



It was a pilot study. The questionnaire, which is included in the analyzed survey, contains the introductory, filtering, basic and ID issues. Current paper analyses only the questions that assess knowledge of the patients about the nature of CKD, which is a major factor for disease self control practicing.

**Results:** Answering the questions assessing the patients knowledge of CKD only 10% (three patients) gave a correct answer, and the rest indicated partially true answers, however, including only one correct factor. These data are confirmed also by the fact that only 36% responded that they know what needs to be done to delay the progression of CKD. 30% does not know what medications they take, and 60% of patients responded that they are familiar with intended use of drugs; however in 40% of the concrete questions the lack of real knowledge was established.

**Discussion:** Analysis of the results shows a lack of basic knowledge of patients about the specifics of CKD, and the lack of motivation of self-education in this area.

**Conclusion:** The practice of self-monitoring and self-control of CKD is underdeveloped in our country and future implementation of training programs for patient self-management of chronic kidney disease is required.

**Key words:**

**Address for correspondence:**

chronic kidney disease, self-monitoring, self-control

*Mila Lubomirova, M.D., Clinic of Nephrology, University Hospital "Alexandrovska", Sv. G. Sofiyski St., Bg 1431 – Sofia, e-mail: MLjubomirova@yahoo.com*

Основният фокус в новия модел здравна система е изместен от лечението на болестта към превенцията на здравето и в тази нова стратегия пациентът ще има повече лична, осъзната отговорност и повече контрол върху опазване на собственото си здраве [1-8]. Това рефлектира върху специфичен акцент върху хроничните заболявания и създаване на нови възможности за домашни и self-management терапии [1-2]. В този контекст моделът на ХББ и хроничното лечение представлява добър пример за нуждата от радикални промени в стандартните медицински подходи и услуги. Self-management се определя като възможността на дадено лице да управлява ежедневно своето здравно състояние на базата на натрупани познания за същността, хода, усложненията и лечението на дадена хронична болест, чрез практикуване на определени поведенчески модели, придобити умения за намаляване на физическото и емоционалното въздействие на болестта. Тази дейност се извършва самостоятелно от пациента или в сътрудничество с различни здравни специалисти [9-25]. Self-management се отнася до ежедневните задачи, с които човек трябва да се справя, за да постигне определени цели и максимално добро качество на живот въпреки съществуващото хронично заболяване. Освен придобиване на знания за болестта, задачите включват и справяне с медицинския мениджмънт – разпознаване на симптоми, оценка на резултати и др., и създаване на доверие в екипа – лекар и доставчици на здравни услуги [9-20]. Успешното управление на хронични заболявания зависи до голяма степен от управлението на болестта от самия пациент, както и от

пряката грижа на всички доставчици на здравни услуги [19, 20]. Доброто самоуправление на дадена хронична болест позволява на пациента да се справя сам с много от възникналите проблеми в здравния му статус, за да поддържа по-добро състояние при използване на по-малко здравни ресурси [16, 17, 21]. Все повече доказателства за това са получени при проучвания за пациенти с хронични заболявания като артрит, диабет, ХББ, ползващи програми за самостоятелно управление на болестта, които подобряват здравното състояние на болните и намаляват честотата и продължителността на хоспитализациите [41, 42, 46]. **Проблемите, които трябва да се решават при хроничните заболявания, са най-вече социални и психологични. Затова и задачите на медицинските професионалисти са свързани предимно с мениджмънта на хроничната болест, а не толкова и само с лечението ѝ. Мениджмънтът на хроничната болест означава: социална и психологическа подкрепа на болния в неговата опитност в болестта и изграждане на нова идентичност.**

**Има четири главни поведенчески домейна в самоуправлението на ХББ:**

1. Контрол на храненето
2. Самоконтрол на кръвното налягане
  - 2А. Строг самоконтрол на нивото на кръвната захар при диабетици с ХББ.
3. Мениджмънт на лабораторните резултати.
4. Self-management на медикаментозното лечение.

**Целта на проучването е да се установи чрез анкета имат ли болните с ХББ  $\geq 3$  ст. познания за спецификата на ХББ, за да мо-**

**гат да осъществяват самонаблюдение и самоконтрол (self-management) на болестта си.**

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Изследвани са 30 болни с ХББ  $\geq 3$  ст., които имат трайно повишени стойности на серумния креатинин над 200  $\mu\text{mol/l}$ , креатининов клирънс под 60 ml/min, хоспитализирани в Клиниката по нефрология на УМБАЛ "Александровска" за периода 01.01.2014-07.01.2014 г. Анкетирани са на възраст от 22 до 78 г., средна възраст  $60 \pm 38$  г., мъже – 18, жени – 12. Тази извадка съответства на разпределението на лекуваните в Клиниката по нефрология болни с ХББ  $\geq 3$  ст. през последните две години, както и на епидемиологичните проучвания, касаещи честотата и разпространението на ХББ. С висше образование са 26% (8/30), със средно – 40% (12/30), а с основно са 34% (10/30). 67% от анкетирани не работят, останалите 33% работят. Причината за липса на трудова заетост, отчетена според историята на заболяването, е трудоустрояване (ТЕЛК) или пенсионна възраст (преобладават болни над 55 год.). 17/30 болни – 57%, не ползват интернет, а останалите 43% могат да получават информация чрез интернет самостоятелно или чрез посредник, най-често близки от семейството. Не е направен анализ на социалния статус на ползващите интернет информация, защото броят на болните не е голям и съответно подгрупите по социален статус са с малък брой пациенти. За реализиране на основната цел на проучването е използван методът на социологическо проучване, базирано на анкетния метод – лична пряка индивидуална анкета. Проучването е пилотно. Въпросникът, който е включен в анализирания анкета, съдържа въвеждащи, филтриращи, основни и идентификационни въпроси. Зададени са както обикновени, така и въпроси диалози. В анкетата има и затворени, и отворени, фактологични и оценъчни въпроси. Има затворени въпроси с повече от един верен отговор, с един верен отговор и въпрос с 4-степенна форсирана скала за субективна оценка на качеството на живот на анкетирани болни с ХББ  $\geq 3$  ст. Изследвана е способността на анкетирани болни за познаване, самоконтрол и самоуправление на четирите главни компонента на self-management на ХББ – контрол на хипертонията и диабета, спазване на специфичен диетичен режим и здравословен начин на живот, лабораторен контрол на факторите, имащи отношение към прогресията на ХББ, и контрол на приеманите медикаменти. В тази статия са анализирани само въпросите,

оценяващи познанието на болните за същността на ХББ, което е основен фактор за реализиране на самоконтрол на болестта. Въпроси, чиито отговори са анализирани, са:

1. От колко години имате повишени стойности на серумния креатинин?

> 1

> 2

> 5

2. Посочете верните симптоми на ХББ, които налагат контрол и лечение (има повече от един верен отговор, възможно е всички да са верни)

*Анемия*

*Хипертония*

*Диабет*

*Повишени нива на холестерола и триглицеридите*

*Нисък калций, фосфор и паратхормон*

*Висок калий*

*Силна киселинност на кръвта*

3. Знаете ли какво трябва да прави пациентът, за да забави влошаването на бъбречната си функция? (ако отговорът е Да, моля с няколко изречения да опишете чрез какви мерки Вие участвате в лечението на Вашето заболяване)

*Да*

*Не*

4. Откъде получавате информация за ХББ и нейното протичане, усложнения и лечение (може да дадете повече от един отговор)?

*Личен лекар*

*Нефролог в ДКЦ*

*Нефролога в Клиниката*

*Интернет*

*Медицински издания, достъпни за пациенти*

*От други болни с моето заболяване*

*Посещавам групи за взаимопомощ*

5. Знаете ли точно какви медикаменти приемате?

*Да*

*Не*

6. Знаете ли кои лекарства за какво са?

*Да*

*Не*

7. Знаете ли защо трябва да се спазва диетичен режим при повишен серумен креатинин – моля с едно-две изречения да опишете причините.

8. Знаете ли какви показатели се следят при ХББ?

9. Можете ли сам да разчитате лабораторните си резултати?

10. Как оценявате качеството си на живот?

*Много лошо*

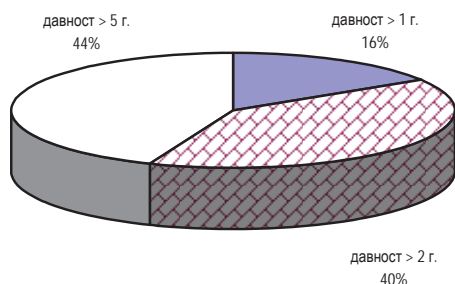
*Лошо*

*Добро*

*Много добро.*

## РЕЗУЛТАТИ

Средната давност на ХББ  $\geq 3$  ст., анализирана според историите на заболяванията, е  $3,4 \pm 1,3$  г. (графика 1).



Графика 1. Давност на ХББ  $\geq 3$  ст.

На въпроса, оценяващ познанията на болните за факторите, които имат отношение към прогресията на болестта, само 10% – 3 болни, са дали верен отговор, а останалите са посочили частично верни отговори, но само с един фактор. Само 36% отговарят, че знаят какво трябва да се прави за забавянето на прогресията на ХББ. Детайлизирането на въпроса за факторите доказва, че 36%, определящи себе си като знаещи, са посочили контрола на хипертонията, спазването на диета и контрола на диабета като важни фактори за контрол на ХББ, но не показват, че имат знание за двигателния режим, спорта, лечението на активността на основната бъбречна болест, на корекцията на анемията, значението на редуцирането на протеинурията, лечението на отклоненията в калциево-фосфорната обмяна. 30% не знаят какви медикаменти приемат, не могат да ги изброят (независимо от факта, че болните с ХББ приемат терапия магна). 60% от пациентите отговарят, че знаят кои лекарства за какво са, но при 40% отговорът издава липса на реално познание, което е още едно доказателство за недостатъчното осъзнаване от пациентите на важността на собственото им здраве и липсата на лична отговорност към него. Основната информация за ХББ болните получават от нефролога в Клиниката, където се лекуват, и чрез обмен на информация с други пациенти с подобно заболяване – 56% от отговорите, а само 13% търсят интернет информация. Анализът на въпроса за оценка на качеството на живот е интересен. Отговорите са твърде хетерогенни – само 6% от болните определят качеството на живота си като много добро (не трябва да се забравя, че ХББ в този етап няма твърде тежко изразени симптоми – лошото качество е на базата на сериозния коморбидитет – основно от ССЗ и големите и малки усложне-

ния при захарния диабет). 17% отговарят, че имат много лошо качество на живот, лошо – 8%, а в златната среда с добро качество са 50% от анкетираните. 19 болни – 36%, считат, че знаят какви лабораторни резултати се следят при ХББ  $\geq 3$  ст. (това е и приблизителният процент болни, които смятат, че знаят симптомите на ХББ, но истински верен отговор дават само 10%). При конкретизиране на въпроса от тези 19 болни 5 посочват точните показатели, а останалите 14 дават частични отговори. 33% от болните смятат, че могат да разчитат лабораторните си изследвания, останалите 67% не биха интерпретирали сами стойностите.

## ОБСЪЖДАНЕ

Самооценката на познанието на пациентите за същността на ХББ е много неточна, защото отговорите на въпросите потвърждават големи пропуски в познанието на болните, тоест те реално се самозаблуждават, че са добре информирани. Това означава липса на задълбочено познание за същността на заболяването и на съзнателен интерес за натрупване на знание и информация, касаещи болестта. Със сигурност е налице и лоша комуникация между лекар и пациент и между специалистите по здравни грижи и болните. За сравнение в САЩ всеки 8 от 10 болни, преди да посети специалист, е подготвен за болестта си чрез информация, получена чрез интернет или социалните мрежи – той има познание и на тази база може да задава на специалистите конкретни и мотивирани въпроси [14, 15, 17, 20, 31, 38], като в тази страна посещенията при специалист е далеч по-рядко и по-трудно осъществимо, отколкото у нас, а не на последно място и далеч по-скъпо. Хората, които нямат познания за същността на здравния си проблем, трудно могат да анализират състоянието си, да задават конкретни въпроси на базата на самоанализ на промените в симптомите си във времето, не могат да анализират резултати и т.н. Прави впечатление, че категорично липсва активно, осъзнато, самостоятелно търсене на източници на знание и допълнителна информация от анкетираните пациенти, както и обмяна на опит (извън готовата ситуация в Клиниката – няма активност от страна на болните). Липсата на задълбочено познание за медикаментите, които приемат болните, не е изненадваща. Подобни данни публикува и Канадската нефрологична фондация, а там програмите за самоконтрол на ХББ работят от години и съществуват сайтове за обучение за придобиване на знания за ХББ и за практика на

самоконтрол на ХББ [17, 18, 32, 34]. Тази хетерогенност на отговорите на първо място издава, че болните нямат натрупани знания, което им пречи да правят съзнателен информиран избор и това поражда страх и безинициативност. Налице са и личностни особености от типа инертност: полесно е друг да поема отговорност, няма интерес към резултатите, правя го само защото трябва, т.е. липсва лично активно отношение и осъзнатост, че „Аз“ самият съм фактор за собственото си здраве или когато имам болест, съм фактор в нейното лечение и в това да се чувствам по-добре, и така, както „Аз“ искам. Върху тези умения и самоосъзнаването на пациента като фактор трябва да се работи, т.е. той да се мотивира не само чрез натрупване на познания, а чрез създаване на контакти с хора с подобни проблеми, насърчаване на комуникацията в „групи за помощ“, обмяна на информация чрез специализирани блогове или сайтове, популяризиране на практиката самоконтрол и живот с ХББ.

Необходимо е да се създадат програми от водещи специалисти нефролози, съобразени с правилата за добра клинична практика за контрол на основните симптоми на ХББ, които да бъдат обяснени на разбираем език за пациентите, така че те да могат, ползвайки тези материали, да натрупват и надграждат знанията си за всичко, свързано с ХББ.

#### Библиография

- Healthy people 2010 – <http://www.southalabama.edu>
- [www.europa.eu/health](http://www.europa.eu/health)
- МЗ. Национална здравна стратегия – 2014-2020 г.
- Изпълнителна агенция за здраве и потребители. [ec.europa.eu/eahc/](http://ec.europa.eu/eahc/)
- The Public Health Portal of the EU. [http://ec.europa.eu/health-eu/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/index_en.htm)
- Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020. 2013.
- Diabetes Care" American Diabetes Association, 2010.
- [http://www.who.int/topics/diabetes\\_mellitus/en/](http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/en/)
- National Obesity Observatory. Trends in obesity prevalence – [www.noo.org.uk/NOO\\_about\\_obesity/trends](http://www.noo.org.uk/NOO_about_obesity/trends).
- Powe, N., L. Plantinga et R. Saran. Public health surveillance of CKD: principles, steps and challenges. – *Am J Kidney Dis*, 2009; 53(3 Suppl 3): S37-S45.
- Kadam, U. T. et al. Chronic disease multimorbidity transitions across health care interface and associates cost: a clinical linkage database study. – *BMJ Open* 2013. 3: e003109.
- Nugent, R. A. et al. The burden of chronic kidney disease on developing nations: a 21 st century challenge in global health. – *Nephron Clin Pract* 2011; 118:c269-c277.
- Health and Social Care Act 2010-2012.
- Hegbrant, J. et al. The quest to standardize hemodialysis care. *Contrib Nephrol* 2011;171:39-39.
- <http://www.nursing.center.com> – continuing medical education, *AJN*, 2005;105:40.
- Walker, R., M. R. Marshall et N. Polaschek. Improving self-management in chronic kidney disease: a pilot study. *Renal Society of Australasia Journal*, 2013, (3): 116-125.
- Ong, S., S. Jassal, E. Porter et al. Using an electron self-management tool to support patients with chronic kidney disease (CKD): A CKD Clinic Self-care Model. *Semin Dial*, 2013(26); 2: 195-202.
- McGowan, P. Self management: a background paper. Available at: [http://telushealth.org/en/solutions/docs/Healthcare\\_self\\_management.pdf](http://telushealth.org/en/solutions/docs/Healthcare_self_management.pdf); January 16, 2013
- Education on self-managenet. [www.kidney.org.au/forpatients/management](http://www.kidney.org.au/forpatients/management); [https://www.kidney.org/kdoqi/guide\\_5htm](https://www.kidney.org/kdoqi/guide_5htm)
- Funnell, M. M. et R. M. Anderson. The problem with compliance in diabetes. *J Am Med Assoc* 284:1709, 2000.
- Lin, C.-C., C.-C. Wu, L.-M. Wu et al. Psychometric evaluation of a new instrument to measure disease self-management of the early stage chronic kidney disease patients. *J Clin Nurs*. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.04048.
- Forjuoh, S. N., M. D. Reis, G. R. Couchman et M. G. Ory. Improving diabetes self-care with a PDA in ambulatory care. *Telemed J E Health* 14(3), 2008, 273-279.
- Воденичаров, Ц. и Ц. Попова. Социална медицина, С., ЕкоПринт, 2009, 69-80,
- Борисов, Б. Стратегически здравен мениджмънт. – Философия и практика. С., 2008.
- Шипковенска, Е., Ж. Христов и др. Модерна епидемиология и здравеопазване, базирани на доказателствата. Филвест, 2008.
- Шипковенска, Е., Л. Георгиева и др. Приложна епидемиология и медицина, базирана на доказателства. 2002.
- Мутафова, М., Е. Георгиева и др. Социална медицина, С., Арсо, 2007.
- Грънчарова, Г. и др. Социална медицина. Изд. център, МУ – Плевен, 2009.
- Любомирова, М. Хронична бъбречна недостатъчност в преддиализен стадий и сърдечно-съдови рискови фактори. Дисертация, София, 2007.
- Воденичаров, Ц. 10-те принципа на медика и мениджъра. С., 2010.
- Воденичаров, Ц. Седем разлики между медика и мениджъра. С., 2007.
- Sevick, M. A., J. M. Trauth, B. S. Ling et al. Patients with Complex Chronic Diseases: perspectives on supporting self-management. *J Gen Intern Med*, 2007; 22(Suppl. 3):438-444.
- Wagner, E. H., B. T. Austin et K. M. Von. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q*. 1996; 74(4):511-544.
- Living well for kidney health; [www.kidney.bc.ca](http://www.kidney.bc.ca).
- [www.kidney.org.au/forpatients/management](http://www.kidney.org.au/forpatients/management).
- Education on self managenet. [https://www.kidney.org/kdoqi/guide\\_5htm](https://www.kidney.org/kdoqi/guide_5htm).
- [www.european-renal-best-practice.org](http://www.european-renal-best-practice.org).
- [www.era-edta.org](http://www.era-edta.org)

Постъпила за печат на 11 май 2015 г.