимална физическа и психическа активност да се продължат творческите, продуктивни години на живота на хората Това може да се постигне чрез обосноваване и активиране потенциала на професионалния здравен мениджмънт, на социалната и здравна профилактика.

Поради това ние разглеждаме здравето, като една **Съвременната парадигма в биологичен и социален аспект, които представят интегралната му същност**

Като процес на съхранение и развитие на биологичните и социалните функции на човека, на оптимална трудоспособност и социална активност при максимална продължителност на живота[1]

Превенцията и контрола на хроничните заболявания са сред изключително полезните държавни механизми на защита на населението, които от своя страна изискват ясна позиция и политическа воля. Това е основен механизам за **да се постигне намаляване инвалидизацията и смъртността сред населението. Именно поради това главната мисия е насочена към**

пропагандирането на здравословен начин на живот! Тази стратегия би могла да спаси живота и здравето като цяло на много хора, а също по този начин биха се спестили и немалко средства. Това е доста положително, защото спестява средства, имащи огромно значение за оптималното функциониране на здравната система у нас, която по принцип е изложена на реално съществуващи рискове.

Изводи

Отбелязваме няколко основни направления на профилактиката:

1. **Ранна превантивна диагноза и терапия на затлъстяването. В резултат на мащабния технологичен напредък на фундаменталните науки, в частност медицината, затлъстяването ,като нозологична единица би могло да се лекува с подходящи комплексни методи при изключителното участие на социалните, средови фактори!**

2. Необходимо е доусъвършенстване на профилактична и здравна помощ и за някои съпътстващи затлъстяването социално-значими болести и патологични състояние- сърдечно-съдови заболявания /хипертонична болест, атеросклероза/, белодробни заболявания /, други обменно-метаболитни разстройства, особенно диабет, остеопороза, неопластични заболявания , локомоторни заболявания и пр.

Скрининговите изследвания и профилактика на обменно метаболитни болести , подпомагат ранното им откриване. Наблюдаваме изоставане от основната скринингова програма за ранна диагноза на затлъстяването, както и на други хронични заболявания, който се ограничава в някои по - обезлюдени или отдалечени райони.

3-В много амбулаторни центрове, освен диагностично-лечебни методики се прилагат и профилактични съвети, с оглед здравните и социални условия на живот, здравословно хранене, подходящия ритъм и стил на живот, индивидуална функционална активност, целесъобразна почивка и т.н.

4-**Основна функция на общопрактикуващия лекар е превантивната здейност.** Задачата на общопрактикуващият лекар е **да открие своевременно рисковите фактори** у индивида, да проследява, да намали или премахне риска от развитие на наднормена телесна маса и **затлъстяването**

Активната социална позиция в живота на хората със затлъстяване е основната осъзната потребност за самореализация, способстваща за запазване здравето и самочувствието на личността.

Удовлетворяването на тези потребности е един голям, сложен и все още нерешен проблем. Това налага създаването на строго

насочен *Алгоритъм за внедряване на профилактика на затлъстяването, и промотивни здравни дейности.
***Поддържане на социално и здравно състояние на хората , както и вторични превантивни мерки при евентуалната им инвалидизация,**
***Комуникативна връзка с роднини, познати, общуване с околната, обществена и природна среда.**

Представено е репрезентативн проучване в контекста на превенция на затлъстяването и промоция на здравето, за необходимостта от някои реформи на системата, касаеща предоставянето на здравна и социална помощ.

То очертава приоритетите и насоките и ще улесни до голяма степен създаването на оптимална система на взаимодействие между различните нива на здравни услуги и грижи. По този начин медицината и социалната значимост на затлъстяването предизвиква и обосновава необходимостта от подобряване на настоящата система на организацията на грижи за хората във всички възрастови групи

Акцентираме върху развитието и прилагането в практически аспект на интегриран медицински и социален подход в комплексните грижи при хората със затлъстяване. Осъществяването и реализирането на интегрални мероприятия, съобразени със съвременните достижения на медицинската и социалната наука, на практика доказва драстично ограничаване неблагоприятните здравни, социални, икономически, демографски и психологически последици от нездравословното поведение на немалка част от българското население. Важни активности в този аспект са утвърждаването и на здравословен начин на живот, повишаване качеството на грижите чрез съвременен мениджмънт на социалното и медицинско обслужване.

Особено внимание трябва да се отделя на здравословния стил на живот. Ние разглеждаме въздействието на затлъстяването , като социалнозначимо заболяване върху собствената оценка на пациента за извършване на дейности във физически, познавателен и емоционален аспект. При болните със затлъстяване, тези способности са в пряка зависимост от тежестта на съпътстващата патология, техните усложнения и преждевременната инвалидизация. Изключително важно значение имат скъпоструващото комплесно лечение и др финансовите проблеми, причинени безработица илиот временна или трайна нетрудоспособност и индивидуалните психосоматични характеристики на болния.

Постигането на по-ефективни медицински и социални грижи може да бъде реализирано чрез:

Усъвършенстване мениджмънта на здравните грижи при лица със затлъстяване, както и при тези с риск от развитие на заболяването.

Ефективен мениджмънт на здравните грижи при хора със затлъстяване може да бъде постигнат чрез интензивен контрол, понижаване телесната маса, контрол на серумните липиди и BMI, повишаване честотата и селективен подбор на физическата активност, съобразно индивидуалните възможности и потребности, както и навременната психосоциална подкрепа. Всички посочени позиции е желателно да бъдат включвани в плана за мениджмънт на всеки специалист по здравни грижи.

Съществуващите днес превантивни интервенции и стратегии следва да претърпят корекции в социално-етичен и здравно-образователен аспект. Следва да се очертаят обективните потребности, преференции и очаквания към приоритетите в здравната политика, промени в обслужващите системи и възможностите за управление на здравния риск.

Осъществяване на тези мероприятия, един добър мениджмънт на здравните грижи в медицински и социален аспект, в дългосрочен план би допринесъм за промяна на статута на хронично болния човек от обременяващ проблем за обществото – в пълноценен субект, нуждаещ се от осмислено бъдеще, достойнство, защитеност и психо-емоционално благополучие.

***В заключение** предоставяме на медицинските и социални специалисти един обобщаващ по смисъл и резюмиран по съдържание проблем основан на съвременни научни доказателства в социалната и медицинска наука.*

Промотивните действия, които предлагаме отразяват идеята за преодоляване на пасивния подход към здравето- /лечение на появило се вече заболяване-затлъстяване на организма /, чрез промяна на личността в ценностното й отношение към здравето, повишаване на здравната култура.

Затова фокусът на промоцията на здравето е насочен не към лечебните заведения , а към хората и институциите ,осигуряващи по-здравословен начин на живот.

На хората се дава възможност да не бъдат пасивни консуматори на здравни услуги, а да осъществяват по-добър самоконтрол върху здравното си поведение, с цел по- добро здраве.

Комплексната задача, мисия, стратегия на здравните, социални работници и психолози, както и на цялото общество е поддържане на добро физикално и психично здраве. Превантивната, медицина придобива основен механизъм при намаляване относителната заболеваемост и смъртност.

Изводи В заключение **здравните знания на страдащите болни по отношение на хранителното поведение са недостатъчни. Те не са запознати** в достатъчна степен с рисковите фактори за здравето си и с последиците, които в бъдеще може да дадат отражение върху здравето.

Огромното медицинско и социално значение на проблемите, свързани с наднорменото тегло, налагат координирани усилия както на медицинските специалисти, така и на социлните структури и активности медиите, правителствените и неправителствените организации за ефективни мероприятия за ограничаване на пандемията от затлъстяване, за поддържане на здравословен стил на живот и хранене.

Предоставянето на здравни знания и формирането на здравно отговорно поведение е основа за намаляване на негативните тенденции, които се наблюдават относно здравното състояние на българското население.

Въз основа на осъществените задачи, анализа и оценките на резултатите от проведеното проучване, формулирахме следните по-значими изводи и препоръки:

Като обсъждане в дискусията можем да отбележим, че програмния подход при решаването на проблемите свързани със здравословния рист при затлъстелите хора се свеждат до някои по-важни изводи и обощения :

- **обучение – за обществото, различни групи, здравните професионалисти и правителствата с цел намаляване на рисковите фактори;**

● политика в храненето – намаляване на съдържанието на мазнините в млечните и месни продукти, намаляване на солта в готовите храни, единна държавна политика в областта на храненето;

● намаляване на тютюнопушенето – драстично увеличаване цените на цигарите, забрана на рекламите, окончателна забрана на тютюнопушенето на обществени места, отделяне на приходи от данъци и акцизи за цигарени изделия и алкохол за дейности по промоция на здравето и здравно възпитание;

● промоция на физическата активност – мотивиране на индивидите и обществото и създаване на условия за спорт и туризъм;

● редукция на теглото;

● медицински грижи – промоция на техники за първична профилактика, скрининг на рисковите фактори, контрол на хипертонията, съветване на пациентите и др.;

● достъпна медицинска и болнична помощ – организиране на всички възможни мероприятия своевременно лечение

● рехабилитация – оптимално до максимално възстановяване и работоспособността.

Ресоциализация - на базата на остатъчна трудоспособнвсекичовек с патологични пробелми на телесната маса да може да упражнява подхояща трудова дейност

Здравето се формира в значително по-ранни периоди на живота преди изява на хроничната патология и е резултат от комплексното действие на генетични фактори, стил и начин на живот, експозиции от физическата и социалната среда. Нивото на здраве определя личната автономност в ежедневието и потребностите от здравна и социална помощ.

Здравното състояние отразява настъпилите патологични поражения , общи и органични промени, водещи до намалено биологична ефективност на организма. Болните със затлъстяване имат променена обмяна на веществата, понижена водно-солева обмяна, ограничени възстановителни процеси, нарушения в калциевата обмяна, доминиране на инволутивни, атрофични и дегенеративни процеси на органично ниво, нарушения в емоционалната и волевата сфера на личността.

Затлъстяването провокира висока честота в структурата на болестността с изява и на съпътстващи други хронични заболявания - на органите на кръвообращението, болестите на опорно-двигателния апарат, нарушенията на слуха, катаракта, депресия, онкологичните заболявания, травмите и фрактурите. А с авансиране и на възрастта честотата на острите заболявания придобиват хпронификация , като увреждат сериозно състоянието на хората и го приковават задълго на легло. Симптомите на съпровождащите болести често са неясни и нетипично проявени, което забавя търсенето на медицинска помощ и затруднява диагностичния процес. Бързото влошаване и високата честота на усложнения също са характеристики на заболяванията при хората със затлъстяване и с важно значение за организирането на здравната помощ.

При оценяване на здравето на хората със затлъстяване изключително важно е да се определи влиянието на болестта върху функционалния статус и способността за самостоятелно справяне в ежедневието.

Промоцията на здравето чрез здравно образование, профилактика и превенция позволява да се удължи активният живот. Промоцията на здраве за хората с проблемна телесна маса включват -здравословно хранене, подходящи физически упражнения, контрол на теглото, саниране на инфекциозни огнища, коригиране показателите на др рискови фактори и болести –хипертония, нарушен глюкозен толеранс , нормализирне на стойностите на пуриновите киселини,на липидния статус, водно-солева обмяна, мерки за отказване от тютюнопушене,

Съществен техен елемент е *вторичната профилактика* чрез скрининг и ранно започване на лечението на хипертония, диабет, карцином на гърдата, на простата, колоректален карцином, глаукома и катаракта, нарушения на слуха, инконтиненция, когнитив нарушения, депресия, остеопороза. И т.н. Използването на *третична профилактика* при инвалидизиращи болести подобрява качеството на живот на хората със затлъстяване и възстановява капацитетите им за самостоятелен и независим живот.

Данните от нашето научно проучване съвпадат с националните и световните измерения и категорично доказа, че консумацията на

ниско- мастни продукти като зърнени и бобови храни, риба, зеленчуци и плодове намаляват с значително / в 35 % /риска от метаболитен синдром, имат благоприятен ефект върху обиколката на талията, повишеното артериално налягане, стойностите на триглицеридите и холестерола. Затова диетолечението е изключително препоръчително, доказало ефективността си , като част от структурата на *цялостната програма за редукция на затлъстяването.*

Хроничната болест, като затлъстяването е предизвикателство не само за пациента , защото заплашва неговите интереси, но и за обществото. Проблемите, които трябва да се решават са социални и психологични, с оглед съхранение на болния като личност, улесняване на процеса на превъзмогване на болестта.

На базата на проведените задълбочени проучвания си позволихме да дадем препоръки за профилактика и промоция на това крупно социално- значимо заболяване

Нашите убедителни данни ни дават основание да считаме, че затлъстяването е хронично заболяване, самостоятелна нозологична единица в клиничната практика и поставя сериозни социално-медицински проблеми пред редица институции. Болните с патологична наднормена телесна маса са основна рискова група от населението, чиито брой непрекъснато нараства. Особено важно и то им необходимо е тотално обгрижване.

Резултатите и научните ни анализи обогатяват и допълват причинно – следствените връзки между възникването и разпространението на това заболяване, съобразени са с природо-географските и социално-медицинските условия на живот. Всяко общество отговаря по различен начин на социалните потребности на хората с трайни увреждания. Състоянието на икономиката, нивото на безработица, информираността на населението по различни социално-здравни въпроси са от значение за усложненията на заболяването, нарушеното ниво на живот и последващите социално-здравни проблеми.

Разбира се нашият принос е скромен за общия набор на комплексния интерсоциален, здравен механизъм на това социално-значимо заболяване –затлъстяване

Потвърждаваме мултифакторната причината за развитието на затлъстяването и друга съпътстваща патология , което има значение не само за медицинската практика и наука, но и огромно социално-икономическо значение на проблема, високата цена , която плаща обществото за общите грижи.

Това проучване може да послужи за избор на методи и средства за по-голяма здравна информираност на населението по този социално-значим проблем .

За реалното разработване и осъществяване на **Модел за концептуален план за мениджмънт на затлъстяването**

Управление на обезитета **е** от голяма практическа полза разглеждането и анализа на обезитетния риск,като нозологична единица-заболявания от гледна точка на системния анализ с основни елементи: *вход, процес, изход и обратна връзка***.** Според този подход той включва:

1. Мениджмънт на ресурсите: човешки (здравен статус), материални, финансови, време.
2. Мениджмънт на процесите: определяне на приоритети, взаимовръзки, последователност, координация на дейности и участници и т.н.
3. Мениджмънт на качеството: критерии, стандарти, контрол и оценка.
4. Мениджмънт на резултатите: здравни показатели, обратна връзка и отчетност.

За овладяване на високата заболяемост и смъртност от хронични заболяванияи най-вече обменно-метаболитни усложнения в България, на фона на продължаващата здравна реформа и нарастващо обществено недоверие към здравната система, съществува остра необходимост от критичен анализ на съществуващия у нас модел на цялостен мениджмънт на затлъстяването.

Следвайки съвременните международни и Европейски тенденции, проучвания и препоръки, единственият начин за справяне с проблема е разработването на комплексна, дългосрочна, ефективна, базирана на съвременни научни доказателства и принципи стратегия за промоция на здраве и конкретна програма за профилактична дейност на затлъстяването.

Всичко това мотивира целта и постановката на настоящата разработка. Направен е опит да се анализират и оценят отделни ключови елементи от мениджмънта на обезитета според системния подход. Въз основа на получените резултати и все по-широко налагащите се принципи на Новото Обществено Здраве се предлага <u>Модел за концептуален план за мениджмънт на затлъстяването</u>

Приноси

- **Основна насока в усъвършенстване на научните проучвания при метаболитните процеси е осигуряването на оптимална здравно-социална поддръжка и грижа за болните хора. За да се реализират напълно тези направления са необходими прецизни методи за изчерпателна оценка на продължителните нужди от профилактично-хигиенни грижи.**
- ***Изследванията трябва да дадат убедителни доказателства за ефективността от подобни превантивни мерки като например промени в диетичния режим. Една от целите на изследванията в областта на храненето е подобряване, внедряване на нови надеждни методи за определяне на оптималните индивидуални дневни нужди от главните хранителни елементи както за здравите, така и за болните хора.***

ПРЕПОРЪКИ

1.Към МЗ и неговите структури : да приеме проблема “ затлъстяване” като приоритетен в националната здравна стратегия, имайки предвид рисковото значение за развитие на сърдечно - съдови заболявания, захарен диабет, дислипидемии, за увеличена болестност и смъртност.

2.Към МОН: В основните, средните и висшите училища да бъдат оптимизирани условия за здравословни спортни занимания. Да се въведе учебен предмет по здравно образование.

Пред управлението на здравеопазването изникват следните предизвикателства:

- **повишаване отговорността на пациента и на обществото като цяло за собственото му здраве;**
- **повишаване отговорността на лекарите-клиницисти за изразходваните здравни ресурси и за крайните резултати от извършената здравна дейност;**
- **повишаване на управленската и организационна култура в здравеопазването; това предполага широко внедряване на професионалния здравен мениджмънт в ежедневната здравеопазна практика.**

Приложение 1

АНКЕТНА КАРТА

Уважаеми участници ,

Моля, за вашата добросъвестност при попълване на въпросите.

Вашата възраст .....

Вашият пол :

А/ жена □

В/ мъж □

Вашата професия ...

Образовние

начално - до 4-5клас..... □

средно-специално-до 8 кл или 11/12клас..... □

Полувисше/висше..... □

Вашето семейно положение

А/ семеен/ семейна/ □

В/ несемеен/ несемейна/ □

С кого живеете?

А/ със семейството си □

В/ Вашите близки

С/ сам/а -/по принуда или други обстоятелства/ □

Давност на затлъстяването

А/ сам потърсих лекарски преглед □

В/ случайно открит – профилактичен преглед □

С/ в кой сезон .....

Според Вас какво телесно тегло имахте преди установяването му

А/ нормално - ИТМ/ Ръст/тегло/обик.талия..... □

В/ наднормено -ИТМ/ Ръст/тегло/обик.талия..... □

Какво лечение провеждахте след установяване?

А/ диета и физическа активност □

В/редуциращи тел маса медикаменти

Чувствате ли се напоследък по-изморени?

а) Да

б) Не

Имате ли промяна в телесната си през последните месеци?

а) Да

б) Не

в) Не съм забелязал / а

Имате ли повишен апетит през последните месеци?

а) Да

б) Не

Пушач ли сте ?

А/ Да - /брой цигари дневно...../ □

В/ Не □

Употребявате ли алкохол ?

А/ Да – концетрат, вино .....

а.1/ Често □

б.2/ Понякога □

в/ Не

Имате ли отклонения в стойностите на артериалното налягане?

а) Да

б) Не

Имате ли затруднения в зрението?

а) Да

б) Не

Имате ли затруднения в дишането?

а) Да

б) Не

Имате ли чувство на студенина в стъпалата, тръпнене?

а) Да

б) Не

Имали ли сте установена повишена кръвна захар при предишни изследвания или при предишни заболявания - (напр. установена висока кръвна захар в хода на др. заболявания-пневмония, съдов инцидент, операция, затлъстяване)?

а) Да

б) Не

в) не съм обръщал /а внимание

Имате ли фамилна обремененост-родители, брат/сестра със затлъстяване?

а) Да

б) Не

Удовлетворени ли сте от отношението на вашите близки към Вас и болестта Ви ?

А/да □

Б/ задоволително □

Променено ли е качеството Ви на живот след настъпване на заболяването?

А/ да □

В/ не □

Какъв е вашият стил на живот?

……

Провеждали ли сте обучение за предотвратяване и лечение на затлъстяването?

А/ Не □

В/ Да – кога ? ..... □

В.1. Удовлетворени ли сте от обучението?

- да □

- не □

С/ Бяхте ли поканени за реобучение?

- да □

не

Удовлетворени ли сте от медицинските грижи от страна на:

А/ *Общо практикуващият лекар*

а.1/ Да □

а.2/ Не □

а.3/ Задоволително □

В/ *Специалист*

в.1/ Да □

в.2/ Не □

в.3/ Задоволително □

Колко често посещавате ОПЛ и специалист?

.....

Колко пъти годишно посещавате диетолог.?.....

Колко често посещавате ендокринолог?.....

Колко пъти годишно посещавате кардиолог, ревматолог, ортопед?.....

Колко пъти годишно посещавате офталмолог , нефролог ?

.....

През последните години били ли сте хоспитализирани ?

А/ Да – Колко пъти ? ..... □

В/ Не □

Страдате ли от други заболявания?

А/ Да – какви/ АХ, ССЗ, ендокринни заболявания –диабет , остеопороза , подагра и др./? □

.....

В/ Не □

<u>Само за жените</u>

Бременности, свързани със значително повишаване на телесната маса над 25-30кг?

А/ Да □

Б– Не □

Колко често посещавахте женска консултация, гинеколог?

.....□

Анамнеза за гестационен диабет по време на бременност или раждане на едър плод над 4 кг?

А/ Да □

В/ Не □

Информирани ли сте за основните хранителни съставки на храната - белтъци, мазнини, въглехидрати (бързи и бавни) – и тяхното позволено количество ?

А/ Да □

В/ Не □

Колко често консумирате плодове и зеленчуци?

.....

На какво ниво е вашата лична информираност за заболяването - затлъстяване и неговите усложнения ?

А/ Ниско □

В/ Задоволително □

С/ Високо □

Необходимо ли е подобряване на здравната информираност и профилактика на населението по някои социално- значими проблеми?

.....

Благодаря Ви за отделеното време!

Приложение 2

АНКЕТНА КАРТА

/за студенти/

Настоящето анкетно проучване има за цел да изследва нивото на здравна образованост относно ролята на неблагоприятните и позитивните за здравето фактори, свързани с поддържането на здравословно телесно тегло.

Моля отговорете, като подчертавате, задрасквате или ограждате верните според Вас отговори. Анкетата е анонимна.

Вашият пол?
Възраст …….
Курс ……

Какви храни предпочитате да ядете в къщи /може и повече от един отговор/?
А/ повече сол и подправки, с повече мазнина,
Б/предимно сладки неща,
В/сухи храни и сандвичи,
Г/супи и готвени храни,
Д/зеленчуци, ядки плодове

Има ли храненето отношение към здравето?
А/не
Б/не зная
В/ако да
защо ……...

Солите ли допълнително храната си ?
А/да
Б/не

Отразява ли се на организма прекомерната употреба на сол?
А/не;
Б/да как
……

Консумирате ли често сладкарски изделия /сухи пасти, вафли, шоколад, бонбони, баклави/?

А/не;
Б/да, защото са вкусни;
В/да защото са полезни;
Г/да, защото само тях предлагат в студенските бюфети , столова;
Д/да, защото …….

Кои храни са подходящи за младия организъм /може и повече от един отговор/?

А/мляко и млечни продукти;
Б/месо, риба, яйца;
В/мазнини /хайвер,маргарин, олио, масло, мас и др./;
Г/варива, ядки /боб, грах, леща, орехи, фъстъци, бадеми и др./;
Д/хляб, зърнени храни и тестени изделия и др.;
Е/плодове;
ж/зеленчуци;
З/всички изброени добре съчетани;
И/ не зная.

Необходима ли е според Вас разнообразна храна?

А/не;
Б/не зная;
В/да защо според Вас……

Как оценявате Вашето тегло?

А/под норма;
Б/в норма;
В/ над нормата.

Считате ли, че е необходимо да промените теглото си, за да се чувствате по-добре?

А/ да , трябва да отслабна;
Б/ да, трябва да наддам на тегло;
В/ не, така се чувствам добре.

Какво правите през свободното си време /може и повече от един отговор/?

А/излизам с приятели; **Б**/спортувам;
В/гледам телевизия, видео, кино;

Колко време средно на ден гледате телевизия, видео, кино?

А/ до 1 час;

Б/от 2 до 3 часа;

В/от 3 до 4 часа;

Г/ повече от 4 часа.

Занимавате ли се със спорт?

А/не;

Б/да, спортувам активно;

В/да, спортувам за удоволствие.

Ако спортувате активно или за удоволствие какви са причините за това /може повече от един отговор/?

А/ свободното ми време е заето

В/да спортуваш е скъпо;

Г/предпочитам в свободното си време да чета книги, да гледам телевизия,;

Е/играя гимнастика у дома.

Занимавате ли се с туризъм?

А/не;

Б/рядко;

В/по време на всяка семестриална ваканция;

Г/всяка събота и неделя.

Здравето зависи ли от поведението на човека?

А/не; защото

Б/да, защото……

Здравето на човек явява ли се условие за реализацията му в живота?

А/не;

Б/да, защото……

По какъв начин желаете да получавате информация за ползата и вредата за здравето от различни фактори, ?

А/от телевизията;

Б/от радиото;

В/от печатни издания; ръководства

Г/от книги и учебници;

Д/ чрез интернет;

Кой може да Ви окаже най-силно въздействие, за да живеете здравословно?

А/родителите;

Б/университетските преподаватели ;

В/медицинските специалисти;

Г/приятелите;

Благодаря Ви за отделеното време!

БИБЛИОГРАФИЯ:

1. Александрова М., Отношение на медицинските сестри към формите и методите на непрекъснатото обучение., Пета международна научно-практическа конференция: “Преподаване, учене и качество във висшето образование”., Националната стратегия за висше образование и пазарът на труда в България, Правец, 13–14 юни 2008
2. Александрова М., Съвременни тенденции в обучението на медицинските сестри, С., 207
3. Александрова, М., Кр. Маркова, В. Петков, М. Визева, Управление на самостоятелната работа при студентите, “Национална конференция за преподаватели и студенти на тема „Здравни грижи - традиции и перспективи”.София, 29 и 30 март 2012г.
4. Ангелова К., Д. Байкова, Б. Йорданов, С. Петрова, В. Дулева, К. Ватралова, Д. Овчарова, Пл. Димитров, Д. Божилова - Оценка на енергийния прием при национален мониторинг на храненето в България, В: Науката за хранене пред нови възможности и предивикателства, ред. Б. Попов, С, АСИ Принт, 2008 с. 103 – 106
5. Апостолов М., Измерения на българската медицина ТАНГРА София 2011,
6. Байкова Д, Марков Д, Марков П, Иванов Ст. Съвременни медико-биологични изисквания към храненето на бременните жени – Акушерство и гинекология , ISSN 0324-0959, 6/2007; Vol. 46:, 27 – 31.
7. Байкова Д. Бялата мастна тъкан – огромна ендокринна жлеза с висока хормонална активност – GP News, 2011, бр. 10, 17-19
8. Байкова, Д., Оценка на здравния риск от проблемите в храненето на децата и юношите в България, Здравна политика и мениджмънт. Т11,№3,2011.с88-95
9. Байкова Д , Ангелова К, Йорданов Бл и кол. Белтъкът в хранителния прием на населението у нас – Национален мониторинг на храненето – 2004 г., В: (ред. Б. Попов) Науката за хранене пред нови възможности и предивикателства, С., АСИ Принт, 2008, с. 107 – 112
10. Байкова Д. Функционални храни и сърдечно-съдова патология. Медицина и фармация, 2008, 12, 12-13
11. Байкова, Д. Да отслабнем без глад, изд. “Слънце”, С, 2013, 237 с.
12. Байкова, Д. Наднормено тегло, В: “Ръководство за добра практика на общопрактикуващите лекари в областта на профилактиката на болестите”, МЗ,2002, с.37-40
13. Байкова, Д. Проблемът затлъстяване в България, ”Здравни грижи”,2004,бр. 1.,с. 51-52

14. Байкова, Д. Основи на диетотерапията на затлъстяването - "GP news" 2005, бр. 3, ,30-31p ISSN 1311-4727
15. Балканска П., С. Младенова, Н. Георгиев. Професионални трудности на здравните специалисти в грижите за възрастните пациенти, Сестринско дело, 2008, бр. 4, с. 6–11.
16. Балканска П., Я. Проданова, М. Визева, Стимулираща образователна среда за развитие на управленска и лидерска компетентност в здравеопазването, „Съвременното образование – мисия и визии", Унив. издателство, „Неофит Рилски", Благоевград, 2010, с. 430-435
17. Балканска, П., М. Визева, За успешното стареене – някои размисли и факти, Интердисциплинната идея в действие, ТЕМТПО, София, 2011, 53-56
18. Балканска, П., М. Визева, М. Николова, С. Кючукова, А. Андонова, Насилието над възрастни и стари хора – реалности и възможности за превенция, Интердисциплинната идея в действие, ТЕМПТО 2012/.
19. Борисов, В., Стратегическият мениджмънт - дефицит на здравната реформа., Здравен мениджмънт, 5, 2005,6,3-5
20. Борисов, В., Здравен мениджмънт –Новата азбука на здравния мениджмънт, С. 2009
21. Борисов, В., Смяна на посоката-медицината като здравен антропомениджмънт, Медицински меридиани, год II 2011/,(3) ,6,с39-50
22. Борисов, В., Зл. Глутникова, Ц. Воденичаров., Ново обществено здравеопазване, Аквафикс ООД София ,1998.
23. Борисов, В., Воденичаров, Ц., Юрукова, К., Попова, С., Социална медицина, С, ГорексПрес, 2001.
24. Борисова Б.- Причини за пропуски в дейността на ОПЛ според мнението на пациентите-Здравна политика и мениджмънт 2013,т.13, № 1, с.28-30
25. Визев Кр., М. Визева, П. Марков, Д. Марков -Някои рискови фактори за атеротромбоза,, , ИНГА,София, 2012, с.132-135
26. Визев, К., М. Визева, М. Александрова, Влияние на никотиновата киселина при затлъстяване и дислипидемия, "Национална конференция за преподаватели и студенти на тема „Здравни грижи - традиции и перспективи"., София, 29 и 30 март 2012г.
27. Визев Кр., М. Визева, Д. Марков, Е. Иванов, А. Воденичарова, А. Янакиева, П. Марков, Е. Радев, Т. Димитров Биосоциално значение на увеличаване продължителността на живота Тридцать вторая научно-технологическая сессия, Контакт 2013, 25 октября 2013, Интердисциплинарната идея в действие, ТЕМТО, София, 2013, 38-41
28. Визева М., Кр. Визев, А. Воденичарова, В. Петков Медицински и социални аспекти на здравните грижи при възрастни пациенти с диабет тип 2, сп. Здраве и наука бр.2, 2013 год., стр.12-15

29. Визева М., Стандарти по здравни грижи при Диабет тип 2 в практиката на медицинските специалисти , сп. Здраве и наука бр.4, 2012 год.
30. Визев Кр., М. Визева, Някои аспекти на стареенето и трудоспособността, Социална Медицина, 2011, № 2, 23-26
31. М. Визева, К. Визев, ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ – ЗАЩИТНЫЙ И РЕГУЛИРУЕМЫЙ ФАКТОР ДИАБЕТА И ОЖИРЕНИЯ УДК 616.4 615, Научный журнал «Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири»№ 1. – 2014, ISBN, ТЕМАТИЧЕСКИЙ ОЛИМПИЙСКИЙ ВЫПУСК НОМЕРАНАУЧНОГО ЖУРНАЛА, МОСКВА-ЧЕРНОГОРСК, , 2014 с.85-89
32. Визева М., Кр. Визев, Захарен диабет, затлъстяване и преждевременно остаряване, Двадесет и осма научно-технологична сесия Контакт 2011, Интердисциплинарната идея в действие, Темпто,София, 2011,168-177
33. Визева М.**,** Проучване върху информираността за Захарен диабет тип 2 при студенти от Медицински колеж „Й. Филаретова" – София, Първи национален конгрес по превантивна медицина с международно участие Гр. Кърджали, 03 - 05 Септември 2012г.
34. Визева М , Воденичарова А., Костова Ст., Иванов Е., Визев К- Някои социално-здравни аспекти на грижите за възрастни и стари хора Национална конференция на Съюза на Учените в България-Кърджали ,Х.2014г
35. Визева М, Воденичарова Ал.,Костова Ст., Воденичаров Вл. , Визев Кр. Организация на превенцията на хроничните заболявания в онтогенетичен аспект ИНГА 10-2014г под печат
36. Воденичаров Ц., С. Попова, Медицинска етика, С., Екопринт, 2010, 230 с
37. Воденичаров Ц., "7-те разлики между медика и мениджъра", София, 2009
38. Воденичаров Ц. , С Попова, М.Мутафова Е.Шипковенска.- Социална медицина Горекс Прес София 2013
39. Воденичаров, Ц. ,Медицинска етика , изд. Мнемозина,София, 1995
40. Воденичаров Ц., С. Попова., Социална медицина., С., Екопринт, 2009, 23
41. Воденичаров Ц., Насоки за усъвършенстване модела на здравното осигуряване в България. Сп. Здравна политика и мениджмънт-Извънреден брой, т.9, 2009
42. Воденичаров Ц., "10-те принципа на медика и мениджъра ", София, 2010
43. Воденичаров, Ц., В.Борисов, Ст.Гладилов, К. Чамов. Д. Кръшков. Модел за ефективно развитие на Българското здравеопазване.Здравен менид:жмънт,2005,2,5-15

*44.*Воденичаров, Ц., -Иновативността ,като аксиоватична същност на здравния мениджмънт Иновации в общественето здраве-Реалности ипредивикателства “Наука и общество” Под Ред. на Проф. Д-р Ц. Воденичаров, 2012, с.7-12
*45.*Воденичаров Ц. Насоки за усъвършенстване модела на здравното осигуряване в България. Сп. Здравна политика и мениджмънт-Извънреден брой, т.9, 2009
*46.*Воденичаров, Ц., Иновации в общественето здраве-Реалности ипредивикателства “Наука и общество”
47.Гладилов Ст., Е. Делчева, Икономика на здравеопазването, Princeps, С., 2009
48.Гладилов Ст., Икономическият начин на мислене в ефективното използване на здравните ресурси, Иновации в общественото здравеопазване, Наука и общество,С., 76-80
49.Диабетография, кн.2, кн5, 1998
50.Доктор,Д., 2 (10) година 3 , лято 2000.
51.Дулева В, К. Ангелова, С. Петрова и съавт. Национално проучване на хранителния прием и хранителния статус на населението в България, 1997, Прием на въглехидрати и хранителни влакнини от населението в България, Хиг. и здравеопазв., 2000, XLIII,1,33-34
52.Европейската асоциация за изучаване на диабета, Група за изучаване на обучението на при диабетно болните За по–добър живот на хората с диабет,
53.Закон за защита, рехабилитация и социална интеграция на инвалидите, ДВ,бр.112/22.12.95
54.Закон за социалното подпомагане , ДВ,бр56/19.0598
55.Здравно осигуряване, Сборник нормативни документи, изд Солтон, 2000
56.Йорданов Бл., Д. Байкова, В. Дулева – Консумация на безалкохолни напитки от населението в България – Национален мониторинг, В: Науката за хранене пред нови възможности и предивикателства,ред. Б. Попов, АСИ Принт, С.,2008, с.242-244
57.Клуб Д, бр.3,г.11,Април 2001
58.Клуб Д,бр,7,гХ,Септември 2000
59.Клуб Д,бр,9,гХ,Ноември 2000
60.Колева – Йошинова, И. Съвременни възможности на рехабилитацията при диабетна невропатия и диабетно стъпало, София, Бойко Стаменов, 2005.
61.Любомирова К., Трудова медицина, базирана на доказателствата, Здравна политика и мениджмънт, 2012, бр. 1, 31-34
62.Любомирова К., Т. Попов, Т. Панев, С. Хаджидекова, Д. Чохаджиева, А. Михайлова, Оценка на зависимостта между атмосферното

влияние и химичната канцерогенеза, МЕДИЦИНСКИ МЕНИДЖМЪНТ И ЗДРАВНА ПОЛИТИКА. 2006, БР.3, 3- 10.

63. Максимова С., В. Петков, М. Визева, Здравеопазната система през погледа на студенти от Медицински колеж-София., Спешна и болнична помощ – част II, Здравна политика и мениджмънт, 2010, том 10, №3, 34-37

64. Методично указание за приложение на Физиологичните норми за хранене на населението в България,(1998)

65. Марков П., Д. Марков, Д. Байкова, И. Петрова. Специфика на етиологичнитефактори за затлъстяване при жени във фертилна възраст. Двадесет и девета научно-технологична сесия Контакт 2012, Гражданската идея в действие, ТЕМПТО 2012

66. Марков П., Д. Марков, Д. Байкова. Актуални проблеми в консумацията на храни при жени в детеродна възраст у нас. Двадесет и седма научно-технологична сесия Контакт 2011, Гражданската идея в действие, ТЕМПТО 2011

67. Марков П., Д. Марков, Д. Байкова. Разпределение начестотата на несъответствия с препоръките за телесна маса при жени на 18-30г. у нас. Двадесет и седма научно-технологична сесия Контакт 2011, Гражданската идея в действие, ТЕМПТО 2011

68. Д. Марков*, П. Марков**, Д. Байкова*, И. Маркова**, Кр. Визев*, М. Визева* ЗА И ПРОТИВ ГЛАДОЛЕЧЕНИЕТО ПРИ ЖЕНИ В ДЕТЕРОДНА ВЪЗРАСТ

69. Д. Марков, П. Марков, Д. Байкова, И.Маркова, К. Визев, М. Визева- ВЛИЯНИЕ НА СИЛНО ОГРАНИЧИТЕЛНИТЕ ДИЕТИ ВЪРХУ ПРОИЗВОДСТВОТО НА ЛЕПТИН- ТЕМПТО 2013

70. Марков П, Воденичаров Е, Дунева З, Байкова Д, Дулева В. Практически указания за оптимизиране храненето на жени във фертилна възраст - В: “Науката за хранене в опазване на човешкото здраве /ред. Б. Попов/, ИК “Бленда”/, С. 2004, 218 – 222.

71. Марков П, Марков Д, Байкова Д, Петрова И. Здравен риск от рестриктивни модели на хранене при жени в предфертилна и фертилна възраст. В: Контакт 2011, XXVIII Научно-технологична сесия, 28 октомври 2011, С, ТЕМТО, 2011,202-206.

72. Мазовецкого А.Г.,”Захарен диабет и наднорменателесна маса “, зид.Москва “ Медицина”1980г

73. Мерджанов, Ч., Едно компрометиращо първенство, СУ “Климент Охридски”, С., 1995.

74. Национална здравна стратегия, План за действие за периода 2001-2006, София 2001

75. Национална здравна стратегия, По- добро здраве за по –добро бъдеще на България, С , 2001

76.НСИ, Сборник Население , София 1999
77.НСИ, Сборник население , София 2000
78.НСИ Служебен бюлетин 2012г
79.Петрова С. Съвременни проблеми на храненето на населението в България – В: "Науката за хранене в опазване на човешкото здраве", ред. Б. Попов, 88-96С, 2004
80.Писев В., Павлова Ж. – Затлъстяването-медикосоциални и иикономически последици- Иновации в общественето здраве-Реалности ипредивикателства Под Ред. на Проф. Д-р Ц. Воденичаров "Наука и общество"2012,с82-89
81.Писев В., Павлова, Ж., Визев К., Затлъстяването при деца в училищна възраст-Възможности за ограничаване с комплексна профилактична програма, Иновации в общественето здраве-Реалности ипредивикателства, Под Ред. на Проф. Д-р Ц. Воденичаров "Наука и общество" 2012,с 90-101
82.Попов Б. Размисъл върху някои от съвременните концепции за здравословно хранене, В: "Науката за хранене в опазване на човешкото здраве "(ред. Б. Попов), С.,2004, 8-14
83.Попова, С., Кръстева, Н., Юрукова, К., Комуникативни умения и автономни функции на сестринството, Пловдив, Гриф, 2001.
84.Постановление N243/05.11.98 За приемане на правилник на Закона за социално подпомагане
85.Постановление N269/1.11.96.ДВ бр 97/12.11.96г. Правилник за прилагане на Закона за защита, рехабилитация и сициална интеграция на инвалидите (ЗЗРСИИ)
86.Постановление N37/26.02.99г.За изменение и допълнение на правилника за прилагане на ЗЗРСИИ
87.Петков В., С. Максимова, М. Визева, Здравеопазната система през погледа на студенти от Медицински колеж – София. Доболнична помощ – част I, Здравна политика и мениджмънт, 2010, том 10, №2, 39-42
88.Петков В., Мениджмънт на заболяването., Здравен Мениджмънт, 2002, том II, 1 стр. 18-23.
89.Петков В., М. Визева, Д. Георгиева, М. Алберт, Кр. Маркова, С. Сандова, Удовлетвореност на студентите в Медицински колеж „Й. Филаретова" от уч-2010/11г., Национална конференция за преподаватели и студенти на тема „Здравни грижи - традиции и перспективи".София, 29 и 30 март 2012г.
90.Попов Т., К. Любомирова, Т. Панев, Д. Чохаджиева, Тютюнопушенето като фактор, увеличаващ професионалната експозиция на полициклични ароматни въглеводороди, Военна медицина 2006, бр. 2, 41-43

91.Попов, Т., М.Александрова, съавт., Медицинска педагогика, Учебник за студентите от Факултетите по обществено здраве, Габрово, 2010, 2011 г. .
92. Препоръки за здравословно хранене за населението в България 18 – 65 години.МЗ, НЦООЗ,С; ISBN 9526; 2006:40
93.Проданова Я., Ц. Воденичаров, К. Любомирова, С. Евстатиева, Н. Цачева, Роля на трудово-медицинското обслужване за подобряване на общественото здраве, Здравна политика и мениджмънт, т.12, 2012 № 1, с 14-17
94.Проданова, Глобален риск, Първа международна конференция по медицинска география, 24-26.10.2003, София.Съюз на научните медицински дружества в България. Българско дружество по медицинска география. Научни доклади по медицинска география, 2004,
95.Проданова Я., Застраховане и корпоративна социална отговорност. Здравна политика и мениджмънт, С, 2014 (14), бр. 1, с. 44-45
96.Пръвчев В., Т. Татьозов, М. Визева, М. Влахов, РОЛЯТА НА ДЕТСКИТЕ ЯСЛИ В ОБЩЕСТВЕНАТА ЗДРАВНА ГРИЖА ЗА ДЕЦАТА, “Национална конференция за преподаватели и студенти на тема „Здравни грижи - традиции и перспективи”.София**,** 29 и 30 март 2012г.-
97.Рибарова,Ф. Антиоксиданти-превенция и здравословностареене, Симеллпрес, С.2010, с.10
98.Савова З. Организационни принципи на управление на човешките ресурси за по- добро здравеопазване, Здравна политика и мениджмънт, т.11, 2011 № 3, с 26-32
99.Сарандев А., К Попова, Обучението по селф-мениджмънт като интегрална част от терапията на пациенти с диабетна невропатия, Здравна политика и мениджмънт. 2010; 1 :8-11.
100. Топузов Ив. Женският басейн. Моделиране с комплексна комплексна кинезитерапия, Универс. Изд.”Св. Ив. Рилски”, София, 2003; 312.
101. Физиологични норми за хранене на населението в България – Държавен вестник, брой 63, 2005
102. Ханджиева-Дърленска Т, Бояджиева Н. Затлъстяване: фармакотерапия и фармакогенетика. РИК Симел, 2007; 325.
103. Хигиена и здравеопазване,сп бр 2 1996
104. Цачева Н. Социалнозначими заболявания и качество на живот. Конференция “Проект ПАЛАДИН”, С., 19.06.2010.
105. Цачева Н., Р. Николова, Европейски измерения на трудовата медицина, Здравна политика и мениджмънт, т.10, 2010 № 4, с 77-81

106. Чамов К., Здравнополитически анализи. Технологии за оценка на здравното въздействие, Иновации в общественото здравеопазване, Наука и общество С., 55-75
107. Чанева Г., И. Стамболова, Качество и контрол на здравните грижи. Мениджмънт на сестринския процес, Филвест, С. 2003, 94-100
108. Шипковенска Е., Съвременни модели и концепции за промоция на здраве и профилактика на болестите. Студентска екипна практика за превенция на метаболитния синдром, Акад. изд. Тракийски университет, 2010, с. 5-24.
109. Шопова К., Още за Е.Фром и за здравното поведение, Медицинси меридиани, ГорексПрес, София, 2011, 3, 60-63
110. AG Prevention des Type 2 Diabetes der DDG. http: //www.diabetesprevention.de,accessed Sep 6, (2005).
111. Alberti KGMM, Zimmet P, Shaw J. International Diabetes Federation: a consensus on type 2 diabetes prevention. Diabetic Medicine 24:451-463, 2007.
112. Aleksandrova M, et al Menaces pour la santé des enfants – réalités et perspectives , 32nd Balkan Medical Week 21-23 September 2012 Nis, Serbia
113. American Obesity Association. Standards of medical care – 2011. 34, Suppl. 1, 11-61, (2011).
114. American Dia
115. Bank AJ, Billups KL, Kaiser DR. et al. Relation of C-reactive protein and other cardiovascular risk factors to penile vascular disease in men with erectile dysfunction. *Int J Impot Res.*2003;15:231-236.betes Association. Standards of medical care in diabetes – 2012. Diabetes Care 35, Suppl 1, 11-63, (2012).
116. Basevi V. Di Mario S., Morciano C., et al. Comment on: American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2011. Diabetes Care 34, 51, 11-61, (2011).
117. Buse JB, Ginsberg HN, Bakris GL, Clark NG, Costa F, et al. Primary prevention of cardiovascular diseases in people with diabetes mellitus: A scientific statement from the American Heart Association and the American Diabetes Association. Diabetes Care 30:162-172, 2007. .
118. Chung WS, Sohn JH, Park YY. Is obesity an underlying factor in erectile dysfunction?*Eur Urol.*1999;36:68-70.
119. Centers for Disease Control and Prevention. 2011 national diabetes fact sheet (http://www. Cdc.gov/ f diabetes pubs / Factsheet11.http)
120. Cooper,R.A., Stoflet, S.J.Trends in the Education and Practice of Alternative Medicine Clinicians, Health Affairs, 1996, 15(3), Fall, p.226-238.

121. Davidson M.B. Diagnosing diab obesity: worshipping a false God. Diabetes Care 34.524-526, (2011). 3.
122. De Angelis L, Marfella MA, Siniscalchi M. et al. Erectile dysfunction in type II diabetes: a possibile link. *Diabetologia*.2001;44:1155-1160.
123. Derby CA, Mohr BA, Goldstein I. et al. Modifiable risk factors and erectile dysfunction: can lifestyle changes modify risk? *Urology*.2000;56:302-306.
124. Dyakova M., E. Shipkovenska, P. Dyakov, P. Dimitrov, S. Torbova. Cardiovascular Risk Assessment
125. Elson M., Haas M.D. Nutritionnal Program for Fasting p. 1-15, http://www. healthy.net/scr/article.asp?ID=1996
126. European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007-2012, WHO Regional Office for Europe, 2008
127. Kopelman PG. Obesity as a medical problem. *Nature*.2000;404:635-643
128. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*.1999;281:537-544
129. Bulgarian Urban Population: Crossectional Study. Croatian Medical Journal 2008; 49, No. 6, p. 783-791.
130. Handjiev Sv, Handjieva-Darlenska T. Study on the effect of nutritional fibers in the treatment of obesity and dislipidaemia in women. Int. j Obes 2007; 31 1: s 159
131. Naumova E., Vizev Kr.- Extended Immunogenetic Profiles Could be Predictive for Longevity ,12 International Congress of Immunology and 4 Annual Conference of FOCIS, 18-23 july 2004,Montreal, Canada
132. Obesity Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes wit lifestyle intervention or metformin, NEYM, 346, 393 – 403. (2002).
133. Vizev Kr., M. Vizeva, SOME CONTEMPORARY MEDICO-SOCIAL PROBLEMS OF THE AGIGNG IN BULGARIA, 3nd World Congress on Controversies to Consensus in Diabetes, Obesity and Hypertension (CODHy) Barcelona, Spain, № 870781/ 06.2010-
134. VIZEV KR, VIZEVA M., SOME ENDOCRINE FACTORS FOR THE PERSON BIOLOGICAL AGE, CODHY-Helsinki, Finland 2010, submis. № 2282, /code: 3VKES7ZO5_MT-/
135. Vizev K., M. Vizeva, M. Alexandrova, Lifestyle and Social interaction and lifestyle of personsd with Metabolic syndrome, 31st Balkan Medical Week-28-31.10.10, Athens, Greece
136. Lindström J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, Aunola S, Eriksson JG et al. Sustained reduction in the incidencef by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. Lancet 368:1673-1679, 2006.

137. Lindström J, Eriksson J, Louheranta A, Uusitupa M, Mannelin M et al. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle intervention and 3 year results on diet and physical activity. 26:3230-3236, 2003.
138. Laaksonen DE, Lindström J, Laka TA, Eriksson JG, Niskanen L et al. Physical activity in the prevention of Type 2 diabetes: The Finnish Diabetes Prevention Study. Diabetes 54:158-165, 2005.
139. Lindstrom Y., Louheranta A., Mannelin M., et al. The finish diabetes prevention study (DPS). Diabetes Care 26, 3230-3236, (2003).
140. Mathien C., Van der Schueren B.Y. Vitamin D Deficiency is not good for you. Diabetes Care 34, 1245-1246. (2011).
141. Muhlhanser I., Kasper Y., Mayer G. Understanding of diabetes prevention studies; guestionnaire survey of professionals in diabetes care. , (2006). Http:// www.10.1007/ s 00125-006-0290-8
142. Office of Alternative Medicine, National Institutes of Health, Clearinghouse, FrequentlyAsked Questions – http://altmed.od.nih.gov.oam/resources/present/oam-core/4.html Rechel B, Schwalbe N, McKee M. Public Health Reviews: Health in south-eastern Europe; a troubled past,an uncertain future. Bulletin of World Health Organization 82: 539-546, 2004.
143. .Steffes MW.. et al. Glycated hemoglobin. Diabetes and cardiovascular risk in non diabetes adults. New Engl. Y. Med. 362, 800-811, (2010)
144. Stefanov TS, VekovRelationship of physical activitiy and eating behaviour with obesity and type 2 diabetes mellitus: Sofia Lifestyle (SLS) Study. Folia Medica 53(1): 11-18, 2011.
145. Tsacheva N., M. Yantcheva, Iv. Petrov, R. Mladenova, A. Vatkova. Socially-Significant diseases in workers – level, structure and dynamics over a 15- year period. 29th, Balkan Medical Week, 2008, p. 22
146. Vizev K, Vizeva M, Pavlova J, Pisev V, Vodenicharov E., Prevention of prematurely (pathological) ageing , 32nd Balkan Medical Week 21-23 September 2012 Nis, Serbia
147. Vizev Kr., M. Vizeva, Social interaction and lifestyle of diab obesity, 8th Macedonian Congress on Obesity, Nutrition and Dietetics Thessaloniki, 3 rd Balkan Congress on Obesity, Athens, Greece - October 17-19, 2008
148. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO, 2011 WHO Regional Office for Europe, Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, 57th World Health Assembly 2004, WHA 57.175
149. .WHO,Health for All Data Base, European Region, WHO, Regional Office for Europe, 2004

150. WHO. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation . Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. TRS 916, WHO, Geneva, 2003
151. WHO Regional Office for Europe Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, 2012
152. World Health Organizaiton. Global health risks: Mortality and burden of deseases attributableto selected major risks. Geneva: WHO; 2013
153. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2011. France: WHO, 2011.