МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ

ФАКУЛТЕТ ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

ЕЛКА ДАМЯНОВА ВЛАДИМИРОВА

Психосоциална оценка на качеството на живот на пациенти на инсулино лечение

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

ЗА ПРИСЪЖДАНЕ 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”

НАУЧНИ РЪКОВОДИТЕЛИ:

ПРОФ. ГАЛИНА ЧАНЕВА, ДМ

ПРОФ. ПЕНКА МАРИНОВА, ДМ

София

2017 г.

СЪДЪРЖАНИЕ

	СТР.
ВЪВЕДЕНИЕ	**4**
ГЛАВА I. Литературен обзор	**6**
1. Диабетът като социално значимо заболяване и качество на живот при пациенти на инсулинолечение	**6**
1.1. Социалните проблеми при пациентите с диабет на	
1.2. инсулинолечение	**6**
1.2. Социални аспекти на качеството на живот на пациентите с диабет на инсулинолечение в България	**7**
1.2.1. Социално-икономически аспекти на качество на живот	**9**
1.2.2. Социални придобивки и грижи за пациенти с диабет на инсулинолечение в България	**13**
1.2.3. Инициативи за подобряване на грижите в България	**14**
1.3. Качество на живот на пациентите с диабет на инсулинолечение в световен мащаб	**18**
1.3.1. Проучвания на качество на живот на пациенти на инсулинолечение в Бразилия, Словакия и Холандия и Германия	**18**
1.3.2. Световният опит в областта на грижите за пациентите със захарен Диабет	**20**
2. Психосоциална оценка и качество на живот на пациенти с диабет на инсулинолечение	**23**
2.1. Психологическа оценка	**23**
2.2. Социална оценка	**24**
2.3. Психосоциална оценка	**25**
2.3.1. Същност на психосоциалната оценка	**26**
2.3.2. Психосоциален анализ	**26**
2.4. Психосоциални рискови фактори	**29**
2.5. Социална подкрепа	**30**
2.6. Значение на психосоцилната оценка за качеството на живот	**31**
3. Екипи на диабетни грижи	**32**
3.1. Хроничното заболяване „диабет” и екипните диабетни грижи	**32**
3.2. Основни цели на екипа за диабетни грижи	**35**
3.3. Медицинската сестра в екипите за диабетни грижи	**36**
3.3.1. Професионални компетентности и компетенции на медицинската сестра	**36**
3.3.2. Обучение на пациентите с диабет на инсулинолечение и техните семейства от медицинската сестра	**41**
Изводи от литературния обзор	**44**
II. ГЛАВА ВТОРА: МЕТОДОЛОГИЯ И МАТЕРИАЛИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО	**46**
2.1. Цел, задачи и хипотеза на изследването	**46**
2.1.1. Цел	**46**
2.1.2. Задачи	**47**
2.1.3. Работна хипотеза	**47**
2.2. МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО	**47**
2.2.1. Обект на изследването	**47**

2.2.2. Предмет на изследването **47**
2.2.3. Логически единици на изследването 47
2.2.4. Признаци на логическите единици на наблюдението **48**
2.2.5. Технически единици на наблюдението **48**
2.2.6. Признаци на техническите единици на наблюдението **49**
2.2.7. ХАРАКТЕР, ОБЕМ, ВРЕМЕ, МЯСТО И ОРГАНИ НА ПРОУЧВАНЕ 49
2.2.7.1. Характер на проучването **49**
2.2.7.2 Обем на проучването **51**
2.2.7.3. Време на проучването **51**
2.2.7.4. Място на проучването **51**
2.2.7.5. Органи на проучването **52**
2.2.8. МЕТОДИ ЗА СЪБИРАНЕ НА ЕМПИРИЧНИЯ МАТЕРИАЛ 52
III. ГЛАВА ТРЕТА: РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО 56
3.1. Социално-демографска характеристика на изследваните лица **56**
3.1.1. Социално-демографска характеристика на пациентите и техните близки **56**
3.1.2. Социално-демографска характеристика на медицински сестри и студенти **60**
3.2. Информираност на анкетираните за заболяването „диабет" на инсулинолечение и неговите усложнения **62**
3.2.1. Информираност на пациентите и техните семейства за заболяването „диабет" **62**
3.2.2. Информираност на медицинските специалисти за заболяването „диабет" **68**
3.3. Обучение при заболяването „диабет" на инсулинолечение **69**
3.3.1. Обученост на пациентите **69**
3.3.2. Компетентност на професионалистите по здравни грижи и студентите за полагане на диабетни грижи **77**
3.3.3. Потребност от обучение на близките на пациентите **81**
3.4. Заболяването „диабет" и качество на живот **83**
3.4.1. Проблеми на пациенти със захарен диабет на инсулинолечение **83**
3.4.2. Качество на живот на пациентите със заболяването диабет на инсулинолечение **90**
3.4.3. Психосоциалните аспекти на качеството на живот **93**
3.5. Значимост на психосоциалната оценка за качеството на живот на пациента със заболяването „диабет" на инсулинолечение **100**
3.6. Професионална подготовка и психосоциалните аспекти на диабетната грижа **110**
3.7. Модел за диабетна грижа при пациенти на инсулинолечение **123**
IV. ГЛАВА ЧЕТВЪРТА: ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ И ПРИНОСИ 129
4.1. ЗАКЛЮЧЕНИЕ 129
4.2. ИЗВОДИ 130
4.3. ПРЕПОРЪКИ 133
4.4. ПРИНОСИ 134
ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД 136
Използвана литература 137
Приложения 149

Използвани съкращения

ГМД – Гарантиран минимален доход

ЕС – Европейски съюз

ЕР – Експертно решение

КЗП – Кръвно захарен профил

МЗ - Министерство на здравеопазване

МПС – Моторно превозно средство

НЗОК –Национална здравна осигурителна каса

НАДД –Национална асоциация за деца с диабет

ООН – Организация на обединените нации

СЗО – Световна здравна организация

ТЕЛК –Териториална експертна лекарска комисия

СДО - Следдипломно обучение

ЗИХУ - Закон за интеграция на хората с увреждания

HbA1c- Гликиран хемоглобин

ОКС – Образователно квалификационна степен

Въведение

Диабетът е едно от заболяванията на 21 в., което Световната здравна организация определя като пандемия. През последните години се забелязва сериозно увеличение на пациентите с диабет в световен мащаб.

По данни на Българското дружество по ендокринология близо 577 хиляди души в България имат диабет, като над 200 хиляди от тях не знаят за заболяването и не предприемат мерки за лечението си[28].

Социално значимите заболявания в това число захарния диабет, обуславят сериозни медико-социални проблеми – поразяват големи групи от населението, често са свързани със загуби на трудоспособност и водят до инвалидизиране и висока преждевременна смърт.

Диабетът не е само здравен проблем и страдание за засегнатите хора. Той е финансова тежест за пациентите, техните семейства и за цялата икономика.

През последните десетилетия на базата на широки изследвания се отдава необходимото внимание на ролята на психосоциалните аспекти при комплексното лечение на диабета и по-точно психосоциална подкрепа за пациенти на инсулинолечение и техните семейства оказващ влияние на качеството им на живот.

Психосоциалните фактори включват представите на индивида за болест и здраве, наличие на обществена подкрепа, индивидуалния стил на справяне с проблемите, типа личност и други. Според някои автори тяхното значение като предиктори на качество на живот е много по-голямо от обекти визирането на усложненията на болестта.

За да постигнат добър контрол на диабета, пациентите на инсулинолечение имат нужда от разбиране и подкрепа на всички – медицинските екипи, семейството, приятелите, колегите, цялото общество.

Една от задачите за разрешение при пациенти с диабет на инсулинолечение и техните близки, пред които се изправя медицинската сестра е тяхното обучение и подкрепа за справяне с предстоящите психосоциални проблеми, с които е свързано качеството им на живот. Ролята на медицинската сестра в съвременното здравеопазване е специфична и многостранна, обхващайки различни дейности. В ежедневните дейности на медицинската сестра са обновяване на знанията за диабета и обучение в самоконтрол. От съществено значение са съветите относно инсулиновото

лечение, техниките на ежедневен гликемичен контрол и препоръките за мониториране относно съпътстващи заболявания, рисковите фактори за усложнения и за самите усложнения. Друг важен момент от грижите на сестрата е разбиране на психосоциалните нужди на семейството, психологическата поддръжка и помощ в приспособяването на пациента със захарен диабет на инсулинолечение и семейството му към заболяването и неговото лечение.

Обсъждането и оценката на психологичните и социалните проблеми на пациента може да спомогне за оптимизиране на гликимичния контрол, с което е свързано качеството им на живот.

I. ГЛАВА ПЪРВА

ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1. Диабетът като социално значимо заболяване и качество на живот при пациенти на инсулинолечение

1.1. Социални проблеми при пациентите с диабет на инсулинолечение

При поставянето на диагноза захарен диабет на инсулинолечение, той става част от живота на тези пациенти. Все още не съществува терапия, която да лекува веднъж и завинаги болестта, пациентите ежедневно трябва да се справят с баланса между хранителния режим, физическата активност, медикаментозната терапия, психическото спокойствие и контрол на кръвната захар.

Това поражда затруднения и често води до депресия. Ето защо е изключително важно пациентите с диабет да разполагат с изчерпателна и точна информация, да придобиват практически умения и да могат да намерят психо-социална подкрепа, с помощта на която да постигнат нужния контрол и безопасност.

Без да се преувеличава, можем да се присъединим към становището на проф. Кач, че добре компенсиран и правилно лекуван пациент с диабет е „ условно здрав“. Цената на „условно здрав“ е висока, но не е непостижима.Тя изисква дисциплинираност и съзнателност при провеждане на лечението и на лечебния режем, твърдост и безкомпромисност в следване на ограниченията, които те налагат, системност и последователност в поведението и постъпките, умереност и чувство на мярка във всичко и на всякъде. Тя изисква освен това правилно разбиране и познаване на захарния диабет, познания с подробности около режима и лечението, изучаване на усложненията и предпазване от тях, усвояване методите за самоконтрол и самонаблюдение[12].

Истинско предизвикателство за всички партньори в здравеопазването е изграждането на система за качество на специализираните диабетни грижи. Този процес трябва да започне и с няколко факти, които обуславят неговата необходимост.

Страната ни е член на Европейския Съюз. Следователно, тя трябва да отговори на европейските изисквания за качеството на медицинското обслужване, част от което са и специализираните диабетни грижи.

Има непрекъсната тенденцията за увеличаване броя на пациентите с диабет и

свързаните с това последици. В България има около 577 000 души с диабет, от тях 80 000 са на инсулиново лечение, от които 2 500 са деца.

Този проблем трябва да бъде преодолян като се предприемат съответни действия. Освен това, като член на ЕС, България не може да стои встрани от инициативите за качествени диабетни грижи, които протичат в други европейски страни. За да отговорим на европейските изисквания, е необходимо диабетните грижи да бъдат приоритетни от цялостния процес на подобряване на качеството в българското здравеопазване[31].

Работата с пациенти с диабет на инсулинолечение е много компонентна. Тя е свързана както с обучението така и със социална дейност и психосоциалната подкрепа, чиято решаваща роля има обучената за тази дейност медицинска сестра. Наблюдава се остра нужда от специализирано обучение на пациентите с диабет на инсулинолечение, с оглед повишаване на тяхната здравна информация и мотивация за спазване на указанията от лекар специалист след дехоспитализация.

Психологичните проблеми на захарния диабет са много и различни за всяка възрастова група. Трудно се приема факта, че при нивото на съвременната медицина е невъзможно да се постигне излекуване. При някои, психологичен проблем са самите инжекции, а при повечето младежи е трудно да спазват поведение на постоянен отказ от съблазнителните храни от витрините и рекламите по телевизията.

Като цяло семействата с позитивно мислене, с оптимистична атмосфера и в същото време със способност да приемат съдбата, такава каквато е, помагат на своите близки с диабет на инсулинолечение по-лесно да преодолеят негативите на диабета. Бъдещото гражданско общество обещава все по-малко предразсъдъци и все повече протегнати ръце към пациентите със захарен диабет на инсулинолечение.

1.2. Социални аспекти на качеството на живот на пациентите с диабет на инсулинолечение в България

Гликираният хемоглобин (HbA1c) е показател за контрола на захарния диабет през последните 2-3 месеца и един от критериите за оценка на лечението. Доказано е, че подобрения гликемичен контрол намалява риска от развитие на усложнения и увеличава продължителността на живот.

Проучване, проведено през 2004 г. от екип под ръководството на доц. Вл. Христов, установява, че добър гликемичен контрол постигат само 40% от пациентите с диабет, а останалите 60% са в повишен риск за развитие на усложнения[30,61].

Други проучвания изследват гликемичния контрол на база кръвна захар на гладно.

През 2003 г. екип под ръководството на д-р Зл. Петрова установява незадоволителен контрол сред 72,4% от изследваните пациенти. Проведеното през 2004 г. национално проучване под ръководството на проф. Борисова установява незадоволителен контрол сред 74,6% от изследваните пациенти с диабет[31,61].

България е на 29 –то място по качество на диабетни грижи; най – лошо представилата се държава в първия Европейски индекс за качество на лечение на диабет(изчисляване на Euro ConsumerDiabetesIndex 2008). Лидер в тази област е Дания (837точки). България е с 470 точки, Брюксел 30 септември 2008 г.[62].

Индексът се изчислява въз основа на 26 показатели, оценяващи качеството на здравните системи от гледна точка на пациентите и свободата им на избор, достъп до медицински процедури, профилактика на заболяванията, качество на медицинските процедури и крайни резултати, като максималната възможна оценка е 1000 точки.

Дания е на първо място по права на пациентите и размер на услугите.

Великобритания (заема втора позиция в класацията) има най-здрави традиции да квалифицира медицински сестри работещи с пациенти с диабет и да прилага мултидисциплинарен подход, поради което постига най-добри крайни резултати при най-разумно изразходване на средствата.

Франция (трета позиция) е лидер в областта на профилактиката, Холандия (четвърта позиция) – е първенец в областта на модерните технологии.

България страда от сериозни проблеми, свързани със стила на живот(затлъстяване, употреба на алкохол и тютюнопушене), което означава, че повишаването на усилията за превенция трябва да се превърне във водещ приоритет [62].

Те подчертават, че нашата страна няма Национален диабетен регистър, липсва информация за качеството на специализираните диабетни грижи в болниците и университетските клиники, пациентските организации не участват при взимане на решения как да се изразходват средствата за лечение на диабет, няма

прозрачност[62].

Необходими са повече специалисти за грижи на стъпалото (подиатри) с цел превенция на свързаните усложнения и ампутациите; повече квалифицирани диабетни сестри и диетолози, които да се занимават с обучението на пациентите за подобряване на метаболитния контрол; осигуряване на психосоциална подкрепа; осигуряване на по-добър достъп до скрининг при общо практикуващите лекари за ранно диагностициране на диабета; разработване и въвеждане на превантивни програми[62].

За подобряване на крайните резултати, пациентите трябва да получават повече информация от здравните специалисти.

Освен това, трябва редовно да се провеждат изследвания като измерване на гликиран хемоглобин (HbA1c) и липиден профил.

Необходима е оценка от обучаващата диабетна сестра на специфичните за диабета знания, съответни за възрастта на пациента, както и знанията на семейството за диабета. Търсене на признаци на депресия и хранителни разстройства при деца >10 години. Затвърждаване на съответната за възрастта информация относно шофиране, работа, тютюнопушене, секс, бременност, наркотици, алкохол. Преглед на приеманите в момента други лекарства, хранителни добавки (включително комплементарни и алтернативни лечения). Оценка на разбирането на рисковете от усложнения и изготвяне на лечебен план за превенция на тези рискове и осигуряване на съответна за възрастта информация. [70].

1.2.1. Социално-икономически аспекти на качество на живот

Пациентите със захарен диабет на инсулинолечение и депресия имат по – лошо качество на живот и създават повече икономически загуби, свързани с разходите за тяхното здраве, сравнено с хората, които имат само диабет. Изчислените разходи за здравни грижи за 10 – годишен период са с 49% повече, ако пациент със захарен диабет страда и от клинична депресия. Депресията е причина за 50-75– процентно повишение за разходите за здравни грижи независимо от давността и тежестта на диабета. Подобряването на гликемичния контрол води до подобряване на качеството на живот и индиректни икономически ползи за обществото, тъй като е свързано с по-малко отсъствие от работа, по-добра продуктивност на работното място, по -малко дни

за домашно лечение и по-рядка необходимост от амбулаторни здравни грижи. Мултидисциплинарният подход при справянето със зле контролирания диабет подобрява както гликемичния контрол, така и качеството на живот [6].

Социално значимите заболявания обуславят сериозни медико-социални проблеми – поразяват големи групи от населението, често са свързани със загуби на трудоспособност и водят до инвалидизиране и висока преждевременна смърт.Това са: сърдечно-съдови заболявания, злокачествени новообразования, захарен диабет, язвена болест, затлъстяване, травматизъм, алкохолизъм и токсиномании[33].

Диабетът не е само здравен проблем и страдание за засегнатите хора. Той е финансова тежест за пациентите, техните семейства и за цялата икономика. Доказано е, че навременната диагноза на диабета и осигуряването на адекватно лечение и грижи значително намалява риска от поява или развитие на късните усложнения и на разходите, възникващи в системата на здравеопазването.

В световен мащаб разходите за превенция, лечение и грижи за диабета се оценяват на 465 милиарда щатски долара за 2011 г. Загуби понасят както отделните пациенти (загуби на очаквани приходи), така и националните икономики (директни разходи за лечение и индиректни разходи от загубена производителност и осигуряване на социални грижи). Налице е ситуация, в която здравните разходи за диабет растат по-бързо от ръста на брутния вътрешен продукт, което може да доведе до тревожна „конкуренция“ за финансов ресурс както в бюджета на здравеопазване, така и бюджетите за други обществени разходи[49].

В европейските страни над 50% от разходите за диабета се отделят за болнично лечение на диабета и усложненията му (напр. хемодиализа, диабетна невропатия и т. н.). Разходите за медикаменти представляват значително по-малка част от общите разходи[49].

За съжаление, съгласно данни на Международна диабетна федерация за 2010 г. средствата, които се отделят за грижи за диабета в България са в пъти по-малко, отколкото средно за Европа[64].

Диабетът води до разходи и нереализирани приходи за икономиката като цяло. Тези индиректни разходи могат да надхвърлят директните и да затруднят икономическия ръст. Когато пациентите с диабет са на работа, тяхната работоспособност често е намалена. Често те се пенсионират по-рано, което също

причинява осезаеми щети на националната икономика. Отчетено е, че този процес е по-значим за по-слабо развитите икономики.

Направените анализи в различни страни категорично доказват, че по-ефективното лечение (което включва осигуряване на необходимите медикаменти, консумативи и изследвания), грижи и обучение в ранните фази на диабета първоначално може да покачи разходите за лечение, но намалява в по-голяма степен общите разходи в дългосрочен план. Лечението до достигане на целите на терапията предотвратява или отлага появата на усложнения и подобрява прогнозата за пациентите с диабет.

Примери показват, че активното лечение може да намали смъртността, свързана с диабета, с близо 50% за период от 13 години и води до положителен финансов резултат и спестявания след период от 4 години. Компютърна симулация, базирана на фундаментално проучване в областта на диабета – UKPDS (United Kingdom Prospective DiabetesStudy), и използваща фармако – икономическият диабетен модел CORE, показва връзката между подобрения контрол на заболяването, появата на усложнения и очакваната продължителност на живот в България[52].

- Десет процента редукция на рисковите фактори отлага проявата на диабетните усложнения средно с 3 години и удължава живота средно с 2 години. По-късната поява на усложненията води и до подобрение на качеството на живот.
- Поддържането на добър метаболитен контрол според препоръките на Американската диабетна асоциация може да отложи изявата на малките усложнения на диабета средно с 4 години, на големите – с 3 до 4 години и да увеличи очакваната продължителност на живот средно с 3 години.

Всички тези примери потвърждават, че активният и комплексен подход (медикаменти, консумативи, изследвания, обучение и грижи) осигурява на пациента с диабет допълнителни години живот – и то свободни от всякакви усложнения.

Подобреното лечение на диабета и отлагането на появата на усложненията при 10% ограничение на рисковите фактори довежда до намаление на разходите за лечение на усложненията, независимо от по-голямата очаквана продължителност на живота. Общите спестявания възлизат на 2 483 лева, като най-значителни са

намаленията на разходите от избегнатите бъбречни усложнения. Така например, една избегната година на хемодиализа спестява 22 810 лева на пациент[52].

Следователно, навременното и качествено лечение на диабета е предпочитан избор, който намалява разходите за здравната система.

В България към момента няма регистър, който да отчита всички разходи, свързани с диабета. Към разходите за лекарствата за домашно лечение на диабета следва да се прибавят:

- Болничното лечение при декомпенсиран захарен диабет – средно годишно има над 20 000 хоспитализации по тази клинична пътека[29].
- Средствата за заплащане на здравните специалисти в извънболничната помощ – общопрактикуващи лекари и специалисти ендокринолози за лечение на диабета.
- Болничното лечение на усложненията и съпътстващите захарния диабет заболявания – хемодиализа, инфаркти на миокарда, мозъчен инсулт и др. Например, средно годишно има над 40 000 хоспитализации по клинична пътека „Диабетна полиневропатия“[29].
- Лекарствата за домашно лечение на усложненията.
- Средствата за заплащане на профилните специалисти (кардиолози, невролози, нефролози, офталмолози и т. н.) в извънболничната помощ за лечение на диабетните усложнения.
- Средствата за самоконтрол на диабета и изследванията (лабораторните, инструментални) за усложненията на диабета.
- Повиквания на екипите на Спешна помощ.

За оценка на индиректните разходи трябва да се направи икономически анализ на загубите за националната икономика – базиран на справката за броя нетрудоспособни пациенти с диабет (временно или постоянно) и броя членове от семейството, които се грижат за тях.

Според д-р Н. Либерман, изпълнителен директор на Clalit Healthcare Service „Когато водите една здравна система към правилната медицинска практика, вие винаги ще бъдете възнаградени от икономии на разходите“.

1.2.2. Социални придобивки и грижи за пациентите с диабет на инсулинолечение в България

- Изготвяне на социална оценка от службите за „Социално подпомагане“ на лицата с Експертно решение (ЕР) от ТЕЛК. Комисията преценява потребностите от рехабилитация на лицето с увреждане; възможностите за трудова дейност и професионална реализация; възможностите за квалификация и преквалификация; обстоятелствата от социален, здравен, семеен и битов характер, отнасящи се до възможността за интеграция на лицето с увреждане[15].
- Месечната добавка за социална интеграция на хората с увреждания се отпуска според вида и степента на увреждането и индивидуалните потребностите на хората с увреждания. Тази добавка е диференцирана и представлява парични средства , които допълват собствените доходи и са предназначени за покриване на действителни разходи, направени от лицето [16].

Добавката е диференцирана съобразно допълнителните разходи на лицето за:

- Целева помощ за преустройство на жилище(чл. 53 ПП на ЗЗРСИИ). Лицата с намалена работоспособност над 90 на сто, на които е предписана от ТЕЛК инвалидна количка, имат право на еднократна целева помощ до 600 лв. за преустройство на жилище, с цел улесняване на достъпа, ако доходите на член от семейството през последните 12 месеца не надвишават двукратния размер на гарантирания минимален доход (80 лв.)
- Целева помощ за покупка или приспособяване на лек автомобил (Чл. 51 ПП на ЗЗРСИИ). Лицата с намалена работоспособност над 90 на сто, със затруднено придвижване, имат право на еднократна целева помощ до 1200 лв. за покупка или приспособяване на лично МПС, ако доходите на член от семейството през последните 12 месеца не надвишават двукратния размер на гарантирания минимален доход (80 лв.)
- Еднократна помощ при лечение в чужбина (чл. 17 ПП на ЗСП). На лицата, получили разрешение за лечение в чужбина от Министерството на Здравеопазването се отпускат за сметка на бюджета средства за покриване на разходите на лицата и техните придружители.

- Целева помощ за покупка на лични технически помощни средства (ТПС) (Чл. 41 ПП на ЗЗРСРИИ). Помощта се отпуска въз основа на молба-декларация по образец, подадена от инвалида или от негов законен представител/ упълномощено лице до Общинската служба за социално подпомагане по постоянен адрес.
- Месечна добавка за обучение в размер до 20% от ГМД за лица с трайни увреждания със 71% и над 71% трайно намалена работоспособност и деца до 16-годишна възраст с трайно намалена възможност за социална адаптация; Кандидат-студенти с първа и втора група инвалидност, успешно участвалите в конкурса за приемане във висше училище, се приемат с облекчение.(Закон за висшите училища,чл. 68, ал. 2).
- Добавка за балнеолечение и рехабилитация **(чл. 22 ПП на ЗСП)**, която се изплаща веднъж в годината на лица с трайни увреждания с над 90% загубена работоспособност, на деца до 16-годишна възраст с трайно намалена възможност за социална адаптация.
- Месечна добавка за задоволяване на основни жизнени потребности – наем за общинско жилище, на лица с трайни увреждания със 71% и над 71% намалена работоспособност, ако настанителната заповед е на тяхно лице. Добавката е в размер на нормално определения наем по реда на Закона за общинската собственост[17].
- Право на безплатен винетен стикер имат лицата с ЕР от ТЕЛК на собствен лек автомобил с работен обем на двигателя до 2000 куб. см. и мощност до 117,64 (KW)/160 к.с.

1.2.3. Инициативи за подобряване на грижите за диабета в България

През 2008 г. в Пловдив е проведена национална Кръгла маса, инициирана от Парламентарен консенсус за борба със социално значимите заболявания“, на Президента на Република България. Приет е Меморандум, който поставя борбата с диабета като приоритет на здравната система и всички участници в нея [34].

На 14 ноември 2008 г. 40-то Народно събрание единодушно гласува „Декларация по повод на Световния ден за борба с диабета, в подкрепа на действията за ограничаване и контрол на захарния диабет в България“.

Приетата от Народното събрание Декларация, в която се призовава за създаване на условия за ефективна борба с диабета и осигуряване на необходимите ресурси за това, но реални промени в тази посока не са направени.

Най-големият проблем през последните повече от 20 години е липсата на дългосрочна държавна политика за профилактика и ефективно лечение на диабета. Политика, насочена към профилактика на тежките усложнения на заболяването и ограничаване на неговото лавинообразно увеличение.

Тази политика трябва да отговори на въпроса къде и как да се вложат нужните средства – за профилактика, самоконтрол, обучение на пациентите (и всички българи) за здравословна промяна в начин на живот, за да намалим значително огромните разходи, които ще трябва да направим през следващите 20 години, когато пациентите с диабет ще се удвоят, а днешните болни – ще се инвалидизират.

Необходимо е да се достигне европейското ниво и България да напусне незавидното 29 място в класацията за качество на грижи и съвременно лечение на диабета.

- От месец август 2012 г. протоколите за лечение с аналогови инсулини се заверяват само на ниво РЗОК, което значително съкращава процедурата.
- Срокът на действието е удължен от 6 месеца на 1 година.
- Обсъждат се варианти за опростяване на режима на отпускане на инсулин за деца и млади хора чрез облекчаване на критериите и отмяна на фиксираната дата на получаване на медикамента.
- Търсят се начини за гъвкаво определяне на количествата инсулин според конкретната нужда на пациента в различните периоди от развитието на болестта.

Лечението на диабетните усложнения поглъща огромни средства, а това означава, че усилията и финансовият ресурс трябва да се пренасочат към профилактика и адекватен контрол [30].

Националната асоциация на децата и младите хора с диабет (НАДД) през месец юни 2012 г. организира и провежда обучителна кампания фокусирана върху проблемите на пациентите с диабет в малките населени места. Впечатлението е, че нивото на грижи за тези пациенти е много ниско в сравнение с обслужването, което получават в големите градове. Някои от тях никога не са били информирани за режима

на хранене, към който трябва да се придържат заедно с инсулиновото лечение. Има болни, на които не е бил изследван гликирания хемоглобин, други достигнали преддиализен стадий на хронично бъбречно заболяване.

Липсва ясна програма за обучение на пациентите с диабет за самоконтрол и активно участие на самите пациенти в управлението на диабета, което го прави много по-неефективно. Необходимо е системен контрол на неговото качество и ефективност от страна на МЗ, НЗОК.

Не се осигурява от НЗОК на достатъчно талони за периодични изследвания, прегледи и консултации при ендокринолози и други лекари-специалисти.

В критериите за провеждане на инсулиново лечение на болни от захарен диабет НЗОК посочва, че се препоръчва „интензифицирано инсулиново лечение" и „е необходимо изследване на HbA1c на всеки три месеца".

В действителност НЗОК заплаща само едно изследване на HbA1c годишно, на КЗП (кръвно-захарен профил) – два пъти, на холестерол – един път, на различните усложнения на диабета (и то само ако вече са констатирани) – по един преглед при специалист годишно.

При диабет без усложнения не се предвиждат прегледи при специалисти. Така става невъзможно да се открие дадено увреждане още в началото и да се забави неговото развитие във времето, чрез подходяща терапия.

Липсва система за периодични профилактични прегледи за всички диабетни увреждания. Това принуждава голяма част от болните да не се лекуват правилно (поради липса на средства) и води до по-бързата им инвалидизация.

Затова в България има експлозия на всички диабетни увреждания, за лечението на които НЗОК дава огромни средства. Това налага системно контролиране и профилактика на диабета и усложненията му.

В тази връзка е необходимо осигуряване на систематичното, повсеместно обучение на болните от диабет на инсулинолечение, разкриване на мрежа от Диабетни центрове в цялата страна за системно комплексно наблюдение и лечение на диабета и всички негови усложнения, осигуряване на достатъчно средства за самоконтрол на диабета, прилагане на най-съвременно лечение.

При наличието на активен и комплексен подход (медикаменти, консумативи, изследвания, обучение и грижи) пациентите с диабет ще имат допълнителни години живот – и то свободни от всякакви усложнения(31).

По последни данни от социологически проучвания, при 32% от хората с повишен риск от диабет у нас никога не е било измервано нивото на кръвната захар. Много малка част от българите знаят, че диабетът е водеща причина за хронична бъбречна недостатъчност, едва половината диабетици са били обучавани от медицински специалист как да контролират заболяването си и как да реагират при типични симптоми на влошаване. Според пациентската организация - НАДД, качеството на обучение и обслужване на пациентите с диабет рязко се понижава след навършване на 18-годишна възраст, когато те излизат извън обсега на грижи на детските ендокринолози [30].

Диабетът може да бъде контролиран с подходящи грижи, обучение и съвременно лечение; опитът на водещите страни показва, че ранната диагноза, ефективната профилактика и лечение на диабета и неговите усложнения, както и обучението на пациентите са от съществено значение за ограничаване заболеваемостта, на появата на прогресирането на усложненията, на инвалидността и смъртността от захарен диабет, което би довело до подобряване качеството на живот на хората с диабет [30].

Опитът на водещите страни показва,че на медицинската сестра се отрежда централно място в прилагане на комплексните грижи за пациенти с диабет. Необходимо е непрекъснато и специализирано обучение.

Това, че не сме сред първите, не трябва да ни спира да се стремим към по-добро бъдеще за пациентите с диабет. За да се сбъдне това, трябва да превърнем препоръките за приемане на действаща Национална диабетна програма в реалност. Трябва да се въведе Национален диабетен регистър, за което можем да използваме опита на по-развитите страни. Трябва да се потърсят всички възможности за подобряване на комплексните грижи за пациентите с диабет на инсулинолечение – днес медицината разполага с повече възможности, отколкото в миналото!

1.3. Качество на живот на пациентите с диабет на инсулинолечение в световен мащаб

1.3.1. Проучвания на качеството на живот на пациенти на инсулинолечение в Бразилия, Словакия, Холандия и Германия

В Бразилия през 2014 г. е проведено проучване за връзката на тревожните разтройства и качеството на живот при пациенти с диабет тип 2 на инсулинолечение.

Целта е да се оцени наличието на различни разтройства и качеството на живот при пациенти с диабет тип 2 на инсулинолечение.

Методи: Проведено е проучване случай-контрола на 996 пациенти с диабет тип 2 и 2,145 частни лица без диабет. Единственият критерий за включване за случай-групата е инсулинозависим диабет тип 2. Направено е сравнение на контролните групи за социално-демографските променливи, лабораторни и клинични данни, както и наличие на тревожни разстройства. Качеството на живот е оценен с помощта на инструмента за WHOQOL-BREF, и наличието на тревожно разстройство е оценена от Mini International Neuropsychiatric interview (MINI).

Резултати: Пациентите с диабет имат по-висока честота на генерализирано тревожно разстройство, паническо разстройство и обсесивно-компулсивно разстройство. Наличието на тези заболявания в комбинация с диабет тип 2 се свързва с по-лошо качество на живот във физическите, социални, психологически и екологични области. Тревожни разстройства са свързани с качеството на живот на увреждане при пациенти с диабет тип 2 инсулинозависим.

В Словакия 2009 г. е проведено проучване за качество на живот и удовлетвореността на пациенти с диабет от лечението с инсулин в контекста на обучението за самостоятелно управление на диабета.

Целта на това проучване е да се идентифицират и сравнят факторите, влияещи върху качеството на живот и удовлетвореността при пациенти на интензифицирано инсулиново лечение, участващи в структурирана образователна програма. Участвали са 104 пациенти в специализиран диабетен център от ноември 2006 г. - март 2007 г. Удовлетворението от лечението има различни променливи или предиктори за качеството на живот на пациентите. Качеството на живот зависи от броя на отчетените

късни усложнения на диабета, инсулиновия режим, възраст и продължителност на диабет. Типа на инсулиновия режим, честотата на изследване на кръвната глюкоза, самонаблюдението и установяването причините за честотата на хипергликемия демонстрира значителна асоциация с удовлетвореността от лечението. Тези открития биха могли да помогнат на здравните специалисти да имат по-дълбоко разбиране на факторите, които влияят на качеството на живот и удовлетвореността на пациента. Те ще помогнат при проектирането на стратегии за поддържане или подобряване на качеството на живот и удовлетворение от лечението на пациентите с интензифицирано инсулиново лечение.

В Катедра по медицинска психология, VU University Medical Center (VUmc), Амстердам, Холандия 2009 г. е направено проучване за връзката на гликемичния контрол и качеството на живот при пациенти с диабет тип 2 след оптимизиране на инсулиновата терапия. Проучването е предназначено за установяване подобрението на гликиран хемоглобин (HbA (1в)) като маркер на гликемичния контрол, след инсулинова терапия и подобряването качеството на живот.

От направените изводи е наблюдавана връзка между подобрение в HbA (1в) посредством оптимизиране на инсулинова терапия и подобряване на качеството на живот при диабет тип 2 на инсулинолечение. Установена е все още значителна надлъжна връзка между подобрената HbA (1в), емоционално благополучие и дистреса при диабет.

В Университет "Хайнрих Хайне" (Heinrich-Heine) в Дюселдорф Германия 1996 г. е приложена скала със специфични въпросници, разработени за оценка качеството на живот при захарен диабет –въпросник Diabetes Specific Quality – of -Life Scale (DSQOLS). Прилагана само при пациенти със захарен диабет тип I. Проучването е проведено сред 684 пациенти. В DSQOLS са заложени 64 точки, от които 10 оценяват целите на лечението, 10 – удовлетвореността от лечението, 44 – собствената преценка за тежестта на диабета. Обхванати са 6 сфери на функциониране: социални контакти, ограничения в начина на прекарване на свободното време, оплаквания, свързани с физическото здраве, тревоги, свързани с бъдещето, ограничения в диетата и всекидневни проблеми.

Всеки един подобен анализ трябва да бъде утвърден в страната, в която ще се прилага, а понякога и модифициран според особеностите на нацията[184,185].

1.3.2. Световен опит в областта на грижите за пациентите със захарен диабет

Диабетът е едно от онези заболявания, които по една или друга причина предопределят необходимостта от организирането и практическото прилагане на авангардни медико-социални терапевтични системи. Понастоящем в модерните страни, наред с лекарите, в лечението и превенцията на рисковете от усложнения на болните от диабет, участват и редица други професионалисти – рехабилитатори, кинезитерапевти, диетолози, медицински сестри, фармацевти, психиатри, клинични психолози, а напоследък и клинични социални работници. С оглед евентуалното търсене на възможности за адаптиране на опита на клиничната социална работа и у нас, тук са представени някои от нейните достижения в две много различни по организация на медико-социалното дело държави, но в които съществува сходна общоприета воля да се работи в името на хуманността за социалната подкрепа на такава категория уязвими граждани, каквито са болните от диабет.

- **В Съединените американски щати** социалният работник, подпомагащ психичното здраве и социалната адаптация на живеещия с диабет, трябва да притежава магистърска степен по социални науки (MSW), като освен това трябва да е обучен в индивидуална, групова и семейна терапия. Социалните работници помагат на хората с диабет в тази страна да се справят с много от притесненията, свързани с диабета, включително проблеми в семейството, безболезнено справяне с проблемни ситуации на работното място, както и помощ при намирането на ресурси за медицински или чисто финансови нужди. Когато става въпрос за дете или тийнейджър с диабет, в здравния екип задължително биват включвани и социални работници, които работят с родителите и самото дете с оглед решаването на определени поведенчески, емоционални и социални въпроси. Клинични социални дейности биват финансирани от съответните институции, осъществяващи здравното застраховане на американците [41].

- **В Германия,** към Немското общество по диабет е създадена специална социална комисия, която издава редица препоръки и указания в сферата на такива „чисто" социални дейности като избора и упражняване на професия от хората с диабет, както евентуалната квалификация и преквалификацията на работещите диабетици. В тази страна още през 1959 г. има създадени „Основни насоки за назначаване на диабетици на обществени длъжности", като споменатата комисия нееднократно ги преработва и следи за тяхното практическо прилагане. След 1 април 1974 г. болните от диабет в Германия имат право на социална помощ. Подпомагането им се простира от амбулаторното или стационарно лечение и помощите за подходящо училищно образование, до необходимата подкрепа за осигуряване на интегриране в професията. В специални случаи и след обстойно оглеждане се осигуряват и помощи за „пътуване до училище" или за „постоянни грижи". Цялостното лечение на болните от диабет се финансира от здравноосигурителните каси [41].

- **Швеция** – Една от целите на Шведския национален диабетен регистър е да се анализира качеството на лечение на диабета. Всяка година се събират данни за 17 различни аспекти на лечението, биохимични параметри и усложненията.
- **Израел** – Грижите за диабета в Израел се осигуряват от четири организации, от които най-голямата е Clalit Healthcare Service.От 1995 г. Clalit работи по програма „Диабет и обществото". През 1996 г. е въведен диабетен регистър във всяка една от клиниките, който е компютъризиран през 2000 г. По същото време Clalit провежда мултидисциплинарно обучение за здравните специалисти с цел те да могат да обучават пациентите си по въпросите на хранене, физическа активност и начин на живот като допълнение към лекарствената терапия[43].
- По една или друга причина у нас все още няма специализирани социални дейности, насочени към болните от диабет, а социално подпомагане, от което могат да се възползват и болните от диабет, е регламентирано в

десетки закони и подзаконови нормативни актове, като тяхното практическо приложение до голяма степен зависи от квалификацията на самите социални работници. И макар, че има достатъчно подготвени, висококвалифицирани специалисти по тази професия, все още огромна част от упражняващите я не само, че нямат нужната подготовка, но и попадат в тази трудова система случайно. В подкрепа на тези думи у нас има немалко примери, които са изключение за другите страни.

В България в квалификационната характеристика на медицинската сестра, една от насоките е да осигурява адекватни качествени грижи на пациенти с хронични и социалнозначими заболявания.

Сестринските грижи трябва да се фокусират в установяване на система от грижи, чрез които най-добре да се посрещнат нуждите на пациентите с диабет на инсулинолечение. За България този въпрос стои с особена важност.

Задача на медицинската сестра е и възстановяване на независимостта на пациента, колкото е възможно. Сестринските грижи трябва да се концентрират върху подкрепа, обучение, съветване и координиране на здравни услуги, насърчаващи самопомощ, като в същото време продължават да осигуряват директни грижи, където са необходими.

В Стратегията на СЗО "ЗДРАВЕ 21", относно политиката на здравеопазването в Европейския регион се предлага концепция относно
приносът, който трябва да имат медицинските сестри и се подчертава многостранната им дейност като членове на медицинския екип.

В много страни са изградени и въведени здравни регистри и информационни системи на пациентите със захарен диабет.

В света вече има „пандемия от диабет", но в България все още няма действащи нито Национална програма за борба с диабета, нито Национален диабетен регистър.

Диабетният регистър ще даде ясна представа за точния брой на пациентите с диабет, реалните нужди от конкретни медикаменти и консумативи за самоконтрол, ефективността на провежданото лечение, настъпилите усложнения, инвалидизации и други крайни резултати.

2. Психосоциална оценка и качество на живот на пациенти с диабет на инсулинолечение

2.1. Психологична оценка

Заболяването „диабет" и непрекъснатия стремеж на болните да спазват баланс между хранителния режим, медикаментозното лечение, физическата активност, както и контрола на кръвната захар са причина за нарушаване на психическото им състояние. От това произлиза и необходимостта от задължителен контрол на психичното здраве чрез периодично прилагане на психологическа оценка.

Психологическата оценка е изследване на душевното здраве на личността, извършено от специалист психолог. Психологическата оценка може да спомогне за диагностициране на психично заболяване. Тя е душевният еквивалент на физическият преглед[186].

Психологична оценка прилага структурирани тестови методи за количествено определяне и качествен анализ на когнитивните и поведенчески разстройства развити в следствие на психичното разстройкво или абнормно развитие на мозъка.

Целта на оценката е:

- Да се определи наличието на когнитивен дефицит
- Да се оцени степента и спецификата на когнитивната дисфункция
- Да се оцени наличието и вид на деменцията

Оценяват се следните психични функции:

- Обща интелигентност и деменция
- Абстрактно мислене, решаване на проблеми, формиране на понятия
- Екзекутивни функции
- Памет, ориентация и заучаване
- Внимание и концентрация
- Висши корови функции
- Език и реч

Изследването чрез психологически тестове и въпросници дава възможност за сравнение на резултатите на изследвано лице с нормите по дадена скала, без наличие на субективната оценка от страна на психолога.

MMPI-2 (Минесотски многофакторен личностен въпросник 2; Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2)

Има тестове, които се използват и усъвършенстват в продължение на доста години, което ги прави добре познати инструменти. Някои от тях са доказали своите диагностични възможности. Един от най-известните такива тестове е MMPI. Той е клиничен тест, който има приложение в диагностиката на различни психични и личностни проблеми. Може да се използва, за да се оцени ефективността на терапията, а също и при подбор на персонал при високо рискови професии, където се оценява възможността за психопатология[24].

Стандартни клинични скали: хипохондрия, депресия, хистерия, психопатно отклонение, мъжественост-женственост, параноя, психастения, шизофрения, хипомания, социална интроверсия

Съдържателни скали: тревожност, страхове, обсебеност, депресия, загриженост за здравето, странни мисли, гняв, антисоциални практики, цинизъм, ниска самооценка, негативни индикатори за лечението

PSY – 5**:** агресивност, психотизъм, слаби задръжки, негативна емоционалност, интроверсия.

Проективните методи на изследване дават възможност както за диагностика и изследване на личността, така и за намиране на основни трудности в адаптацията на човек. Една от класическите възможности за такова изследване е TAT (тематично-аперцептивен тест), създаден от Хенри Мъри. Изследването се състои в показването на серия неопределени картини, въз основа на които изследваното лице трябва да съчини разказ, който се интерпретира от психолога. TAT е предназначен да оцени моделите на мислене, нагласите, емоционалните реакции, наблюдателния капацитет на изследваното лице.

2.2. Социална оценка

За изпълнение на държавната политика за интеграцията на хората с увреждания съществен момент е въвеждането на социалната оценка, която има за цел да установи потребностите от рехабилитация на лицето с увреждане, неговите възможности за професионална реализация, обучение и социална интеграция. Социалната оценка на хората с увреждания (инвалидите) се извършва по чл. 12, ал. 2 на Закон за интеграция

на хората с увреждания (ЗИХУ). С въвеждането на социалната оценка се очаква да се постигне най-пълно отчитане на всички потребности на човека с увреждане и да се предприемат нужните мерки за постигане на пълноценно социално включване. Социалната оценка се извършва от мултидисциплинарни комисии въз основа на медицинската експертиза и отчитайки възможностите на всяко лице с увреждане за рехабилитация, квалификация и преквалификация и всички други фактори от социален, здравен, семеен и битов характер, отнасящи се до възможността за интеграция.

Социалната оценка се извършва по искане на лицето с увреждане; родителя, настойника или попечителя му. Въз основа на социалната оценка може да се изготви индивидуален план за социална интеграция.

Всички дейности, свързани с оценката, са съобразени и насочени към потребностите на лицето нуждаещо се от нея. Във връзка с това, решаваща в целия процес на извършване на оценката е необходимостта от методично наблюдение на лицето. По време на оценката е необходимо, също така, да се работи директно с тях, за да се установят техните желания и чувства и да се разберат преживявания им. От съществено значение за работата с лицата нуждаещи се от социална оценка и техните семейства е основаването й върху познания за потребностите на лицето.

2.3. Психосоциална оценка

Психосоциалната оценка е важен елемент от контролния преглед на пациента с диабет. Според Американската диабетна асоциация с нея се оценява поведението на пациента и способността му да осигурява безопасни и отговорни грижи за себе си, както и търсене на признаци на депресия, тревожност, свързана със захарния диабет, наличие на разтройства на храненето и когнитивни разтройства. Психосоциалният статус трябва да се оценява всяка година и пациентът да се насочва към специалисти, които могат да окажат психологична подкрепа, ако това е необходимо.

Според „Речник на социалната геронтология” - руски литературен източник, психосоциалната оценка е окончателното заключение, направено от социален работник въз основа на анализ на личностни характеристики на клиента и неговите взаимоотношения с другите. Психосоциалната оценка е необходима в началния етап на работа с клиента, за да подкрепят избраните форми и методи на социалната услуга.

Тя може да се използва за анализ на промените във вътрешното си състояние и ефективността на провеждане на работата[170].

Според същия литературен източник психосоциалната оценка е разграничение между психологически и социални фактори. Необходимо е да се изясни отношението на вътрешните психични процеси и външни екологични изисквания, с други думи, връзката на психологически стрес и натиск на средата [170].

Флоранс Холис (1907–1987) смята, че психосоциална оценка е процес, основан на проникването на причините за отклонение или неадаптивно поведение на обекта, "историята на заболяването на клиента."[182]

Психосоциалната оценка въздейства преди всичко на социалното функциониране – подпомага решаването на конкретни, индивидуално значими проблеми и водят до формиране на социални умения и умения за независим и самостоятелен живот.

2.3.1. Същност на психосоциалната оценка

Психосоциална оценка и грижа − Обсъждането и оценката на психичните и социалните проблеми на пациента може да спомогне за оптимизиране на гликемичния контрол. − Психосоциалната оценка включва нагласата на пациента спрямо болестта и назначеното му лечение, очакванията му от лечението, оценка на качеството на живот, свързано със захарния диабет, и на цялостното качество на живот (въпросници), оценка на финансовия и социалния статус, както и на емоционалните проблеми на индивида, психиатрично интервю и др. Провеждат се скрининг и проследяване. − Психосоциална оценка е препоръчителна и при лош контрол на захарния диабет.

2.3.2. Психосоциален анализ

Психосоциалният анализ е част от направената оценка на отношението на пациента спрямо болестта и резултатите от проведеното лечение. Тук се анализира качеството на живот, свързано със захарния диабет, финансовия и социален статус, както и промените в емоционалното състояние на пациента и др.

Обсъждането и оценката на психичните и социални проблеми на пациента може да спомогне за оптимизиране на гликемичния контрол.

Психосоциалната оценка е препоръчителна и при лош контрол на захарния диабет. Активно се търсят признаци на депресия, тревожност, свързани със захарния диабет, разтройства на храненето и когнитивни разтройства.

Пациентите с диабет на инсулинолечение имат нужда от психологична подкрепа. Проучвания при млади хора с диабет тип 1 показват, че имат депресивни прояви (лошо настроение, нарушения в съня, промени в апетита, водещи до напълняване или отслабване, умора, намален интерес към всекидневните активности, безразличие, чувство за безполезност, вина или отчаяние, намалена концентрация на вниманието, нерешителност). Депресията води до влошаване на диабетния контрол (занемарени грижи за здравето и личната хигиена, нарушен хранителен режим, наддаване или загуба на тегло, липса на физическа активност, повишен прием на алкохол, тютюнопушене). Всичко това увеличава риска за ускорено развитие на усложненията–остри (диабетна кетоацидоза, хипогликемия) и хронични(сърдечносъдови)[6].

Вече има солидни доказателства, че психосоциалните фактори имат по - силна предиктивна стойност при предсказването на вероятността от хоспитализация или смъртен изход, отколкото наличието на усложнения, свързани с диабета, индекса на телесната маса или нивото на гликемичния контрол (HbA1c).

Някои психосоциални фактори включват представите на индивида за болест и здраве, наличие на обществена подкрепа, индивидуалния стил на справяне с проблемите, типа личност и други. Според някои автори тяхното значение като предиктори на качество на живот е много по-голямо от обективизирането на усложненията на болестта. Важно място сред психосоциалните фактори заемат потиснатостта, отчаянието и психичното изтощение, както и развитието на клиничната депресия[6].

- ❖ Обсъждането и оценката на психологичните и социалните проблеми на пациента може да спомогне за оптимизиране на гликимичния контрол;
- ❖ Психосоциалният анализ включва, но не се изчерпва с: оценка на нагласата на пациента спрямо болестта и назначеното му лечение, очакванията му от лечението, оценка на качеството на живот, свързано със захарния диабет и на цялостното качество на живот, оценка на финансовия и социалния статус, както и на емоционалните проблеми на индивида, психиатрично интервю и др.

❖ Психосоциалната оценка е препоръчително да бъде направена и при лош контрол на диабета.

Има специфични въпросници, които са разработени за оценка качеството на живот при захарен диабет – например въпросника (ADDQoL), който е разработен в началото на 1990 г. от Клар Брадли д-р, професор по психология на здравето в Royal Holloway, Университет в Лондон. Оценката е била добре установена чрез използване на академични и фармацевтични клинични проучвания, за да се осигури индивидуално измерване на въздействието на диабета върху качеството на живот на пациентите. Най-новата версия на ADDQoL включва два прегледа на предмети и 19 специфични области, които са в две части, за да се оцени въздействието на диабета върху аспекти на живота, както и значението на този аспект от живота на качеството на живот на пациента.

Друг специфичен въпросник, разработен за оценка качеството на живот при захарен диабет – Diabetes Specific Quality – of -Life Scale (DSQOLS). Скалата както вече е отбелязана в предходна точка, приложена в Heinrich-Heine университет в Дюселдорф Германия при пациенти със захарен диабет тип I.

Изследователите на специфичната-диабетна скала представят следните резултати и изводи:

Резултатите показват Факторният анализ на 44 точки от диабет - специфична тежест разкрива шест надеждни компоненти: социални отношения, физически оплаквания, притеснения за бъдещето, гъвкавост в свободно време, диетични ограничения, и ежедневни проблеми. Всичките шест под скали са значително корелирани с валидиран благосъстоянието мащаб и удовлетвореността на лечение. Физическите оплаквания и притесненията за бъдещето показват най-високи корелации с HbA_{1c}. Гъвкава инсулинова терапия, на либерализиран режим на хранене, липсата на късни усложнения, и по-висок социален статус са значително свързана с по-благоприятни резултати в различни области.

Изводите са, че DSQOLS е надеждна и валидна мярка на диабет-специфичното качество на живот. Скалата е в състояние да направи разграничение между пациентите с различно третиране и диетични режими, както и да открива социалните несправедливости. Използването на DSQOLS за оценка на индивидуалните цели за третиране, както са дефинирани от пациентите може да е полезно да се идентифицират

мотивационни дефицити и да се изготвят индивидуални стратегии за лечение и грижи[184,185].

Както определението за здраве подлежи на коментари и корекция, така и разбирането за захарния диабет търси развитието си. От глюкометричното мислене, през фокуса върху микро и макросъдовите усложнения до пациент – центрирания подход – с всяка своя стъпка водещите световни организации, диктуващи подходите за лечение на пациентите със захарен диабет, се доближават все повече до отделната личност. Има една глава от препоръките на Американската диабетна асоциация, която обаче не се е променила съществено през годините –„психосоциалната оценка и грижа"[6].

2.4. Психосоциални рискови фактори

Психо–социалните рискови фактори, наречени още стресори, представляват неблагоприятни въздействия върху човешкия организъм, които водят до разтройство в неговото равновесие и адаптация към средата. Психологичният отговор, познат като психологичен стрес, се изразява чрез тревожност, агресия, защитни механизми и криза на личността[36].

Тревожността е субективно преживяване на дискомфорт, напрегнатост, раздразнителност, лоша концентрация, нарушен сън с вегетативни симптоми /сърцебиене, изпотяване, двигателно неспокойство и др./. Тя се различава от страха, при който страховите изживявания се свързват с конкретен обект.

Фрустрацията е емоционално състояние на неудовлетвореност, породено от пречки, с които човек се сблъсква по пътя на постигане на своите цели. Проявява се с тревожност, страх или агресия.

Агресията е проява на сила срещу друга личност или общност, която противоречи на социалните и етичните норми на обществото.

Защитните механизми са несъзнателни процеси, които служат за защита на индивида от различни тревожни изживявания, породени от вътрешни импулси или заплахи от вън. Това са: *отричането* – механизъм, чрез който съзнанието не допуска или отрича емоции и информация, причиняващи обикновено страдание; *проекцията* – човек приписва собствените чувства и импулси на други хора; *соматизация* – чрез

съсредоточаване върху телесните си оплаквания човек се предпазва от осъзнаването на конфликтите, провокиращи тревожност.

Често при остри, силно изразени психотравми се разгръщат *кризи на личността.* Те представляват остро и подостро разтройство в социалната адаптация на личността с обратим характер. Страданието се проявява най – често с тревожност, страх, понижено самочувствие, комплекси за самоценност, усамотяване, протестни реакции и др.

Независимо дали психо – социалните рискови фактори са от околната среда, или произлизат от самата личност, се оформя личностов терен. Развиват се: незрелост на личностните черти; оценяване на обичайни стресори от живота като силно застрашаващи; силно изразена тревожност, хронична умора и неудовлетвореност, депресивни състояния[36].

2.5. Социална подкрепа

Дефинирането на понятието социална подкрепа варира сред различните автори. Много автори я определят като едно взаимодействие, интерперсонална интеракция между минимум две лица. Особено голяма популярност има и дефиницията на социалната подкрепа като "наличност ресурси", които другите хора ни предоставят на разположение [84,85,86]. Тази дефиниция на Коен и Симе не е особено прецизна, тъй като те пропускат възможността на социалната подкрепа да бъде както от материално, така и от нематериално естество в зависимост от нейното качество. Особено разпространено сред авторите е така нареченото "разделяне" на две основни характеристики на социалната подкрепа – количество и качество. Количеството на социалната подкрепа се определя най-вече от това с какъв брой хора общуваме в ежедневието си и на какво "количество" лица можем да разчитаме например по време на криза. "Качеството" на социалната подкрепа се определя от естеството и степента на близост на връзките, които имаме /напр. с приятели, колеги, роднини/.

Взаимовръзка на социалната подкрепа с психосоциалното здраве и стреса

Съществуват два основни модела – модел на директния ефект и модел на така наречения "буфер ефект" на социалната подкрепа. Според първия модел се приема, че социалната интеграция, принадлежността към групата, близостта с околните се

отразява директно върху здравето на човека и върху неговата удовлетвореност [58,60,61].

Според втория модел /така наречения "буфер ефект"/ социалната подкрепа е само посредник, който може да усили или намали психическите ресурси на личността и съответно способността й да се справя с трудностите и стреса. Всички тези фактори могат да предизвикат влошаването на психическото здраве на личността, но в случая социалната подкрепа няма директно влияние.

В немската научна литература е известен моделът на Шварцер и Лепин [60,62]. В неговата основа стои наличието на социална интеграция, която се състои както от количествени параметри /като брой на приближените лица, гъстота и големина на социалната мрежа, честота на интеракцията/, така и от качествени характеристики. Съвместно с различни черти на личността като например социалната компетентност, социалната интеракция влияе върху наличието на социална подкрепа. Оценката на наличните ресурси се определя и от социалната атрактивност, значението на Другия, доверието, както и от самооценката. Една личност с ниска и лабилна самооценка подценява ресурсите си и възможностите си да се справи с дадена ситуация. Наличието на социална подкрепа влияе директно върху психосоциалното здраве на човека, което от своя страна се определя от удовлетвореността и палитрата емоционални състояния – гняв, страх, депресия. Очакваната наличност на социална подкрепа служи като когнитивен ресурс. Влияние има преценката на заплахите от околната среда. Според модела ако някой е социално добре интегриран и социално компетентен, ще получи повече социална подкрепа и по този начин може по лесно да мобилизира ресурсите си и да се справи с затрудняващи или заплашителни ситуации.

2.6. Значение на психосоциалната оценка за качеството на живот на пациенти с диабет на инсулинолечение

Качеството на живота се отнася до общото благосъстояние на индивидите и обществата. Това е степента на благополучие и лична удовлетвореност, изпитвано от даден човек или група от хора, въпреки че в някои контексти[20] то може да се срещне като синоним на иначе свързаното с него понятие „жизнен стандарт", в това понятие се влага неизмеримата по икономически показатели субективна и динамично променлива

оценка за личното благосъстояние, формирана по много и разнообразни критерии от физическо, психологическо и социално естество. Чрез психосоциалната оценка при пациенти с диабет на инсулинолечение се установява нагласите на пациента към заболяването, резултатите от лечението, самоконтрола, социални, финансови, емоционалните и физически промени, които въздействат на качеството на живот.

- Физическото благосъстояние най-общо включва доброто здравословно състояние, физическия комфорт, режима на хранене и физическа активност, предпазването от болки и заболявания, както и способността за самостоятелно извършване на дейности, свързани с личните потребности на индивида.
- Психологическите аспекти на качеството на живота са свързани с психичното здраве, различните състояния на стрес, тревогите и удоволствията в ежедневието, различните положителни и отрицателни емоционални състояния, самооценката.
- Социалното благосъстояние е най-разнообразно и трудно измеримо, тъй като включва активността в интимния живот и семейството, приятелските отношения, професионалната реализация, развлеченията в свободното време, социалната среда и живот, придобитото образование и култура, околната среда и други [18,33].

Необходимо е да се направи оценка на качеството на живот на пациенти с диабет на инсулинолечение чрез психосоциален анализ.

3. Екипи за диабетни грижи

3.1. Хроничното заболяване ”диабет” и екипните диабетни грижи

Хроничните заболявания често поразяват хората в съвременното общество. Хроничната болест става част от нас и променя живота ни. Тя променя не само личния, но и семейния живот на пациентите, като поставя нови трудности пред всички. Променя дори смисъла на живот на пациента.

Големите проблеми при хронична болест са:

- Как да се съхрани личността на болния;
- Как да се улесни процесът на превъзмогване на хроничната болест;
- Как да се създаде възможност да се живее с и въпреки хроничните болки и страдания.

Проблемите, които трябва да се решават при хронична болест, са най-вече психологични и социални. А целта – подобряване качеството на живот на хронично болния.

Хроничната болест трансформира представата на болния за самия себе си, както и схващанията му за смисъла на живота. Болестта го принуждава непрекъснато, отново и отново да се адаптира, да се реорганизира с оглед да съумее да контролира себе си и своя живот. При това без надежда за почивка. Този процес на преустройство е много трудна задача за пациента, особено при прогресивен ход на хроничната болест[36].

Хроничната болест накъсва живота на болния с честите си периоди на ограничена активност, имобилизация и нежелана зависимост от другите хора. От друга страна, отношението на заобикалящите към хронично болния и на обществеността може да включи прояви на нетолерантност и неразбиране или добронамерена покровителстваща симпатия. Нерядко се загубват приятелства, болния се отдръпва от живота в мъчителна изолация. Несигурността е характерна отлика на живота на болния, особено изразена при липса на поглед отвъд настоящето страдание. В други случаи обаче хронично болният води интензивна борба за поддържане на личното достойнство и себеуважението си.

Хроничната болест е предизвикателство не само защото заплашва интересите и благополучието на хронично болния, а и защото подтиква неговото семейство и обществеността като цяло към решение на въпроса, какво може да направи обществото за страдащите от хронични заболявания. Поради факта, че хронично болните трябва да се адаптират към новия си променен психичен социален статус, то и задачите на здравните специалисти са свързани най-вече с мениджмънта на болестта, а не толкова и само с лечението. В този случай „мениджмънт" означава емоционална и социална подкрепа на болния в неговата опитност в областта и съграждането на нова идентичност[36].

При хронична болест човек се сблъсква с три сериозни проблема:

- Първият проблем е свързан със загубата на основни функции и с наличието на хронични болки и страдание в резултат на болестта или травмата;

- Втория проблем е свързан с негативните ефекти върху способността на човека да функционира пълноценно като член на обществото, както и индиректно – с отношението на обществото към него.
- Третия проблем е свързан с негативното влияние на ситуацията върху себеоценката, надеждите и себеуправлението на хронично болния.

За разрешаването на тези проблеми са необходими нови програми за здравни грижи. Те трябва да повишават капацитета на хората да се справят успешно с хроничните си състояния и да подобряват качеството си на живот. В това отношение ефективни подходи са:

1/ Концепцията за себеуправление и активно участие на индивидуално и обществено ниво. Тя е отразена в принципите за подкрепа, предоставяне на възможности и посредничество;

2/ Екологичната концепция на здравето, която включва здравословна социална политика, изграждане на укрепваща здравето жизнена среда, засилване на общественото участие и развитие на личните умения за укрепване на здравето.

Хронично болният човек има определен потенциал на здраве и този потенциал трябва да се изследва, съхранява и повишава.

Това е едно от най-сериозните предизвикателства не само за пациентите, но и за специалистите по здравни грижи.

Отговор чакат следните ключови въпроси:

1/ Хронично болният човек се нуждае от информация за развитие на болестта и за начина, и за начина по който тя повлиява на живота му. Психологичните, психо-социалните и социалномедицинските знания осигуряват необходимата теоретична основа за интервенция. В клиничната практика те не намират достатъчно приложение.

2/ Хронично болният човек очаква медицината да се справи с хроничното му заболяване. Надява се, че ще бъде открито целебното лекарствено средство. Тези надежди и очаквания имат негативен ефект върху качеството на неговия живот. Защото по-често са случаите, когато хронично болният човек *трябва да се научи да живее със своето заболяване и независимо от него*. Той се нуждае и има правото да получи такава подкрепа, която да повиши възможностите му за изява, за трудова

дейност и удовлетвореност от живота.Необходима е промяна в отношението към здравето и болестта.

3/ Хронично болният човек се нужда е от подкрепа в процеса на справянето си с ограниченията, социалната изолация, нарушените социални контакти и страховете, породени от болестта. За да се постигне качество на неговия живот, от съществено значение са: самопомощта и осигуряване на социална подкрепа от различните групи за самопомощ.

4/ Негативен ефект върху качеството на живот на хронично болните имат фактът, че здравеопазната система не е способна да реагира адекватно сама на ситуацията. Необходимо е да се преодолее недостигът от сътрудничество между различните институции за социална помощ. Протективната грижа и институционализираното лечение доминират понастоящем. В случая обаче са особено полезни подходите на здравните грижи за повишаване качеството на живот на хронично болния[36].

3.2. Основни цели на екипа за диабетни грижи

Те трябва да са насочени към осигуряване на:

- Експертни практически напътствия и обучение в технически умения.
- Постоянно обновяване на знанията за диабета и обучение в самоконтрол.
- Обновяване на съветите относно инсулиновото лечение, техниките на ежедневен гликемичен контрол и препоръките за мониториране относно съпътстващи заболявания, рисковите фактори за усложнения и за самите усложнения.
- Разбиране на психологичните нужди на семейството, психологическа поддръжка и помощ в приспособяването на пациента и семейството към диабета и неговото лечение.
- Осигуряване на методична помощ относно грижите при диагностицирането, включително обучение, което да позволи на членовете на семейството да се чувстват сигурни в осъществяване на грижите у дома, като добре разбират патофизиологията на диабета и неговото лечение.
- Психосоциална подкрепа за пациента на инсулинолечение и семейството.

- Промените в нервно-псисхическото развитие, забавленията, спортните занимания и психосоциалния прогрес[11].

3.3. Медицинската сестра в екипите за диабетна грижа

3.3.1. Професионални компетентности и компетенции на медицинската сестра

Термините „компетенция“ и „компетентност“ произлизат от латинската дума compete,която означава съответстващ. Латинската дума competentia характеризира компетентния в определена област човек, който притежава съответстващите знания и способности, позволяващи му ефективно да действа в нея. Английското значение на думата competencee способност.

Понятието „компетенция“ в „Съвременен тълковен речник на български език“ е дефинирано като „наличието на знания, осведоменост в дадена област“, „пълномощия, предоставени на служебно лице или институция“, а „компетентен“ е този, който е добре подготвен, вещ в дадена област[47].

Внимание заслужава тезата на П. Маринова, според която „компетентност като свойство или способност на личността е психическо образование, в чиято основа стои дидактически и педагогически процес. Натрупването на знания формира умения, водещи до развитие на способности, които се трансформират в специфични свойства и се формира личностната, социална и професионална компетентност“ [26].

Все повече се очертава необходимостта от ефективно информиране на пациентите, относно тяхното заболяване, за да запазят или да поддържат определено ниво на здраве. Придобиване на знания и навици за по-добра адаптация към условията на живот, активното участие в лечебния процес определящи здравето, ще доведе до подобряване на здравното състояние на пациентите. Това се постига чрез система и задълбочена информация, предоставена от специалистите по здравни грижи по въпроси, касаещи тяхното здраве[20].

Квалификацията на медицинската сестра обучаваща пациентите с диабет на инсулинолечение е много важна за подобряване на качеството на грижите за пациентите с това заболяване.

- Оценка на здравното състояние и медико-социалните потребности на

отделните членове на семейството, при отчитане на тяхната здравна култура и психо-социален статус.

- Вземане на здравни решения, при спазване на морално етични професионални норми и уважение на човешкото достойнство на всяка личност.
- Планиране, иницииране и извършване на качествени, непрекъснати и легитимни здравни грижи в дома при съобразяване на потребностите в семейството и законовите разпоредби.
- Формирани качества и умения за комуникация и интеракция в мултидисциплинарен здравен екип, както и за осъществяване на психологическо, педагогическо и терапевтично взаимодействие с пациентите и тяхното обкръжение.
- Участие при планиране и осъществяване на промотивни и профилактични програми. Провеждане на здравно обучение, насочено към повишаване на здравната култура на индивида и семейството.
- Познаване и прилагане на здравния мениджмънт и изграждане на качества за управление на самостоятелна сестринска структура при поддържане на високо качество на здравните грижи в дома и умения за координиране на дейностите на различни здравни специалисти, оказващи помощ за преодоляване на здравни неблагополучия на членове на индивида и семейството.
- Самооценка на дейността си при спазване на стандартите за добра здравна грижа, отчитане на ефективността на сестринските грижи в семейството и икономическите измерения.
- Нагласа за непрекъснато обучение, професионално развитие и участия в научни изследвания за иницииране на промени в практиката.
- Познаване и владеене на нови методи и технологии, осигуряващи прилагането на научно-творчески подход в сестринските грижи[22].

Здравната политика е насочена към опазване и укрепване на здравето на отделния индивид и обществото като цяло. Търсят се начини за отчитане на здравните нужди на населението; влиянието на физическата, социалната и икономическата среда;

необходимостта от редуциране на потреблението на здравни услуги, чрез подобряване здравето на населението(25).

За осъществяването на тази политика, както и за постигането на необходимото качество на здравните грижи, обучението и практиката трябва да вървят заедно, с ясно определени цели.

Целите и задачите на съвременното сестринство са насочени към потребностите на обществото. Оказването на помощ на отделните личности, семейства и групи, за да достигнат и развият своя физически, умствен и социален потенциал, е мисията на съвременната медицинска сестра. Всичко това налага изпълнение на функции, отнасящи се до укрепване и съхраняване на здравето, неговото поддържане в условията на семейната, учебната и работната среда, както и предотвратяване на заболявания [14].

В разработената „Стратегия на СЗО по образование на медицинските сестри и акушерки“, приета от регионалното бюро на СЗО за Европа, са очертани следните промени в ролята и във функциите на медицинската сестра[9].

- Да може компетентно да взема решение, да поема професионална и лична отговорност за действията и намесите си в организацията, планирането и оценяването на сестринските грижи;
- Автономно или в партньорство с многопрофилния здравен екип, да полага грижи за физическото, психическо и социално здраве и да помага за повишаване качеството на живот на отделната личност и на обществото.
- Приоритет на сестринското дело да бъдат първичните грижи и услуги; дейностите за промоция на здравето и на средата; профилактика на болестите и психо-социална подкрепа и рехабилитация на нуждаещите се, ефективни общи и специализирани болнични грижи;
- Обучение, мотивиране, активиране и стимулиране на индивидите, на социалните групи и общности, за повишаване на личната и на колективната отговорност във всички аспекти на здравето[14].

Професионалната изява на медицинската сестра е в лечебни и лечебно-рехабилитационни заведения, заведения за социални грижи, общомедицински

практики, сестрински хосписи, сестрински патронажи, сестрински консултации, семейни сестри и др.

Според М. Стойчева „професионалната роля на медицинската сестра излиза от своя тясно-медицински аспект и се изпълва с ново медико-социално съдържание, характеризиращо я вече като социална роля. Това понятие включва не само съвкупност от изпълнявани функции и отговорности, но и определено професионално поведение, основано на социални позиции, очаквания и желания. В този смисъл новият медико-социален облик на професията – медицинска сестра, я задължава да притежава съвкупност от компетентности на: организатор, комуникатор, координатор, изпълнител, мениджър, съветник“[46].

Това налага по-голяма гъвкавост в професионалната подготовка и квалификация на медицинската сестра.

В тази връзка П. Маринова посочва : „Обслужването от медицински сестри има ключова позиция в грижите за здравето. То предполага екипна работа, но изисква и профилиране в професията, преразглеждане в диференциацията на работа, образованието и създаването на стимули за работещите с определени сфери и групи за обслужване“[25].

Налага се необходимостта от ефективно информиране на пациентите, относно тяхното заболяване, за да запазят или да поддържат определено ниво на здраве. Обучението на пациентите с диабет на инсулинолечение е неделима част от лечението. Придобиването на знания и навици за по-добра адаптация към условията на живот, активното участие на пациентите в лечебния процес, повишаване контролът върху факторите, определящи здравето, ще доведе до подобряване на здравното състояние на пациентите. Това се постига чрез системна и задълбочена информация, предоставена им от специалистите по здравни грижи по въпроси, касаещи тяхното здраве.

Обучението на пациентите и техните близки е една от основните функции на медицинските сестри, определена от СЗО.

Това означава, че на медицинската сестра се отрежда централно основополагащо място както в доболничната помощ, така и в болничната и това не е случайно, тъй като сестрата притежава компетенции както да представи първични здравни грижи, така и да провежда здравно обучение на населението, да представя програми за промоция на здравето и да работи за укрепване на семейното здраве.[14]

Според П. Маринова „Създаването на специализации в сестринството е начин за диференциация и доближаване до така създадените в европейски страни профили – „специализирано обслужване от медицинската сестра“, за обслужване на болни в различни сфери на здравеопазването“ [25].

За подобряване качеството на сестринските грижи при работа с диабетно болни на инсулинолечение, в обучението се очертава нова роля и поемане на по – високи отговорности, изискващи специфични знания, които тя трябва да придобие чрез непрекъснато обучение и специализации. Основната цел медицинските сестри да овладеят знания и умения за подпомагане както на отделната личност, така и на семейството и обществото за справяне с различни преходни или хронични болестни състояния, преодоляване на стрес. Новата роля на медицинската сестра – се изразява и в провеждане на здравно обучение, здравна промоция и дейности по профилактика за поддържане на добро здраве и прибавяне на качество на живот към годините.

Проблемите на пациентите със захарен диабет на инсулинолечение са много и голяма част от тях са от социален характер, тъй като самото българско общество все още не е узряло, за да ги приеме, според специалистите.

Има случаи, при които диабетно болните деца не се приемат в детските градини, защото не друг, а медицинските сестри, които работят там не ги искат. В училище също се среща неразбиране и третиране на децата като „различни“ и ги травмират допълнително[56].

Необходимо е адекватно социално подпомагане на родителите на деца с диабет, както и на всички пациенти с това заболяване и осигуряване на подкрепяща мрежа от социални дейности и услуги.

Има необходимост от спешни действия от обучение и подкрепа на болните от диабет на инсулинолечение [14,57], в които водеща роля се отрежда на медицинската сестра.

Работата на сестрата ще се базира на нова философия, предимно социално ориентирана, разбира се без да се подценява медицинската й дейност. Именно чрез придобитите здравно-научни и социално-научни знания ще бъде възможно ТЯ да открива и анализира социално икономическите фактори, които въздействат върху здравето на дадено семейство и то да бъде подпомогнато в решаването на здравните им проблеми [2,39].

3.3.2. Обучение на пациентите с диабет на инсулинолечение и техните семейства от медицинската сестра

Обучението на пациенти със захарен диабет от професионалистите по здравни грижи е осъзната необходимост и съвременна промотивна здравна грижа. Само информиране не е достатъчно, нужно е обучение на пациента със захарен диабет на инсулинолечение.

Трябва да се помогне на пациентите с диабет да могат да следват стил на живот по техен избор чрез придобиване на познания, поведенчески умения и самоотговорност.

Цели на обучението на пациента с диабет:

- Да се оптимизират:
- Познанията за диабета, за неговото прогресиращо развитие и целите при контрола му ;
- Способността на пациента с диабет да определи личните си здравни цели;
- Мотивацията и отношението на пациента към грижите за себе си;
- Поведението на пациента, което оказва влияние върху контрола на диабета му;
- Да се придобият умения:
- За ефективно справяне с хранителния режим и физическата активност;
- За оптимално и подходящо използване на инсулиновата терапия;
- За справяне със социалните и ежедневните последици от инсулиновата терапия върху начина на живот;
- За разбиране и приемане на целите и за разработване на стратегия за постигането им;
- За справяне с усложненията на лечението, включително хипогликемията;
- За ефективно използване на членовете на диабетния екип;
- За посрещане на новите проблеми в диабетните грижи;
- За мониториране и използване на резултатите от лечението;
- За справяне с интеркурентни заболявания;
- За справяне адекватно с късните усложнения на диабета;

Условия за провеждане на обучението на пациента с диабет:

- Интегриране на обучението в обичайната работа на клиниката;

- Осигуряване на адекватна подготовка на диабетния екип за обучение на пациентите с диабет;
- Преценяване на индивидуалните нужди на всеки пациент;
- Съобразяване с нуждите на отделни групи пациенти (езикови проблеми, физически или умствени недостатъци);
- Обучението се провежда в рамките на три периода:
    - Непосредствено или скоро след диагностицирането – основна информация за здравословно хранене, физическа активност, отказ от тютюнопушене; информация относно естеството и развитието на диабета; минимум умения, необходими за контрол при новата ситуация; информация относно инжектиране, самоконтрол, хипогликемия, разпределение на въглехидратите в храненията;
    - В месеците след поставяне на диагнозата - по-изчерпателна информация от предишната, като се добавя още за целта на лечението, храненето в къщи и навън; справяне с вметнати заболявания, цели на инсулиновата терапия, усложненията на диабета, артериалните рискови фактори, грижи за краката; бременност, контрацепция; работа, осигуровки, шофиране, пътуване;
    - В дългосрочен план – периодично обучение при годишния преглед;

Оценка на резултата от обучението на пациента

Преглед на уменията на пациента, свързани с диабета (техника на самоконтрол, хранителен режим, инжекционна техника);

- Данните от биомедицинските изследвания на пациента (промяна в телесното тегло, HbA_{1c});
- Преценка на поведението на пациента (удобни обувки, физическа активност, спиране на тютюнопушенето, места на инжектиране, членство в диабетна организация);

- Оценка на стила на живот, на емоционалната нагласа, на усещането за бариери пред някои активности в стила на живот на пациента с диабет и в грижите му за самия него;
- Преценка на усещанията за желани близки цели (гликемичен контрол, тегло), както и за далечни нежелани (съдово заболяване);
- Познания на пациента;
- Преценка на специфичното за диабета качество на живот и на здравния профил (като общи измервания);

Житейски въпроси при обучението на пациента с диабет:

Регулярно се пита за взаимодействието на диабета с:

- Професията – индивидуални препоръки; съвети и контакти с тези, които са засегнати от промяна в инсулинова терапия;
- Социалните активности;
- Отдиха;
- Осигуровки – препоръка за пациентите да влязат в осигурителни договори; бърз и подходящ документ при поискване;
- Пътувания – препоръка за валидна пътна застраховка; специални здравни рискове в посещаваните страни;

Целите на обучението на пациентите с диабет са да се осигури информация в приемлива форма, за да могат пациентите с диабет да получат знанията, за да могат сами да се справят с диабета и да бъдат окуражавани да правят сами избора си за стила на живот.

Самоконтрол на кръвната захар

Сестринска дейност при оценка на самоконтрола:

- Да се дадат съвети за провеждане на самоконтрол за:
- Обучение върху ефекта на диетата и физическата активност върху кръвната захар;
- Максимално гарантиране на подходящ кръвно-захарен контрол (кръвна захар на гладно и постпрандиално);
- Нагласяване на инсулиновата доза;
- Справяне с хипогликемия и предпазване от хипогликемия;

- Борба с вметнати заболявания и нови обстоятелства;

Оценка на уменията за самоконтрол – годишно или при възникнали проблеми със самоконтрола;

- Оценка на надеждността на резултатите от самоконтрола чрез:
- Оценка на техниката за самоконтрол;
- Сравнение с резултата от HbA_{1c}
- Сравнение с резултата, получен по време на консултацията;
- Преглед на резултатите от самоконтрола в дневника;

Възможности за постигане на ефективен самоконтрол:

- Използват се глюкомери, лентички за кръвна захар или за уринен анализ;
- Провежда се подходящо обучение и регулярен преглед на техниката;
- Препоръки:
- Резултатите да се записват с дата и час;
- Според конкретните нужди се препоръчват различни измервания:
    - кръвна захар 4 пъти дневно;
    - кръвна захар 4-8 пъти дневно по време на инфекция, промяна в начина на живот, преди концепция, при бременност, при неразпознаване на хипогликемии;
    - през нощта (02.00 – 04.00 ч) при съмнения за неразпознати нощни хипогликемии;
    - един или два денонощни кръвно-захарни профили седмично (в различни дни);
    - веднъж дневно и минимално приемливата честота (в различно време на деня);
- Кръвната захар се измерва при вариации в храненето или във физическата активност[28].

Изводи от литературния обзор:

1. Европейската комисия по диабет извършва ежегодишен контрол на качеството на диабетните грижи и качеството на лечение на заболяването диабет в страните членки на ЕС.

2. В Европейската комисия по диабет има изработен индекс за лечение на заболяването, който се изчислява по определени стандартизирани показатели за оценка на качеството на здравните системи на европейските страни.
3. При последните направени проучвания на качеството на диабетната грижа България се нарежда на 29 място.
4. В страната ни липсва Национален диабетен регистър, който би давал пълна представа за болните от диабет и разходите за профилактика, лечение и диабетна грижа.
5. Анализът на българската нормативна база показва, че съществуват общи закони, наредби и правилници регламентиращи правата и социалните придобивки с процент инвалидност, но няма специализирани, систематизирани правила за диабетната грижа.
6. В България съществува социална оценка на лицата с 50% и над 50% инвалидност, която се извършва от службите за социално подпомагане, но липсва психосоциална оценка, която да даде пълна представа за физическото, психическо и социално функциониране на болните със заболяването „диабет".
7. В страната ни липсва информация за качеството на специализираните диабетни грижи, за мястото и начина по който те се предоставят.
8. В момента съществуват епизодични квалификационни курсове в ендокринологичните и метаболитни клиники, но липсва цялостна квалификация на медицински сестри за работа с пациенти със заболяването диабет във всички здравни заведения.
9. Анализът на чуждестранната литература показва, че в по-голяма част от страните се извършва психосоциална оценка на болните от диабет на инсулинолечение от обучени мултидисциплинарни екипи, а такива липсват в България.
10. В страната ни липсват Национална стратегия и Национална програма за борба с диабета, което оказва влияние върху качеството на диабетната грижа при пациенти на инсулинолечение.

II. ГЛАВА ВТОРА:
МЕТОДОЛОГИЯ И МАТЕРИАЛИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

2.1. Цел, задачи и хипотеза на изследването

2.1.1. Цел

Настоящото проучване има за цел да установи значимостта на психосоциалната оценка при грижите за пациенти със захарен диабет на инсулинолечение за повишаване качеството им на живот, чрез развиване на компетенциите на професионалистите по здравни грижи и обучение на пациентите и техните семейства.

2.1.2. Задачи

1. Анализиране на информираността и обучеността на пациентите, техните семейства и медицинските специалисти за заболяването диабет на инсулинолечение.

2. Установяване проблемите на пациентите със захарен диабет на инсулинолечение и тяхното влияние върху качеството на живот.

3. Изследване на психосоциалните елементи от диабетната грижа оказващи влияние върху качеството на живот на пациенти с диабет на инсулинолечение.

4. Установяване значимостта на психосоциалната оценка за прилагане на диабетната грижа.

5. Проучване на нагласите и подготовката на медицинските сестри и стажантите от специалност „Медицинска сестра” да подпомагат пациентите с диабет на инсулинолечение и техните семейства чрез консултиране и грижи.

6. Обосноваване на нови модели за обучение, дейности и подходи за психосоциална дейност, подобряваща качеството на живот на пациентите с диабет на инсулинолечение.

2.1.3. Работна хипотеза

Подходът на лечение и грижи при пациентите с диабет у нас и в световен мащаб е в непрекъснато развитие.

Това развитие изисква оценка и контрол върху здравословното състояние, лечението, здравните грижи и качеството на живот на пациентите с диабет на инсулинолечение.

В нашата страна липсва контрол и проследяване на качеството на живот на пациентите с диабет и в това число на пациенти с диабет на инсулинолечение. От направената литературна справка не установихме изследвания с прилагане в масовата практика на стандартизирани въпросници и скали за психо - социална оценка и качество на живот при пациенти с диабет на инсулинолечение.

Нашите предположения са, че качеството на живот на пациентите на инсулинолечение би се подобрило, ако при тях се извършва психосоциална оценка от медицински сестри с подготовка за прилагането на модел за диабетна грижа и квалификация за обучение на болните и техните семейства.

2.2. МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

2.2.1. Обект на изследването

Обект на проучването са пациенти със захарен диабет на инсулинолечение.

2.2.2. Предмет на изследването

Психосоциалните проблеми на пациенти със захарен диабет на инсулинолечение и качеството им на живот.

2.2.3. Логически единици на изследването

Логическата единица на наблюдението са пациентите със захарен диабет на инсулинолечение и техните близки, действащи медицински сестри, студенти от специалността „медицинска сестра”.

- Пациентите от ендокринологични и терапевтични отделения в градовете Враца, Монтана, Мездра, Плевен, Видин, Клиника по ендокринология на ВМА- София, които ще бъдат именувани като първа група респонденти;

- Медицински сестри извършващи грижи в ендокринологични, хирургични, неврологични и терапевтични отделения, клиники и работещи с ендокринолози в доболнична помощ именувани като втора група;
- Студенти III и IV курс от специалността „медицинска сестра" обучаващи се в МУ София филиал „Проф. д-р Иван Митев" Враца и ФОЗ София, именувани като трета група респонденти;
- Близки на пациентите със захарен диабет на инсулинолечение, именувани като четвърта група респонденти;

Логическите единици на наблюдение са подбрани по определени признаци.

2.2.4. Признаци на логическите единици на наблюдението

- признаци определящи демографската характеристика, социалния статус и професионалните характеристики на респондентите (отнасящи се за 1, 2, 3 и 4 гр.)
- признаци свързани с качеството на живот на хората с диабет (отнасящи се за първа група)
- признаци свързани с психосоциалните аспекти от живота на пациентите с диабет на инсулинолечение (за първа група респонденти)
- признаци свързани с поведението и обучението на респондентите(за 1, 2, 3 и 4 група)
- признаци свързани с подготовката на професионалистите по здравни грижи за полагане на диабетна грижа за 2, 3 група
- признаци характеризиращи значимостта на психосоциалната оценка, за прилагане на диабетна грижа – за 2, 3, 4 група респонденти
- признаци свързани с информираността и обученността за заболяването „диабет " (отнасящи се за 1, 2, 3, 4 гр.)

2.2.5. Технически единици на наблюдението

Изследването е проведено чрез анонимни анкетни карти на пациенти със захарен диабет на инсулинолечение, медицински сестри и стажант медицински сестри работещи в ендокринологични клиники, отделения по вътрешни болести и извършващи грижи за пациентите и техните близки.

- Болнични заведения – МБАЛ – Враца; МБАЛ – Монтана; МБАЛ – Мездра; МБАЛ – Плевен, МБАЛ - Видин, МБАЛ - Бяла Слатина, ВМА – София – общо 147 медицински сестри, 231 пациенти.
- Специализирани лекарски практики – 30 медицински сестри.
- Филиал „Проф. д-р Иван Митов" Враца към МУ София; Факултет обществено здраве София – общо 196 студенти.
- Близки на пациентите 71

2.2.6. Признаци на техническите единици на наблюдението

- Географско разположение
- Капацитетни възможности за обучение – ФОЗ София и филиал „Проф. д-р Иван Митов" гр. Враца МУ София
- Брой специалности
- Учебно практична подготовка

За болниците - МБАЛ – Враца, МБАЛ – Монтана, МБАЛ – Мездра, МБАЛ - Видин, МБАЛ - Бяла Слатина, МБАЛ – Плевен, ВМА – София

- система на управление
- работно време
- Правилник за вътрешния ред

За лекарските практики

- система на управление
- работно време
- големина на лекарската практика
- специалност на лекарите
- брой на екипа на ОПЛ

2.2.7. ХАРАКТЕР, ОБЕМ, ВРЕМЕ, МЯСТО И ОРГАНИ НА ПРОУЧВАНЕ

2.2.7.1. Характер на проучването

Проучването е комплексно.

Единият от компонентите включва наблюдение и оценка на мнението на пациентите със захарен диабет на инсулинолечение и техните близки. Вторият компонент включва наблюдение на дейността на работещите медицинските специалисти, както и студентите от специалност „Медицинска сестра" и анализ на документацията, с която работят медицинските специалисти.

Проучването е проведено във всички болници в Северозападна България, работещи с пациенти с диабет на инсулинолечение, МБАЛ ”Христо Ботев” – Враца; МБАЛ „Д-р Стамен Илиев„ – Монтана; МБАЛ – Мездра ЕООД; МБАЛ - Бяла Слатина ЕООД; МБАЛ „Света Петка” – Видин; II Клинична база – УМБАЛ „Георги Странски” – Плевен; Клиника по ендокринология на ВМА - София.

Избора на техническите единици е повлиян от негативната тенденция на увеличаване броя на пациентите и възможността им да обхване по-голямата част от тях. Анкетираните са подбрани, съгласно възраст над 18 години, наличие на диабет на инсулинолечение и желание от страна на респондентите. Обхванати са 231 пациенти на инсулинолечение, от които на 68 от тях е проведено проучване за въздействието на психосоциалните елементи върху качеството на живот на пациентите, разпределени по пол, възраст, образование, семеен и социален статус.

Всички анкетирани, участващи в проучването са запознати с целта и задачите, и са дали своето информирано съгласие за участие.

Изследването на близките е проведено в отделенията, където са придружавали пациентите, като е спазен принципа за конфиденциалност на информацията. Критериите за подбор на респондентите са: възраст над 18 години и да са роднини, които живеят или се грижат за пациентите с диабет на инсулинолечение и желание за участие в проучването. Анкетирани са 71 роднини на пациенти с диабет на инсулинолечение с различна възраст и пол. Запазена е анонимността на респондентите и пълен инструктаж за целта и задачите на проучването, както и начина на попълване на анкетите.

Анкетирани са 177 медицински сестри на различна възраст и трудов стаж, в същите болнични заведения, в които е проведено проучването на пациентите. Критерии за анкетиране на медицинските сестри са работа с пациенти с диабет на инсулинолечение в следните отделения – ендокринологични, кардиологични, вътрешни, хирургични и неврологични.

В проучването са взели участие 196 студента от специалността „Медицинска сестра”, предварително инструктирани за целта и задачите на изследването при пълна анонимност. Проучването е проведено във Филиал „Проф. д-р Иван Митев” Враца МУ София и Факултет обществено здраве МУ София. Критериите за подбор на

студентите са: те да са от трети и четвърти курс на обучение и да имат желание за анкетиране.

2.2.7.2. Обем на проучването

В изследването са обхванати общо - 675 анкетирани както следва:

- 231 пациенти с диабет на инсулинолечение, от които на 68 пациенти е приложен експериментално анкетен въпросник на DSQOLS
- 177 медицински сестри, обгрижващи тези болни и работещи в болниците - МБАЛ – Враца, МБАЛ – Монтана, МБАЛ – Мездра, МБАЛ - Видин, МБАЛ - Бяла Слатина, МБАЛ – Плевен, Клиника по ендокринология към ВМА – София
- 196 студенти от трети и четвърти курс специалност „Медицинска сестра" в учебните заведения Филиал „Проф. д-р Иван Митов" гр. Враца към МУ София; Факултет обществено здраве гр. София
- 71 близки на пациентите – съпрузи, майки, бащи и деца съпричастни с пациентите и съдействащи в лечебния процес.

Всички анкетирани лица са изразили съгласие за участие в проучването.

2.2.7.3. Време на проучването

Време на проучването: от януари 2014 г. – февруари 2015 г. е анализирана специализирана литература по темата. В този период е формулиран проблема и са определени цел, задачи, хипотеза и план на изследването. От месец март 2015 г. – януари 2016 г. е проведено същинското проучване сред пациенти с диабет на инсулинолечение, медицински сестри, студенти от специалност „Медицинска сестра" и близки на пациентите.

2.2.7.4. Място на проучването

Място на проучването: - Болнични заведения – МБАЛ "Христо Ботев" – Враца; МБАЛ „Д-р Стамен Илиев „ – Монтана; МБАЛ – Мездра ЕООД; МБАЛ - Бяла Слатина ЕООД; МБАЛ „Света Петка" – Видин; II Клинична база – УМБАЛ „Георги Странски" – Плевен; Клиника по ендокринология на ВМА - София,

Общопрактикуващи лекари,

- Специализирани лекарски практики,

- Учебни заведения – ФОЗ град София; Филиал „Проф. д-р Иван Митев” град Враца към МУ София.

2.2.7.5. Органи на проучването

Проучването е извършено със сътрудничество на управленските органи на съответните здравни и учебни заведения. В процеса на събиране на информация е търсено съдействие на медицински сестри, старши и главни сестри както и лекари в съответните лечебни заведения. В учебните заведения за анкетиране на студентите е използвано съдействието на преподавателите.

2.2.8. МЕТОДИ ЗА СЪБИРАНЕ НА ЕМПИРИЧНИЯ МАТЕРИАЛ

При подбора на методите за изследване се ръководехме от целта и задачите на изследването:

Наблюдение - представя много по-богата информация за социалния живот от повечето други изследователски методи. Целенасочен, планиран и добре организиран процес,чрез който получихме информация за реално съществуващите и протичащи във времето и пространството явления, процеси и резултати.

В научното ни изследване наблюдението изпълнява три функции:

- Чрез наблюдението получихме емпирична информация, необходима, както за новите проблеми и хипотези, така и за тяхната проверка;
- Чрез наблюдението проверихме хипотезата ни.
- Чрез него проверихме адекватността и истинността на резултатите, получени с помощта на другите методи;

Документален метод - използван е за събиране на информация от специализирана литература, материали и публикации по проблема на изследването /официални документи, нормативни документи на Социално подпомагане, медицинска документация на пациенти със захарен диабет на инсулинолечение, извършен е и ретроспективен анализ на нормативните документи.

Беседа - Чрез нея получихме фактически материал за изследване и изясняване проблемите на пациентите със захарен диабет на инсулинолечение.

Социологичен метод - използвана е анкета, за информация и оценка за проучвания обект. Изработени са специално за целта въпросници, които съдържат

предимно закрити въпроси (над 90%) с възможност за избор на формулиран отговор, както и отворени въпроси с възможност за изразяване на коментар.Анкетни карти 1, 2, 3 и 4:

- Пациенти със захарен диабет на инсулинолечение /Приложение 1/

Анкетна карта – 1: Съдържа 52 въпроса, насочени за проучване на социалния статус на анкетираните с 8 въпроса, за информираността за заболяването при пациенти със захарен диабета на инсулинолечение въпросите са 6 и за необходимостта от обучение 6, за психосоциална оценка 7 и качеството на живот на респондентите 9 въпроса, с 6 въпроса е направена оценка на знанията за хранителния и двигателен режим на пациентите и с 10 оценка на знанията за усложненията при заболяването. Анкетата е анонимна на разбираем и достъпен език и запазени всички права на анкетираните.

- Медицински сестри, работещи в ендокринологични клиники, отделения, и кабинети на специализирани лекарски практики и полагащи грижи за пациентите с диабет на инсулинолечение /Приложение 2/;

Анкетна карта – 2: Съдържа 27 въпроса групирани и насочени за проучване грижите за пациентите с диабет на инсулинолечение, както следва:с 3 въпроса са обхванати социално-демографските характеристики на анкетираните медицински сестри; за информираността за заболяването 4 въпроса, за професионална подготвеност 4въпроса; за работа с пациенти и техните семейства 5, с 6 въпроса е направена психосоциална оценка и с 5 въпроса оценка за качество на живот на пациентите и семействата им.

- Студенти от специалност „ Медицинска сестра” трети и четвърти курс в учебните заведения – филиал „Проф. Д-р Иван Митев” Враца –МУ София, ФОЗ – МУ София /Приложение 3/;

Анкетна карта – 3: Съдържа 29 въпроса, анонимна и цели да установи психосоциалните аспекти на болестта, с оглед подобряване грижата на пациентите на инсулинолечение и качеството им на живот. Въпросите обхващат следните аспекти: с 5 въпроса е направена социално-демографска характеристика на анкетираните студенти, за установяване компетентността на студентите за заболяването са използвани 5 въпроса, за работа с пациенти 6, за психосоциална оценка 8 и с 5 въпроса оценка за качество на живот на пациентите и семействата им.

- Близки на пациенти с диабет на инсулинолечение /Приложени 4/;

Анкетна карта – 4: Съдържа 20 въпроса, като в анкетното проучване с 5 въпроса са обхванати социално-демографските характеристики на родните, с 4 въпроса установяване на информираността на родните относно проблемите на пациенти с диабет на инсулинолечение, 5 от въпросите обхващат необходимостта от обучение, с 3 психосоциална подкрепа и професионална помощ и 3 от въпросите са за качеството на живот на семейството след поставяне на инсулинотерапията. Анонимността на анкетираните е гарантирана.

Анализ и психосоциална оценка на качеството на живот на пациенти със захарен диабет на инсулинолечение с адаптиран модел на Diabetes Specific Quality – of -Life Scale (DSQOLS). Скалата е приложена в много страни и една от тях е Heinrich-Heine университет в Дюселдорф Германия. В Англия DSQOLS е утвърден за приложение при възрастни пациенти със захарен диабет тип 1. Одита на зависимостта между диабета и качеството на живот ADDQoL е проведен в много страни в света: Америка 2002 г., 2006 г., 2007г.; Англия 2006 г.; Австрия 2010 г.; Белгия 2009 г.; Германия 2008г.; Гърция 2010 г.; Дания 2008 г.; Финландия 2010 г.; Франция 2009 г. и др. /Приложение 5/

Въпросникът е приложен в България през 2013 г. при пациенти със захарен диабет тип 2. Проучването е проведено от:

1. Катедра по Здравен мениджмънт, икономика на здравеопазването и обща медицина към Факултет по Обществено Здраве към Медицински Университет Пловдив.
2. Клиника по Ендокринология и болести на обмяната, УМБАЛ "Каспела" ЕООД.

Проведен е експеримент със специфичния въпросник при 68 пациенти с диабет на инсулинолечение в по горе изложените болнични заведения.От получените резултати са направени съответните анализи и изводи.

Специфичният въпросник е адаптиран за условията и нравите на българските пациенти. Той съдържа 15 въпроса от различни сфери на живот на пациентите с диабет на инсулинолечение. Характерното за въпросника, е това, че пациента трябва да си представи какъв би бил животът му без заболяването. Оценявайки всяка една сфера от живота си и до каква степен е важна за анкетирания. Така се определят важните за

пациентите сфери на живот с по – голяма тежест за въздействие на качеството на живот.

Статистически методи

С оглед разкриване на същността на наблюдаваните явления и взаимозависимостите им са използвани SPSS V 16.O и Microsoft Exel 7.

Резултатите от проведените анализи са представени чрез:

1.Честотни таблици – едномерни таблици на честотното разпределение в абсолютни и относителните честоти (абсолютни – определяне на броя на единиците в отделно взета група и относителни честоти - броя на единиците в отделно взета група спрямо общия брой единици в съвкупността). Определени са и разновидността на признаците (разновидностите на възможните отговори на поставените въпроси).

2. Двумерни таблици на честотното разпределение, които представят статистическия анализ на категорийните величини.

3. Графичен анализ на резултатите, чрез който са онагледени изследваните променливи и техните взаимовръзки под формата на различни видове диаграми.

4. Използван е и непараметричния тест Крускал – Уолис тест (Kruskal – Wollis test) за проверка на хипотезата. Чрез него може да се прецени доколко влиянието на даден фактор или група фактори е статистически значимо.

5. Сравнителен анализ – използван е да се представи разликата между изследваните групи признаци или да се установи зависимост между категорийни променливи. За значими са приемани различията при ниво на значимост $p< 0,05$ при двустранен тест. За изчисляване на резултатите са използвани разновидностите на Коефициент на Пирсън, Екзактен метод на Фишер или Линеен коефициент.

III. ГЛАВА ТРЕТА
РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

3.1. Социално-демографска характеристика на изследваните лица

3.1.1. Социално-демографска характеристика на пациентите и техните близки

Има непрекъсната тенденцията за увеличаване броя на пациентите с диабет и свързаните с това последици. В България има около 600 000 пациенти с диабет, от тях 80 000 са на инсулинолечение.

В проведеното изследване са включени 163 пациенти с диабет на инсулинолечение хоспитализирани в различни болници, както и преминали през ендокринологични кабинети посочени в предходната глава.

Табл. 1. Разпределение на пациентите по възрасти пол

Възраст	Мъже		Жени		Общо	
	Брой	Отн.дял %	Брой	Отн.дял %	Брой	Отн.дял %
под 30 г.	11	6.75%	12	7.36%	23	14.11%
от 31-40 г.	23	14.11%	19	11.66%	42	25.77%
от 41-50 г.	13	7.98%	21	12.88%	34	20.86%
от 51-60 г.	15	9.20%	21	12.88%	36	22.08%
от 61-70 г.	11	6.75%	11	6.75%	22	13.50%
над 71 г.	3	1.84%	3	1.84%	6	3.68%
Общо	76	46.63%	87	53.37%	163	100 %

От анкетираните пациенти на инсулинолечение мъжете са – 46.63% n=76 и жени – 53.39% n=87, данните показват, че заболяването е разпространено приблизително еднакво сред двата пола, с превес от - 6.74% на разпространение сред женския пол.

При разпределение на анкетираните пациенти по възраст най-голям дял имат пациентите от следните възрастови групи – от 31-40 г. n=42 – 25.77%, от 51-60 г. n=36 – 22.08%, от 41-50 г. n=34 – 20.86%. Възрастовият диапазон на респондентите е от 18 г. до 74 години.

Табл. 2. Разпределение на анкетираните пациенти според образователната степен

Образование	Мъже		Жени		Общо	
	Брой	Отн.дял %	Брой	Отн.дял %	Брой	Отн.дял %
основно	6	3.68%	5	3.07%	11	6.75%
средно	47	28.83%	55	33.74%	102	62. 57%
Висше специалист	10	6.14%	14	8.59%	24	14.73%
Висше професионален бакалавър	5	3.07%	0	0.0%	5	3.07%
Висше бакалавър	4	2.45%	9	5.53%	13	7.98%
магистър	4	2.45%	4	2.45%	8	4.90%
Общо	76	46.62%	87	53.638%	163	100 %

От получените данни 62.57% от респондентите са със средно образование, като жените преобладават в сравнение с мъжете. С висше образование са 30.68% от анкетираните, и тук жените са с 2.45% повече от мъжете. Анализа на данните показват, че анкетираните пациенти на инсулинолечение са образовани и с достатъчно потенциал за планиране и провеждане на обучение и психосоциална подкрепа.

Табл. 3. Разпределение на анкетираните пациенти според семейното положение.

Семейно положение	Мъже		Жени		Общо	
	Брой	Отн.дял %	Брой	Отн.дял %	Брой	Отн.дял %
семеен/а	44	26.99%	46	28.22%	90	55.21%
не семеен/а	20	12.27%	18	11.04%	38	23.31%
разведен/а	7	4.30%	10	6.13%	17	10.43%
вдовец/ица	5	3.07%	13	7.98%	18	11.05%
Общо	76	46.63%	87	53.37%	163	100%

Анализът на данните относно семейното положение на респондентите показва, че с най-голям относителен дял са семейните 55.21%, който е почти равен и при двата пола. Относителният дял на не семейните е 23.31%, а разведените и вдовците са с близки проценти – 10.43% и 11.05%.

Табл. 4. Разпределение на анкетираните пациенти според социалното им положение

Социално положение	**Мъже**		**Жени**		**Общо**	
	Брой	**Отн.дял %**	**Брой**	**Отн.дял %**	**Брой**	**Отн.дял %**
работещ	41	25.15%	55	33.74%	96	58.89%
безработен	14	8.59%	7	4.29%	21	12.88%
Пенсионер по възраст	8	4.91%	12	7.36%	20	12.27%
Пенсионер по болест	11	6.75%	12	7.36%	23	14.12%
учащ	2	1.23%	1	0.61%	3	1.84%
Общо	76	46.63%	87	53.36%	163	100%

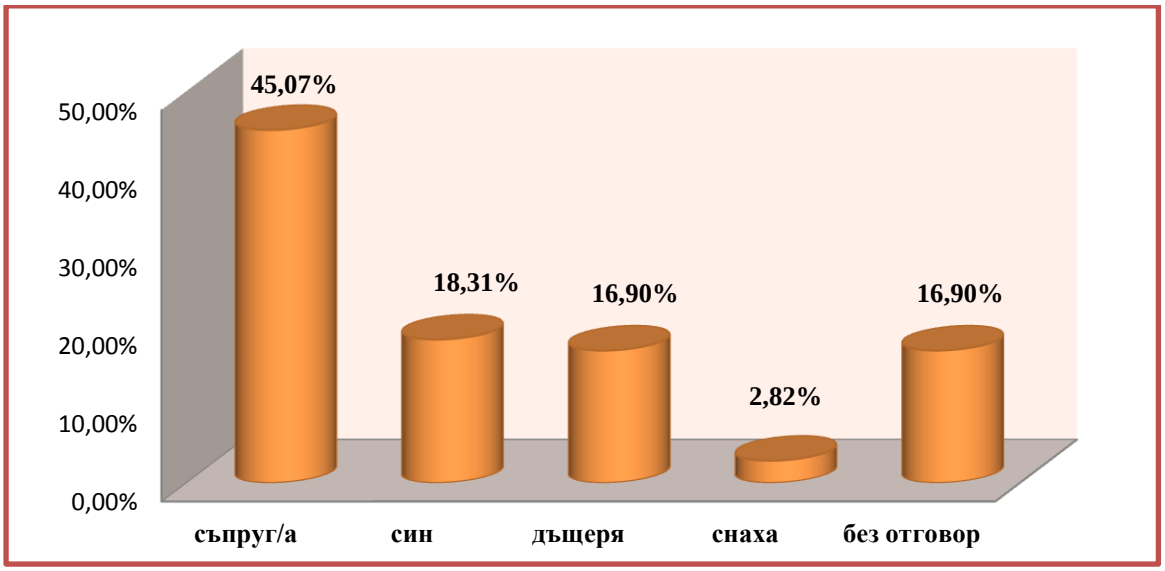
Според получените резултати най-висок е процента на работещите – 58.80%. Жените, които работят са с 8.59% повече от работещите мъже. Респондентите, които са пенсионери (по болест и възраст) са общо 26.38%, като те са разпределени почти по равно при жените и мъжете. Безработните са 12.88%, като мъжете са с 4.30% повече от жените. Най-малък е делът на учащите 1.84%. Респондентите, които са активно работещи срещат най-много проблеми при тяхната адаптация, свързана с хранителния режим, поставяне на инсулина, както и следене на кръвната захар.

Табл. 5. Разпределение на родините по пол и възраст

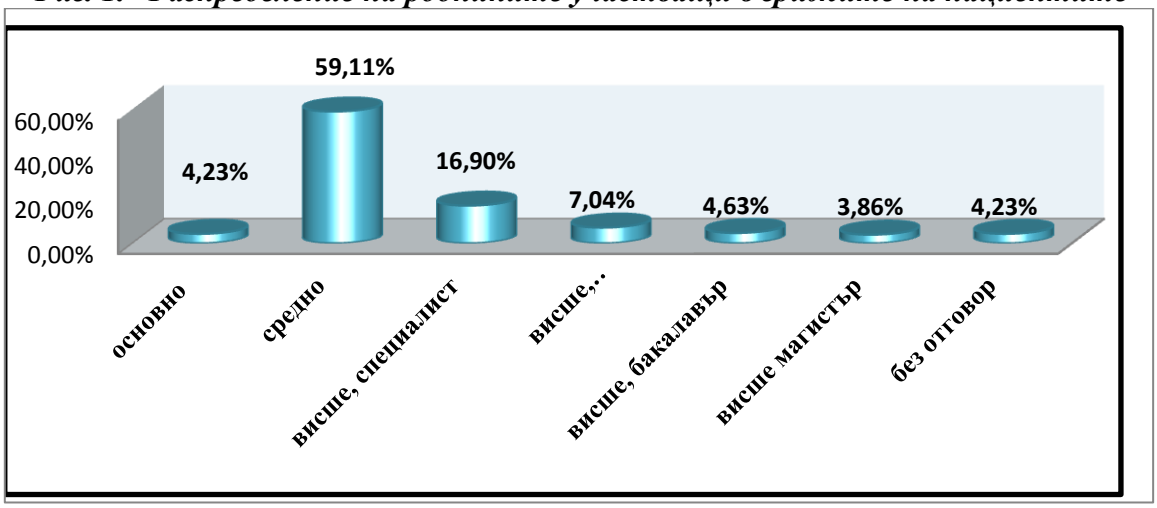
Възраст	**Мъже**		**Жени**		**Общо**	
	Брой	Отн.дял %	Брой	Отн.дял %	Брой	Отн.дял %
над 18г.	3	4.80%	5	6.14%	8	10.94%
от 25-30 г.	2	2.22%	8	11.20%	10	13.42%
от 31-40 г.	4	5.40%	11	18.64%	15	24.06%
от 41-50 г.	3	4.80%	16	24.21%	19	29.01%
от 51-60 г.	4	5.40%	7	7.68%	11	13.08%

над 61 г.	5	6.92%	3	2.57%	8	9.49%
Общо	21	29.58%	50	70.42%	71	100 %

В проучването са обхванати 71 роднини на анкетираните пациенти с диабет на инсулинолечение, разпределени по пол, възраст, образование и трудова заетост(табл. 5). Преобладават жените – 70.42%, а мъжете са 29.58% от респондентите. Възрастта на родните е в диапазон от 20 г. до 75 г., относителният дял на съпругите или съпрузите е 45.07%, а – 16.90% са дъщери и - 18.31% синове, като изключително малък относителният дял на снахи – 2.82%, всички те подкрепят и съдействат на анкетираните пациенти(фиг.1).

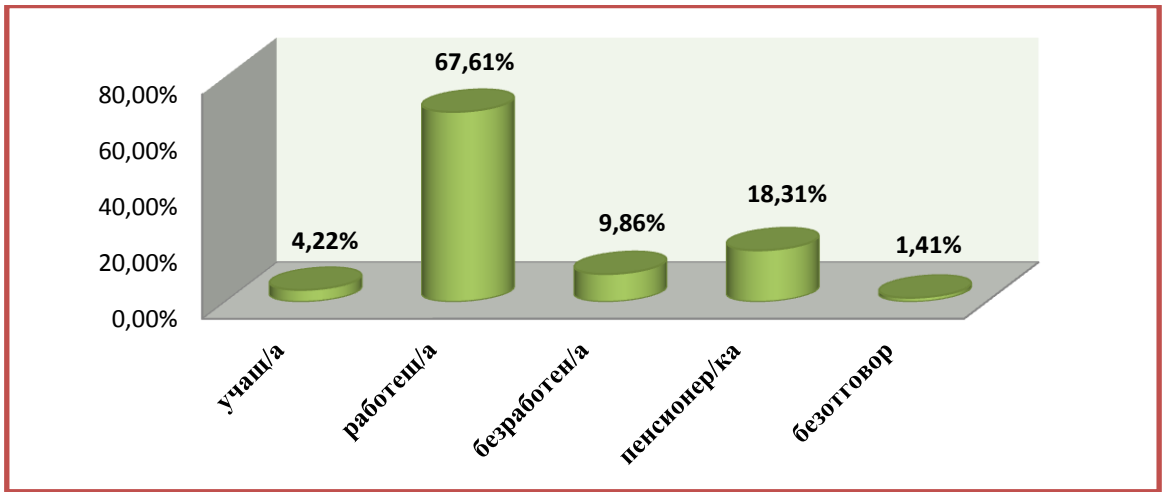


Фиг. 1. Разпределение на родните участващи в грижите на пациентите



Фиг.2. Разпределение на образователния ценз на близките на пациентите на инсулинолечение

С най - голям дял от анкетираните са тези със средно образование – 59.11% на второ място са висшистите с – 32.43% и на последно място тези с основно образование - 4.23% (фиг.2). Определено може да се каже, че близките на анкетираните пациенти с диабет на инсулинолечение имат необходимото образование, което е предпоставка за адекватни грижи и разбиране в подкрепа на пациентите.



Фиг. 3. Разпределение на трудовата заетост на близките на пациентите на инсулинолечение

При разпределение на трудовата заетост на близките на пациентите на инсулинолечени с най - голям дял са работещите - 67.61%, пенсионерите са – 18.31%, 10.0% са безработните и най - малък е дела на учащите – 4. 0%, което показва, че макар и млади те също са съпричастни към проблемите на своя близък(фиг.3).

3.1.2. Социално-демографска характеристика на медицински сестри и студенти

В грижите за пациентите с диабет на инсулинолечение ключова роля имат медицинските сестри, където възрастта и професионалният опит са от съществено значение.

Табл.6. Разпределение на медицинските сестри по възраст и трудов стаж

№	Трудов стаж	Възраст на медицинските сестри				
		под 30 г.	от 31 г. до 40 г.	от 41 г. до 50 г.	от 51 г. до 60 г.	над 60 г.
1.	от 5 г. до 10 г.	9.36%	4.25%	4.45%		
2.	от 10 г. до 15 г.		4.75%	4.13%		

3.	**от 15 г. до 20 г.**		5.13%	5.56%	6.34%	
4.	**от 20 г. до 25 г.**		5.45%	7.68%	6.37%	
5.	**от 25 г. до 30 г.**			7.78%	7.05%	5.35%
6.	**от 30 г. до 35 г.**				5.90%	5.78%
7.	**над 35 г.**					4.67%

Според получените резултати медицинските сестри извършващи грижи за пациентите с диабет на инсулинолечение с трудов стаж от 5-10 г. са 18.06%, от 10 до 15г. – 8.88%, сестрите със стаж 15-20 г. са 17.03%, от 20 до 25г. – 19.50%, от 30 до 35 г. – 11.68%. С най-голям дял от анкетираните са тези с трудов стаж от 25 до 30 г.- 20.18%, а най-малък е дела на тези с трудов стаж над 35г. – 4.67%. Определено може да се каже, че професионалния опит на медицинските сестри на база трудов стаж предполага оказване на адекватни сестрински грижи към пациентите с диабет на инсулинолечение.

Средната възраст на анкетираните е 43.28 години, най-младата сестра е на 22 години, а най-възрастната на 67 години.

Табл. 7. Разпределение на студентите по пол и възраст

Възраст	**Мъже**		**Жени**		**Общо**	
	Брой	Отн.дял %	Брой	Отн.дял %	Брой	Отн.дял %
от 20-25 г.	10	5.10%	95	48.47%	105	53.57%
от 26-30 г.	4	2.04%	41	20.93%	45	22.97%
от 31-35 г.	0	0%	26	13.26%	26	13.26%
от 36-40 г.	0	0%	17	8.67%	17	8.67%
над 41 г.	0	0%	3	1.53%	3	1.53%
Общо	14	7.14%	182	92.86%	196	100 %

Анкетираните студенти от трети и четвърти курс от специалност „Медицинска сестра” са 196 разпределени по пол и възраст, като преобладаващи са жените – 92.86% n=182 и мъже – 7.14% n= 14.

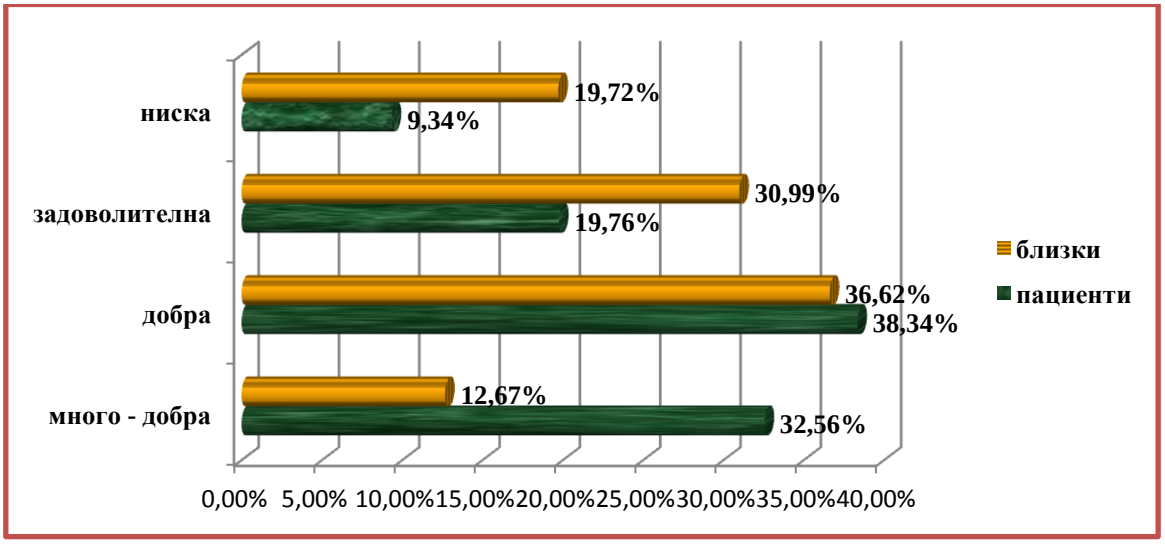
При разпределение на анкетираните студенти по възраст най-голям дял имат респондентите от следните възрастови групи: от 20 до 25 г. – 53.57% n=105, от 26 до 30 г. – 22.97% n=45, от 31 до 35 г. – 13.26% n=26, от 36 до 40 г. – 8.67% n=17 и над 41 г. – 1.53% n=3. Най-възрастната студентка е на 48 години.

3.2. Информираност на анкетираните за заболяването „диабет” на инсулинолечение и неговите усложнения

3.2.1. Информираност на пациентите и техните семейства за заболяването „диабет”

Изследвахме информираността на пациентите и техните близки за заболяването „диабет”, както и информираността на пациентите и медицинските сестри за усложненията при заболяването.

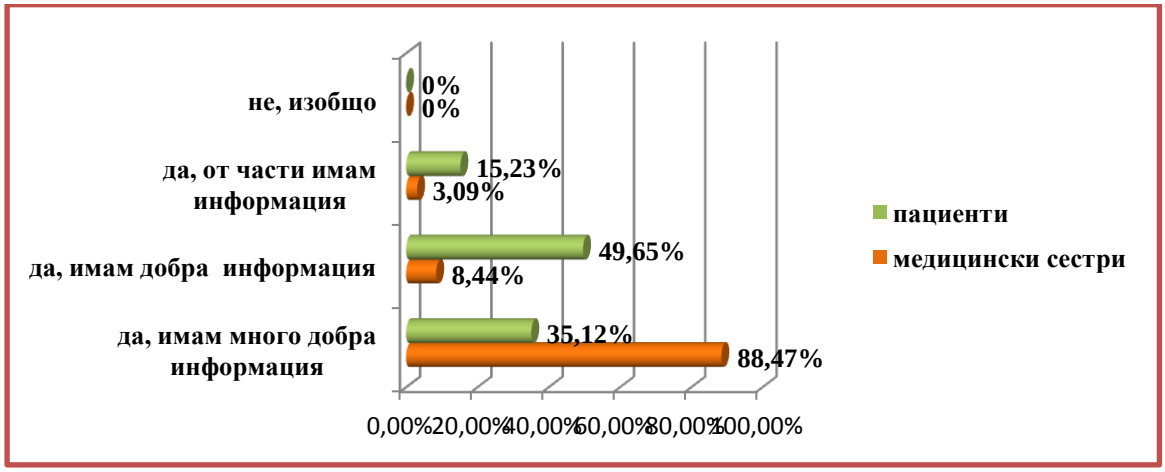
Въпрос: „Имате ли информация за „диабета”?”



Фиг. 4. Информираност на пациенти и техните близки за заболяването

На фиг. 4 са представени резултатите относно информираността на пациентите и техните близки за заболяването „диабет” на инсулинолечение. Както е видно 80% от близките и 90.66% от пациентите са информирани за заболяването, като параметрите на информираността са от много добри до задоволителни, ранжирани както следва:

- Много добри – 32.56% за пациентите и 12.67% за техните близки;
- Добри – 38.34% за пациентите и 36.62% за техните близки;
- Задоволителни – 19.76% за пациентите и 30.99% за близките.



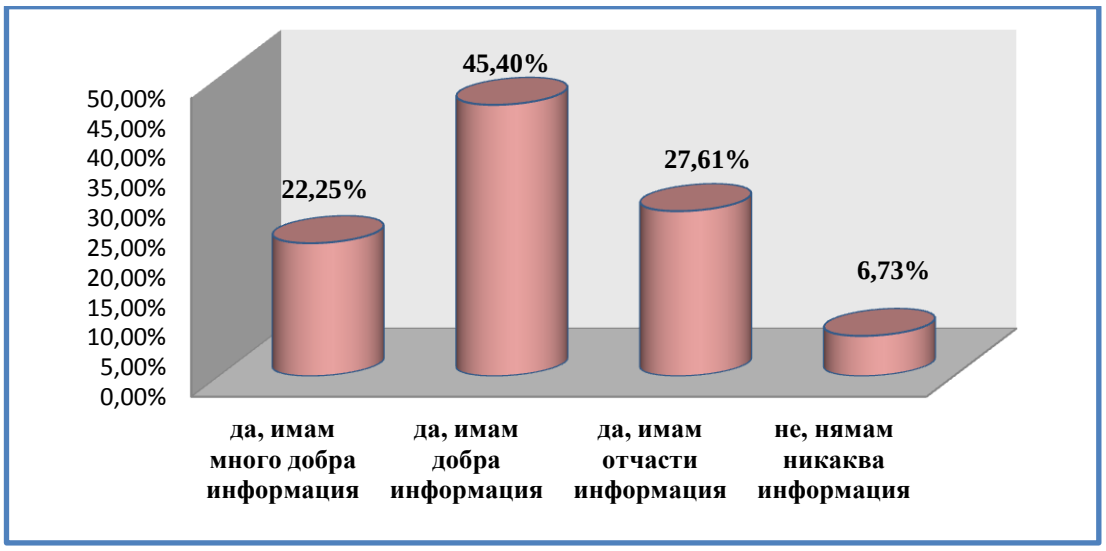
Фиг. 5. Информираността на пациентите и медицинските сестри за усложненията на заболяването

За установяване на информираността на пациентите и медицинските сестри относно усложненията на заболяването „диабет" поставихме въпроса: „Имате ли информация за усложненията при заболяването?" – 88.47% от медицинските сестри и 35.12% от пациентите имат „много-добра" информация. Добре информирани са 49.65% от анкетираните пациенти и 8.44% от медицинските сестри. За 15.23% от пациентите и 3.09% от сестрите информираността за усложненията на заболяването е частична(фиг. 5).

Резултатите показват необходимостта на 15.23% от анкетираните пациенти от допълнителна информация за усложненията при диабет на инсулинолечение.

Интерес за нас представляваше да проучим информираността на пациентите относно усложненията при високата и ниска кръвна захар, затова поставихме и въпросите „ Знаете ли какви са последиците при много висока кръвна захар?" и „Знаете ли какви са последиците при ниска кръвна захар?".

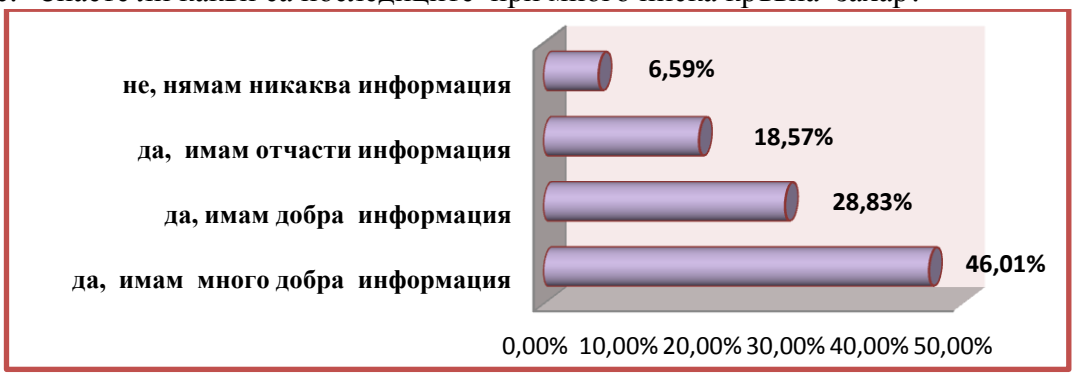
Въпрос: „Знаете ли какви са последиците при много висока кръвна захар?"



Фиг. 6. Информираност на пациентите за усложненията при висока кръвна захар

От фиг. 6 е видно, че информация за усложненията при висока кръвна захар имат 67.65% от пациентите, като относителния дял на лицата имащи „много-добра" информация е 22.25% и 45.40% на онези от пациентите, които са поставили „добра" самооценка. Относителният дял на лицата с „частична" информация за усложненията при висока кръвна захар е 27.61% и без „никаква" информация са 6.73% от анкетираните пациенти.

Въпрос:" Знаете ли какви са последиците при много ниска кръвна захар?"

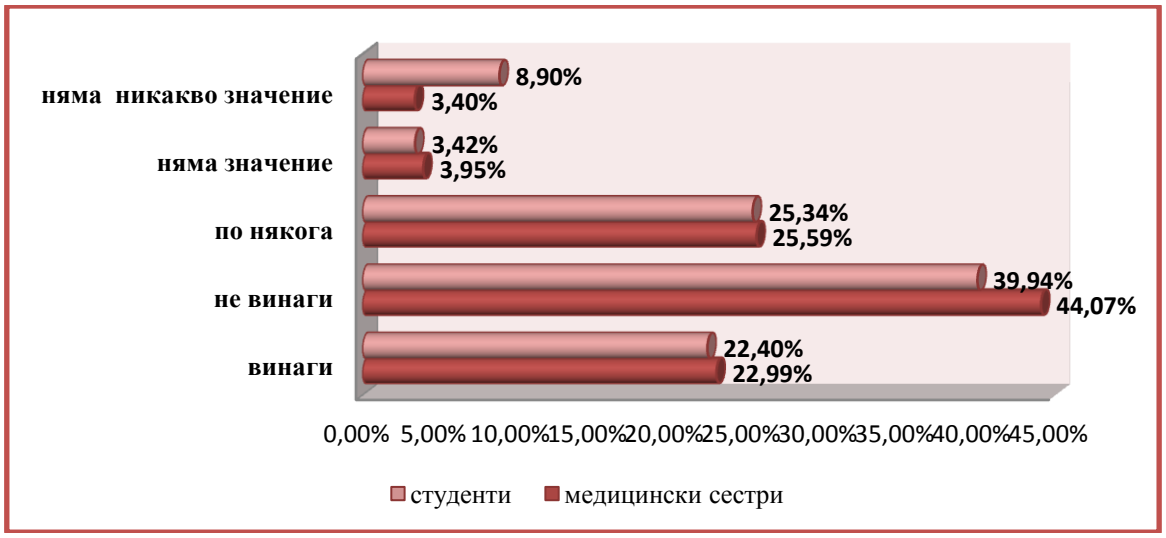


Фиг. 7. Информираност на пациентите за усложнения при ниска кръвна захар

Резултатите от проучената информираност за последиците при ниска кръвна захар показват, че 74.84% от анкетираните имат информация, като относителният дял на тези с „много-добра" информация е 46.01% и 28.83% с „добра" информация. Недостатъчна информация имат - 18.57% от пациентите и 6.59% изобщо не са запознати с последиците при ниска кръвна захар(фиг. 7).

Хипергликемията както и хипогликемията са рискови състояния за пациентите с диабет на инсулинолечение, затова е важно всеки пациент и неговото семейство да са добре информирани за последиците, които може да се очаква при много висока и много ниска кръвна захар.

Образователният ценз е важен фактор за информираността на пациентите, за това потърсихме връзката между тях.

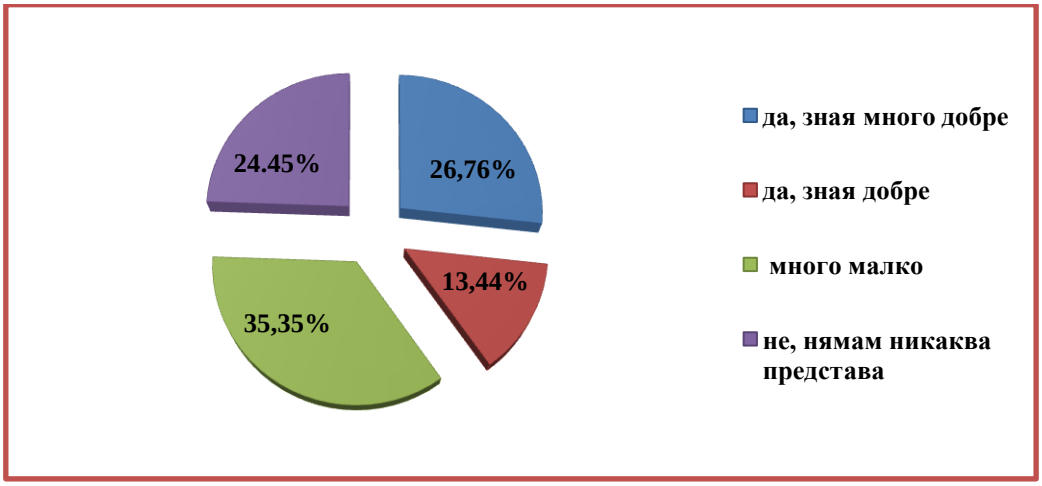


Фиг. 8. Връзката на информираността на анкетираните пациенти с образователния ценз според медицинските сестри и студентите

Според отговорите в анкетата най - висок дял и на двете групи респондентите – 44.07% и 39.94% е, че образователният ценз на пациентите не винаги има връзка с информираността за заболяването(фиг.8). По 25% сестри и студенти смятат, че има „понякога" зависимост между ценза и информираността и за всеки четвърти „винаги" има значение. Наличието на висок образователен ценз предполага наличието на повече информация. Тази оценка може да е повлияна от степента на мотивация, емоционално състояние и отношението на пациента към собственото си здраве

С цел да проучим степента на информираност на близките, поставихме въпрос, дали са запознати с нежелателните реакции при инсулинолечението.

Въпрос: Знаете ли за нежелателните ефекти при инсулинолечението (хипогликемията)?

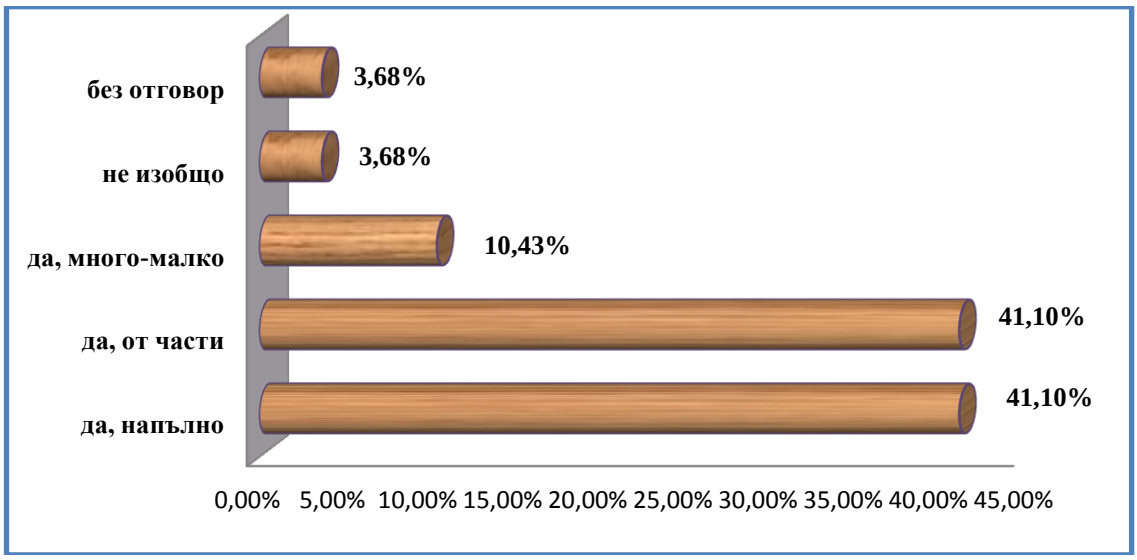


Фиг. 9. Степен на информираност на близките за хипогликемията

Информираността на родните за усложненията при инсулинолечението е необходима за спомагане на контрола на диабета, за спокойствието и качеството на живот на цялото семейство. Подаването на информация е важно да се осъществява от добре обучени за целта медицински специалисти.

Получените данни от направеното изследване показват, че 40.20% от анкетираните близки имат информация за нежелателните прояви на заболяването - степенувано „много-добре" – 26.76% и „добре" - 13.44%, а за 35.35% информацията е „много малка" и 24.45% нямат никаква представа за възможните усложнения при заболяването (фиг.9.).

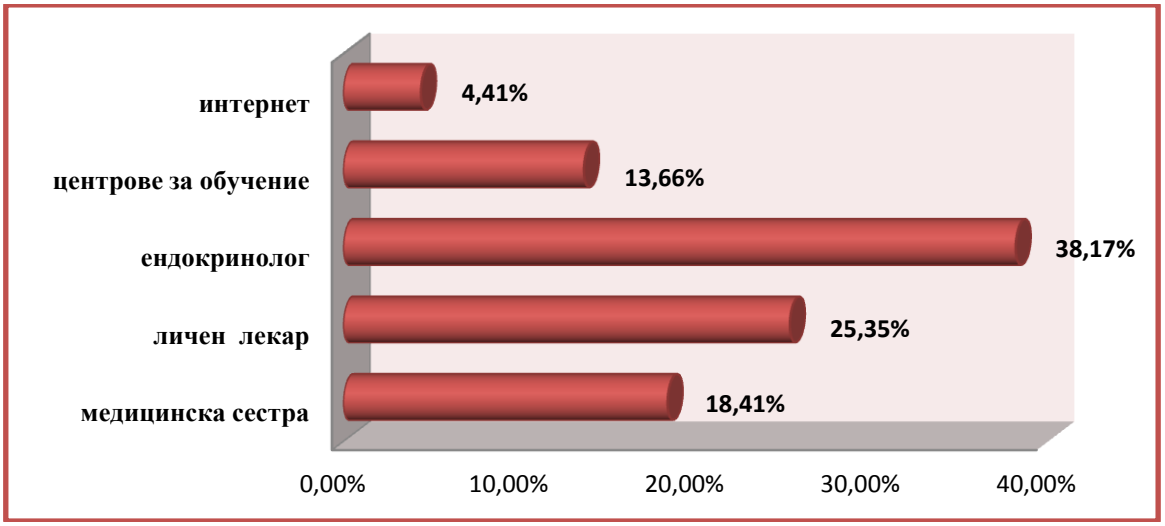
За оценка на информираността на близките относно автогрижата, която трябва да полага болният от диабет член на семейството, потърсехме чрез въпроса: „Семейството Ви запознато ли е с грижите, които трябва да извършвате за себе си?"(фиг.10)



Фиг. 10. Оценка на пациентите за информираността на семейството относно автогрижите, от които се нуждае болният член от семейството

Анализът на получените резултати показват, че 41.10% от проучваните семействата са напълно информирани за автогрижата, от която се нуждаят болните членове от диабет на инсулинолечение. Относителният дял на „отчасти" информираните членове на семействата е 41.10%, „много-малко" информирани – 10.43%; „изобщо неинформирани" – 3.68% и 3.68% от респондентите не са отговорили на въпроса.

Потърсихме източниците на информация за родните на пациентите(фиг. 11).



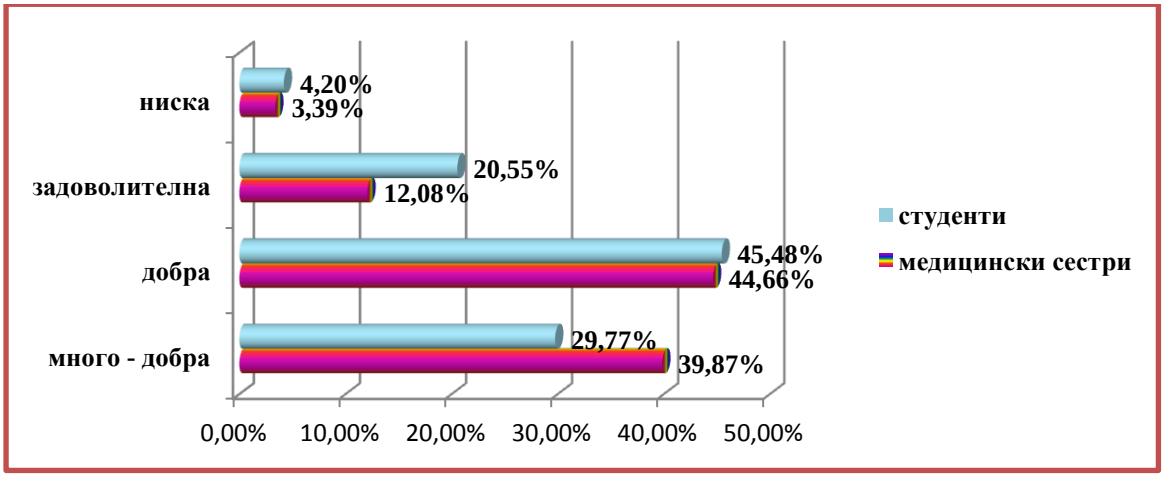
Фиг.11. Източници на информация за диабета на родните на пациентите на инсулинолечение

От фигурата е видно, че за 38.17% от анкетираните лица лекаря „ендокринолог” е източник на информация, за 25.35% - личния лекар, за 18.41% медицинската сестра, за 13.66% центрове за обучение и за 4.41% интернет (фиг.11).

3.2.2. Информираност на медицинските специалисти за заболяването „диабет”

В проведеното проучване си поставихме за цел да установим степента на информираност на медицинските сестри и студенти за заболяването и свързаните с него усложнения.

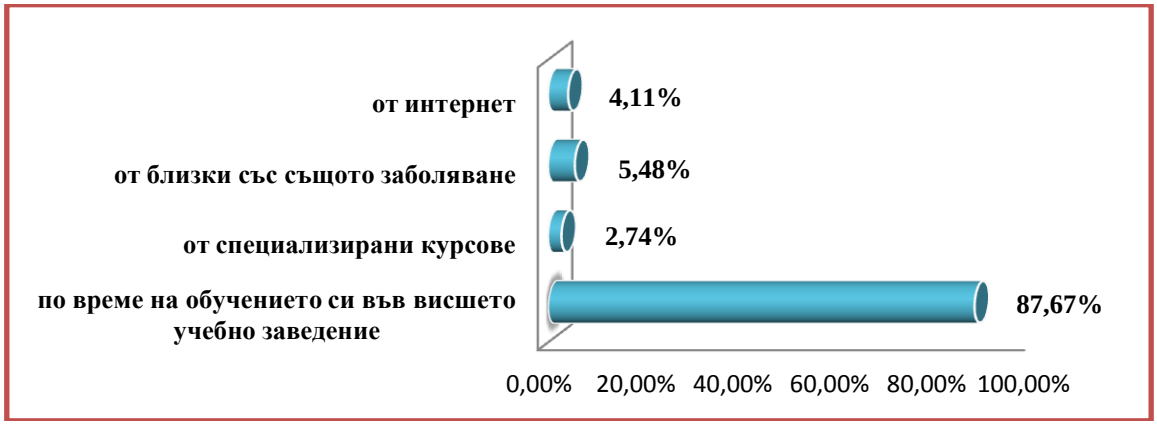
Въпрос: „До каква степен познавате заболяването „ диабет”?”



Фиг. 12. Степен на информираност на медицински сестри и студенти за заболяването

Според резултатите от проучването на информираността на медицинските сестри и студенти относно заболяването са идентични (фиг.12.). Над 40% от респондентите и от двете групи имат „добра” информираност за диабета и „много-добра” за – 39.87% от медицинските сестри и - 29.77% от студентите. Задоволителна и слаба е информираността при 24.75% от студентите и 15.47% при медицинските сестрите.

Потърсихме източниците на информация за заболяването на анкетираните студенти.



Фиг. 13. Източници на информация на студентите за заболяването

Основният източник на информация на студентите за заболяването е висшето учебно заведение с приблизително 90%(фиг.13). За това именно там трябва да се акцентира за професионалните умения и съвременните грижи за пациентите на инсулинолечение.

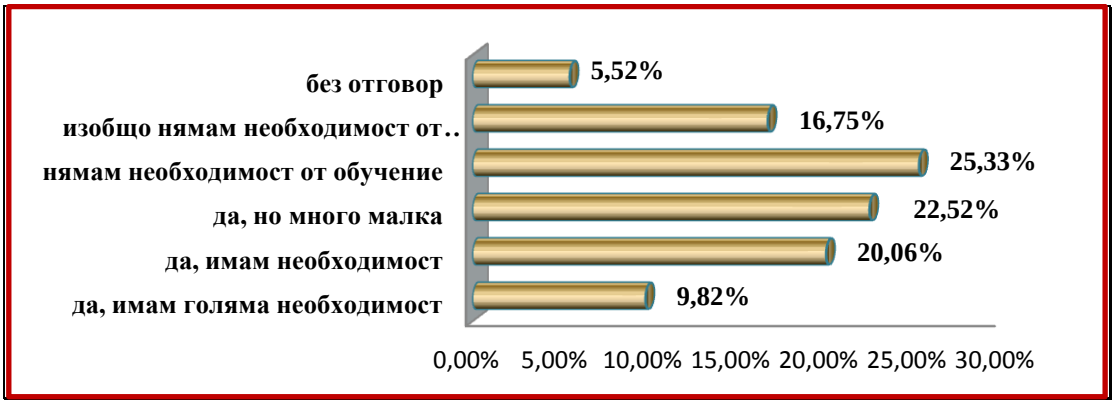
Признакът „информираност" е проучен при пациенти, близките на пациентите, медицински сестри и студентите.

3.3. Обучение при заболяването „диабет" на инсулинолечение

3.3.1. Обученост на пациентите

Необходимостта от знания, свързани със заболяването, се налага от факта че информирания пациент е важен елемент във висококачественото медицинско обслужване. Затова и потърсихме мнението на пациентите за необходимостта от обучение.

Това се потвърждава от следващата фигура.



Фиг. 14. Необходимост от обучение на пациентите с диабет на инсулинолечение

От представените резултати на фиг.14, отразяващи необходимостта на анкетираните пациенти на инсулинолечение от обучение за заболяването се установява, че 52.40% от тях имат необходимост от обучение, в рамките на „да, много голяма необходимост" до „много малка", разпределени както следва:

- Да, имам голяма необходимост от обучение – 9.82%;
- Да, имам необходимост от обучение – 20.06%;
- Да, но много малка – 22.52%;

Само информиране не е достатъчно, нужно е обучение на пациентите с диабет на инсулинолечение. За да бъдат съпричастни към лечението си пациентите с диабет, трябва да бъдат добре обучени.

Потърсена е статистическа зависимост между образованието и нуждата от обучение.

Табл. 8. Зависимост между образование и необходимост от обучение на пациентите

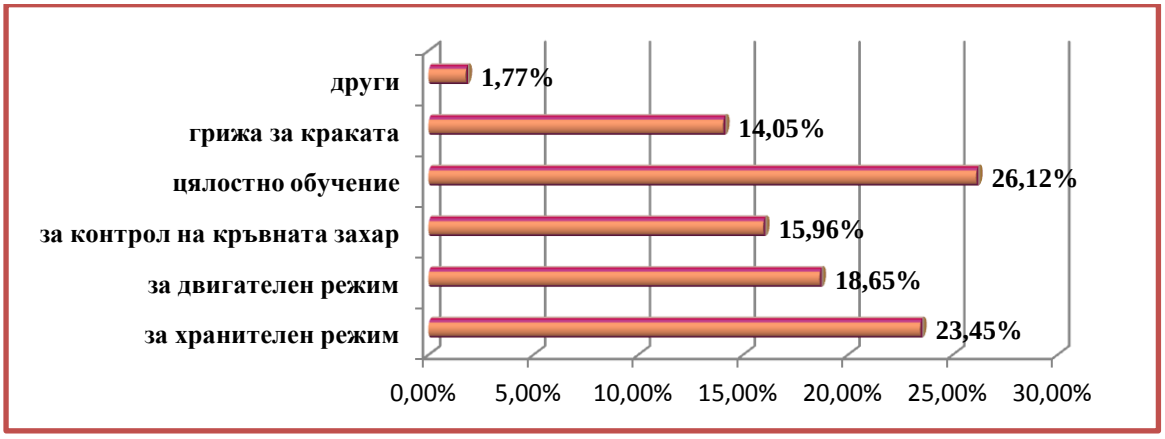
№	Въпрос	Образователен ценз	Среден ранг
1.	**Имате ли нужда от обучение за „диабета"?**	**основно**	46.71
2.		**средно**	75.02
3.		**висше специалист**	93.42
4.		**бакалавър**	71.67
5.		**висше бакалавър**	82.15
6.		**магистър**	101.00

Установява се, че съществува статистическа значима зависимост между образование и нужда от обучение $\chi 2 = 12{,}508$, $p < 0{,}05$.

Най-голяма нужда от обучение имат пациентите с основно образование – среден ранг = 46,71, следват бакалаврите със среден ранг = 71,67, пациенти със средно образование – среден ранг = 75,02.

Нямат нужда от обучение – магистрите – среден ранг = 101,00 и пациентите с образование висше специалист – среден ранг = 93,42.

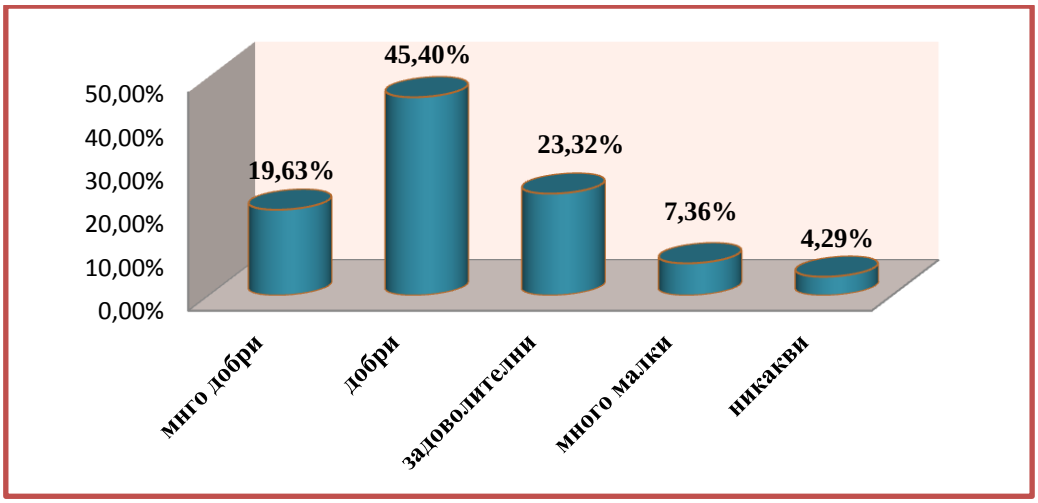
За нас е важно да установим от какъв вид обучение имат нужда пациентите.



Фиг.15. Разпределение на елементите на обучение необходими на пациентите с диабет на инсулинолечение

На фигура 15 пациентите са дали ясна информация за вида на обучение, от която се нуждаят. Според резултата водещо е желанието за цялостно обучение – 26.12%, следвано от хранителния режим – 23.45% и двигателния режим – 18.65%.

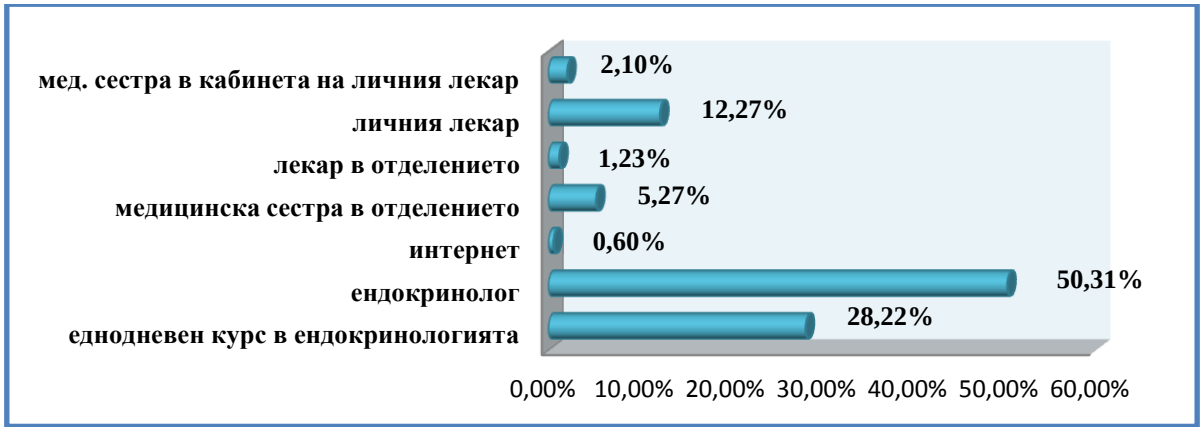
Познаване на хранителните стойности на продуктите и балансиране на приема на храна е един от стълбовете на контролирания диабет. Диетата трябва да бъде съобразена с двигателния режим, с необходимостта на организма от основни хранителни вещества, както и с възможността за петкратен или шесткратен прием на храна в точно определени часове. Това е част от изискванията, които пациентите с диабет на инсулинолечение трябва да спазват и е един от основните фактори за контролирания диабет. Това наложи необходимостта да потърсим информация за използваните хранителни продукти от респондентите.



Фиг. 16. Познания за храните, които използват пациентите

Анализа на резултатите показва, че 65.03% от пациентите на инсулинолечение са запознати с необходимите храни за диетата, но 30.68% имат нужда от допълнителна информация, а 4.29% се нуждаят от обучение за хранителния режим (фиг.16).

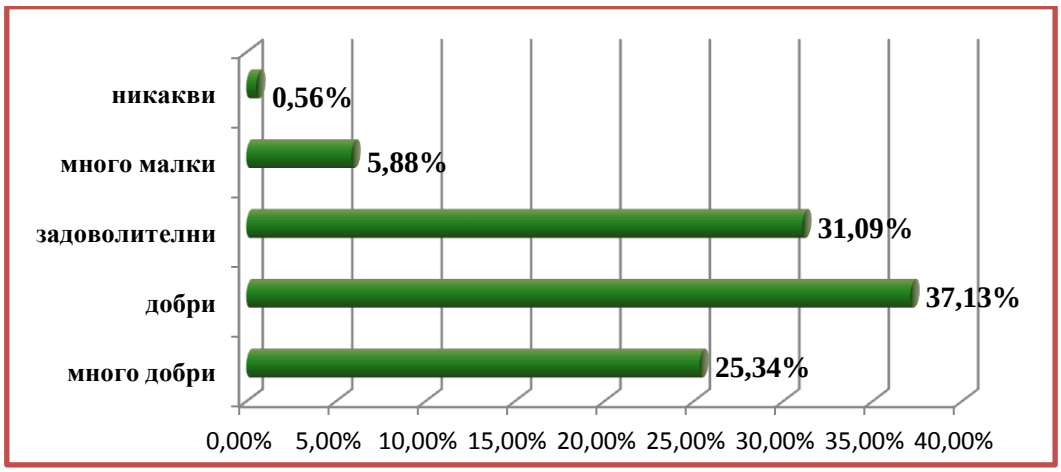
По отношение обучението за хранителния режим на пациентите, поискахме информация за участието на всички медицински лица в този процес, който е основа за добре контролиран диабет и качество на живот.



Фиг. 17. Специалисти обучавали анкетираните пациенти за диетично хранене

Анализът на данните относно обучението на анкетираните пациенти с диабет на инсулинолечение за осигуряване на пълноценно и диетично хранене показва, че преобладаващата част от тях посочват ендокринолога като основен фактор за обучението – 50.31%, на второ място с 28.22% – еднодневен курс в ендокринологията, следван от личния лекар – 12.27%(фиг. 17). Като негативна тенденция може да се посочи слабото участие на медицинската сестра в обучението за диетичния режим на пациентите, само - 7.37%. Медицинската сестра е част от мултидисциплинарния екип. Тя е специалист, който може да извършва дейности самостоятелно в рамките на своите компетенции в това число даване на информация, обучение и оценка на здравното състояние и психосоциалните потребности на пациента и неговото семейство.

Двигателната активност на пациентите е важна за контролирания диабет.



Фиг.18. Разпределение на познанията за двигателния режим на пациентите

От резултатите на проучването се установява, че не малък процент от анкетираните пациенти – 37% нямат достатъчни знания за двигателния режим (фиг.18).

Достатъчно обученият пациент относно здравното си състояние има адекватно поведение и може да се разглежда като част от медицинския екип и активно да участва при вземане на решения, свързани със собственото здраве.

Табл. 9. Предпочитания на пациентите с диабет на инсулинолечение за да се чувстват добре според мед. сестри и студентите

№	**Отговори**	**Медицински сестри**	**Студенти**
1.	**Финансови средства**	7.34%	17.12%
2.	**Информация**	18.64%	39.04%
3.	**Време**	1.69%	3.42%
4.	**Малко внимание**	4.52%	7.53%
5.	**Подкрепа**	8.47%	8.90%
6.	**Обучение**	58.19%	22.60%
7.	**Друго**	1.15%	1.39%
Общо		100.0%	100.0%

На табл. 9 анкетираните медицински сестри – 58.19% и студенти – 22.60% поставят обучението за водещ фактор за да се чувстват добре пациентите с диабет на инсулинолечение. На второ място е информацията с – 39.04% при студентите, 18.64%

за сестрите, следвани от „финансовите средства” според медицинските сестри – 7.34% и студенти – 17.12%.

Потърсихме и мнението на медицинските сестри и студенти за подготвеността на пациентите с диабет на инсулинолечение за заболяването.

Фиг. 19. Разпределение мнението на анкетираните медицинските сестри и студентите за пациенти нуждаещи се от обучение

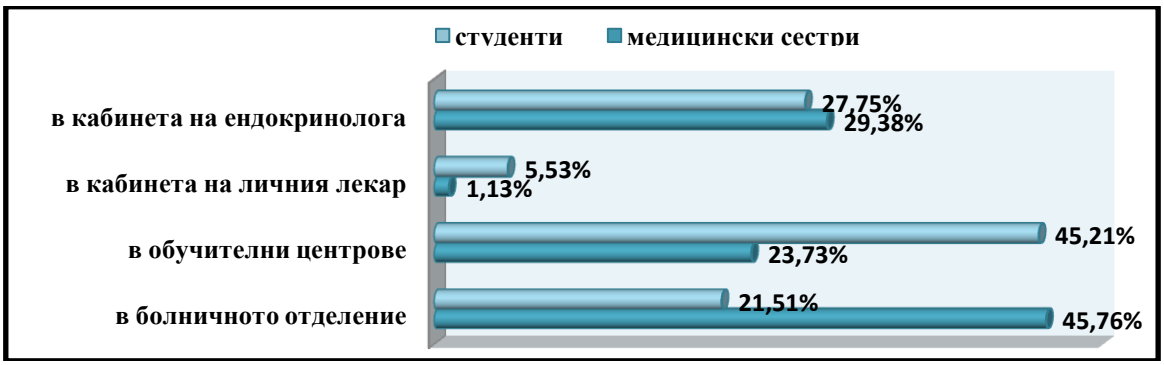
Единодушно е мнението на медицинските сестри и студенти по отношение, нуждаещите се от обучение пациенти на инсулинолечение (фиг.19). Според - 33.90% от медицинските сестри и - 35.80% от студентите заявяват, че пациентите имат добра информация и са добре обучени. За - 24.93% от студентите и 19.21” от сестрите пациентите на инсулинолечение „имат малко информация и не са добре обучени”. Тревожен е резултата, при който 10% от студентите смятат пациентите на инсулинолечение без информация и обучение, а при сестрите този процент е около 20.73 %. За контролираният диабет и постигане на добро качество на живот при пациентите на инсулинолечение е необходимо специализирано обучение. Като негативен резултат е високият дял на пациенти с недостатъчна и липсваща информация и обучение, който е сигнал за сериозни пропуски в работата на здравните грижи. В тази връзка потърсихме какви са предпочитанията на пациентите за обучение от медицински сестри и студенти.

Фиг. 20. Предпочитания на пациентите с диабет на инсулинолечение да търсят обучение от медицински сестри и студенти

Оценка за качество на предоставяне на здравни грижи от страна на медицинските сестри е предпочитанието на пациентите с диабет на инсулинолечение да търсят обучение от медицинските сестри и студентите съответно - 88.70% и - 87.55% за двете групи респонденти(фиг. 20). Медицинската сестра е професионалиста, който може да установи липсата на специализирани здравни знания и да избере подходящата форма и време за тях. Обучението на пациентите би допринесло за по-добрата адаптация към моментното им здравословно състояние и по- високо ниво на комфорт.

За обучението на пациентите с диабет е необходима мотивация и придобиването на знания ще бъде осъзнат стремеж т. е. формиране на умения, навици и изпълнение на необходимите действия. Липсата на мотивация може да повлияе върху процеса на обучение и да го превърне в неефективен. Тук е мястото на медицинските сестри при работата с пациентите.

Потърсихме мнението на сестрите и студентите за местата за обучение на анкетираните пациенти.

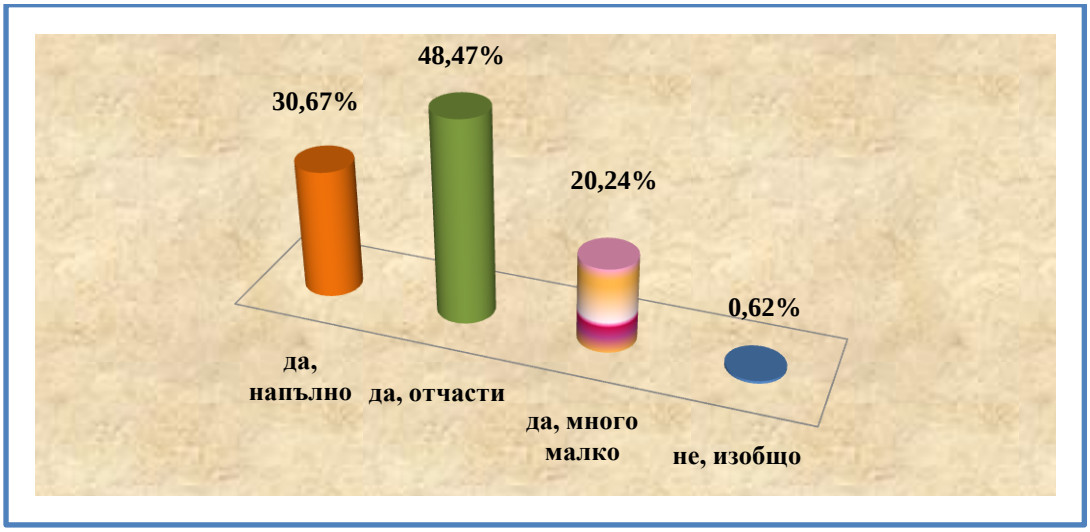


Фиг. 21. Местата за обучение на пациенти с диабет на инсулинолечение според медицинските сестри и студентите

Установяваме различия в отговорите на сестрите и студентите относно местата за обучение на пациенти с диабет на инсулинолечение (фиг.21). Според медицинските сестри най – добре е обучението да се извършва в болничното отделение - 45.76%, докато студентите смятат, че обучителните центрове са по-подходящи – 45.21%. Кабинета на ендокринолога е поставен на второ място и от двете групи респонденти.

Независимо къде ще бъде проведено обучението то трябва да бъде съобразено с културата с индивидуалните способности и потребности на пациентите с диабет на инсулинолечение при висока степен на професионализъм на медицинските специалисти.

За нас е важно да се установи удовлетворени ли са пациентите на инсулинолечение от обучението за заболяването от медицинския персонал.



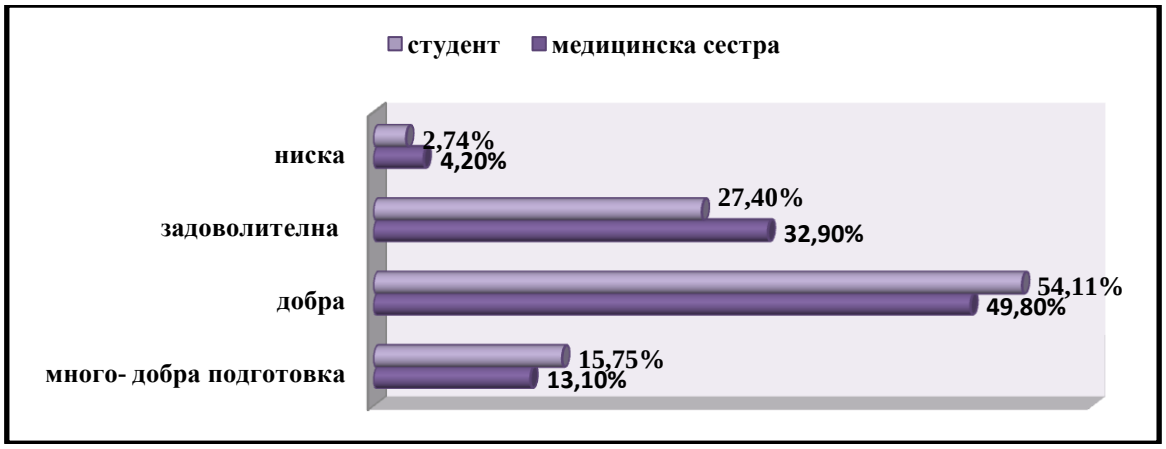
Фиг. 22. Удовлетвореност от обучението свързано с диабета от медицинския персонал

В хода на проучването установихме, че респондентите са удовлетворени от обучението на медицинския персонал, но не е достатъчно, защото 79.14% са „напълно" и „отчасти" доволни от проведеното обучение, но 20.24% „много малко" са удовлетворени от обучението и 0.62% „изобщо" не са доволни (фиг. 22). Обучението на пациентите с диабет на инсулинолечение от специалисти по здравни грижи е осъзната необходимост и съвременна промотивна здравна грижа. Медицинската сестра трябва да е инициатор на провежданите разговори с цел обучение на пациента и неговото семейство. Тя е професионалиста, който може да установи липсата на

специализирани здравни знания и да избере подходящата форма и време за тях. Успеха на доброто обучение е свързано с подходящата комуникация с болния, активното сътрудничество между медицинския специалист и обучавания, което ще повлияе на самоконтрола и качеството на живот. Това е гаранция за благоприятно повлияване на заболяването и забавяне на усложненията.

3.3.2. Компетентност на професионалистите по здравни грижи и студентите за полагане на диабетни грижи

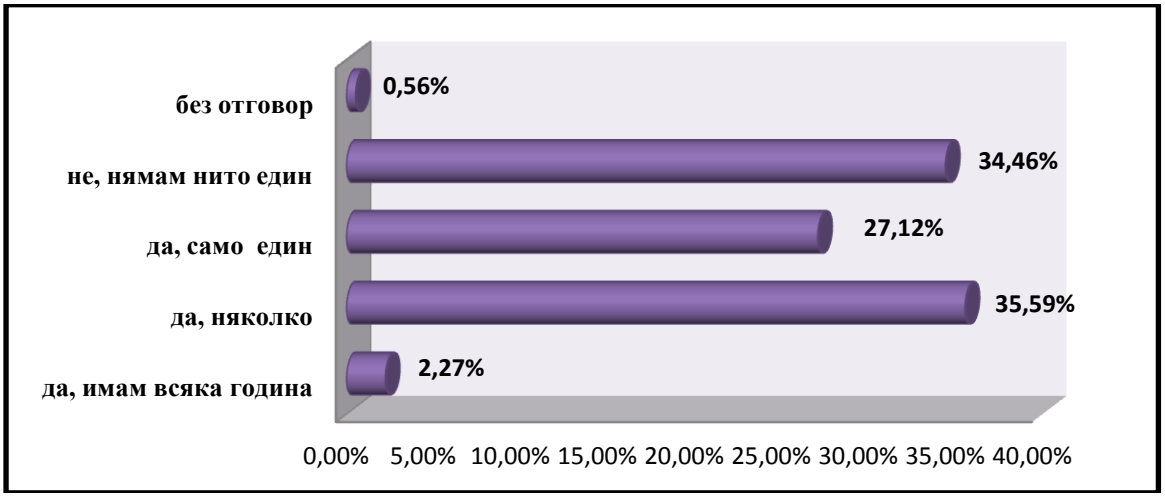
На анкетираните медицински сестри и студенти беше предложено да дадат „самооценка за подготвеност за работа с пациенти на инсулинолечение".



Фиг. 23. Степен за подготвеност на сестри и студенти за работа с пациенти на инсулинолечение

Обобщените резултатите от проучването показват близките позиции на сестри и студенти за тяхната подготвеност за работа с пациенти с диабет на инсулинолечение. Близо 70% и за двете групи имат „добра" и „много-добра" подготовка, но за съжаление 32.90% от анкетираните сестри и 27.40% от студентите не са достатъчно обучени, а тези със „ниска" подготовка са съответно – 4.20% сестри и 2.74% студенти което е тревожно.

Обучението на медицинските специалисти относно грижите за пациентите на инсулинолечение е непрекъснат процес, за това попитахме анкетираните колко често са посещавали курсове за следдипломно обучение.



Фиг. 24. Разпределение на медицинските сестри завършили курсове за следдипломно обучение относно грижите за пациенти със захарен диабет

Резултатите от изследването установява, че по 35% са медицинските сестри, които имат по няколко завършили курсове за следдипломно обучение относно грижите за пациенти със захарен диабет и тези, които нямат нито един курс (фиг.24). С един курс по СДО са 27.12% от анкетираните, за съжаление обучаващите се всяка година медицински сестри са само 2%. Необходимо е непрекъснато актуализиране знанията на медицинските сестри за диабета за прилагане на качествени здравни грижи и подпомагане повишаването качеството на живот на пациентите на инсулинолечение.

За проучването е важно да се установи какво е желанието на медицинските сестри и студенти да обучават пациентите.

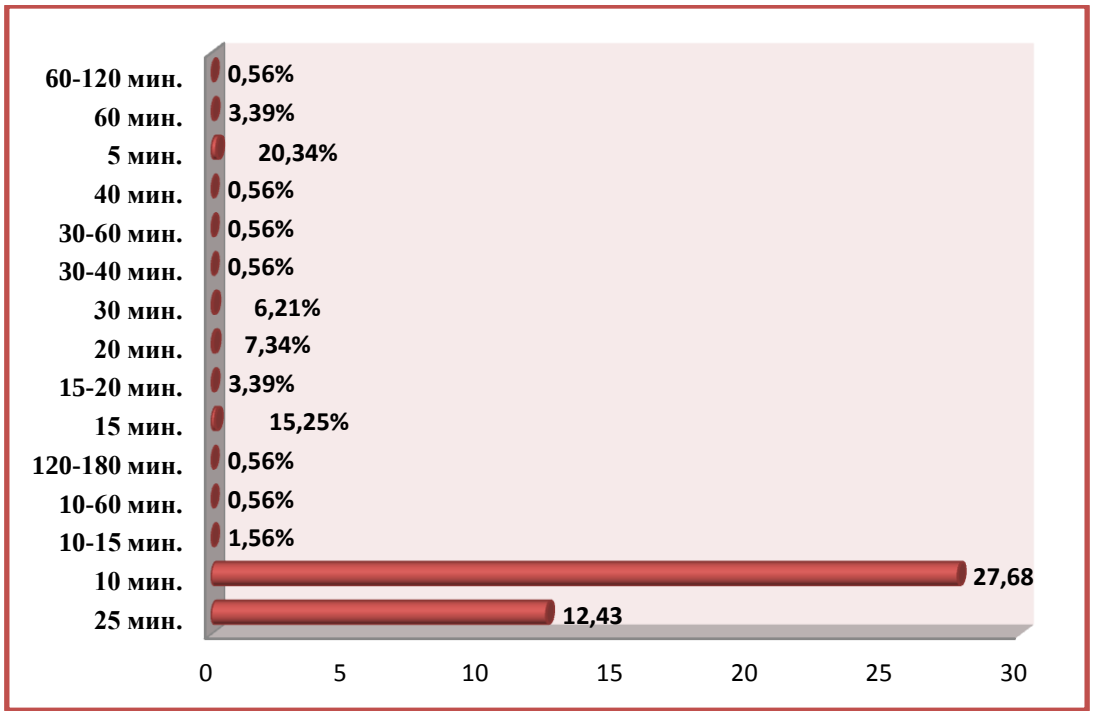
Табл.10. Желание на медицинските сестри и студенти да обучават пациенти с диабет на инсулинолечение

№	Отговори	Медицински сестри	Студенти
1.	**Да, винаги с удоволствие**	39.55%	48.63%
2.	**Да, понякога**	53.67%	41.78%
3.	**Не бих желал/а**	4.52%	4.11%
4.	**Изобщо не желая**	1.13%	1.37%
5.	**Не мога да отговоря**	1.13%	4.11%
Общо		100.0%	100.0%

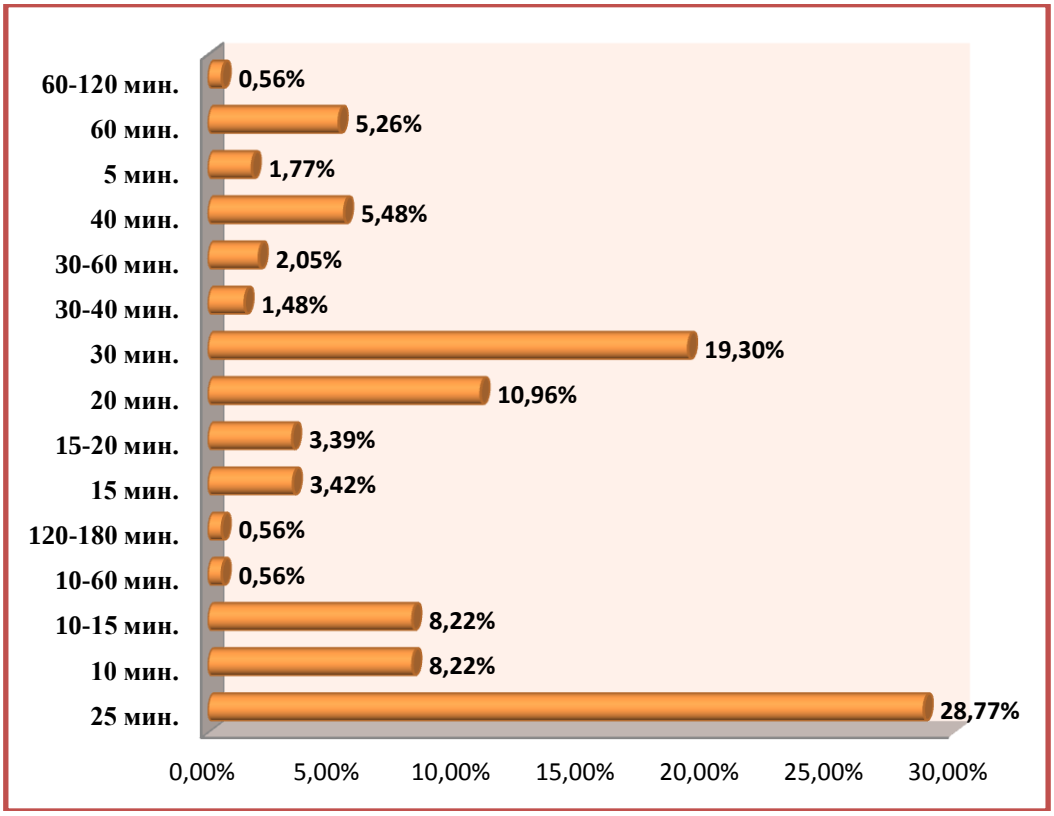
От проучването се установи, че - 39.55% от медицинските сестри и – 48.63% студенти желаят винаги и с удоволствие да обучават пациентите. Половината от

респондентите желаят „понякога” да обучават пациентите с диабет на инсулинолечение (табл.14).Тези резултати са обезпокоителни, защото обучението на пациентите с диабет от специалисти по здравни грижи трябва да е осъзната необходимост и съвременна промотивна здравна грижа.

Запитахме медицинските сестри и студенти какво време биха отделили на за обучение на пациентите с диабет на инсулинолечение.



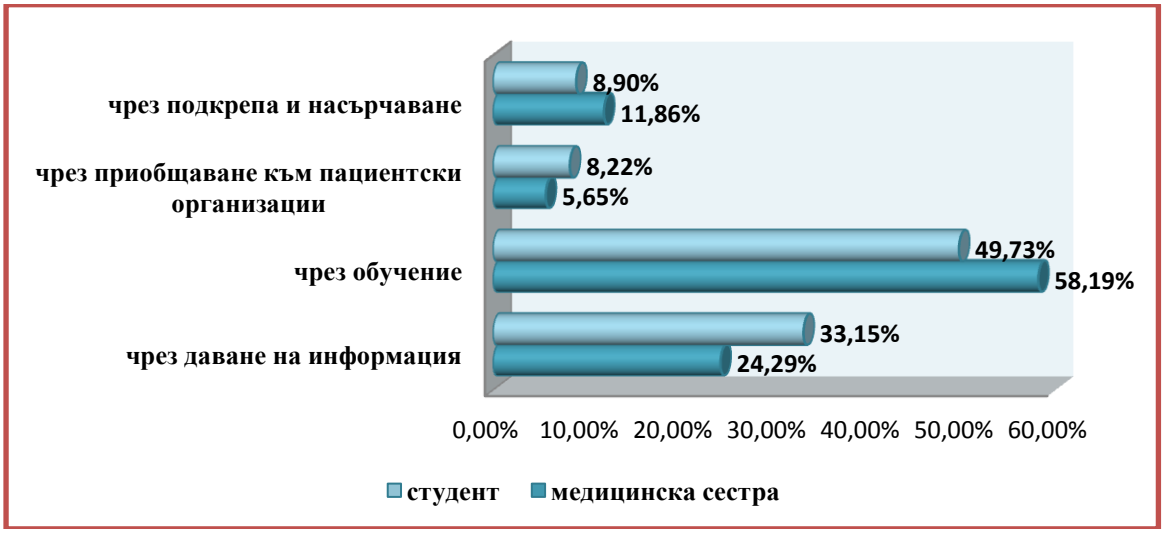
Фиг. 25. Време, което медицинските сестри биха отделили за обучение на пациентите и техните семейства



Фиг.26. Време, което студентите биха отделили за обучение на пациентите и техните семейства

Медицинските сестри, които биха отделили – 10 мин. за обучение на пациентите на инсулинолечение са – 27.68%, докато същия процент от студентите желаят да отделят двойно повече време – 25 мин. за обучение на пациентите (фиг. 25,26). В отговорите на двете групи респонденти има голямо разнообразие, което може да е свързано с времето с което разполагат, възможностите които имат и най-вече с индивидуалният подход към пациента. Само информиране не е достатъчно, нужно е обучение на пациентите с диабет на инсулинолечение. Медицинската сестра трябва да е инициатор на провежданите разговори с цел обучение на пациента.

Освен с обучение медицинските сестри и студенти биха могли да подпомогнат новооткритите пациентите с диабет на инсулинолечение и с други начини.



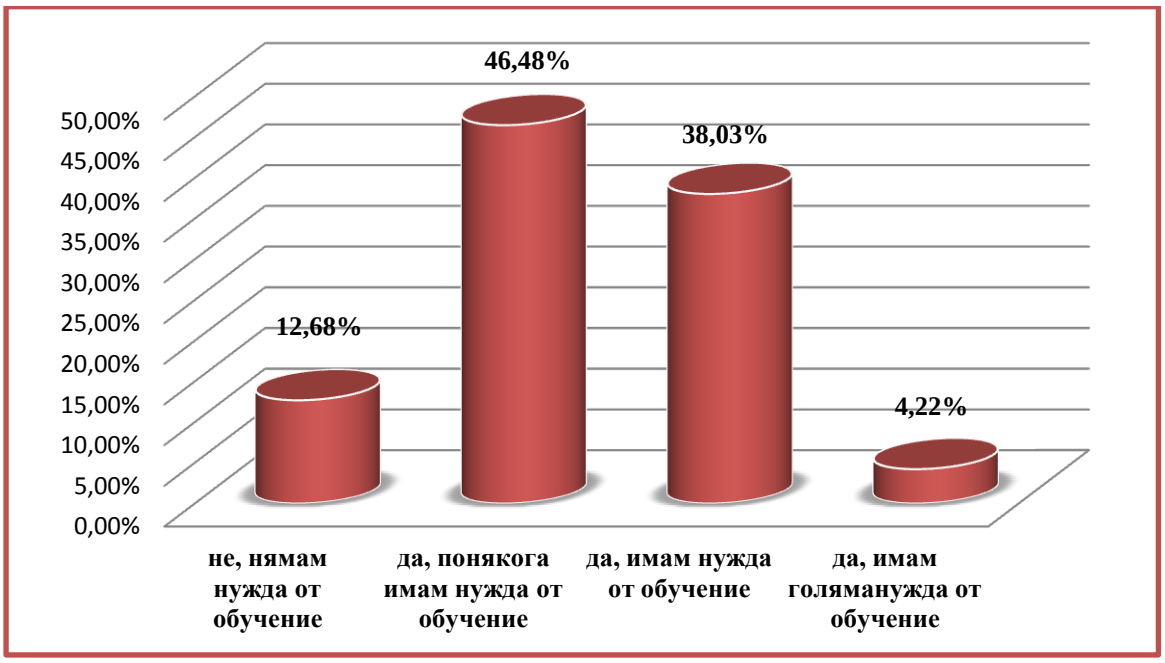
Фиг.27. Желание на анкетираните медицински сестри и студенти за начина на подпомагане на новооткрити пациенти с диабет на инсулинолечение

Данните от проучването показват желанието на анкетираните медицински сестри и студенти да помогнат на новооткрити пациенти с диабет на инсулинолечение чрез обучение съответно – 58.19% и 49.73%, а чрез информация са заявили - 33.15% медицински сестри и – 24.29% студенти, „чрез подкрепа и насърчаване" – 11.86% от сестрите и 8.90% от студентите, за приобщаване към пациентски организации желание имат – 8.22% от студентите и 5.65% от медицинските сестри. (фиг.27).

Пациентите с диагноза диабет на инсулинолечение имат потребност от повече информация и специализирано обучение, насочени към грижите при съответното заболяване, които трябва да им бъдат предоставени от обучени медицински сестри. Втората сестринска функция определена от Европейското регионално бюро (ЕРБ) на СЗО по проблемите на сестринството е свързана с обучението на пациентите и техните близки, която е основа за промоция на здравето и превенция на заболяванията.

3.3.3. Потребност от обучение на близките на пациентите

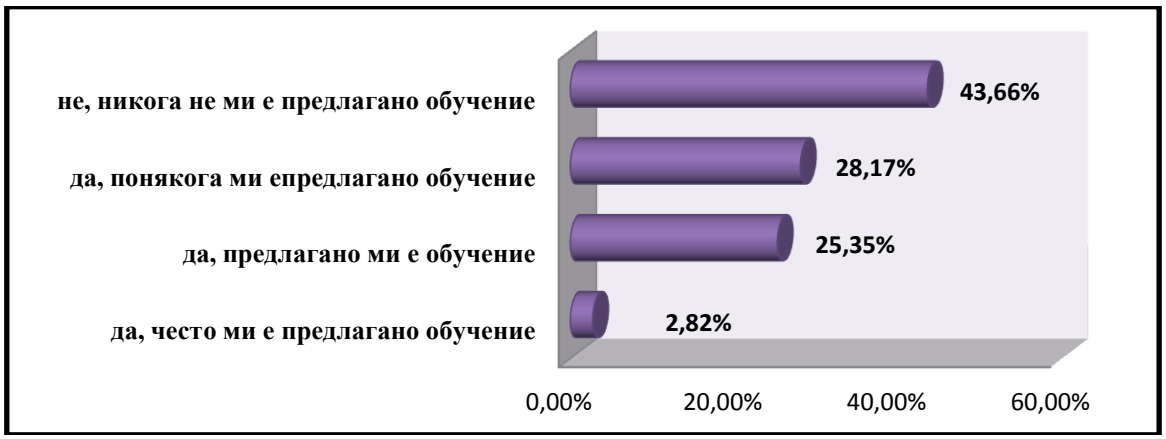
В хода на нашето проучване констатирахме необходимостта от обучение на семействата на пациентите на инсулинолечение, както за проблемите, така и за грижите, от които се нуждаят.



Фиг. 28. Необходимост от обучение на роднините, относно грижите за пациентите на инсулинолечение

Почти 90% от роднините имат нужда от обучение за грижите от които се нуждаят пациентите (фиг.28). За провеждане на успешно обучение е необходима подходяща комуникация с роднините на анкетираните пациенти, активно сътрудничество между медицински специалисти и близките, които ще подпомагат в самоконтрола и начина на живот на пациентите на инсулинолечение. Освен това е необходимо провеждане на индивидуален подход, както за пациента така и за неговото семейство, който да е достатъчно ефективен. Важно е изграждане на адекватен модел, който да е гаранция за справящо се поведение на пациента и семейството му, за благоприятно повлияване на диабета и забавяне на усложненията и инвалидизацията.

Интерес за нас представлява да ли е провеждано обучение на роднините на пациентите.



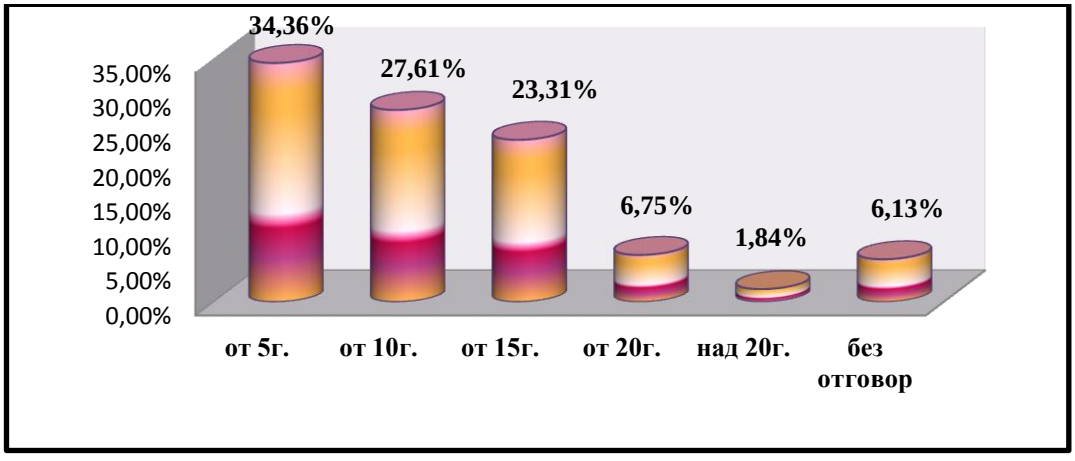
Фиг. 29. Предлагане на обучение на роднините на пациентите на инсулинолечение

На въпроса „Предлагано ли е обучение на роднините на пациентите на инсулинолечение" – 56.34% от анкетираните отговарят положително и на – 43.66% никога не е предлагано обучение (фиг.29). Високия отрицателен резултат буди тревога за пропуските от страна медицинските специалисти и липсата на структури, които да извършват тази дейност, защото оказването на адекватна помощ и грижа може да осигури по - добро качество на живот на пациента на инсулинолечение и неговото семейство.

3.4. Заболяването „диабет" и качество на живот

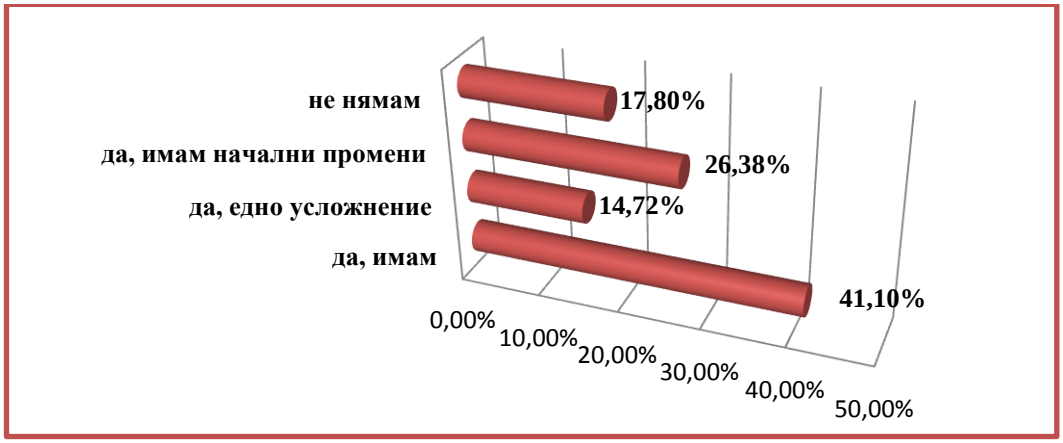
3.4.1. Проблеми на пациенти със захарен диабет на инсулинолечение

От съществено значение за качеството на живот на пациентите с диабет на инсулинолечение е давността на заболяването, усложненията и профилактичните прегледи като част от добре контролирания диабет, затова потърсихме мнението на анкетираните за наличие на проблеми в тези аспекти.



Фиг. 30. Давност на инсулинолечението

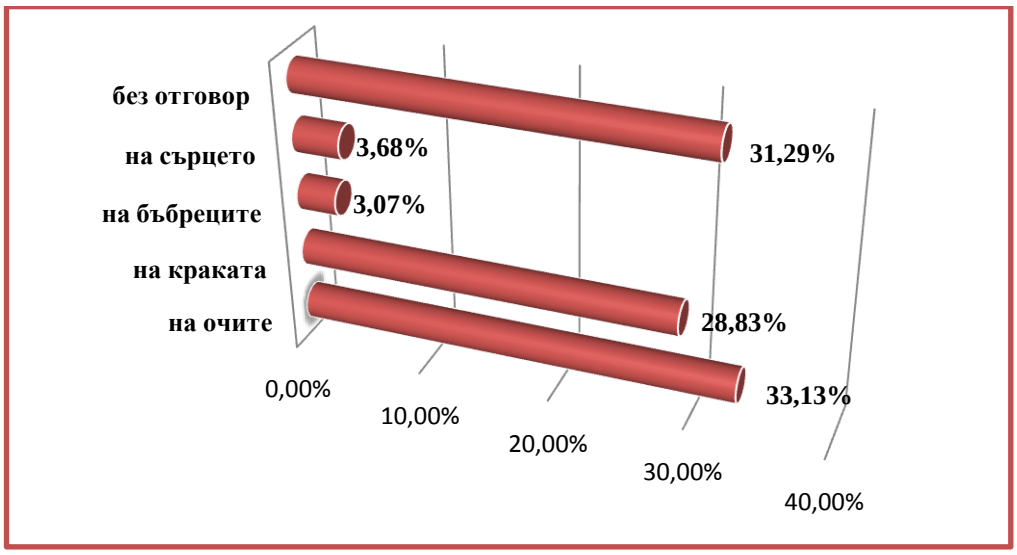
Най-голям е относителният дял на респондентите с давност на инсулинолечението от 5г. – 34,36%; 27.61% от тях посочват, че са със заболяването от 10 г.; 23.31% са от 15 г., а тези от 20 г. и над 20 г. са съответно – 6,75% и 1,84% (фиг.30). Давността на заболяването оказва влияние на усложненията при анкетираните пациенти.



Фиг. 31. Наличие на усложнения при анкетираните пациенти

Обобщените резултати на позициите показват, че 82.20% от анкетираните отбелязват наличието на усложнения, ранжирани в следната последователност: 41.10% посочват „да, имам" усложнения, 26.38% са с начални промени, 14.71% са с едно усложнение, и 17.80% нямат никакви промени(фиг. 31).

Наличието на усложнения провокира въпроса с вида на тези промени.



Фиг. 32. Вид на усложненията

Анализа на данните показва наличната полиморбидност на респондентите. Обективизирането на усложненията на заболяването е в следната последователност – на очите са - 33,13%, на краката - 28,83%, пациенти с промени на бъбреците са – 3,07%, на сърцето – 3,68% (фиг. 32). Настъпилите промени в различни органи и системи са в резултат от промени в контрола на диабета и са предпоставка за понижаване качеството на живот.

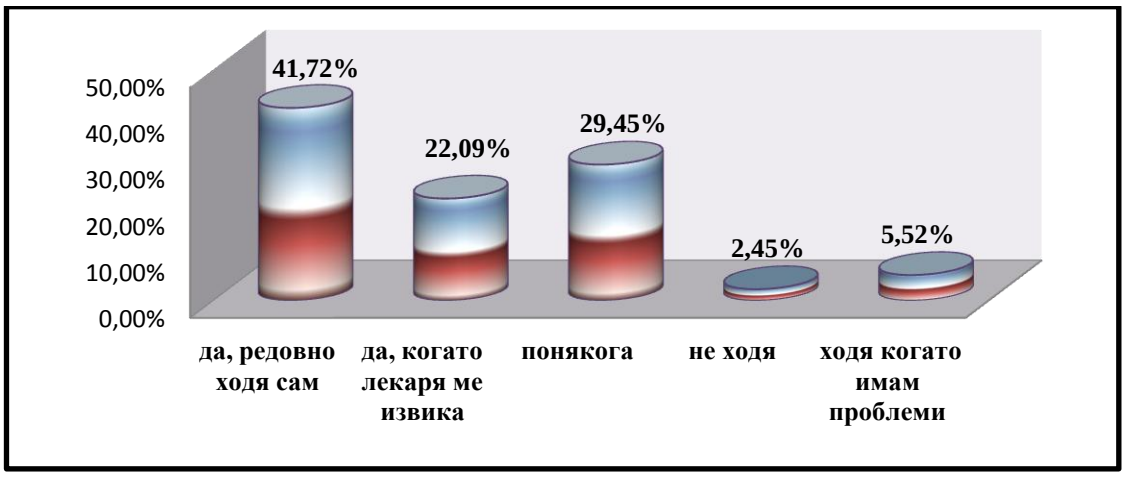
Определено може да се каже, че анкетираните пациенти са с висок здравен риск, тъй като трайните дегенеративни изменения, които настъпват довеждат до инвалидизация на пациентите – промяна в подвижността, зрението или други смущения, а в последствие с временна или постоянна нетрудоспособност. Затова потърсихме статистическата зависимост между давността на лечение с инсулин и наличието на диабетни усложнения.

Табл. 11. Зависимост между давността на лечение с инсулин и наличието на диабетни усложнения на пациентите

№	**Въпрос**	**От кога сте на лечение с инсулин?**	**Среден ранг**
1.	**Имате ли диабетни усложнения?**	**от 5 г.**	93.38
2.		**от 10 г.**	84.48
3.		**от 15 г.**	48.24
4.		**от 20 г.**	49.41
5.		**над 20 г.**	33.00

Установи се статистическа значима зависимост между наличието на усложнения и годините лечение с инсулин $\chi 2 = 36{,}183$, $p < 0{,}01$ – с увеличаване на годините лечение намаляват диабетните усложнения – среден ранг намалява.

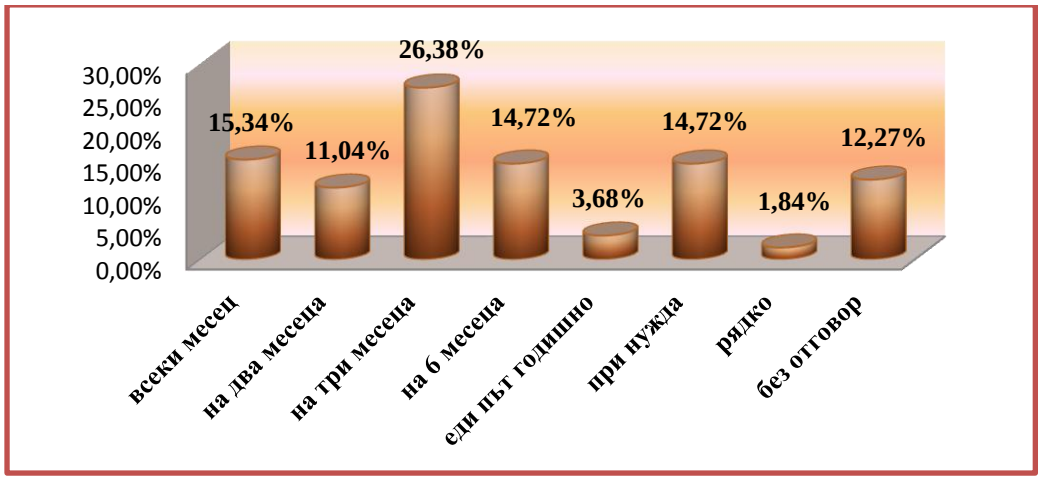
За качествени диабетни грижи е необходимо регулярно извършване на профилактични изследвания и провеждане на специализирани прегледи при различни специалисти.



Фиг. 33. Профилактични прегледи на анкетираните пациенти за по-добър контрол на диабета

Анкетираните, които редовно ходят сами на профилактични прегледи са 41,72%. Тревога будят резултатите, при които - 29,45% от пациентите извършват профилактичните прегледи понякога, тези които посещават лекаря когато ги повика - 22,09% и - 5.52%, които не разбират смисъла на профилактиката и посещават лекаря когато имат проблеми. За съжаление има пациенти на инсулинолечение, които изобщо не ходят на профилактични прегледи - 2.45%(фиг. 33).

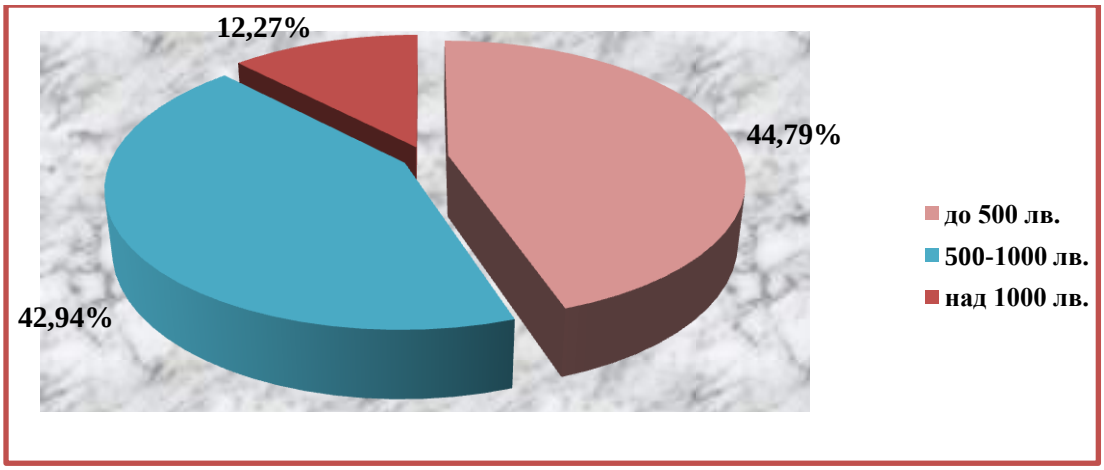
Провеждането на профилактични прегледи са ключов фактор за отсрочване на проблемите при пациентите. Особено важно е самоконтрола, който провежда пациента с измерването на кръвната захар с глюкомер в домашни условия, но и посещенията при различните специалисти през определен период от време.



Фиг.34. Честота на профилактичните прегледи

Честотата на профилактичните прегледи извършвани от пациентите на инсулинолечение е в зависимост от здравната информираност и нуждите на пациентите. С най-висок дял са пациентите, които извършват профилактични прегледи на три месеца – 26,38%, посещенията на лекаря всеки месец се прави от –15,34% от респондентите, профилактичните прегледи на 6 месеца и при нужда са с еднакъв дял - 14,72% (фиг.34). Контролът и ранното откриване на възможните отклонения от нормите на различните изследвания са от съществено значение за контролирания диабет.

За ежедневните потребности на респондентите, добрия контрол на заболяването и поддържането на качество на живот са необходими достатъчни финансови средства.



Фиг. 35. Доходи на пациентите

От получените данни става ясно, че 44.79% имат месечни доходи до 500 лева, почти 43.00% имат доходи от 500 до 1000 лева и над 1000 лева – 12.27% (фиг. 35). Нашето проучване установи, че месечните доходи на анкетираните пациенти на инсулинолечение са недостатъчни за осъществяване на социалните и медицински нужди.

Държавата в лицето на Министерството на труда и социално подпомагане осигурява в различни законови и подзаконови актове социални помощи на пациентите. Това наложи установяването на каква част от тях получават анкетираните пациенти.

Фиг. 36. Социалните помощи, които получават анкетираните пациенти

Независимо от социалните помощи, които получават пациентите на инсулинолечение, допълнителните разходи за осигуряване на комфорта на пациента и неговото семейство са недостатъчни, това са основни жизнени потребности – диетична храна, лекарства, медицинско и санитарно обслужване и др. Най-голям е относителният дял на пациенти, които получават парични средства от ТЕЛК решение – 78.53% (фиг. 36).

За доброто физическото и психическо състояние на анкетираните е необходимо провеждане на почивка както в рамките на работната седмица така и през цялата година.

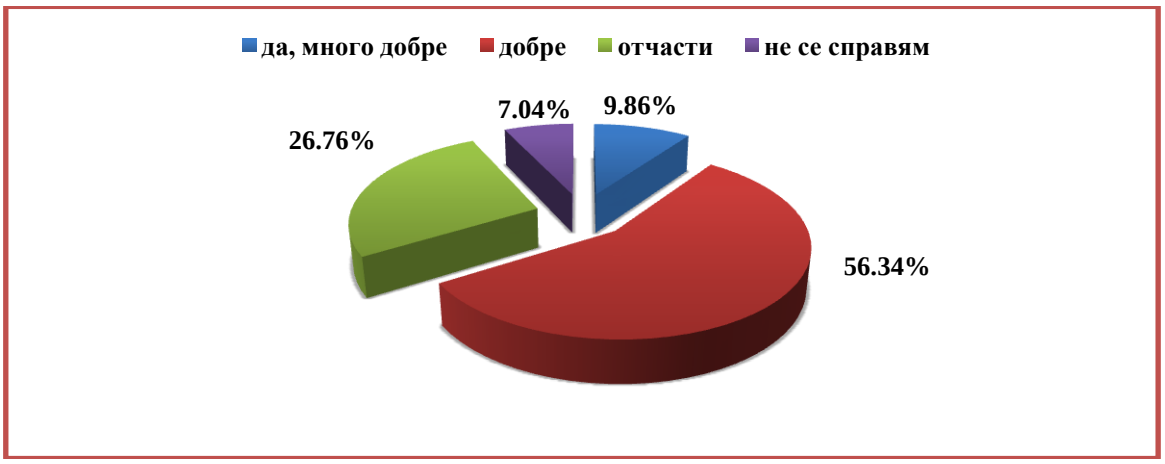
Табл. 12. Честота на почивката при пациенти с диабет на инсулинолечение.

№	Варианти	Отговори	
		да	не
1.	**Да, всяка събота и неделя**	0,61%	99,39%
2.	**Да, един път в месеца**	1,23%	98,77%
3.	**Да, на 3 месеца 1 път**	3,68%	96,32%
4.	**Да, на 6 месеца 1 път**	4,91%	95,09%
5.	**Да, един път годишно**	39,88%	60,12%

6.	**Не ходя нито един път**	20,25%	79,75%
7.	**Не съм ходил/а години на ред**	25,77%	74,23%

Висок е процента на тези пациенти, които не са ходили на почивка – 46.02%. 39.88% ходят един път годишно, с близки проценти са тези, които почиват един път на 3 месеца – 4.00% и един път на 6 месеца – 5.00% (табл. 12). Липсата на развлечения и свобода на пътешествия се отразява върху ежедневието им - емоционалното и психично състояние, трудоспособността, а от там и промяна в качеството на живот.

Важно е да се проучат проблемите както на пациентите така и на техните роднини участващи в грижите и подкрепата на пациента.



Фиг.37. Как родниците се справят с проблемите на пациентите на инсулинолечение

По – голямата част от родниците – 66.20% се справят с проблемите на пациентите(фиг.37). Обезпокоителни са следващите резултати, при които – 26.76% от анкетираните не се справят добре с евентуалните проблеми. Не е малък относителния дял на родниците, - 7.04% които изобщо не знаят какво трябва да е поведението им при възникващите ситуации, застрашаващи понякога живота на пациента. За това е необходимо организиране и провеждане на обучение съобразено с нуждите и възможностите на родниците, осъществено от квалифицирани медицински сестри.

3.4.2. Качество на живот на пациентите със заболяването диабет на инсулинолечение

Данните от проучването показват, че във всички разглеждани аспекти от живота на пациентите с диабет на инсулинолечение се установява промяна в качеството им на живот в различна степен.

Табл.13. Влияние на инсулинолечението върху качеството на живот на анкетираните пациенти

	Въпроси	**Отговори**						
		да, промени изцяло животами	**да, не се реализирам пълноценно**	**да, реализирам се пълноценно**	**не, нямам промяна в реализацията**	**не, изобщо нямам промяна**	**не съм се замислял/а**	**без отговор**
1.	**Инсулинолечението промени ли качеството Ви на живот в реализиране на професията?**	36,13%	16,13%	10,50%	22.75%	12,11%	2,36%	0.02 %
2.	**Инсулинолечението промени ли качеството Ви на живот в семейните взаимоотношения?**	17,45%	17,36%	16,47%	26,01%	16,11%	6,08%	0,52 %
3.	**Инсулинолечението промени ли качеството Ви на живот в приятелския кръг?**	12,45%	10,45%	24,54%	29.80%	12,88%	9,13%	0,75 %
4.	**Инсулинолечението промени ли качеството Ви на живот в посещение на културни мероприятия?**	9,63%	10,45%	23,93%	30,94%	12,88%	11,04%	1,13 %

5.	**Инсулинолечението промени ли качеството Ви на живот в спортуване?**	13,07%	19,20%	20,67%	23,31%	11,66%	11,05%	1,04 %

В процеса на проучването установихме, че повече от половината - 52.26% от анкетираните, инсулинолечението е довело до промяна в професионалната реализация, за - 36.13% лечението е променило изцяло живота им, а – 16.13% не се реализират пълноценно(табл. 9). Имайки предвид, че - 55.21% от респондентите са работещи, този проблем ще има негативен ефект влияещ върху потенциала, реализацията и равнопоставеността в обществото. Необходимо е осигуряване на информация и повече обучение за преодоляване на страховете, несигурността и правилното поведение при терапията в трудовия процес. При - 10.50% от пациентите реализацията е пълноценна, а за – 34.86% няма никаква промяна. За справяне с новата ситуация, факторите от които зависи са възрастта, образованието, общата и здравна култура, състоянието на пациента в момента и др. Всичко това спомага за тяхната адаптация и постигане качество на живот.

Инсулинолечението оказва влияние върху всички членове на семейството на лицето с диабет, което може да промени микроклимата в семейната среда. В потвърждение са резултатите от проучването, при което – 17.45% от анкетираните имат пълна промяна в семейните взаимоотношения, а – 17.36% не се реализират пълноценно. Положителен е факта, че (повече от половината - 58.59% от респондентите) нямат промени в семейните взаимоотношения.

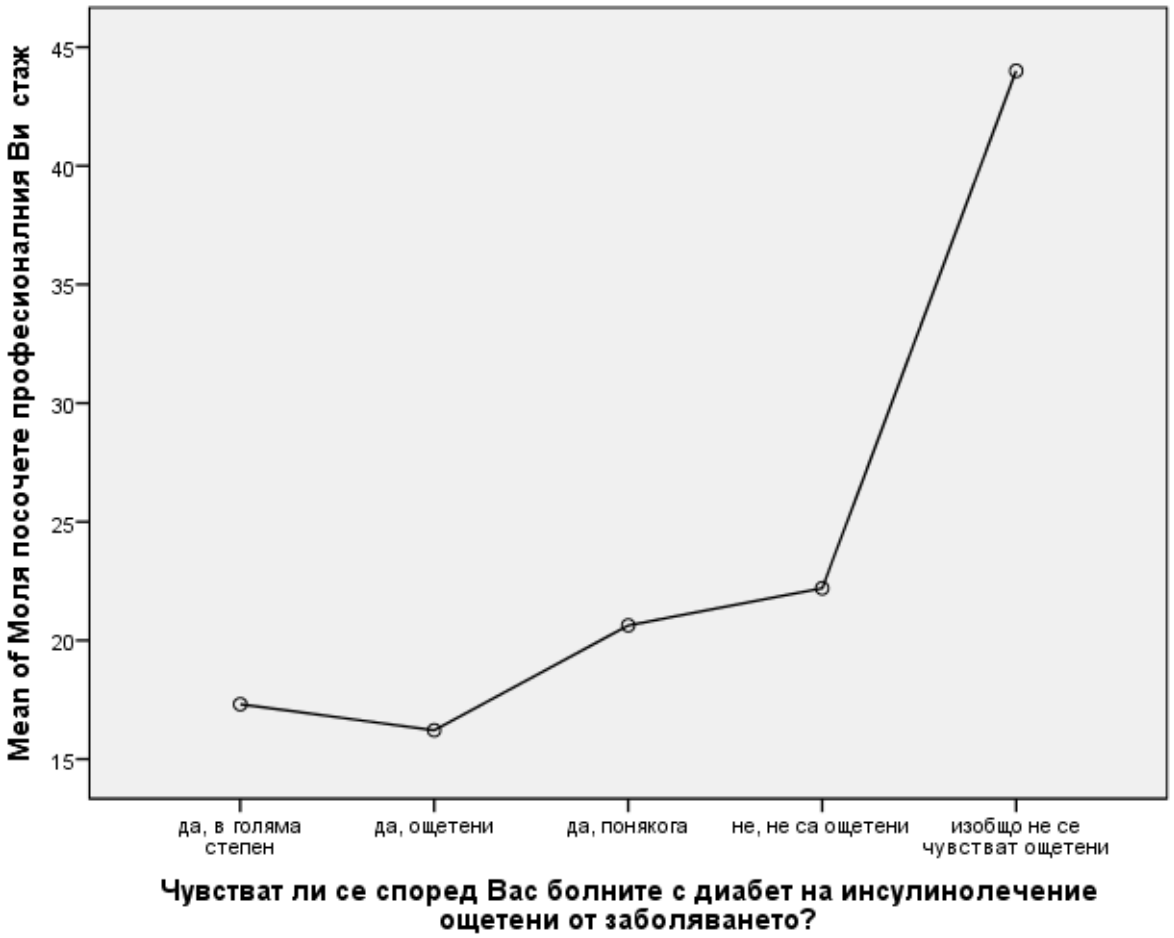
Социалните контакти, срещите с приятелите е важна за пациентите на инсулинолечение, тъй като тя повишава възможностите им за социална изява, общуване, необходимост от подкрепа и създава удовлетвореност от живота. В проучването всеки четвърти има промяна в приятелския кръг.

Спортният живот на анкетираните на инсулинолечение при 32.27% от тях търпи промени, те не се реализират пълноценно, или изцяло е променен.

Посещенията на културни мероприятия и обществени места подобряват настроението и самочувствието на респондентите, което е предпоставка за добре

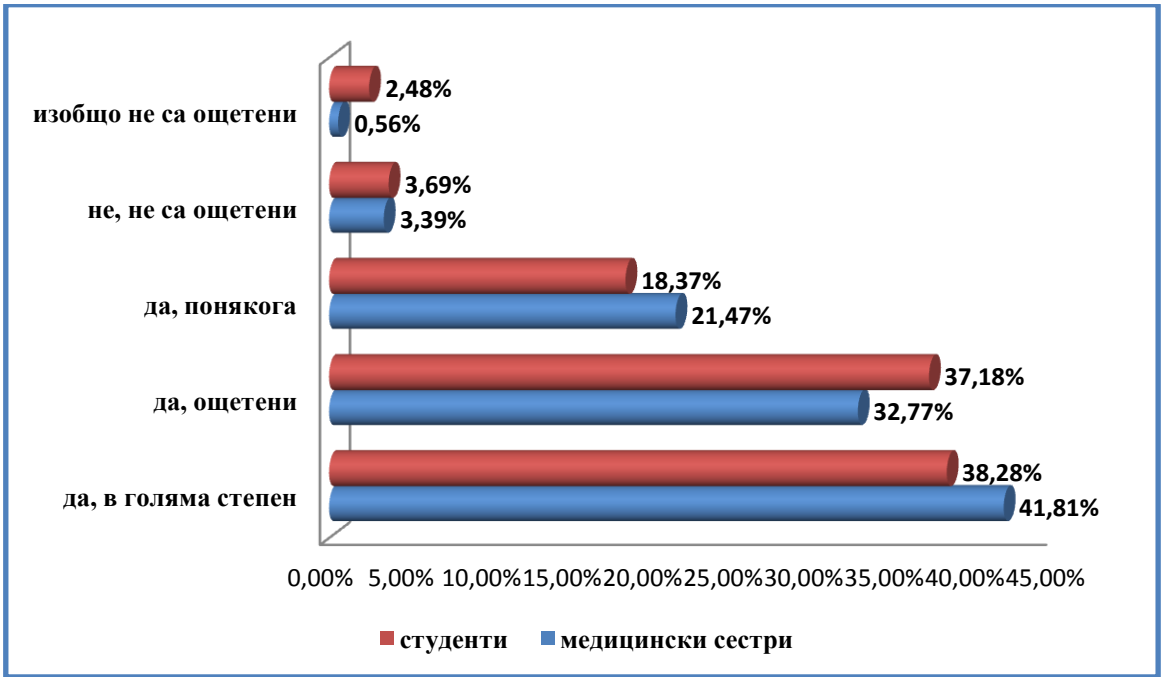
контролиран диабет и по-добро качество на живот. За – 20% от тях диабета е предизвикал промени свързани с посещения на културни мероприятия.

Освен мнението на пациентите за промяната в качеството им на живот от значение за проучването е и оценката на медицинските сестри и студенти.



Има статистически значима зависимост F = 3,237, p < 0.05 метод на Еднофакторен Дисперсионен анализ.

От резултатите става ясно, че медицинските сестри с трудов стаж около 20 години смятат, че пациентите с диабет на инсулинолечение са ощетени от заболяването, на обратното мнение са сестрите в края на трудовия си стаж.



Фиг. 38. Разпределение на мнението на медицинските сестри и студентите за влиянието на заболяването на анкетираните пациенти на качеството им на живот

Значителна част – 75% от анкетираните сестри и студенти смятат, че пациентите на инсулинолечение са ощетени от заболяването и за – 21.47% от сестрите и 18.37% от студентите заявяват, че качеството на живот на пациентите понякога е променено в зависимост от ситуацията(фиг.38).

Начинът на живот на пациентите на инсулинолечение претърпява значителни промени по отношение на хранителен и двигателен режим, психически комфорт, контрол на кръвната захар и не на последно място дозиране и поставяне на инсулин. Освен това режимът трябва да бъде съобразен с ежедневните натоварвания и потребности на пациента в забързаното и сложно ежедневие.

3.4.3. Психосоциалните аспекти на качеството на живот

Вече има солидни доказателства, че психосоциалните фактори имат по-силна предиктивна стойност при предсказването на вероятността от хоспитализация или смъртен изход, отколкото наличието на усложнения, свързани с диабета. Според някои автори тяхното значение като предиктори на качеството на живот е много по – голямо от обективизирането на усложненията. Важно място сред психосоциалните фактори

заемат потиснатостта, отчаянието, депресията, притеснение или цялостно нещастие, семейните взаимоотношения, приятелство, социални контакти, физическа активност, загуба на независимост и др.

Направихме проучване за влиянието на психосоциалните елементи върху качеството на живот на пациентите с диабет на инсулинолечение с адаптиран модел DSQOLS. От таблица 7 е видно разпределение на отговорите на анкетния въпросник на 68 пациенти.

Табл.14 . Разпределение на пациентите по възраст и пол

Възраст	**Мъже**		**Жени**		**Общо**	
	Брой	**Отн.дял %**	**Брой**	**Отн.дял %**	**Брой**	**Отн.дял %**
под 30г.	3	4.41%	2	2.94%	5	7.35%
от31-40г.	13	19.12%	15	22.06%	28	41.18%
от41-50 г.	12	17.65%	15	22.06%	27	39.71%
от51-60 г.	3	4.41%	2	2.94%	5	7.35%
от61-70 г.	1	1.47%	1	1.47%	2	2.94%
над 71 г.	1	1.47%	0	0.0%	1	1.47%
Общо	33	48.53%	35	51.47 %	68	100 %

Според статистическите данни, мъжете са 48.53% n=33, а жените са 51.47% n=35 (табл. 14). От респондентите най-младият пациент е мъж на 18 г., а най-възрастният е жена на 58 г.

Относителният дял във възрастовите групи от 31 до 40 г. и от 41 до 50 г. е приблизително равен – 39.71% и 41.18%. Анкетираните под 30 г. и от 51 до 60 г. също са с равен относителен дял – по 7.35%. Делът на пациентите от 61 до 70 г. и над 71 г. са най-малки, съответно – 2.94% и 1.47%, като няма представител от женски пол във възрастовата група над 71 г.

Табл.15. Разпределение на анкетираните пациенти според образователната степен

Образование	**Мъже**		**Жени**		**Общо**	
	Брой	**Отн.дял %**	**Брой**	**Отн.дял %**	**Брой**	**Отн.дял**

						%
основно	2	2.94%	0	0%	2	2.94%
средно	17	25.00%	18	26.47%	35	51.47%
Висше специалист	7	10.29%	5	7.35%	12	17.64%
Висше професионален бакалавър	2	2.94%	5	7.35%	7	10.29%
Висше бакалавър	3	4.41%	4	5.88%	7	10.29%
магистър	2	2.94%	3	4.41%	5	7.35%
Общо	33	48.53%	35	51.47 %	68	100 %

Най-висок е относителният дял на анкетираните пациенти със средно образование 51.47%, като делът на двата пола е приблизително равен. На второ място са респондентите с висше образование, като жените имат лек превес с 1.00%. С най-малък дял са пациентите със основно образование 2.94%, където жените нямат представител(табл.15).

Табл. 16. Психосоциални елементи влияещи на качеството на живот на пациентите с диабет на инсулинолечение

	Въпроси	**Отговори**					
		Много, много добро	**Много добро**	**Малко по-добро**	**По-малко**	**Същото**	Общо n=68
1.	Ако **нямах** диабет щях да се насладя на разпускащи занимания	25.45%	48.34%	14.40%	3.76%	8.05%	100%
2.	Ако **нямах** диабет моето всекидневие щеше да бъде:	39.67%	48.15%	6.83%	1.25%	4.10%	100%
3.	Ако **нямах** диабет моите местни или дълги преходи (пътувания) щяха да бъдат:	18.45%	42.70%	25.90%	5.78%	7.17%	100%

4.	Ако **нямах** диабет моите почивни дни щяха да бъдат:	32.12%	40.90%	12.34%	9.57%	5.07%	100%
5.	Ако **нямах** диабет физически, аз ще мога да правя (физически натоварвания)	12.56%	37.78%	28.05%	11.54%	10.07%	100%
6.	Ако **нямах** диабет семейството ми ще бъде:	29.67%	34.56%	22.01%	2.56%	11.20%	100%
7.	Ако **нямах** диабет моето приятелство и социален живот щяха да бъдат:	18.34%	37.98%	34.14%	0.40%	9.14%	100%
8.	Ако **нямах** диабет отношенията с партньорката ми щяха да бъдат:	29.23%	34.56%	24.36%	3.54%	8.31%	100%
9.	Ако **нямах** диабет моят сексуален живот щеше да бъде:	17.56%	16.89%	50.14%	4.21%	11.20%	100%
10.	Ако **нямах** диабет самочувствието ми щеше да бъде:	53.23%	33.78%	8.09%	0.80%	4.10%	100%
11.	Ако **нямах** диабет мотивацията ми щеше да бъде:	45.27%	29.47%	20.35%	1.61%	3.30%	100%
12.	Ако **нямах** диабет чувствата ми за бъдещето (например тревоги, очаквания) ще бъдат:	34.21%	31.45%	20.08%	0.26%	14.00%	100%
13.	Ако **нямах** диабет моето финансово състояние щеше да бъде:	28.67%	37.12%	21.25%	1.72%	11.24%	100%

14.	Ако **нямах** диабет**,** свободата ми да ям каквото искам щеше да бъде:	35.26%	35.89%	17.38%	2.37%	9.10%	100%
15.	Ако **нямах** диабет**,** свободата ми да пия каквото си поискам щеше да бъде:	28.56%	31.32%	29.10%	0.65%	10.37%	100%

Анализираните резултатите от приложения модел DSQOLS при пациенти с диабет на инсулинолечение са както следва:

Получените резултати от проучването показват, че наличието на заболяването влияе на свободата на пациентите да се насладят на разпускащи занимания. 25.45% от тях твърдят, че без заболяването заниманията им биха били „много, много добри" и за - 48.34% „много добри" от колкото сега.

Всекидневието на респондентите също е променено, 92.00% от тях заявяват, че то би било много по-добро ако нямаха диабет.

Статистическите резултати показват наличието на промяна в свободата на пациентите с диабет на инсулинолечение да пътуват, защото 68.32% са отговорили, че биха били много по-добри при липса на заболяването.

Висок е процентът на анкетираните – 78.09%, които заявяват промяна в свободата да се насладят на почивните си дни, като те биха били много по-добри от сега.

Физическите натоварвания също са повлияни от заболяването – 50.34% от пациентите дават информация, че физическите им възможности са намалени.

Анализът на резултатите показва влияние на диабета в семействата на пациентите, където - 64.17% от тях заявяват, че биха били по-добри ако нямаха диабет.

За повече от половината анкетирани социалният им живот не е достатъчно добър в резултат на диабета.

За – 63.79% от респондентите отношенията с партньора са променени и биха били по-добри при отсъствие на заболяването.

Всеки трети от пациентите е заявил промяна в сексуалния живот при наличието на диабет.

Самочувствието на пациентите е силно променено, като при 87.01% от респондентите то е ниско и би било много по-добро ако нямаше заболяването.

Получените резултати показват, че пациентите с диабет на инсулинолечение имат ниска мотивация. За – 74.74% тя не е достатъчно добра.

От отговорите на респондентите се установява, че 65.66% от тях нямат големи очаквания за бъдещето, те биха били много по-добри без заболяването.

Промяна във финансовото си състояние имат – 65.79% от анкетираните, като то би било по-добро при отсъствие на заболяването.

При анализа на резултатите на анкетираните пациенти на инсулинолечение се установява промяната в свободата да ядат и пият каквото си искат, съответно – 71.15% и 59.88%. Наличието на ограничение предизвиква дискомфорт на пациентите.

Тези резултати определено показват наличието на редица промени настъпили при анкетираните пациенти с диабет на инсулинолечение, под въздействието на психосоциалните елементи като мощни фактори влияещи на качеството им на живот.

За преодоляването на тези проблеми пациентите трябва да бъдат консултирани, обучавани и подкрепяни от добре обучени и подготвени специалисти, където медицинската сестра ще има ключова роля с помощта на нови модели за сестрински грижи за работа с пациентите с диабет на инсулинолечение.

В следващата таблица са отразени сферите, които са важни за живота на пациентите.

Табл. 17. Оценка на важността на психосоциални елементи от сферите на живот на пациентите, влияещи на качеството им на живот

	Въпроси	**Отговори**				
		Много важно	**Важно**	**До някъде важно**	**Изобщо не е важно**	**Общо n=68**
1.	**Моята свобода да се насладя на разпускащи занимания.**	29.67%	15.12%	34.76%	20.45%	100%
2.	**Моята свобода да се насладя на всекидневието.**	23.46%	16.02%	28.45%	32.07%	100%

3.	**Моята свобода да се насладя на моите местни или дълги преходи (пътувания).**	28.35%	31.44%	24.23%	15.98%	100%
4.	**Моята свобода да се насладя на почивните ми дни.**	21.38%	33.04%	27.12%	18.46%	100%
5.	**Моята свобода да се насладя на физически натоварвания.**	22.24%	29.92%	30.38%	17.46%	100%
6.	**Моята свобода да се насладя на семейството ми.**	37.73%	32.41%	18.38%	11.48%	100%
7.	**Моята свобода да се насладя на приятелство и социален живот.**	38.12%	32.21%	20.39%	9.28%	100%
8.	**Моята свобода да се насладя на отношенията с партньора/ката ми.**	39.37%	25.49%	23.69%	11.45%	100%
9.	**Моята свобода да се насладя на сексуалния ми живот.**	33.49%	39.59%	19.57%	7.35%	100%
10.	**Моята свобода да се насладя на самочувствието ми.**	37.56%	31.03%	25.29%	6.12%	100%
11.	**Моята свобода да се насладя на мотивацията ми.**	28.12%	25.69%	30.25%	15.94%	100%
12.	**Моята свобода да се насладя на чувствата ми за бъдещето (например тревоги, очаквания).**	22.38%	17.36%	36.98%	23.28%	100%
13.	**Моята свобода да се насладя на финансово си състояние.**	42.45%	44.38%	7.94%	5.23%	100%
14.	**Моята свобода да ям каквото искам.**	48.36%	31.57%	12.49%	7.58%	100%

15.	**Моята свобода да пия каквото си поискам.**	41.55%	33.69%	15.39%	9.37%	100%

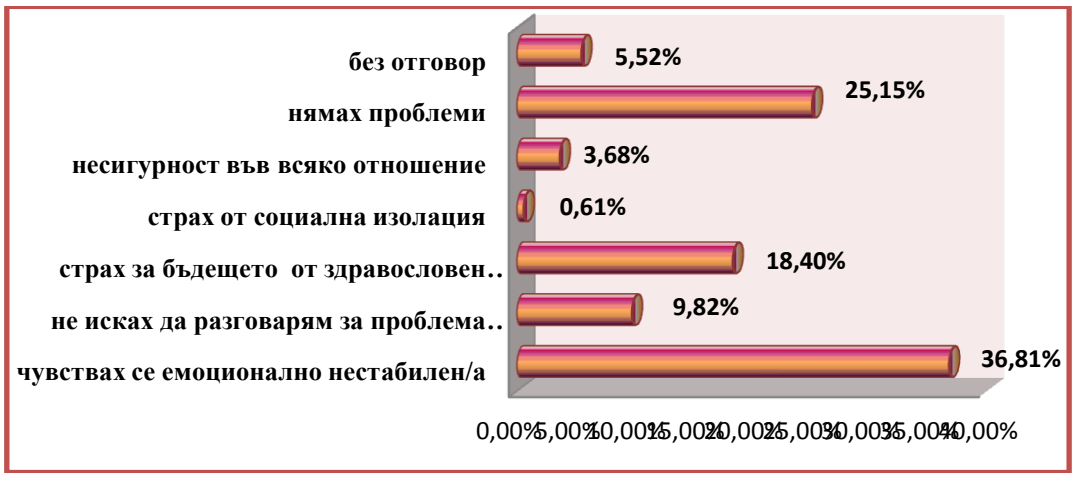
Подреждането на различните сфери по рангове –„много важна" и „важна" показва най - силно негативно въздействие във „финансовата" сфера - 86.83%, която е най – значима според анкетираните. Следват областите "свобода да ям и пия" съответно - 79.93% и 75.24%, сексуален живот – 73.08%, семеен живот – 70.14%, социален – 70.33% и самочувствие – 68.59%. Най - малко въздействие оказва областта "чувствата за бъдещето" – 39.74%.

С прилагането на специфичния въпросник за въздействието на диабета чрез психосоциалните елементи на качеството на живот на пациентите с диабет на инсулинолечение се дава възможност за установяване на индивидуалните проблеми на пациентите и по-голяма чувствителност към индивидуалните решения отколкото общите мерки за качеството на живот. Има възможност за прилагане на индивидуални стратегии за лечение и грижи, защото много фина е тематиката за качеството на живот и най-малко очакваните фактори имат най-съществена роля при пациентите с диабет. Създава се възможност за гъвкава инсулинова терапия, либерализиран режим на хранене, липса на късни усложнения, и по-висок социален статус, които са свързани с по - благоприятните резултати в различни области.

3.5. Значимост на психосоциалната оценка за качеството на живот на пациента със заболяването „диабет" на инсулинолечение

Чрез психосоциалната оценка при пациенти с диабет на инсулинолечение се установява нагласите на пациента към заболяването, резултатите от лечението, адаптацията към заболяването, социални, финансови, емоционалните и физически промени, както и промяна в ежедневието и семейството, които въздействат на качеството на живот.

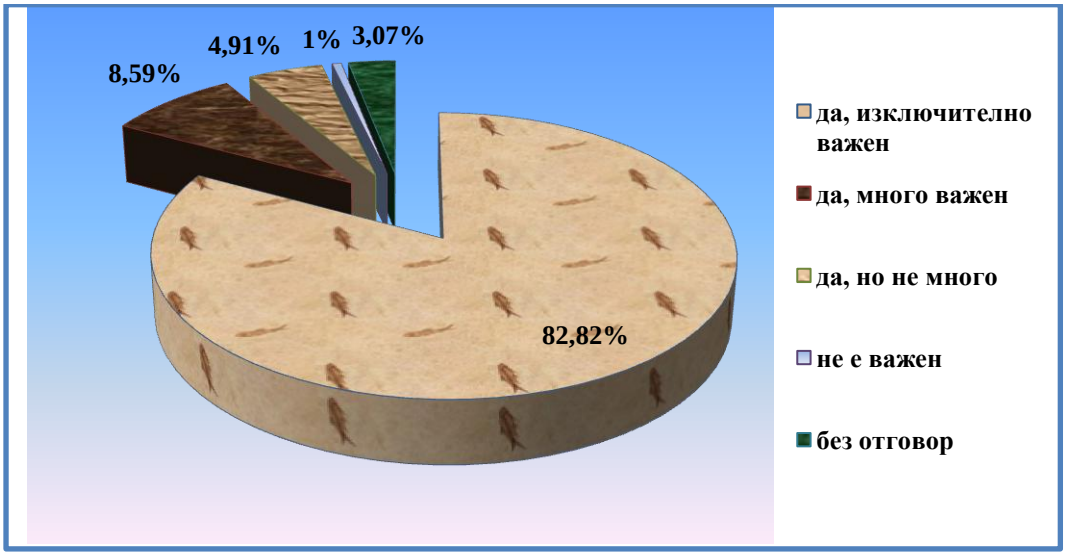
Особено важен момент за пациентите е приемането на назначението на инсулинолечение и свързаните с него промени в ежедневието и начина на живот, с който трябва да се справят както пациентите така и неговите близки.



Фиг. 39. Приемане на назначението на инсулинолечение от анкетираните пациенти

Голяма част от анкетираните – 36,81% са се чувствали емоционално нестабилни, 18,40% са имали страх за бъдещето от здравословен характер, 9,82% не са искали да разговарят за проблема с никой, 3,68% са имали несигурност във всяко отношение, 0,61% страх от социална адаптация(фиг. 39). Респондентите, които не са имали проблеми са - 25,15% не е малък процент, в сравнение с останалите – почти 70,00%, които са преживяли психологически шок при поставяне на диагнозата и назначаване на инсулинолечението. Психосоциалният стрес е предпоставка за дълбоки разтройства в психосоциалното равновесие, което води до сериозни проблеми свързани с неговото самочувствие и самооценка, а от там и до качеството на живот.

Необходимо е да установим до каква степен е важен за пациентите добрият контрол на диабета.



Фиг. 40. Важността на добрия контрол на диабета за анкетираните пациенти

Добрият контрол на диабета е изключително важен за – 82.82% от анкетираните пациенти на инсулинолечение. (фиг.40). Тези резултати са показателни за сериозното отношение на пациентите с инсулинолечение към собственото си здраве, поемане на лична отговорност за здравето, мотивираност и активно участие в обучението за промяна, защото добре контролирания диабет е предпоставка за качеството на живот.

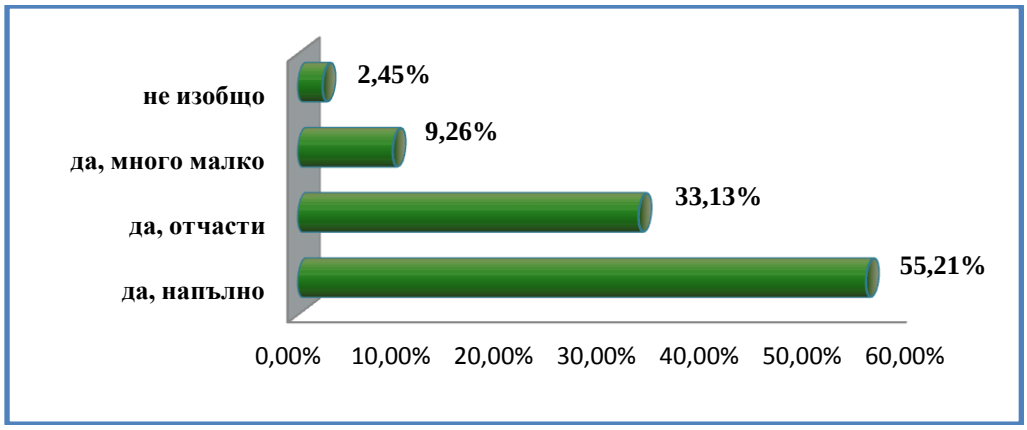
Потърсихме мнението на медицинските сестри и студентите за зависимост между високия социален статус и контролирания диабет.

Фиг.41. Зависимост между високия социален статус и контролирания диабет според медицински сестри и студенти

Резултатите от проучването показват, че според половината от медицинските сестри и студенти има зависимост между високия социален статус и контролирания диабет(фиг.41). За 22% от тях „винаги" има зависимост, за 19.69% от сестрите и

17.92% за студентите високият социален статус „понякога” оказва влияние на контролирания диабет. Доброто социално положение предполага по – високи финансови възможности и в съчетание с добра информираност е предпоставка за контролиран диабет на инсулинолечение и качество на живот на пациентите.

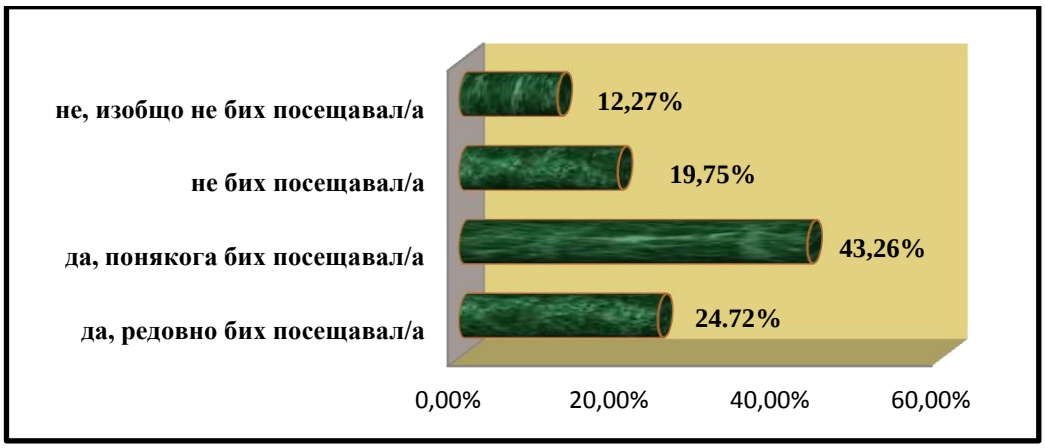
Всичко това може да се случи тогава когато пациента е адаптиран към инсулинолечението.



Фиг. 42. Адаптираност на анкетираните пациенти към инсулинолечението

Изключително притеснителни са получените данни за адаптираността на анкетираните пациенти към инсулинолечението. Напълно адаптирани са - 55.21% от пациентите, 33.13% са „отчасти”, „много-малко” - 9.26% и изобщо не са адаптирани 2.45%(фиг.42). Инсулинолечението травмира психиката на пациентите и те не могат да се справят сами с проблемите, с които се сблъскват. Необходимо е да се осъществят редица разговори с богата информация, обучение и подкрепа на анкетираните пациенти, за да приемат новото си състояние. Те могат да бъдат пълноценни както в предишния им начин на живот.

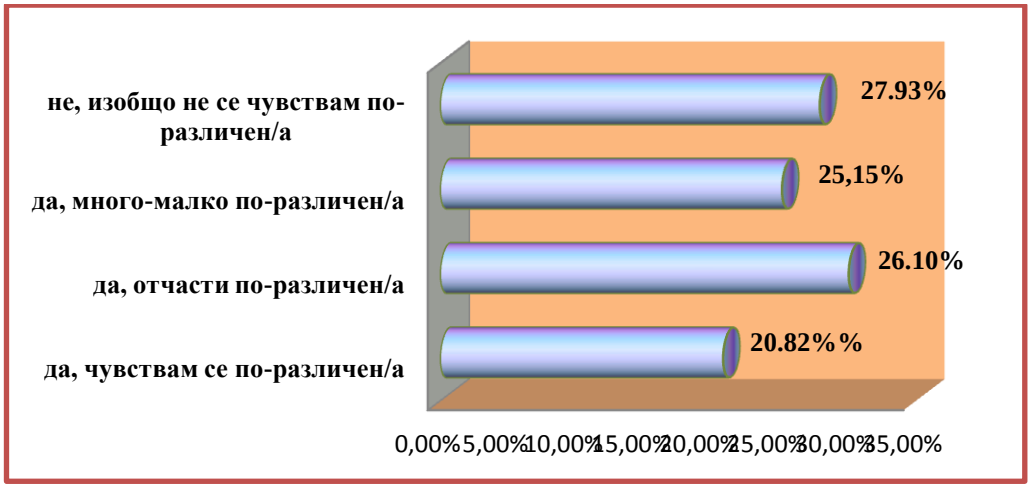
Посещението на групите за взаимопомощ дават възможност на анкетираните за по бърза адаптация към заболяването, затова потърсихме тяхното мнение.



Фиг. 43. Желание за посещаване на група за взаимопомощ на анкетираните пациенти

Най-висок е относителният дял – 67.98% на пациентите, които посочват, че биха посещавали групи за взаимопомощ, „редовно" или „понякога". На второ място са тези, които „не биха посещавали" – 19.75% и „изобщо не биха посещавали" – 12.27% групите за взаимопомощ(фиг. 43). В тези центрове те ще обменят информация, важна за справяне с проблемите и обогатяване на опита. Това са местата, където те ще се чувстват много-по добре, защото се срещат с хора с еднакви проблеми, които ще могат да ги разбират и подкрепят най-добре.

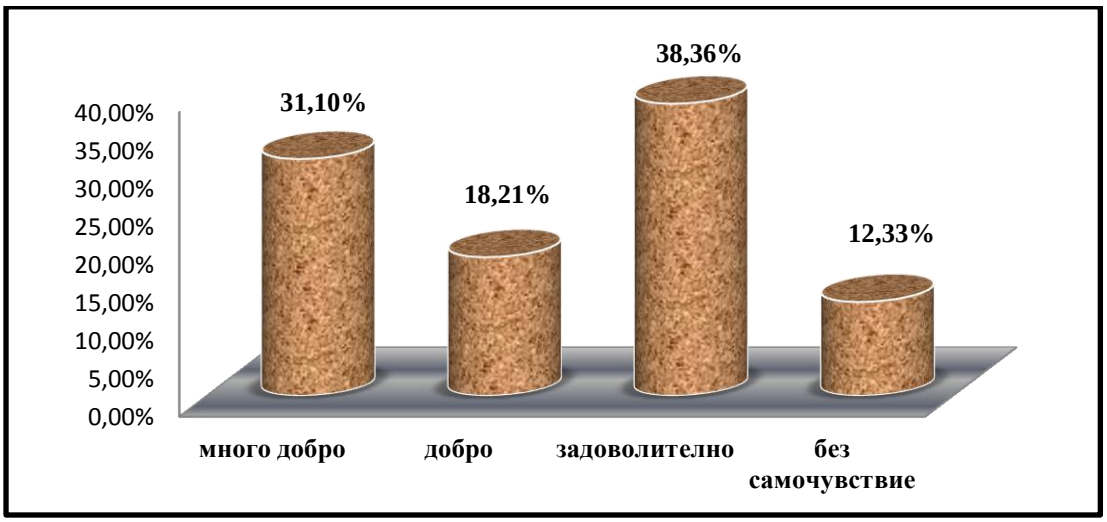
В проучването установихме, че повече от половината пациенти са адаптирани към заболяването и желаят да посещават групи за взаимопомощ, но за нас е необходимо да установим до каква степен те се чувстват различни от околните.



Фиг. 44. До каква степен анкетираните пациенти се чувстват по-различни от околните

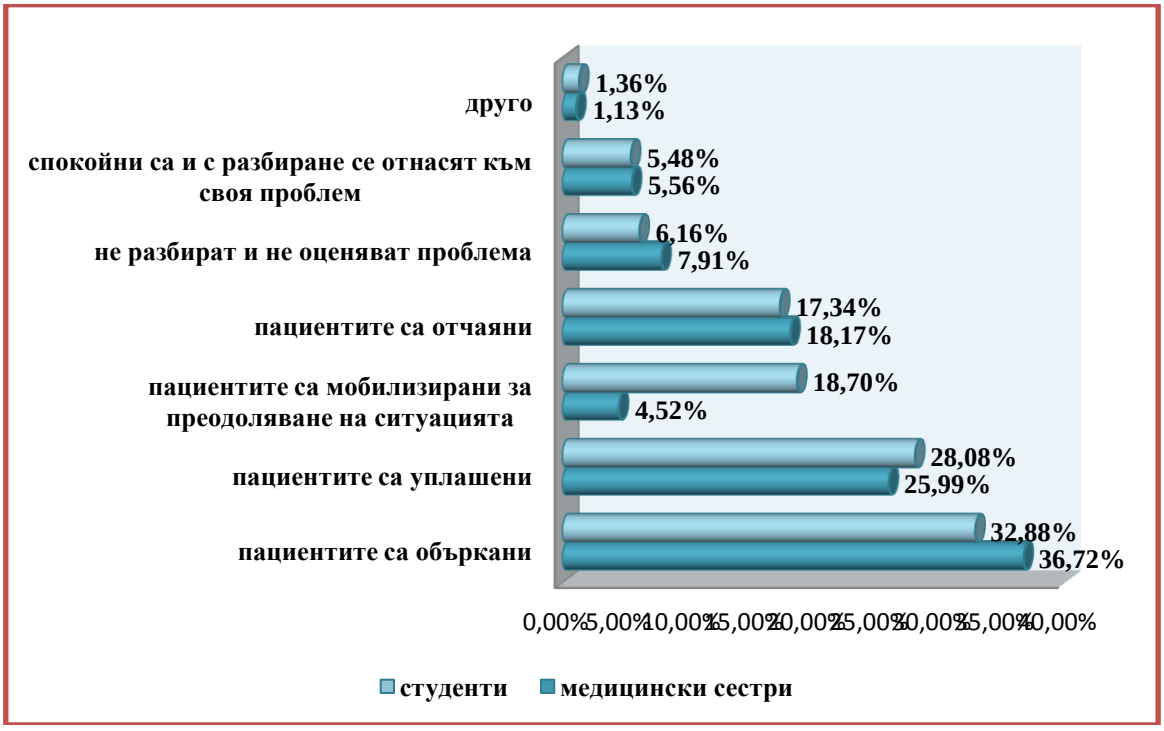
Анализа на данните показват висок ръст - 72.07% на анкетираните пациенти, които се чувстват в по-голяма или по-малка стенен различни от околните(фиг.44). Причината за намаленото самочувствие, което имат голяма част от респондентите, произтича от характера на заболяването, от необходимостта от постоянен контрол на диабета и появата на евентуални усложнения.

За това зададохме въпрос: „Какво е вашето самочувствие?”



Фиг. 45 Разпределение на анкетираните пациенти на инсулинолечение за степента на самочувствието им

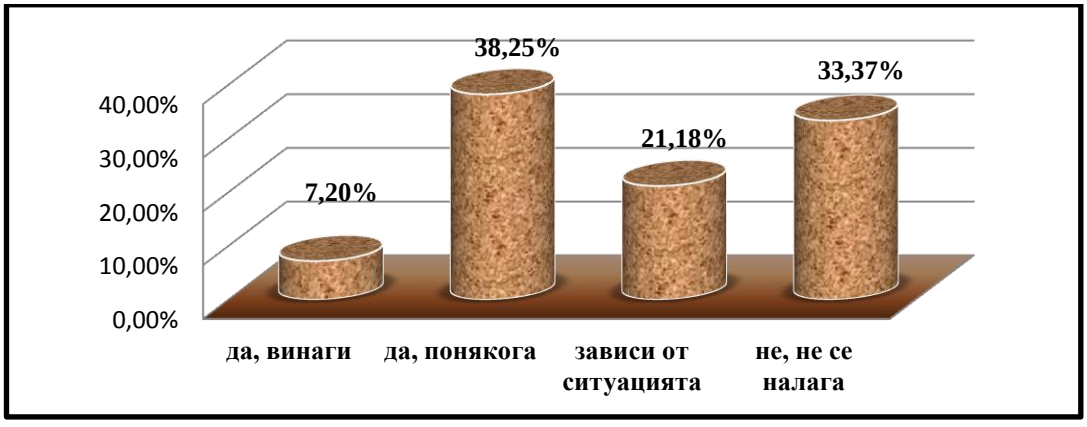
За всеки пациент с диабет на инсулинолечение от съществено значение е не само физическото, но и емоционалното равновесие за общото функциониране на организма във всекидневието, т. е. качеството му на живот. Респондентите с „много добро” самочувствие са – 31.10% и „добро” – 18.21%, като тези с „задоволително” самочувствие са – 38.36% от пациентите с диабет, а без самочувствие са - 12.33% (фиг. 45). По един или друг начин заболяването оказва влияние върху психоемоционалното им състояние. Потърсихме мнението на медицинските сестри и студенти за емоционалното състояние и самочувствие на пациентите.



Фиг. 46. Влияние на инсулинолечението върху емоционалното състояние и самочувствие на пациентите с диабет на инсулинолечение според медицинската сестра и студентите

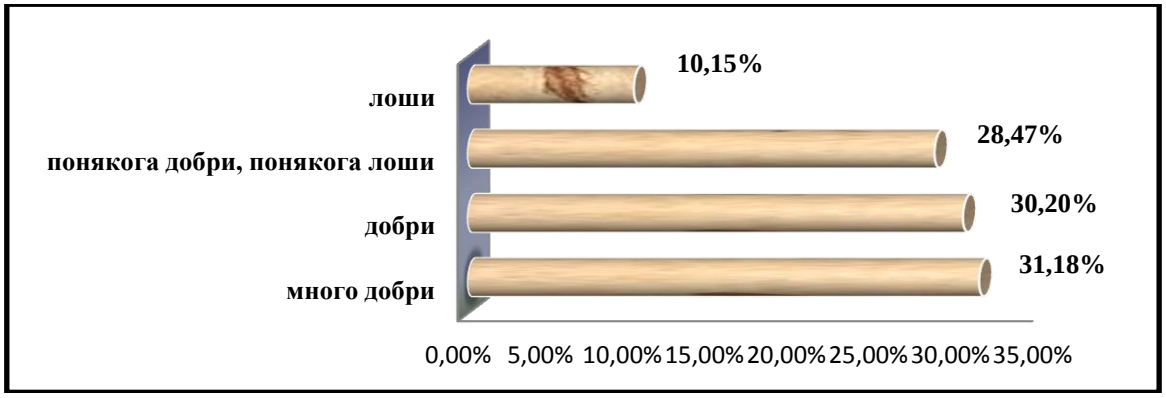
Трябва да се отбележи, че емоционалното състояние и самочувствие на пациентите с диабет на инсулинолечение е променено, и според резултатите от проучването - 36.72% и 25.99% от медицинските сестри смятат, че пациентите са объркани и уплашени. На същото мнение са и студентите, където резултатите са – 32.88% и 28.08% (фиг.46).

Интерес за проучването представлява има ли промяна в ежедневието на пациентите с диабет на инсулинолечение.



Фиг. 47. Промяна в ежедневната дейност

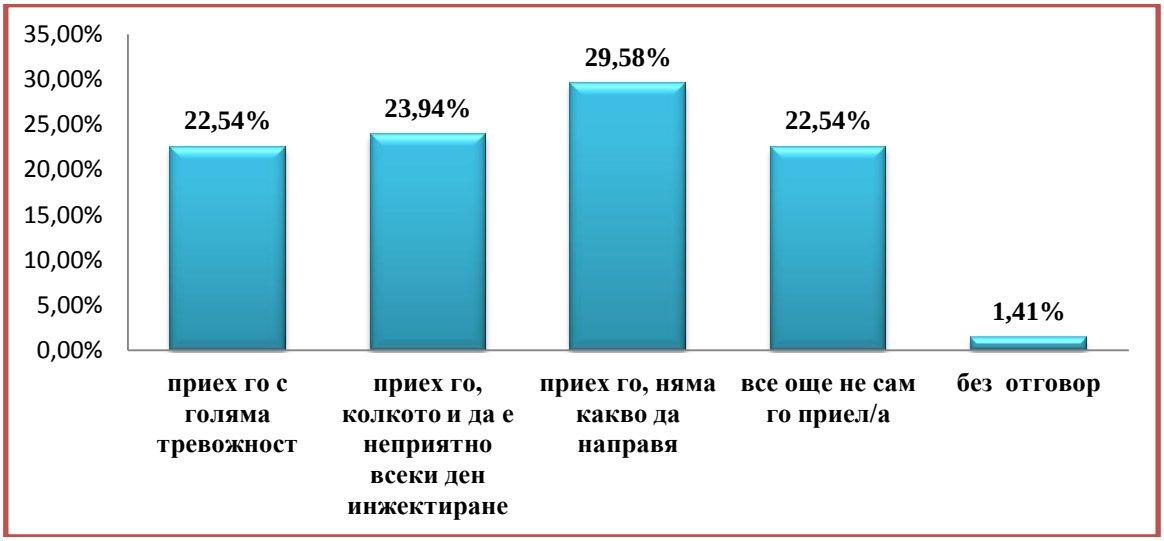
В проведеното проучване анкетираните пациенти заявяват наличие на промяна в ежедневните си дейности - 66.63, ранжирано в следната последователност: „да, понякога" са дали отговор – 38.25%, „зависи от ситуацията" - 21.18%, „да, винаги" 7.20%, а тези при които не се налага промяна са 33.37% (фиг.47). Тези резултати показват влиянието на психосоциалните фактори на качеството на живот на пациентите с диабет на инсулинолечение. Тези промени се отразяват на взаимоотношенията в семейството на пациента.



Фиг.48. Взаимоотношения в семейството

Болестта оказва влияние върху всички членове на семейството на пациента с диабет, което може да промени микроклимата в семейната среда. Според резултатите от проучването за – 31.18% взаимоотношенията са „много добри" и „добри" за – 30.20%, за 28.47% те са „понякога добри, понякога лоши" и за 10.15% са лоши. Има семейства, в които взаимоотношенията са лоши, без причина или наличие на не разбирателство (фиг.48). Това от своя страна може да бъде причина за влошаване контрола на диабета и съответно в качеството на живот на пациентите с диабет на инсулинолечение.

В живота на пациентите с диабет на инсулинолечение настъпват промени, което неминуемо дава отражение върху техните роднини, за това в анкетното проучване включихме близките на пациентите. Важно е да се проучат проблемите както на пациентите така и на техните роднини участващи в грижите и подкрепата на пациента.



Фиг. 49. Приемане на факта за инсулинолечението на своя роднина от близките на пациента

Резултатите от проучването показват, че голяма част от родните - 76.06% са приели факта за заболяването на своя близък, макар и с голяма тревожност както и ежедневното инжектиране. Не е малък дела на тези, които все още не са го приели и не могат да свикнат с тази мисъл това са - 22.54% от анкетираните (фиг.49). Тези данни показват необходимостта от информиране, обучение, подкрепа и споделяне на проблемите на семейството. Получените резултати провокират следващият въпрос:

Фиг. 50. Как назначаването на инсулинолечение се отрази на анкетирания роднина?

С най-висок относителен дял - 38.03% са родните, които разбирайки за поставената диагноза и назначаване на инсулинотерапия са се чувствали емоционално нестабилни. Друга голяма група от анкетираните – 30.99% са имали страх за бъдещето

от здравословен характер, 15.49% от родните са приели новата ситуация за нормална без никакви проблеми. За - 8.45% новината е била шокираща, при което те са имали несигурност във всяко отношение, а - 4.23% не са искали да разговарят с никой за проблема и много малко от близките са се страхували от социална изолация(фиг.50). Тези резултати показват влиянието, което заболяването на пациента на инсулинотерапия оказва върху емоционалното и психично състояние на своите близки.

За нас е важно да установим какви са промените, които са настъпили в семействата на пациентите с диабет на инсулинолечение, водещи до нарушаване качеството на живот.

Табл. 18. Промени в живота на семейството на пациента

№	Промяна в:	да	не	Общо
1.	**Социалните контакти на семейството са напълно нарушени.**	12,82%	87,18%	100.0%
2.	**Промяна в начина на живот на цялото семейство.**	48,03%	51,97%	100.0%
3.	**Промяна във взаимоотношенията.**	22,82%	77,18%	100.0%
4.	**Начина на живот на семейството само частично е нарушен.**	32,68%	67,32%	100.0%
5.	**Преодоляваме заедно негативните емоции и се опитваме да водим същия начин на живот.**	54,93%	45,07%	100.0%
6.	**Семейството е в голям стрес от новото състояние на нашия роднина.**	65,49%	34,51%	100.0%

Резултатите от проучването показват на първо място големия стрес, който преживява цялото семейство от новото състояние на своя роднина това са - 65.49% (табл.18). За преодоляване и избягване на допълнителни усложнения е необходимо сплотяване, подкрепа и разбиране като възможност за съхраняване на цялото семейство в новата ситуация.

Преодоляване заедно на негативните емоции и опитване за водене на същия начин на живот, според мнението на родните е на второ място с - 54.93%. За справяне с тези емоции е необходимо осигуряване на консултации от професионалисти

на семейството в противен случаи се увеличава значително тежестта на индивидуалния здравен риск на засегнатите лица.

Анализа на данните показват, промяна в начина на живот на цялото семейство според - 48.03% от анкетираните роднини. Това е неизбежно имайки предвид стреса и негативните емоции, с които се борят семействата на пациентите с диабет на инсулинолечение.

Значително по-малки са семействата с частична промяна в начина на живот, в семейните взаимоотношения и социалната изолация, но всичко това потвърждава необходимостта от работа с тези семейства в посока подкрепа, много информация и обучение с помощта на нови модели.

3.6. Професионална подготовка и психосоциалните аспекти на диабетната грижа

В грижата за пациентите с диабет са ангажирани ендокринолози, лични лекари, подиатри, диетолози, а участието на специалистите по здравни грижи в профилактиката, информирането и обучението стои малко в страни. За работата с тези пациенти са необходими много специфични знания и умения, които притежават специалистите по здравни грижи.

Табл. 19. Мнение за влиянието на психосоциалната грижа от страна на медицинските сестри и студентите на живота на пациентите с диабет на инсулинолечение

№	Отговори	Медицински сестри	Студенти
1.	**Да, има значително място**	61.58%	55.48%
2.	**Да, има място**	30.52%	35.62%
3.	**Да, по някога**	6.78%	6.16%
4.	**Не, няма място**	0.56%	2.06%
5.	**Не мога да преценя**	0.56%	0.68%
Общо		100.0%	100.0%

Психосоциалната грижа според анкетираните медицински сестри и студенти играе важна роля в живота на пациентите (табл.19). Както е видно - 98.88% от медицинските сестри и - 97.26% от студентите са на това мнение, като параметрите са от „да, има значително място" до „да, понякога", ранжирани както следва:

- Да, има значително място – 61.58% за мед. сестрите и 55.48% за студентите;
- Да, има място – 30.53% за мед. сестри и 35.62% за студентите;

Да, понякога – 6.78% за сестрите и 6.16% за студентите

Табл.20. Мотивиране на пациентите с диабет на инсулинолечение от медицински сестри и студенти за по-добър контрол на заболяването

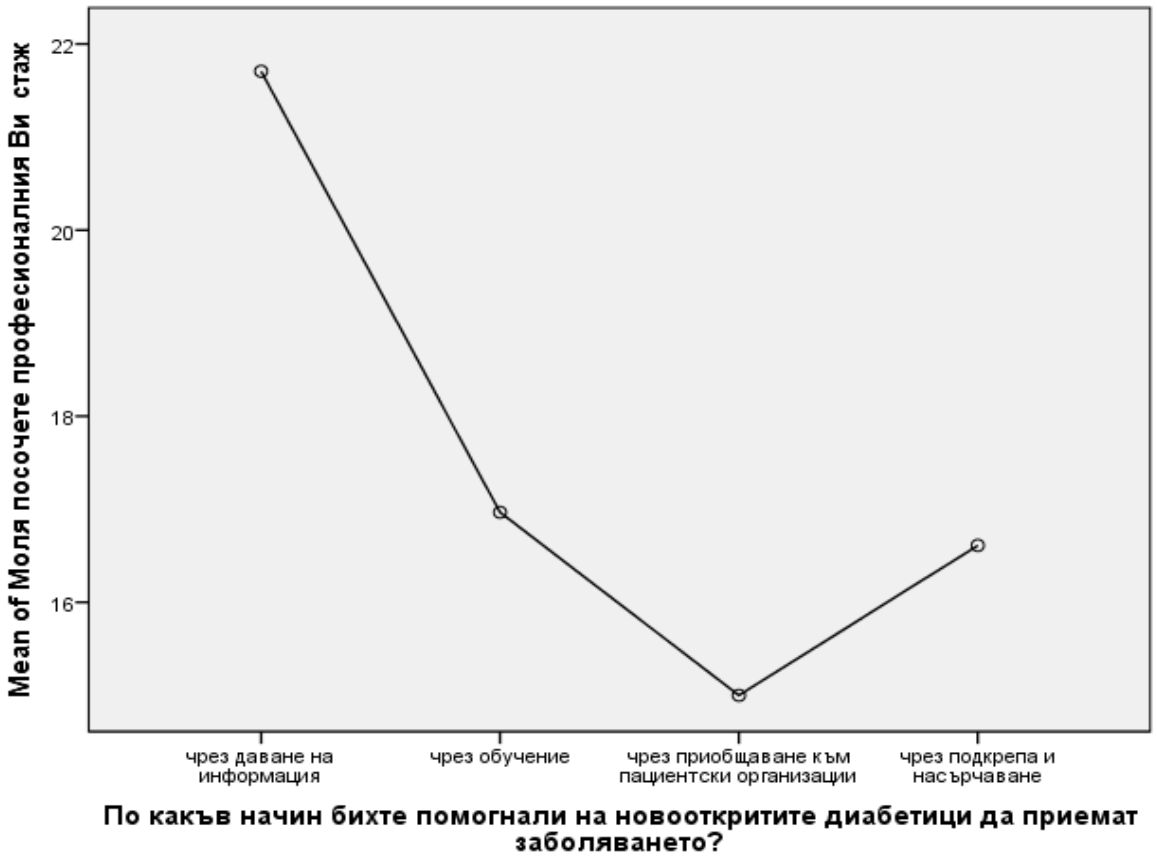
№	Мотивиране на пациентите с диабет на инсулинолечение за по-добър контрол – с:	Медицински сестри			Студенти		
		да	не	Общо	да	не	Общо
1.	Даване на повече информация	33,90%	66,10%	100.0%	55.54%	44.66%	100.0%
2.	Обучение	63,84%	36,16%	100.0%	50.68%	49.32%	100.0%
3.	Даване на добри примери	23,73%	76,27%	100.0%	36.99%	63.01%	100.0%
4.	Подкрепа и разбиране	41,24%	58,76%	100.0%	53.42%	46.58%	100.0%
5.	Други	1,69%	98,31%	100.0%	2.74%	97.26%	100.0%

Мотивираността на пациентите с диабет на инсулинолечение според медицинските сестри и студенти за по-добър контрол на заболяването може да стане с обучение, на това мнение са – 63.84% сестри и – 50.68%. На второ място анкетираните са поставили – с 41.24% медицински сестри и – 53.42% студенти, мотивиране с подкрепата и разбиране (табл.20). Анкетираните медицински сестри и студенти биха мотивирали пациентите за по-добър контрол на диабета с даване на повече информация съответно – 33.90% и - 55.54%. Респондентите, които смята добрите примери за мотивация са – 23.73% сестри и студенти – 36.99%. Ролята на специалистите по здравни грижи е ключова в грижите за пациентите с диабет на инсулинолечение за осигуряване на качество им на живот.

Табл. 21. Ролята на медицинските сестри и студенти за адаптацията на пациентите с диабет на инсулинолечение към заболяването

№	Отговори	Медицински сестри	Студенти
1.	**Да, ролята на медицинската сестра е много важна**	76.27%	82.19%
2.	**Да, донякъде е от значение**	22.70%	16.44%
3.	**Не е от значение**	1.03%	1.37%
Общо		100.0%	100.0%

Определено медицинските сестри и студенти имат значителна роля за адаптацията на пациентите с диабет на инсулинолечение към новия начин на живот. Това показват резултатите от проучването, за - 76.27% медицински сестри и – 82.19% студенти тя е много важна (табл.21). Медицинската сестра е професионалиста, който може да установи наличието на проблеми, като най-близък участник в лечебния процес, да избере подходящата форма и време за преодоляването им и най-вече при новооткритите пациенти с диабет на инсулинолечение.



Има статистически значима зависимост F = 2.665, p = 0.05 метод на Еднофакторен Дисперсионен анализ.

Наблюдава се статистически значима разлика между средните аритметични стойности на трудовият стаж на медицинските сестри с желание да помагат чрез даване на информация и чрез обучение.

Сестрите с по-голям трудов стаж желаят да помогнат на новооткритите пациенти с диабет на инсулинолечение да приемат заболяването чрез даване на информация, а по-младите с обучение, подкрепа и насърчаване.

Между трудовият стаж на медицинските сестри с продължителност от 20 години работа в отделения и мотивиране на пациенти с диабет на инсулинолечение за по добър контрол с обучение и даване на повече информация се отчита статистически значима зависимост ($p<0,05$) метод на Еднофакторен Дисперсионен анализ.

Резултатите от проучването показват, че медицинските сестри с по-голям трудов стаж имат по-голямо желание да мотивират пациентите за по-добър контрол с подаване на повече информация.

Медицинските сестри с по-малък трудов стаж желаят да мотивират пациентите с диабет на инсулинолечение за по-добър контрол с обучение и с увеличаване на стажа желанието намаля.

Медицинските специалисти трябва работят не само с пациентите, но и със семействата им.

Табл. 22. Разпределение на желанията на медицинските сестри и студенти да работят с пациентите и техните семейства

№	Отговори	Медицински сестри	Студенти
1.	**Да, имам голямо желание**	33.33%	27.81%
2.	**Да, имам желание**	48.42%	50.68%
3.	**Да, понякога**	13.73%	16.03%

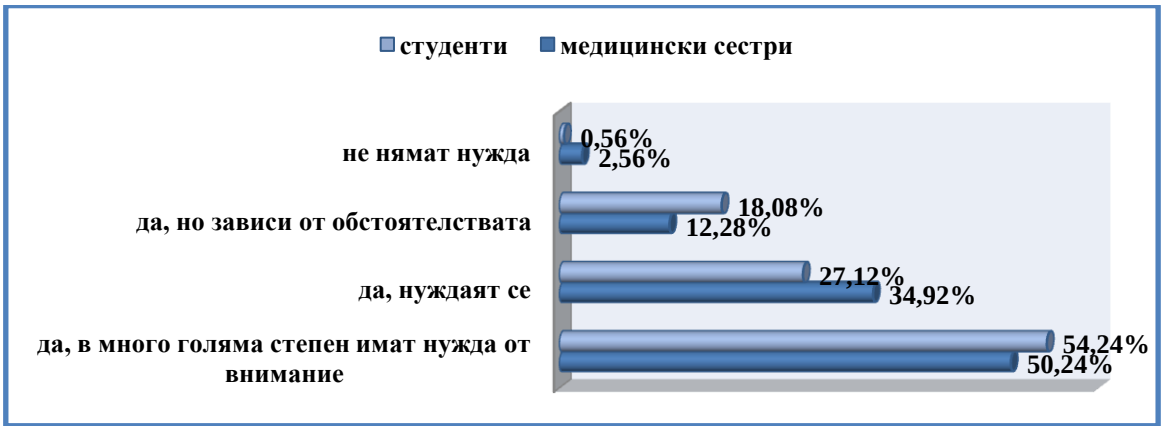
4.	**Не, нямам желание**	3.96%	2.74%
5.	**Изобщо не желая да работя със семействата**	0.56%	2.74%
Общо		100.0%	100.0%

Резултатите от проучването показват, че – 33.33% от анкетираните сестри и – 27.81% от студентите имат „голямо желание" да работят с пациента и неговото семейство, а – 48.42% от медицинските сестри и 50.68% от студентите „имат желание" за работа с тях(табл.22).

С дейностите, с които медицинските сестри и студенти биха помогнали, ще се откликне на сложните емоционални преживявания от тревожни съмнения и песимистични очаквания, към получаване на подкрепа от знаещи и можещи в един труден и за съжаление по някога преломен момент в живота на пациента и семейство му.

В комплексният подход към пациентите с диабет на инсулинолечение и умението да се общува с тях се оформят пълноценни сестрински грижи и постигане на контрол на диабета и качество на живот. Диабетът не е безнадеждна диагноза, а дълъг път към намиране на най – благоприятния начин за съжителство с него, в който активно участие взима медицинската сестра.

Медицинските специалисти имащи отношение към проблемите на пациентите дават следните оценки:

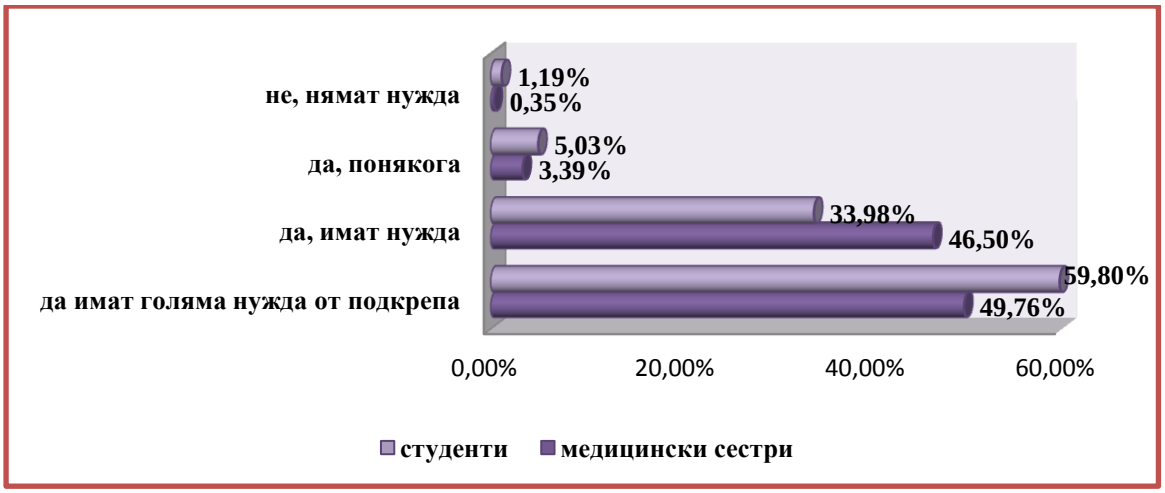


Фиг. 51. Необходимост на пациентите с диабет на инсулинолечение от по-голямо внимание според медицинските сестри и студентите

Друг психосоциален фактор оказващ влияние върху качеството на живот на пациентите на инсулинолечение е наличието на внимание от страна близките и медицинските специалисти имащи отношение към техните проблеми.

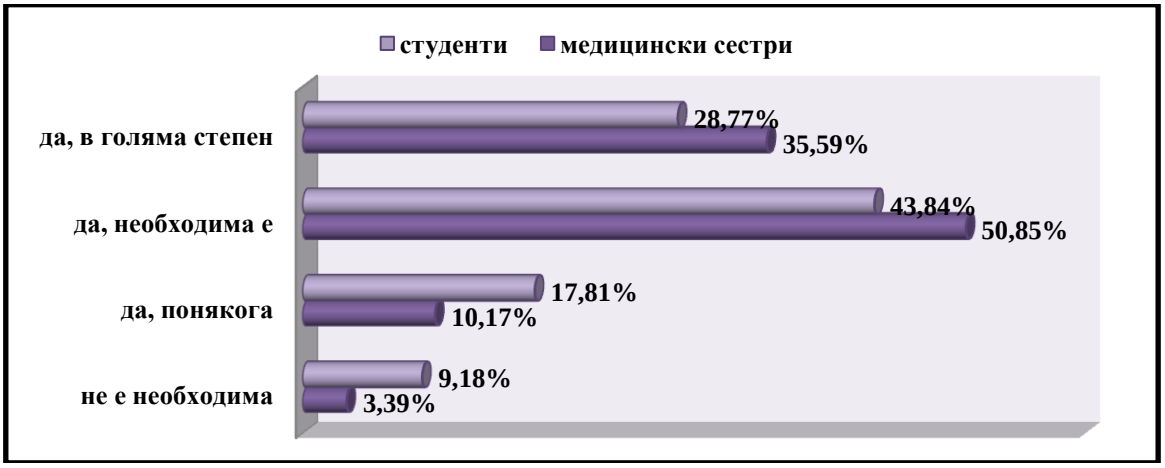
И тук резултатите са категорични за необходимостта на пациентите от внимание според - 85.16% от медицинските сестри и - 81.36% от студентите(фиг. 51).

Пациентите нямат необходимата компетентност да преценяват лечебно – диагностичния процес и грижите по същество, но винаги могат да оценят отношението и вниманието към тях, към тяхното състояние, към техните проблеми и желанието да им се помогне.



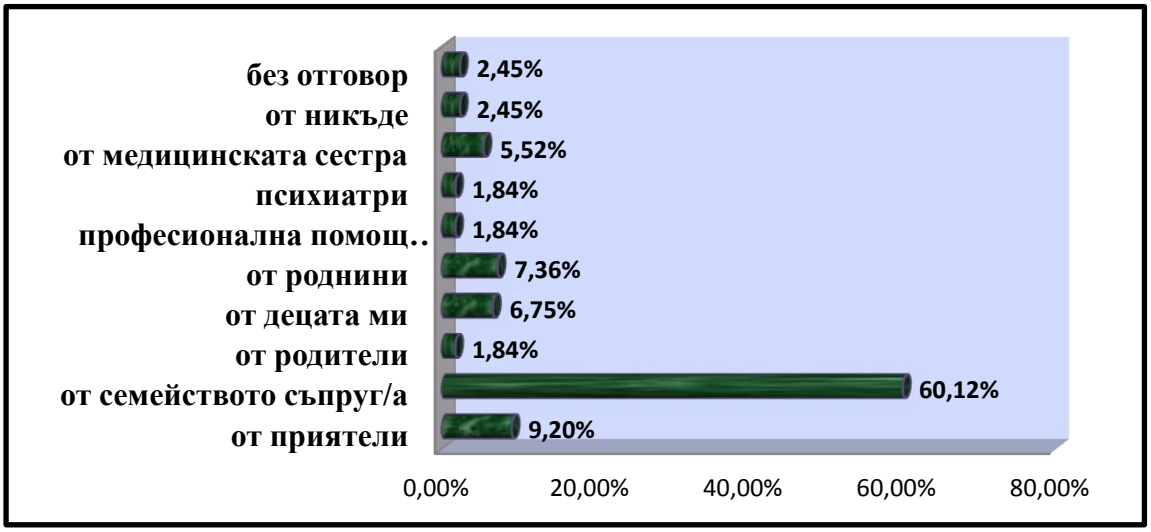
Фиг. 52. Необходимост на пациентите с диабет на инсулинолечение от разбиране и подкрепа според медицинските сестри и студентите

Имайки предвид влиянието на диабета върху качеството на живот на пациентите, значителна част от анкетирани – 96.26% от сестрите и 93.78% от студентите са единодушни за необходимостта от подкрепа и разбиране на пациентите на инсулинолечение(фиг. 52).



Фиг. 53. Необходимост на пациентите с диабет на инсулинолечение от социализация според медицински сестри и студенти

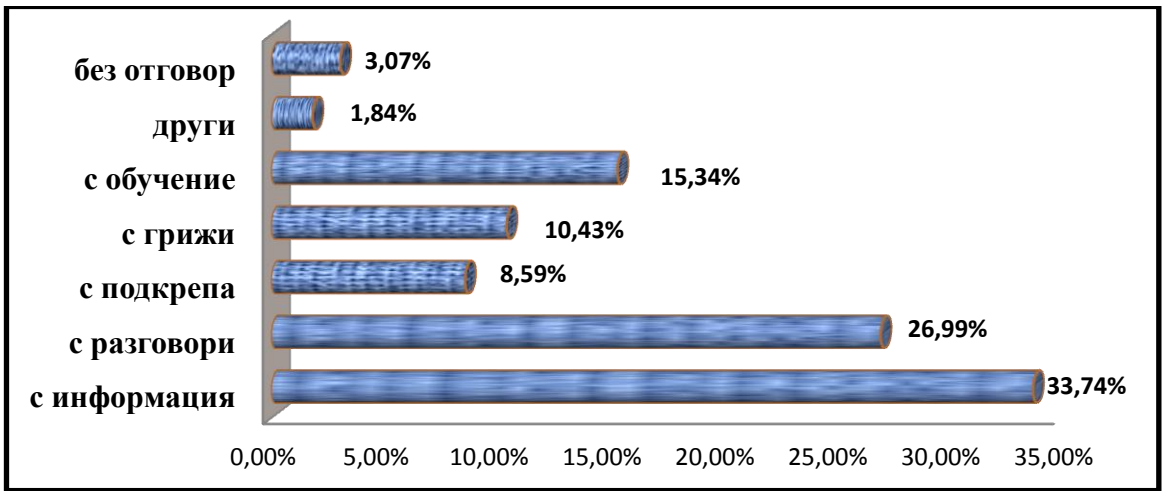
От данните на проучването се установява, че – 96.61% от анкетираните медицински сестри и – 90.42% от студентите отбелязват необходимостта на пациентите на инсулинолечение от социализация (фиг.53). В процеса на социализация пациентите очакват да срещнат нов комуникативен стил в отношението пациент/здравен специалист. Очакването обхваща не само просто изпълнение на манипулации, а и ново отношение към човешкото страдание в болестта и спомагане в трудовата ангажираност и социална активност обуславящи подобряване качеството на живот. За психологичния комфорт на пациентите потърсихме информация от следващата фигура.



Фиг.54. Разпределение на психологичната помощ и подкрепа давана на анкетираните пациенти

Мнозинството от анкетираните пациенти – 76.07% получават психологична помощ и подкрепа от близките си (фиг. 54). Безспорна е ролята на семейството и близките при справяне с психологичната помощ и подкрепа, защото това са хората на които най - много вярват и разчитат, но съвместното участието на специалисти ще спомогне за по-бързата им адаптация. Значително по-нисък е относителния дял – 9.20% на специалистите, които биха помогнали в различни ситуации, с които се сблъскват анкетираните при преодоляване на стреса и негативните нагласи.

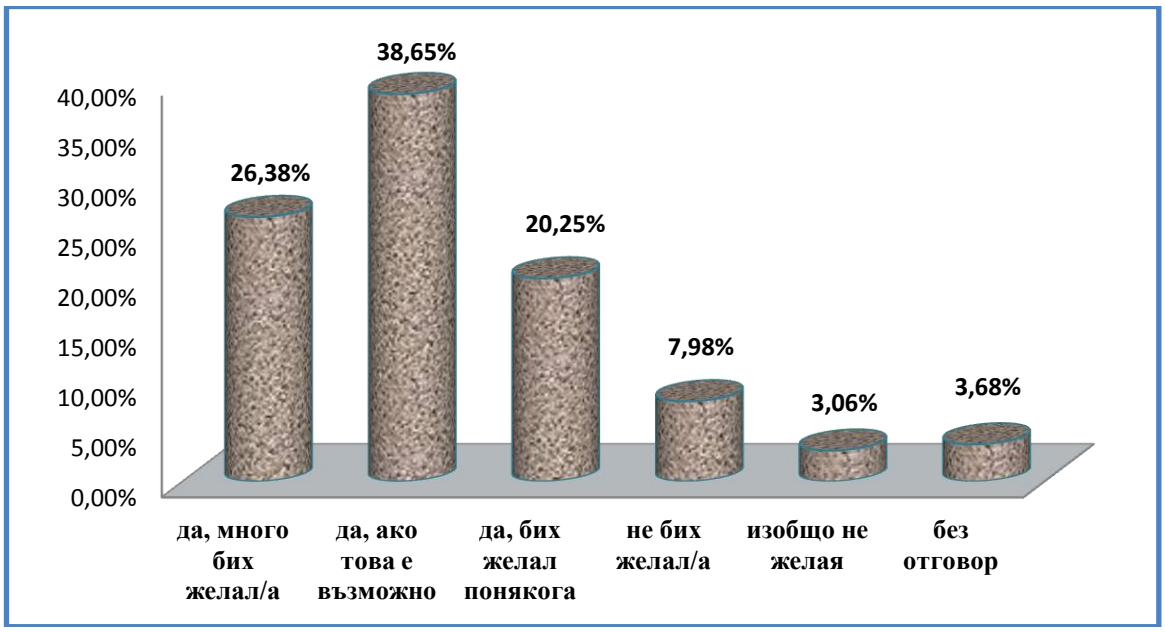
Как биха помогнали медицинските сестри и студенти на пациентите?



Фиг. 55. Дейности, с които медицинската сестра би помогнала на анкетираните пациенти

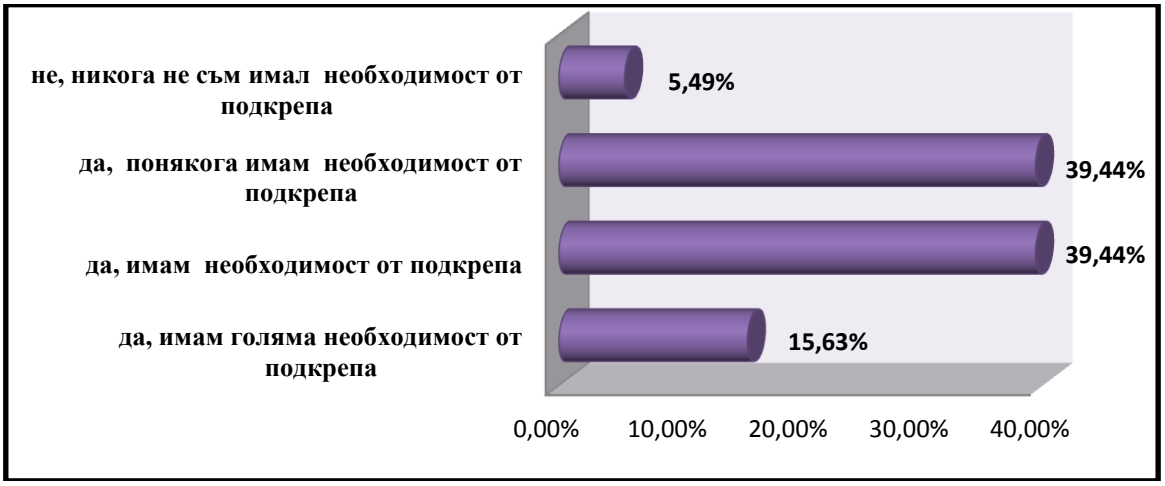
От данните на проучването се установява, че дейностите, с които медицинската сестра би помогнала на анкетираните са твърде разнообразни, но най-голям интерес те проявяват към информирането – 33.74%, разговори – 26.99% и обучение – 15.34% (фиг.55). Пациентите с диабет очакват да срещнат нов комуникативен стил в отношението пациент/здравен специалист. Очакването обхваща не само просто изпълнение на манипулации, а и ново отношение към човешкото страдание в болестта. С дейностите, с които медицинската сестра би помогнала, ще се откликне на сложните емоционални преживявания от тревожни съмнения и песимистични очаквания, към получаване на подкрепа от знаещи и можещи в един труден и за съжаление по някога преломен момент в живота им. В комплексния подход към пациентите с диабет на инсулинолечение и умението да се общува с тях се оформят пълноценни сестрински грижи и постигане на контрол на заболяването. Диабета не е безнадеждна диагноза, а

дълъг път към намиране на най – благоприятния начин за съжителство с него, в който активно участие взима медицинската сестра.



Фиг. 56. Предпочитания на анкетираните пациенти, медицинската сестра да работи със семействата им за грижите, от които се нуждаят

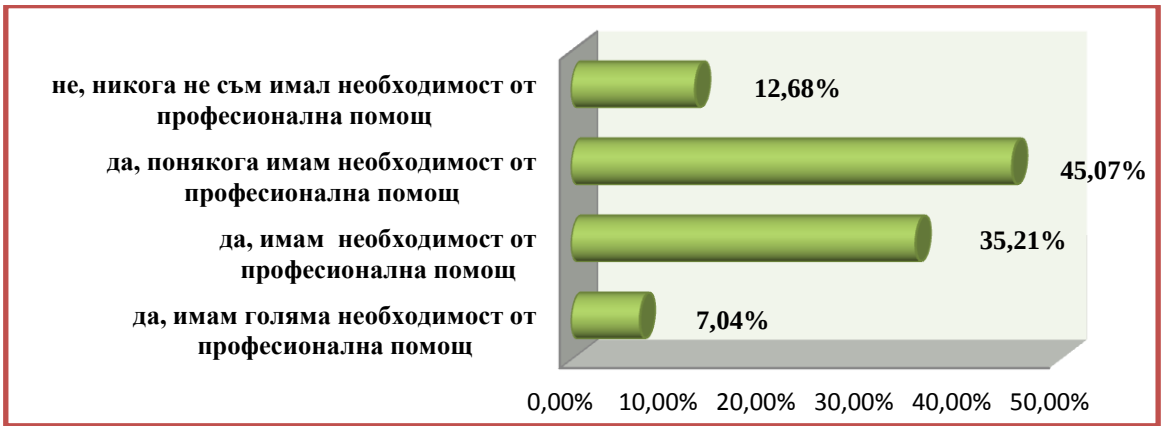
Резултата от проучването показва, че 85.25% от анкетираните желаят медицинската сестра да работи със семейството им (фиг.56). При изпълнение на функциите (определени от СЗО) от медицинската сестра се изисква отлично познаване и възприемане на холистичния подход към пациента в това число и неговото семейство. Пациентите с диабет на инсулинолечение поставят изисквания във взаимоотношенията пациент – медицински специалист. Те са с нови очаквания и искат да са партньори във вземането на решения за своето здраве, защото адекватното поведение на пациента и неговото семейство оказва влияние върху контролирания диабет. Това налага превръщането на био – психосоциалната парадигма за същността на човешката личност в ръководно начало при организацията и провеждане на здравните грижи при пациенти с диабет на инсулинолечение. Освен анкетираните пациенти и техните близки се нуждаят от подкрепа и професионална помощ.



Фиг. 57. Необходимост от подкрепа на родните за осигуряване качество на живот пациентите на инсулинолечение

На въпроса „Необходима ли Ви е подкрепа за осигуряване качество на живот на пациентите на инсулинолечение" – 94.51% от анкетираните роднини отговарят, че имат такава необходимост и само 5.49% никога не са имали необходимост от подкрепа (фиг.57).

Потвърждава се необходимостта от създаване на структури, чиито дейности да бъдат изцяло насочени за работа с пациенти с диабет и техните семейства за информиране, обучение и подкрепа.



Фиг.58. Необходимост от професионална помощ на родните за осигуряване качество на живот на пациентите на инсулинолечение

Констатира се необходимостта от професионална помощ на роднините за осигуряване качество на живот на пациентите на инсулинолечение (фиг.58), това са - 87.32%, като тя се ранжира в рамките на „да, имам понякога необходимост" – 45.07%, да, имам необходимост" – 35.21% и „да, имам голяма необходимост" – 7.04%,

а - 12.68% никога не са имали нужда от такава помощ. Тези данни показват сериозността на проблемите и тревогите на самите роднини, което е предпоставка за насочване на повече внимание към семействата на пациентите на инсулинолечение. Това изисква създаване на нови модели в комплексния терапевтичен подход за справяне на хроничното заболяване и осигуряване на добро качество на живот на цялото семейство.

3.7. МОДЕЛ ЗА ДИАБЕТНА ГРИЖА ПРИ ПАЦИЕНТИ НА ИНСУЛИНОЛЕЧЕНИЕ

1. Същност на модела

За преодоляване въздействието на психосоциалните фактори върху качеството на живот на пациентите с диабет на инсулинолечение е необходимо прилагането на модел за грижи при пациентите с диабет на инсулинолечение.

Моделът включва цялостна мрежа от консултации, лечение, грижа и обучение. В него е включен мултидисциплинарния екип полагащ грижи за пациент на инсулинолечение като силно е застъпена ролята на медицинската сестра. Моделът е комплексен и позволява да се обхванат всички аспекти на работа с пациент на инсулинолечение като:

- Медикаментозна терапия;
- Диетолечение;
- Профилактика на усложненията;
- Психосоциална подкрепа след приложена психосоциална оценка.

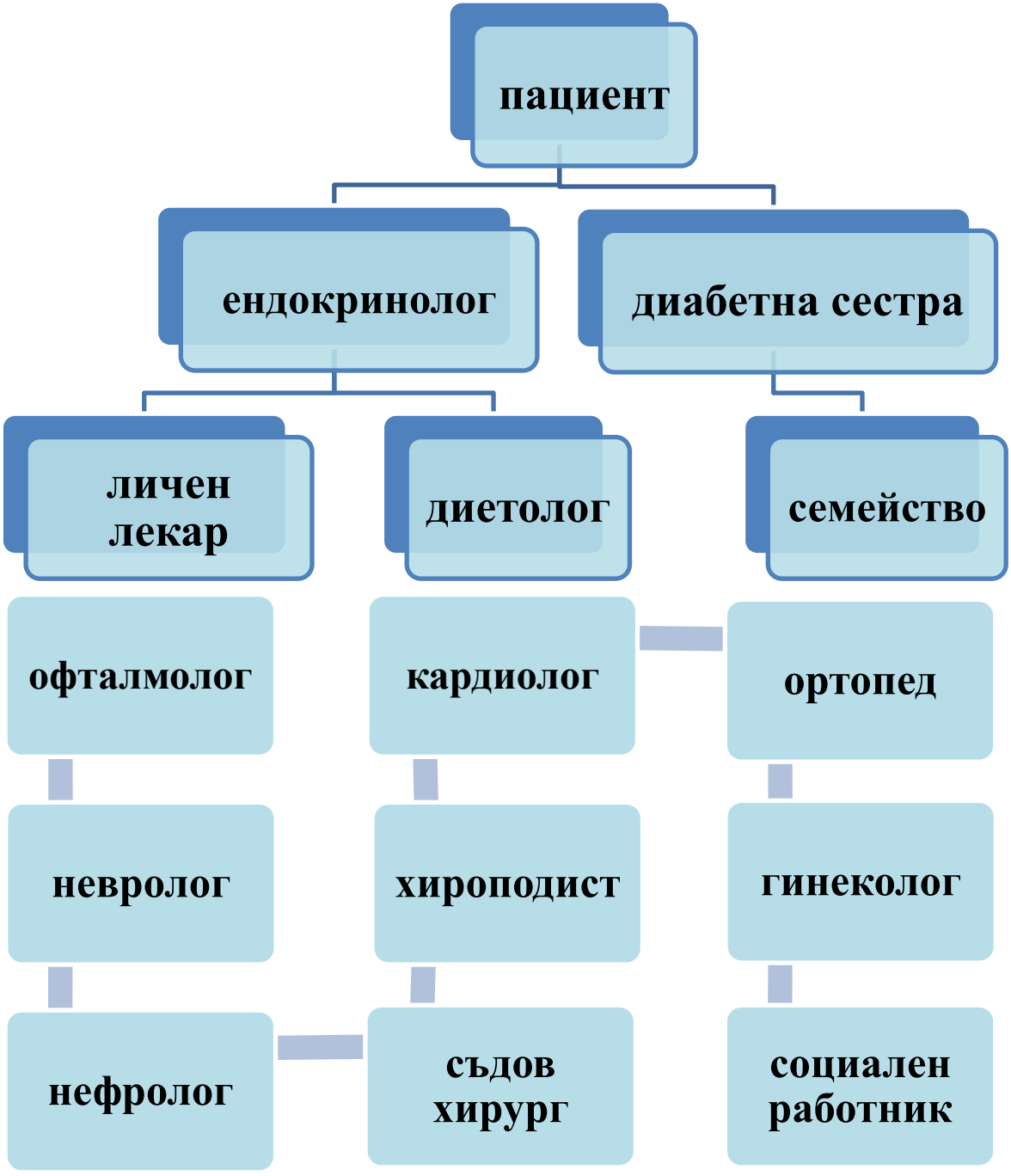
Целта на модела е чрез правилно подбрана диабетна грижа да се намали въздействието на психосоциалните фактори и да се осигури качество на живот на пациентите с диабет на инсулинолечение.

Задачите са насочени към очертаване на съответните компетенции, на мултидисциплинарния екип необходими за пълноценното, полагане на терапевтични и профилактични грижи както за пациентите с диабет на инсулинолечение така и за семействата им.

2. Структура на мултидисциплинарния екип.

Лечението, грижите и обучението на пациентите с диабет на инсулинолечение се извършват от мултидисциплинарен екип, включващ задължително ендокринолог, диетолог, медицински сестри – диабетна и сестра към личния лекар, психолог, личен лекар, офталмолог, хироподист, невролог, нефролог, съдов лекар, кардиолог, гинеколог, ортопед и социален работник(Приложение №7).

МУЛТИДИСЦИПЛИНАРЕН ЕКИП ЗА ДИАБЕТНА ГРИЖА



Постигането на успех при прилагане на консултативния модел се основава на взаимното доверие между пациент и екип. Важен фактор в работния процес между мултидисциплинарния екип и пациента независимо от това дали е с новооткрит диабет или опреснителни курсове е необходимо да се създаде приятна атмосфера, която ще допринесе извънредно много за разбиране на принципите на диабетния контрол, самоувереност на пациента и поемане на отговорност за собственото здраве.

В модела за диабетна грижа водещо място заема ендокринолога, с назначение на терапията, хранителен и двигателен режим. Последващите грижи за пациента се поемат от личния лекар. Той е активен участник в лечебния процес след изписването на пациента и проследяване на неговото състояние, изследвания, профилактични прегледи, регулярно насочване към различни специалисти с цел профилактика на усложненията.

3. Медицинската сестра в мултидисциплинарния екип.

Медицинската сестра е част от мултидисциплинарния екип. Тя е специалист, който може да извършва дейности самостоятелно в рамките на своите компетенции в това число даване на информация, обучение и оценка на здравното състояние и психосоциалните потребности на пациента и семейството му.

Сестринските грижи са ключови за осигуряване качество на живот на пациентите с диабет на инсулинолечение. За успешното осъществяване на сестрински грижи при пациентите е необходимо да се включат следните елементи:

- За осъществяване на модела са необходими много добри комуникативни умения на квалифицирани медицински сестри.
- В помощта за преодоляване на социалните проблеми на пациентите е необходимо разработване на програма за повишаване качеството им на живот.
- За психосоциалната подкрепа е необходимо разработване на програма за работа с пациентите с диабет на инсулинолечение.
- Работата със семействата на пациентите е свързана с осигуряване на програма за информиране и обучение, с което ще се подобри качеството на живот на пациентите с диабет на инсулинолечение(Приложение №6).

МЯСТОТО НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА В МОДЕЛА ЗА ДИАБЕТНА ГРИЖА

Оценката на психосоциалните нужди медицинската сестра извършва чрез прилагане на изработена „Карта за оценка на психосоциалното състояние „ (Приложение № 8).

Приложение № 8

КАРТА

за оценка на психосоциалното състояние на пациентите

Медицинска сестра извършила оценката:……

……

Дата:…….

Пациент……

<u>Социално демографска оценка</u>

1.Възраст……..години

2.Семейно положение:

омъжена ☐ женен ☐ разведен ☐ вдовец ☐ несемеен ☐ друго ☐

3.Образование: средно ☐ полувисше ☐специалист☐ бакалавър ☐

магистър ☐

4.В момента работите като :…….

5.Работното място е :……..….

6.Работното време : 4ч ☐; 6ч☐ ; 8ч☐ ; 12ч☐

<u>Социална оценка</u>

1.Имате ли семейство? да ☐ ; не ☐

2.Колко членно е семейството Ви? 2 ☐; 3 ☐; 4 ☐; 5 ☐; 6 ☐

3.Колко деца имате ?1☐ ; 2☐ ; 3 ☐; 4☐ ; 5☐;

4.Семейството разбира ли проблемите Ви от болестта? да☐ ; понякога да ☐

не☐; не ме разбира ☐

5.Имате ли достатъчно семейни доходи? да☐ ; отчасти☐;недостатъчни са ☐

изобщо нямам доходи ☐

6.Успявате ли да си осигурите храната необходима за болестта Ви ?

да☐; понякога☐; не мога☐ ; никога не успявам☐;

7.Къде си почивате най-добре? при семейството☐ на почивка☐

при постъпване в болница☐ на работа ☐

8.Имате ли приятели? да☐ ; имам много ☐ ; имам малко ☐

нямам приятели;☐

Психологична оценка

1.Кой Ви разбира най-добре? ……..

2.Кой Ви подкрепа най-често ?съпруг☐ ; дъщеря☐ ; син ☐;

внук☐ ; внучка☐; майка☐ ;баща☐ ; баба☐ ; дядо☐

3.Променя ли се настроението Ви ? да често☐; да☐ ; понякога☐

не☐ ; изобщо не се тревожа ☐

3.Имате ли достатъчно самочувствие? да имам ☐ ; не ☐; изобщо няма☐

4.Какво ви тревожи най-много? ……..

5.Посещавате ли група за подкрепа? да☐ ; не☐; посещавах преди време ☐

не зная за какво става на въпрос ☐

Оценка на нуждите от обучение

1.Желаете ли да бъдете обучавани? да често☐ ; да☐ ; понякога☐

не☐ ; изобщо не желая ☐

2.По какви въпроси да бъде обучението?.....

3.Как да се провежда обучението? еднократно☐ ; периодично☐

Обработените резултати дават възможност на медицинската сестра да състави индивидуална програма за работа с конкретния пациент. Програмата може да бъде включена в индивидуалния план за грижи. За нуждите на обучението е изработена „Програма за обучение на пациентите” (Приложение № 9).

Моделът за диабетна грижа обхваща медицински, психически и социални аспекти за работа с пациенти на инсулинолечение и позволява да им се осигури правилно лечение и грижи за по-добро качество на живот.

IV. ГЛАВА ЧЕТВЪРТА

ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ И ПРИНОСИ

4.1. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Захарният диабет е широко разпространено и поради това е социално-значимо заболяване. Има хроничен характер и се нуждае от непрекъснати медицински грижи и мотивирано участие на добре обучен пациент за превенция на остри компликации и намаляване риска от дългосрочни усложнения за запазване качеството на живот.

Пациенти с диабет на инсулинолечение като цяло се нуждаят от специализирано обучение, с оглед повишаване на тяхната здравна информираност и мотивация за добър метаболитен контрол, където медицинската сестра има важна роля.

Психосоциалната оценка е важен елемент от контролния преглед на пациента с диабет.Според Американската диабетна асоциация с нея се оценява поведението на пациента и способността му да осигурява безопасни и отговорни грижи за себе си, както и търсене на признаци на депресия, тревожност, свързана със захарния диабет, наличие на разтройства на храненето и когнитивни разтройства.

Психосоциалната оценка въздейства преди всичко на социалното функциониране – подпомага решаването на конкретни, индивидуално значими проблеми и водят до формиране на социални умения и умения за независим и самостоятелен живот.

Психосоциалната оценка включва нагласата на пациента спрямо болестта и назначеното му лечение, очакванията му от лечението, оценка на качеството на живот, свързано със ЗД, и на цялостното качество на живот . Психосоциална оценка е препоръчителна и при лош контрол на ЗД.

С прилагането на специфичният въпросник за въздействието на диабета чрез психосоциалните елементи на качеството на живот на пациентите с диабет на инсулинолечение се дава възможност за установяване на индивидуалните проблеми на пациентите и по-голяма чувствителност към индивидуалните решения отколкото общите мерки за качеството на живот. Има възможност за прилагане на индивидуални стратегии за лечение и грижи, защото много фина е тематиката за качеството на живот и най-малко очакваните фактори имат най-съществена роля при пациентите с диабет. Създава се възможност за гъвкава инсулинова терапия,

либерализиран режим на хранене, липса на късни усложнения, и по-висок социален статус, които са свързани с по - благоприятните резултати в различни области.

С дейностите, с които медицинската сестра би помогнала, ще се откликне на сложните емоционални преживявания от тревожни съмнения и песимистични очаквания, към получаване на подкрепа от знаещи и можещи в един труден и за съжаление по някога преломен момент в живота им. В комплексния подход към пациентите с диабет на инсулинолечение и умението да се общува с тях се оформят пълноценни сестрински грижи и постигане на контрол на заболяването. Диабета не е безнадеждна диагноза, а дълъг път към намиране на най – благоприятния начин за съжителство с него, в който активно участие взима медицинската сестра.

4.2. ИЗВОДИ

Анализиране на информираността и обучеността на пациентите и техните семейства

1. От направената самооценка на пациентите и техните близки се установи, че 90% от пациентите и 80% от техните близки са информирани за заболяването „диабет", като параметрите варират от задоволителни до много-добри.

а) Много-добра информираност имат 32.50% от пациентите и 12.67% от техните близки;

б) Добра информираност имат 38.34% от пациентите и 36.62% техните близки;

в) Задоволителна – 19.76% за пациентите и 30.36% близките;

2. Относно усложненията на заболяването „диабет", най-голяма информираност показват резултатите на медицинските сестри – 84.53%, следвани от студентите – 75.35%, 43.56% при пациентите и -40.20% при техните близки.

3. Информираността на пациентите „не винаги" се влияе от образователния ценз според -69.66% от медицинските сестри и 65.28% от студентите, съществуват и други фактори, които не са обект на настоящето проучване.

4. Най-честия източник на информация на информация за семейството е лекарят ендокринолог 38.17%; следван от личния лекар 25.35% и медицинската сестра 18.41%.

5. При изследването на признаците „информираност" и „обучение" се установи, че пациентите правят разлика между двете понятия като 90.66% съобщават, че са информирани за заболяването, а 52.40%, че имат нужда от обучение.

6. От потърсената статистическа зависимост между образование и нужда от обучение ($\chi 2 = 12{,}508$, $p < 0{,}05$) се установи, че най-голяма нужда от обучение имат пациентите с основно образование (среден ранг=46.71%), следвани от пациентите с ОКС „бакалавър" (среден ранг=71.67%) и пациентите със средно образование (среден ранг=75.02%).

Установяване проблемите на пациентите със захарен диабет и тяхното влияние върху качеството на живот

1. Един от най-често срещаните проблеми, при пациентите на инсулинолечение са усложненията на диабета:

- При 82.20% се наблюдават усложнения и само при 17.80% няма никакви промени от заболяването.
- Най-често срещаните усложнения са на очите 33.13%; на краката 28.83%; на бъбреците 3.07%; на сърцето 3.68%.

2. Установи се статистическа зависимост между количеството на усложненията и годините лечение с инсулин $\chi 2 = 36{,}183$, $p < 0{,}01$ – с увеличаване на годините лечение намаляват диабетните усложнения – среден ранг намалява.

3. Качеството на живот на пациентите с диабет на инсулинолечение се влияе от доходите на пациентите, необходим им за спазването на хранителния режим, отдих и профилактика на усложненията (44.79% имат доход под 500 лв.; 43% от 500-1000 лв.).

Изследване на психосоциалните елементи от диабетната грижа оказващи влияние върху качеството на живот на пациентите с диабет на инсулинолечение

1. Статистическите резултати показват наличието на промяна във всекидневието на пациентите с диабет на инсулинолечение при - 92.00%, в

семействата им при 64.17%, промяна в отношенията с партньора при 63.79%, както и в сексуалния живот при 84.59%.

2. От проведеното проучване се установява, че 87.01% от пациентите са с ниско самочувствие, за 74.74% мотивацията е недостатъчна, а 65.66% нямат големи очаквания за бъдещето.

3. Получените резултати показват, че – 65.79% от пациентите с диабет на инсулинолечение имат промяна във финансовото си състояние, както и във свободата си да ядат и пият каквото поискат съответно – 71.15% и 59.88%.

4. При прилагане на адаптирания модел DSQOLS се установи влиянието на психосоциалните елементи върху качеството на живот на пациентите с диабет на инсулинолечение.

Установяване значимостта на психосоциалната оценка за прилагане на диабетната грижа

1. Почти 70,00% от анкетираните пациенти са преживяли психологически шок при поставяне на диагнозата и назначаване на инсулинолечението.

2. Резултатите от проучването показват**,** че за – 82.82% от пациентите добрия контрол на заболяването е „изключително важен", а напълно адаптирани към заболяването са – 55.21%.

3. Пациентите, които посочват, че биха посещавали групи за взаимопомощ, „редовно" или „понякога" са 67.98%.

4. При оценката на важността на психосоциални елементи от сферите на живот на пациентите, най - силно негативно въздействие има във „финансовата" сфера - 86.83%, която е най – значима според анкетираните. Следват областите "свобода да ям и пия" съответно - 79.93% и 75.24%, сексуален живот – 73.08%, семеен живот – 70.14%, социален – 70.33% и самочувствие – 68.59%.

5. Установи си се, че – 76.06% от роднините са приели факта за заболяването на своя роднина с голяма тревожност, като – 38.03% от роднините разбирайки за поставената диагноза са се чувствали емоционално нестабилни, а - 30.99% са имали страх за бъдещето от здравословен характер.

Проучване на нагласите и подготовката на медицинските сестри и стажантите от специалност „Медицинска сестра" да подпомагат пациентите с диабет на инсулинолечение и техните семейства чрез консултиране и грижи

1. Резултатите от проучването установи, че – 76.27% за медицинските сестри и – 82.19% за студентите имат значителна роля за адаптация на пациентите към заболяването.

2. В проучването се установи, че медицинските сестри с по-голям трудов стаж желаят да мотивират пациентите за по-добър контрол с подаване на информация, а тези с по-малък стаж с обучение.

3. Медицинските сестри и студенти, които „имат желание" да работят с пациентите и техните близки са съответно: 50.68% от студентите и – 48.42% от сестрите.

4. Анкетираните пациенти – 85.25% желаят медицинската сестра да работи със семейството им.

5. Констатира се необходимост от подкрепа на – 94.51% и професионална помощ – за 87.32% от роднините.

4.3. ПРЕПОРЪКИ

1. **Към МУ, филиалите на МУ, ФОЗ и колежите:**
   - Да се оптимизират програмите за обучение на медицински сестри във връзка със специалните грижи за пациенти с диабет на инсулинолечение.
   - Да се повишат компетенциите и уменията на студентите от специалност „Медицинска сестра" за влиянието на психосоциалните фактори върху качеството на живот на пациентите и справянето с проблемите.
   - Да се разработят форми за следдипломна квалификация на медицинските сестри за повишаване на техните умения за психосоциалната подкрепа и грижа на пациентите с диабет на инсулинолечение.
2. **Към лечебните заведения:**
   - Да се осигури периодично обучение на медицинските сестри работещи с пациенти с диабет на инсулинолечение за по-добра комуникация и справяне

с психосоциалните елементи влияещи на качеството на живот на пациентите.

- Създаване и прилагане в клиничната практика на методика за анализ на психосоциалните фактори влияещи на качеството на живот на пациентите с диабет на инсулинолечение.
- Разработване на Програма за здравни грижи при пациенти на инсулинолечение при включване на психосоциална оценка и качество на живот.

3. Към МЗ НЗОК:

- Създаване на система за осигуряване на пакет от здравни грижи за пациентите с диабет на инсулинолечение извършвани от медицинските сестри в доболничната помощ при сключване на договор с НЗОК.
- Търсене на нови източници за финансиране на дейности за превенция на хроничните заболявания и в частност на диабета с инсулинолечение.

4. Към Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи:

- Да се организират курсове за следдипломно обучение за изграждане на адекватни сестрински интервенции относно грижите както за пациентите с диабет на инсулинолечение така и за техните близки.
- Да организира и провежда система на взаимодействие между работодатели и лечебни заведения за обогатяване и разширяване знанията на населението и създаване на здравно информирано общество.
- Разработване на методика за прилагане на схематичен модел за качество на сестринската практика за пациенти с хронични заболявания в доболничната помощ.

4.4. ПРИНОСИ

1. Приноси с научно-познавателен характер

1.1. Направен е обширен анализ на специфичната литература, свързана с диабетната грижа и участието на медицинската сестра.

1.2. За първи път у нас е извършено комплексно и задълбочено проучване на психосоциалните фактори влияещи върху качеството на живот на пациентите с диабет на инсулинолечение.

1.3. Приложен е адаптиран модел за психосоциална оценка за качеството на живот на пациентите с диабет на инсулинолечение.

1.4. Установено е влиянието на психосоциалните фактори върху качеството на живот при пациенти с диабет на инсулинолечение, тежестта и необходимостта от изготвяне на индивидуални грижи.

2. Приноси с практико-приложен характер

2.1. Представен е модел за диабетна грижа при пациенти на инсулинолечение.

2.2. Предложена е програма за обучение на пациентите и техните близки за преодоляване на проблемите свързани със заболяването.

2.3. Приложена е оценка на психосоциалните елементи, която е приложима за сестринската практика в болнична и доболнична помощ.

2.4. Дефинирани са основните социални проблеми на пациентите с диабет на инсулинолечение, които трябва да бъдат включени като приоритетни в здравните грижи и политиката на МЗ.

2.5. Обособява се потребност от развитие на професионални компетенции на медицинската сестра за профилактика при пациенти с диабет на инсулинолечение, чрез формите на асистираното обучение.

ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. **Е.Владимирова**, Информираността при пациенти с диабет на инсулин и необходимост от сестрински грижи,XXV-та традиционна Международна научна конференция, 2015, Стара Загора,сб.Научни статии и доклади,с.138-142.

2. **Е. Владимирова**, П. Маринова, П. Аспарухова, Е. Янкулова, Хранителен режим при пациенти със захарен диабет-роля на медицинската сестра, Х-ти Национален конгрес по хранене с международно участие, 2015, Варна, 145-150

3. **Elka D. Vladimirova**, Penka A. Marinova, Galya T. Yankova**.**Psychological support of patients with Diabetes type 1- role and participation of nurse. 14th International Conference „Economy & business“, 1–5 September 2015, Journal of International Scientific Publications,2015, Vol. 9,pp 619-626,

4. **Е. Владимирова**, Предизвикателствата на хроничната болест – роля на сестрата при диабет, Бургас 2016, 52-56.

5. **Е. Владимирова**, П. Аспарухова, Г. Янкова, Проучване удовлетвореността на пациентите с диабет на инсулинолечение от качеството на медицинското обслужване, XXVI международна конференция, Стара Загора, 2-3 юни 2016, 150-154.

Използвана литература:

1. Александрова,М., Съвременни тенденции в обучението на медицински сестри, С., 2007
2. Балканска, П.Професионално общуване и комуникация, В: Учебно помагало „Семейна медицинска сестра", София, БЧК,ISBN 978-954-8406-03-1,2009,31-39
3. Борисов, В., Ц. Воденичаров, Реалности на здравната реформа, София,2000.
4. Борисов, В.,Качество на здравното обслужване, Социална медицина, учебник за медицинските колежи,Акар ПРИНТ, С., 2004
5. Борисов, В.,Здравен мениджмънт.Азбука на здравния мениджмънт, 2005
6. Боянов, М., Ванкова, М., „Качество на живот при захарен диабет" 2013 бр.20-21
7. Боянов, М.Спешни състояния и периоперативни проблеми при ендокринните болести С., Артик-2001,2009,144с.
8. Визева, М., Дисертационен труд – „Качество на живот и мениджмънт на здравните грижи при захарен диабет" С. 2014
9. Грънчарова, Г.Социална медицина, Изд. център на ВМИ Плевен, 2002.
10. Гюрова, В."Андрагогия. Изкуството да обучаваме възрастните", Универсал – Друмев; С.;1998
11. Декларация за диабета на Европейския Парламент 2006г.
12. Деспотова В. „Психосоциални аспекти в живота на деца и подрастващи с тип1 захарен диабет",2013"Живот и здраве",сп.,бр.-38
13. Димитрова А. Т., Дисертационен труд „Самоуправление на метаболитния синдром – ефективна превенция на усложненията", 2016,
14. Диабет. Пълен справочник на американската диабетна асоциация. ИК „Скорпио", С., 2010
15. Европейска стратегия на СЗО за обучение на медицински сестри и акушерки – „Медицински сестри и акушерки за здраве". 2008
16. Закон за интеграция на хората с увреждания (ЗИХУ). чл. 12, ал. 2
17. Закон за интеграция на хората с увреждания (ЗИХУ). чл. 42
18. Закона за общинската собственост. чл. 24-31 на ППЗИХУ, ДВ бр. 115, 2004
19. Как да измерим качеството на живота, здраве.бг 2015

20. Квалификационна характеристика на медицинската сестра, факултет - „Обществено здраве" на МУ-С.,2014
21. Ключови факти и цифри за Европа и европейците. Качество на живота, europa.eu 2016
22. Кусев, Ив., Основи на социалната работа, София, 1998,с.11
23. Лозанов, Б (ред.).Ендокринология. С., Тилия,2000, 1100с
24. Методично указание на МЗ за обслужване на лицата с тежки психични разстройства, Закон за здравето (в сила от 01.01.2005г.) – чл.145, ал.2
25. Маринова, П. Професионални компетентност и компетенции (технологични насоки за изработване на компетенциите на специалистите по здравни грижи)- Здравен мениджмънт, 2004, 25-28.
26. Маринова, П. Съвременната медицинска сестра – социологически, образователни и управленски аспекти. Нов ден 2001,70-71.
27. Маркова Ст., И. Стамболова, Г. Чанева, Автономност и отговорност в сестринската практика, сп. Сестринско дело,бр.2,2001
28. Методични указания по захарен диабет, Българско дружество по ендокринология, 2008г.
29. МНЗ,Доклад за здравето на нацията в началото на 21 век август2004
30. Мухина, С., Тарновская, И., „Теоретични основи на сестринските грижи",Издателски център МУ- Плевен, 2006.
31. Национална асоциация на децата с диабет
32. Национална кръгла маса „Захарен диабет в България-предизвикателства и политики", 2008
33. Национална здравна стратегия 2007-2012
34. Палиативните грижи - неотложна потребност, Н. Тосева, сп. „Здравен мениджмънт", 2001, №1, 46-48.
35. „Парламентарен консенсус за борба със социално значимите заболявания", Пловдив, национална кръгла маса, 2008

36. Попова С., Фесчиева Н., Мирчева И., Керековска А., Докова К., „Потребност от обучение на професионалисти в областта на общественото здраве“ сп. Социална медицина, 2001/4.
37. Попова С., Кръстева Н., Юрукова К. „Комуникативни умения и автономни функции на сестринството”, Пловдив, 2001г. 32-34, 35-39
38. Постановление №304 на МС от 17.12. 2010г. за приемане на обемите, цените и методиките за остойностяване и за заплащане на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване
39. Правилник за прилагане на закона за интеграция на хора са увреждане, 2004
40. Препоръки за лечение на пациенти с диабет тип 2 в региони на Централна, Източна и Южна Европа, Консенсусни срещи, ноември 1999 и януари 2000, Будапеща
41. Решение на Четиридесетото Народно събрание на Република България 2008г. Обн. ДВ. Бр.101 от 25 ноември 2008г.
42. Резолюция 61/225 от 20 декември 2006 г. на ООН
43. Стамболова, И. Г. Чанева. Управление на здравни грижи. С., Филвест, 2007
44. Стамболова И., Етична и професионална отговорност в дейността на медицинската сестра, сп. Здравни грижи, бр.I,2003
45. Стамболова И., Самочувствието на медицинските сестри като израз на тяхната професионална отговорност и удовлетвореност, сп.”Здравни грижи”бр.I/2010
46. Стойчева, М. и К. Попова. Социално-хуманитарното обучение в медицинските колежи- необходимост и реалност. Сестр. дело,32,2000, №1, 3-7
47. Стойчева, М. Новата роля на медицинската сестра в медико-социалните грижи - Сестр. дело,32,2000, №4, 10-11
48. Съвременен тълковен речник на българския език.Наука и изкуство. С-352, с.778
49. Тончева, С., Загорчев П., Борисова С., Цветкова, Т., Първична здравна помощ – наръчник за медицински сестри, Горекс Прес,София, 2000.
50. Тончева, С., Сестрински процес и сестринска диагноза – възможност за наблюдение, оценка и анализ състоянието на пациента.Семейна медицинска сестра, Български червен кръст, София, 2009,61-64.

51. Тончева С. „Задачи, функции и роля на медицинската сестра в първичната здравна помощ" сп.Сестринско дело 2000/4,С
52. Чанева Г.,Сестрински концептуални модели. Семейна медицинска сестра, Български червен кръст, София, 2009, 9-12
53. Чанева Г., Качество на сестринските грижи като приоритет. С., Артик 2001, 2008.
54. Щандл, Е.; Менерт, Х. – "Наръчник на диабетика", ИК "Емас", София, 2002
55. Bilous R. Microvascular disease: what does the UKPDS tell us about diabetic nephropathy? Diabet Med, 2008. 25(2):25-9.
56. Clalit HealthcareService„Диабет и общество"Израел 1995г.
57. Diabetes Prevention Study (2003)
58. Diabetes Primary(Study 2002)
59. Gaede P., et al. Effect of a Multi factorial intervention on Mortality in Type 2 Diabetes N Engl J Med 2008:358:580-91.
60. IDF Diabetes Atlas, 3rd ed. 2007
61. IDPP Study, 2006
62. Jonsson B. Revealing the cost of Type II diabetes in Europe Diabetologia (2002) 45:55-S12
63. Kostadinova T., (2004), The Healthcare ReforminBulgaria: NecessityforStrategicApproach to ReducetheSocialCost. Finalpaper.
64. Kannel WB, et al. Diabetes, fibrinogen, and risk of cardiovascular disease: The Framingham experience. Am Heart J 1990: 120:672-676.
65. M. Boyanov et al.Modeling the impact of enhanced treatment of type 2 diabetes mellitus in Bulgaria, accepted for poster session, ISPOR 2011.
66. NEnglJMed 2008; 359:1577-89.
67. The Euro Heart Survey on Diabetes and the Heart. Eur. Heart Journal, 2004;25:1880-1890.
68. UKPDS Group. Tight blood pressure control and risk of microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. BMJ. 1998: 317:703-13

69. VLASTTI.com Ирина Карпузова „Диабетът е социално значим проблем“14.11.2008г.
70. Hobfoll, S. E. (1988). The ecology of stress. Washington, DC: Hamisphere.
71. Hobfoll, S. E. (1990). Introduction: The importance of predicting, activating and faciliating social support. Journal of Social and Personal Relationships, 7, 435-436.
72. Schwarzer, R. (1997) Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch (2 Aufl.).Goettingen:Hogrefe .
73. Schwarzer, R& Leppin, A. (1989). Sozialer Rueckhalt und Gesundheit. Goettingen: Hogrefe.
74. Sommer, G. und Fydrich, T. (1989) Soziale Unterstuetzung. Diagnostik, Konzepte, F-SOZU
75. (DGVT Materialie Nr.22). Tuebingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
76. Antonucci, T.C. (1985).Social Support: Theoretical advances, recent findings, and pressing issues. In I.G. Saranson& B.R. Saranson (ed.), Social Support: Theory research and application (21-38). Dordrecht: Martinus Nijhoff.
77. Badura, B. (1981). Soziale Unterstuetzung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Frankfurt M.: Suhrkamp
78. Gusy, B. (1995) Stressoren in der Arbeit, soziale Unterstuetzung und Burnout, Muenchen, Profil Verlag.
79. Baumann, U. & Veiel, H. O.F. (ed.) (1992). The meaning and measurement of social support. Washington, DC: Hamisphere.
80. Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life-stress. Psychosomatic Medicine, 38, 300-314.
81. Cobb, S.& Jones, J.M. (1984) Social support, support groups and marital relationships. In S.Duck (ed.), Personal Relationships: Repairing Personal Relationships (5). London: Academic Press.
82. C e n t r e s for Disease Control and Prevention. Measuring Healthy Days: Population Assessment of Health-Related Quality of Life [monograph]. Atlanta, Georgia: CDC; 2000.

83. Saranson, B. R., Saranson, I.G. & Pierce, G. R. (1990). Social support: an interactional view. New York: Wiley.

84. THUNANDER M, PETERSSON C, JONZON K, FORNANDER J, OSSIANSSON B, TORN C, EDVARDSSON S, LANDIN-OLSSON M. Incidence of type 1 and type 2 diabetes in adults and children in Kronoberg, Sweden. Diabetes Res Clin Pract 2008: 82: 247ñ255

85. VANDEWALLE CL, COECKELBERGHS MI, DE L, DU ICM,

86. SCHUIT FC, PIPELEERS DG, GORUS FK. Epidemiology, clinical aspects, and biology of IDDM patients under age 40 years. Comparison of data from Antwerp with complete ascertainment with data from Belgium with 40% ascertainment. The Belgian Diabetes Registry. Diabetes Care 1997: 20: 1556ñ1561

87. IDF. Incidence of diabetes. Diabetes Atlas 2006:2

88. VANELLI M, CORCHIA M, IOVANE B et al. Outsidehospital assistance for children and adolescents with type 1 diabe-88 tes mellitus. Acta Biomed 2006: 77: 163-167

89. Cohen, S. (1992). Stress, social support, and disorder. In H.O.F. Veiel& U. Baumann (ed.) The meaning and measurement of social support (109-124). New York: Hamisphere Publishing Corporation.

90. Cohen, S. & Syme, S.L. (1985). Social support and health. New York: Academic Press.

91. Cutrona, C.E.&Russell, D.W. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. In W.H. Jones, D. Perlman (ed.), Perspectives on interpersonal behaviour and relationships. Greenwich, C.T.: JAI Press

92. M e r i c a n Diabetes Association. Executive summary: Standards of medical care indiabetes-2012. Diabetes Care, **35**, 2012, Suppl. 1.

93. Bennett W., Maruthur N., Singh S. et al. Comparative effectiveness and safety of medications for type 2 diabetes: an update including new drugs and 2-drug combinations. Ann Int Med. 2011;154:602-613http://www.annals.org

94. American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for clinical practice for developing a diabetes mellitus comprehensive careplan.AmericanEndocrPract.2011;17(Suppl2):153http://aace.metapress.com/content/t7g5335740165v13/fulltext.pdf

95. Zoungas S., Patel A., Chalmers J. et al. Severe hypoglycemia and risks of vascularеventsanddeath.NEnglJMed.2010;363:1410,,1418 http://www.nejm.org

96. Diabetes care and research in Europa & the St.Vincent Declaration astion program. WHO, regionalfffice in Europa, Copenhagen 1992

97. Diabetes Health Economics Study Group. Economics of Diabetes and Diabetes Care. InternationalDiabetes Federation 1999

98. Finnisn Diabetes Assoc: Development Programme for tne Preventionand Care of Diabetes in Finland 2000-2010 (DEHKO), Tampere 2001

99. Skyler J., Bergental R., Bonow R. et al. Intensive glycemic control and the prevention of cardiovascular events: implications of the ACCORD,ADVANCE,andVADiabetesTrials.DiabetesCare2009;32:187192http://care.diabetesjournals.org

100. A m e r i c a n Diabetes Association. Executive summary: Standards of medical care in diabetes – 2012. Diabetes Care, **35**, 2012, Suppl. 1.

101. Старкова, Н. Т. Клиническая эндокринология. Руководство. Санкт-Петербург, Питер, 2002. ISBN 5-272-00314-4. с. 576.

102. Уоткинс, Питър Дж. Сахарный диабет = ABC of Diabetes. Москва, Бином, 2006. ISBN 5-9518-0156-7. с. 134.

103. Armstong D. G., L.A.Lavery, T.L. Quebedeaux, S.C. Walker. Surgikal morbidity and the risk ofdmputation due to infected puncture wounds in diabetic versus nondiabetic adults.South Med J 90, 1997, 4, 384-9

104. European Diabetes Policy Group 1998-1999. A Desktop Guide toType 2

105. Diabetes Mellitus. International Diabetes Federation, European Region.

106. AmericanDiabetesAssociation.StandardsofMedicalCarein Diabetes.Diabetes Care, 27,Suppl 1, January 2004

107. American Diabetes Association. Hypertension Management in Adults withDiabetes. Diabetes Care, 27,Suppl, January 2004.

108. 2003 European Society of Hypertension – European Society of Cardiologyguidelines for the management of arterial hypertension, Journal ofHypertension 2003, 21: 1011-1053

109. Carr J: The dying process: a refinement of Kubler-Ross 5 stage theory. *Am J Hosp Care* **3**:34–38, 1986

110. Almeida CM: Grief among parents of children with diabetes.*Diabetes Educ* **21**:530–532, 1995

111. Lowes L, Lyne P: Chronic sorrow in parents of children with newly diagnosed diabetes: a review of the literature and discussion of the implications for nursing practice. *J Adv Nurs***32**:41–48, 2000

112. Kovacs M, Kass RE, Schnell TM, Goldston D, Marsh J: Family functioning and metabolic control of school-aged children with IDDM. *Diabetes Care* **12**:409–415, 1989

113. Laron Z: Psychosocial problems of diabetic children and adolescents. *Acta Diabetologica Latina* **21**:35–44, 1984

114. Worrall-Davies A, Holland P, Berg I, Goodyer I: The effect of adverse life events on glycemic control in children with insulin-dependent diabetes mellitus. *Eur Child Adolesc Psychiatry* **8**:1–6, 1999

115. Dutour A, Boitheau V, Dadoun F, Feissel A, Atlan C, Oliver C: Hormonal response to stress in brittle diabetes.*Psychoneuroendocrinology* **21**:525–543, 1996

116. Castro D, Tubiana-Rufi N, Moret L, Fombonne E: Psychological adjustment in a French cohort of type 1 diabetes children.*Diabetes Metab* **26**:29–34, 2000

117. Hausen ST, Jacobson AM, Lavori P, Wolfsdorf JE, Herskowitz RD, Milley JE, Bliss R, Ertlieb D, Stein J: Adherence among children and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus over a four-year longitudinal follow-up: immediate and long-term linkages with the family milieu. *J Pediatr Psychol***15**:527–542, 1990

118. Northam E, Anderson P, Adler R, Werther G, Warne G: Psychosocial and family functioning in children with insulin-dependent diabetes at diagnosis and one year later. *J Pediatr Psychol* **21**:699–717, 1996

119. Holmes CS, Yu Z, Frentz J: Chronic and discrete stress as predictors of children's adjustment. *J Consult Clin Psychol***67**:411–419, 1999

120. Laron Z, Galatzer A, Amir S, Gil R, Karp M, Mimouni M: A multidisciplinary, comprehensive, ambulatory treatment scheme for diabetes mellitus in children. *Diabetes Care* **2**:342–248, 1979

121. The DCCT Research Group: The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* **329**:977–986, 1993

122. Sundelin J, Forsander G, Mattson SE: Family-oriented support at the onset of diabetes mellitus: a comparison of two group conditions during 2 years following diagnosis. *Acta Paediatrica***85**:49–55, 1996

123. Galatzer A, Amir S, Gil R, Karp M, Laron Z: Crisis intervention program in newly diagnosed diabetic children. *Diabetes Care***5**:414–419, 1982

124. Rovet JF, Ehrlich RM, Czuchta D, Akler M: Psychoeducational characteristics of children and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *J Learning Disabil* **26**:7–22, 1993

125. Northam EA, Anderson PJ, Wether GA, Warne GL, Adler RG, Andrewes D: Neuropsychological complications of IDDM in children 2 years after disease onset. *Diabetes Care* **21**:279–284,1998

126. Hatton DL, Canam C, Thorne S, Hughes A: Parents' perceptions of caring for an infant or toddler with diabetes. *J Adv Nurs* **22**:569–577, 1995

127. Vandagriff JL, Marrero DG, Ingersoll GM, Fineberg NS: Parents of children with diabetes: what are they worried about?*Diabetes Educ* **18**:299–302, 1992

128. Guthrie DW, Sargent L, Speelman D, Parks L: Effects of parental relaxation training on glycosylated hemoglobin of children with diabetes. *Patient Educ Couns* **16**:247–253, 1990

129. Miller S: Hearing from children who have diabetes. *J Child Health* Care **3**:5–12, 1999

130. Jacobson AM, Hauser ST, Lavori P, Willett JB, Cole CF, Wolfsdorf JI, Dumont RH, Wertlieb D: Family environment and glycemic control: a four-year prospective study of children and adolescents with insulin dependent diabetes mellitus. *Psychosom Med* **56**:401–409, 1994

131. Woodgate RL: Adolescents' perspectives of chronic illness: "it's hard." *J Pediatr Nurs* **13**:210–213, 1998

132. Hanna KM, Guthrie DW: Adolescents' perceived benefits and barriers related to diabetes self-management: Part 1. *Issues Compr Pediatr Nurs* **23**:165–174, 2000

133. Kyngas H: International pediatric nursing: compliance of adolescents with diabetes. *J Pediatr Nurs* **15**:260–267, 2000

134. Skinner C, Petzing J, Johnston C: Peer support and metabolic control in adolescence. *J Diabetes Nurs* **3**:140–144, 1999

135. Horn CA, Peterson AM: Insulin dependent diabetes mellitus and eating disorders: a literature review. *Diabetes Educ* **28**:45–49,1997

136. Hanna KM, Guthrie DW: Parents' and adolescents' perceptions of helpful and nonhelpful support for adolescents' assumption of diabetes management responsibility. *Iss Compr Pediatr Nurs***24**:209–223, 2001

137. Goldston DB, Kovacs M, Obrosky DS, Iyengar S: A longitudinal study of life events and metabolic control among youths with insulin-dependent diabetes mellitus. *Health Psychol* **14**:409–414,1995

138. Kovacs M, Charron-Prochownik D, Obrosky DS: A longitudinal study of biomedical and psychosocial predictors of multiple hospitalization among young people with insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabet Med* **12**:142–148, 1995

139. Rosilio M, Cotton J, Wieliczko M, Gendrault B, Carel J, Couvaras O, Ser N, Gillet P, Soskin S, Garandeau P, Stuckens C, LeLuyer B, Jos J, Bony-Trifunovic H, Betrand A, Leturcq F, Lafuma A, Bougheres P: Factors associated with glycemic control: a cross-sectional nationwide study in 2,579 French children with type 1 diabetes. *Diabetes Care* **21**:1146–1153,1998

140. Wysocki T, Taylor A, Hough BS, Linscheid TR, Yeates KO, Naglieri JA: Deviation from developmentally appropriate self-care autonomy: association with diabetes outcomes. *Diabetes Care* **19**:119–125, 1996

141. St. James PF, Younger MD, Hamilton BD, Waislisen SE: Unplanned pregnancies in young women with diabetes: an analysis of psychosocial factors. *Diabetes Care* **16**:1572–1578,1993

142. Burrough TE, Harris MA, Pontious SL, Santiago JV: Research on social support in adolescents with IDDM: a critical review.*Diabetes Educ* **23**:438–448, 1997

143. Zgobor JC, Songer TJ, Kelsey SF, Weissfeld J, Drash AL, Becker D, Orchard TJ: The association of diabetes specialist care with health care practices and glycemic

control in patients with type 1 diabetes: a cross-sectional analysis from the Pittsburgh Epidemiology of Diabetes Complications study.*Diabetes Care* **23**:472–476, 2000

144. Marrero DG, Guare JC, Vandagriff JL, Fineberg NS: Fear of hypoglycemia in the parents of children and adolescents with diabetes: maladaptive or healthy response? *Diabetes Educ***23**:228–286, 1997

145. Konstantinova M, Koprivarova K, Popova G, Savova R: DKA rate among diagnosed diabetic children as a test for the educational capability of the team (Abstract). *J Pediatr Endocrinol Metab* **10 (Suppl. 2)**:340, 1997

146. Lowes L, Lyne P: A normal lifestyle: parental stress and coping in childhood diabetes. *Br J Nurs* **8**:133–139, 1999

147. Hanna KM, Guthrie DW: Parents' perceived benefits and barriers of adolescents' diabetes self-management: Part 2. *Issues Compr Pediatr Nurs* **23**:165–174, 2000

148. Chaney JM, Mullins LL, Frank RG, Peterson L, Mace LD, Kashani JH, Goldstein DL: Transactional patterns of child, mother, and father adjustment in insulin-dependent diabetes mellitus: a prospective study. *J Pediatr Psychol* **22**:229–244,1997

149. Dashiff CJ: Parents' perceptions of diabetes in adolescent daughters and its impact on the family. *J Pediatr Nurs* **8**:361–369, 1993

150. Giordano BP, Petrila A, Banion CR, Neuenkirchen G: The challenge of transferring responsibility for diabetes management from parent to child. *J Pediatr Health Care* **6**:235–239, 1992

151. Minagawa M: Sibling relationships of Japanese children with diabetes. *J Pediatr Nurs* **12**:311–316, 1997

152. Guthrie DW: Parents' and siblings' responses to pre-diabetes.*Pediatr Adolesc Endocrinol* **23**:165–170, 1993

153. Faulkner MS: Family responses to children with diabetes and their influence on self-care. *J Pediatr Nurs* **11**:82–93, 1996

154. Grey M, Sullivan-Bolyai S: Key issues in chronic illness research: lessons from the study of children with diabetes. *J Pediatr Nurs* **14**:351–358, 1999

155. Taanila A, Jarvelin M, Kokkonen J: Cohesion and parents: social relations in families with a child with disability or chronic illness. *Int J Rehab Res* **22**:101–109, 1999

156. Harris MA, Creco P, Wysocki T, Elder-Davida C, White NM: Adolescents with diabetes from single-parent, blend, and intact families: health-related and family functioning. *Fam Syst Health***17**:181–196, 1999

157. Overstreet S, Goins J, Chen RS, Holmes CS, Greer T, Dunlap WP, Frentz J: Family environment and the interrelation of family structure, child behavior, and metabolic control for children with diabetes. *J Pediatr Psychol* **20**:435–437, 1995

158. Ellerton M, Steward MJ, Ritchie JA, Hirth AM: Social support in children with a chronic condition. *Can J Nurs Res* **28**:592–597,1996

159. Grey M, Boland EA, Davidson M, Li J, Tamborlane WU: Coping skills training for youth with diabetes mellitus has long lasting effects on metabolic control and quality of life. *J Pediatr***137**:107–113, 2000

160. Paterson BL, Thome S, Dewis M: Adapting to and managing diabetes. *Image J Nurs Sch* **30**:57–62, 1998

161. Grey M, Cameron ME, Lipman TH, Thurber FW: Psychosocial status of children with diabetes in the first two years after diagnosis. *Diabetes Care* **18**:1330–1336, 1995

162. Jarosz-Chobot P, Guthrie D, Otto-Buczkowska E, Koehler B: Self-care of young diabetics. *Med Sci Mon* **1**:129–132, 2000

163. Savenette-Rose B: Developmental issues in managing children with diabetes. *Pediatr Nurs* **20**:11–15,32–33, 1994

164. Boland EA, Grey M: Coping strategies of school-age children with diabetes mellitus. *Diabetes Educ* **22**:592–597, 1996

165. Grey M: Intervention for children with diabetes and their families. *Adv Res Nurs* **18**:149–170, 2000

166. Wysocki T, Harris MA, Greco P, Bubb J, Danda A, Harvey LM, McDonnall K, Taylor A, White NH: Randomized controlled trial of behavioral therapy for families of adolescents with IDDM. *J Pediatr Psychiatry* **25**:23–33, 2000

167. Seppan SM, Kyngas HA, Nikkonen MJ: Coping and social support of parents with a diabetic child. *Nurs Health Sci* **1**:63–70, 1999

168. Brownlee-Duffick M, Peterson L, Simonds J, Goldstein D, Kilo C, Hoette S: The role of health beliefs in the regimen adherence and metabolic control of adolescents and adults with diabetes mellitus. *J Consult Clin Psychol* **55**:139–144, 1989

169. Murphy D: Acute complications of diabetes mellitus. *Nurse Pract Forum* **9**:69–73, 1998

170. Словарь-справочник по социальной геронтологии. - Самара: Изд-во "Самарский университет", 2003. - 208 с.

171. http://zdamsam.ru/a31771.html

172. .http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration health/health-at-a-glance-europe-2010/diabetes-prevalence-and-incidence_9789264090316-19-en

173. http://www. Idf.org/fact-sheets/diabetes-eye-disease

174. http: //www. cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5245a3.ntm

175. http://www.diabetes.ca/about-diabetes/what/prevalence/

176. http//www.healthpowerhouse.com/files/edi-2008/2008-euro-diabetes-index-report.pdf

177. http//www.healthpowerhouse.com/archives/cat media room. Html

178. http:/wwwjdf.org/content/deaths-attributable-diabetes-dm-2010-eur

179. ttp://www.idf.org/sites/default/files/DM%20expenditures%202010.xls

180. .georgih@air.bg

181. www.zdrave.net

182. http://studme.org/1821100127807/psihologiya/predislovie_psihologiya_sotsialnoy_raboty

183. http://www.writeresult.com/

184. http://www.healthpsychologyresearch.com/

185. http://www.healthpsychologyresearch.com/sites/default/files/summaries/addqol19_1.3.06_summary_rev28mar11.pdf

186. https://bg.wikipedia.org/

Приложение № 1

АНКЕТНА КАРТА - 1

Уважаеми пациенти, анкетата е анонимна и има за цел да проучи грижите при пациенти със захарен диабета на инсулинолечение и необходимостта от обучение и социална подкрепа. Благодаря за Вашите откровени и честни отговори!

1.Какъв е Вашият пол?

а/ жена б/ мъж

2. На каква възраст сте?

а/ под 30г. б/ от 31 до 40г. в/ от 41г. до 50г. г/ от 51 до 60г.
д/ от 61г. до 70г. е/ над 71г.

3. Какво е Вашето образование?

а/ основно б/ средно в/ висше специалист
г/ висше професионален бакалавър д/ висше бакалавър
е/ магистър

4. Какво е Вашето семейно положение?

а/семеен/а б/не семеен/а в/разведен/а г/вдовец/ица

5. От колко члена е Вашето семейство?

а/ живея сам б/ 2 членно в/ 3 членно г/ 4 членно д/ 5 членно
е/ повече

6. Моля, отбележете в коя група попадате според доходите Ви?

до 500лв.	от 500 – 1000 лв.	над 1000 лв.

7. Какво е социалното Ви положение?

а/работещ б/безработен в/пенсионер по възраст
г/пенсионер по болест д/учащ

8. Какви социални помощи получавате за заболяването?

а/парични средства от ТЕЛК решение
б/облекчение за стационарен телефон
в/ облекчение за кабелна телевизия
г/облекчение за данъци
д/облекчение за данък кола
е/средства за енергийни помощи
ж/други……

9. Какви са познанията Ви относно храната, която трябва да използвате?

а/много добри б/добри в/задоволителни г/много малки д/никакви

10. Какви храни употребявате ?.....

11. Досега получавали ли сте указания за храната, която трябва да употребявате?

а/ да, подробни указания б/ да, много добри в/ да, добри
г/задоволителни д/почти не съм е/не съм получавал/а никакви указания

12. Ако сте отговорили с „ ДА” на въпрос 11, моля посочете кой Ви даде указания?
…….....

13. Имате ли възможност да спазвате указанията за хранене?

а/да, имам отлична б/ да, имам много добра в/да имам добра
г/ да, имам задоволителна д/ почти нямам е/ нямам никаква възможност

14. Какви са познанията Ви относно двигателния режим?

а/много добри б/добри в/задоволителни г/много малки д/никакви

15. Имате ли затруднение при поставяне на инсулина?
    а/ да, много – все трябва да внимавам за час и храната
    б/ да, но намирам винаги време за това
    в/ не ме затруднява чак толкова – работата ми позволява
    г/ никак не ме затруднява
16. Имате ли информация за усложненията при заболяването?
    а/ да, имам информация б/ да, имам отчасти в/да, много малко
    г/ не изобщо
17. Знаете ли какво може да Ви се случи при много висока кръвна захар?
    а/ да, зная много добре б/ да, зная добре в/ да, зная отчасти
    г/ не, нямам никаква представа
18. Знаете ли какво ще е Вашето поведение при висока кръвна захар?
    а/ да, зная много добре б/ да, зная добре в/ да, зная отчасти
    г/ не, нямам никаква представа
19. Имали ли сте някога много ниска кръвна захар?
    а/да,често б/да, по някога в/да, много рядко г/не, никога
20. Знаете ли какво ще е Вашето поведение при ниска кръвна захар?
    а/ да, зная много добре б/ да, зная добре в/ да, зная отчасти
    г/ не, нямам никаква представа
21. Какво трябва да направите, ако:
    а/ кръвната захар е много – висока……
б/ кръвната захар е ниска…….
22. Как приехте назначението на инсулинолечение?
    а/ чувствах се емоционално нестабилен/ на
    б/ не исках да разговарям за проблема с никой
    в/ страх за бъдещето от здравословен характер
    г/ страх от социална изолация
    д/ несигурност във всяко отношение
    е/ нямах проблеми
23. От кога сте на лечение с инсулин?
    а/ от 5г. б/ от 10г. в/ 15г. г/ 20г. д/ над 20г.
24. Бяхте ли обучен/а за инсулинолечението?
    а/ да, напълно б/ да, отчасти в/да, много малко г/ не изобщо
25. Кай Ви обучи за поставяне на инсулина?
    а/ личният лекар б/ ендокринолога в/ мед. сестра в отделението
    г/ мед. сестра при личния лекар
26 . Инсулинолечението промени ли качеството Ви на живот в:
    а/ реализиране на професионалната Ви дейност

да,промени изцяло живота ми	да, не се реализирам пълноценно	да, реализирам се понякога	не,нямам промяна в реализацията	не,изобщо нямам промяна	не, съм се замислял/а

б/ семейните взаимоотношения

да,настъпи пълна промяна в взаимоотношенията	да, имам промяна	да, понякога имам промяна	не, нямам	не,изобщо нямам	не, съм се замислял/а

в/ приятелския Ви кръг

да, настъпи пълна промяна	да, имам промяна	да, понякога	не, нямам	не,изобщо нямам	не, съм се замислял/а

г/посещение на кино, театър, концерт или други културни мероприятия

да, напълно ми промени качеството на живот	да, имам промяна	да, понякога	не, нямам	не,изобщо нямам	не, съм се замислял/а

д/ спортуване

да, настъпи пълна промяна	да, имам промяна	да, понякога	не, нямам	не,изобщо нямам	не, съм се замислял/а

27. Считате ли, че сте се адаптирали към инсулинолечението?
а/ да, напълно б/ да, отчасти в/да, много малко г/ не изобщо
28. Имате ли промяна в ежедневната дейност?
а/ да, винаги б/ да, понякога в/ зависи от ситуацията г/ не, не се налага
29. Имате ли промяна във взаимоотношенията в семейството?
а/ много добри б/ добри в/ понякога добри, понякога лоши г/лоши
30. Какво е вашето самочувствие?
а/много добро б/добро в/задоволително г/без самочувствие
31. Чувствате ли се щастлив?
а/да, много б/да, понякога в/зависи от ситуацията г/не, никога
32. Провеждате ли редовно самоконтрол на кръвна захар?
а/ да, редовно провеждам б/ да, отчасти провеждам в/да, много рядко г/ не изобщо
33. Обучени ли сте да адаптирате инсулинолечението при спорт и физическа активност?
а/ да,обучен/а б/ да, отчасти съм обучен/а
в/да, много малко съм обучен/а г/ не изобщо не съм обучен/а
34. Чувствате ли се по – различен/а от околните?
а/ да,чувствам се по-различен/а б/ да, отчасти по-различен/а
в/да, много малко по-различен г/ не изобщо не се чувствам различен/а
35. Бихте ли посещавали група за взаимопомощ?
а/ да, редовно бих посещавал/а б/ да, понякога бих посещавал/а
в/не бих посещавал г/ не, изобщо не бих посещавал/а
36. Извършвате ли прегледи с цел профилактика или контрол на диабета?
а/ да, редовно ходя сам б/ да, когато лекаря ме повика в/ понякога
г /не ходя д/ изобщо не ходя
37. Ако отговорът на въпрос №31 е а, б и в – моля посочете колко често?
а/ всеки месец б/ на два месеца в/ на три месеца г/ на 6 месеца
д/ един път годишно е/ при нужда ж/ рядко
38. Имате ли диабетни усложнения?
а/да,имам б/да, едно усложнение в/да, имам начални промени
г/ не нямам
39. Ако отговорът на въпрос №33 е а, б и в – моля посочете какви са усложненията?
а/ на очите б/ на краката в/ на бъбреците г/ на сърцето д/ други

40. Ходите ли на почивка? – можете да посочите повече от един отговор
а/да, всяка събота и неделя б/да, един път в месеца
в/да, на 3 месеца 1 път г/да, на 6 месеца 1 път
д/да един път годишно е/не ходя нито един път
ж/не съм ходил/а години наред
41. Семейството Ви запознато ли е с грижите, които трябва да извършвате за себе си ?
а/ да, напълно б/ да, отчасти в/да, много малко г/ не изобщо
42. От къде получавате обикновено информация за диабета?
а/ от личния лекар б/познати със същото заболяване
в/ от медицинската сестра г/интернет и др. средства за масова информация
д/ ендокринолог
43. Информацията, която имате за диабета достатъчна ли е?
а/да, достатъчна е б/да, но може повече в/задоволителна е г/никак не е достатъчна
44. При нужда от помощ по отношение на диабета към кого се обръщате?
а/личния лекар б/медицинската сестра в/ендокринолог г/друг
45. Имате ли нужда от обучение за диабета?
а/ да, имам голяма нужда от обучение б/ да, имам нужда
в/да, но много малко г/нямам нужда д/ изобщо нямам нужда
46. От какво обучение имате нужда?
а/ за хранителен режим б/ за двигателен режим
в/ за контрола на захарта г/ цялостно обучение д/ грижа за краката
е/ друга……..
47. Ако отговорът на въпрос №42 е „ДА” от кого искате да я получите?
а/от личния лекар б/от ендокринолог в/от медицинската сестра
г/ от болни със същото заболяване д/ от интернет е/ от роднини
д/ от близки и приятели
48. Удовлетворени ли сте от обучението свързано с диабета от медицинския персонал?
а/ да, напълно б/ да, отчасти в/да, много малко г/ не изобщо
49. Важен ли е за Вас добрия контрол на диабета?
а/ да, изключително важен б/ да, много важен в/да, но не много
г/ не е важен д/ изобщо не е важен
50. От кого получавате при необходимост психологическа помощ и подкрепа?
а/ от приятели б/ от семейството / съпруг/ а в/от родители
г/ от децата ми д/ от роднини
е/ професионална помощ от психолози ж/психиатри
з/ от медицинската сестра и/ от никъде й/ други…….
51. С какво би Ви помогнала медицинската сестра в диабетните грижи?
а/ с информация б/ с разговори в/ с подкрепа г/ с грижи
д/обучение е/ други……
52. Бихте ли желали медицинска сестра да работи с семейство Ви по отношение на грижите за Вашето заболяване?
а/ да, много бих желал/а б/ да,ако това е възможно в/да, бих желал понякога
г/ не бих желал/а д/ изобщо не желая

Приложение № 2

АНКЕТНА КАРТА - 2

Уважаеми медицински сестри, анкетата е анонимна и има за цел да се проучи грижите за пациентите със захарен диабет на инсулинолечение.Предварително Ви благодарим за откровени и честни отговори.

1. Моля посочете на каква възраст сте?

а/ под 30г. б/ от 31 до 40г. в/ от 41г. до 50г. г/ от 51 до 60г.
д/ над 60г.

2. Моля посочете професионалния Ви стаж.....

3. До каква степен познавате заболяването „ диабет”?

а/много-добре б/добре в/задоволително г/слабо
д/не го познавам

4. Имате ли информация за усложненията при заболяването?

а/ да, имам информация б/ да, имам отчасти в/да, много малко
г/ не изобщо

5. Имате ли завършени курсове за следдипломно обучение през последните 5 години относно грижите за пациенти със захарен диабет?

а/ да, имам всяка година б/ да, няколко в/да, само един
г/ не, нямам нито един

6. Подготвен/а ли сте за работа с пациенти със захарен диабет?

а/да много-добре б/добре в/задоволително г/слабо подготвена

7. Считате ли, че ролята на медицинската сестра е от особено значение за адаптацията на пациентите със захарен диабет към инсулинолечението?

а/ да, ролята на м. сестра е много важна
б/ да, донякъде е от значение
в/ не, е от значение
г/ не изобщо не от значение
д/ не мога да отговоря

8. Бихте ли желали да обучавате пациентите със захарен диабет?

а/ да, винаги с удоволствие б/ да, по някога в/не бих желала
г/ изобщо не желая д/ немога да отговоря

9. Колко време / в минути/ отделяте за обучение на пациентите и техните близки ?.....

10. По какъв начин бихте помогнали на новооткритите диабетици да приемат заболяването?

а/ чрез даване на информация;
б/ чрез обучение;
в/ чрез приобщаване към пациентски организации;
г/ чрез подкрепа и насърчаван.

11. Как според Вас инсулинолечението се отразява на емоционалното състояние и самочувствието на пациентите със захарен диабет?

а/ Пациентите са объркани
б/ Пациентите са уплашени
в/ Пациентите са отчаяни
г/ Пациентите са мобилизирани за преодоляване на ситуацията
д/ безразлично им е;
е/ неразбират и неоценяват проблема;

ж/ спокойни са и с разбиране се отнасят към своя проблем;

з/ друго.....

12. Как бихте мотивирали пациентите с диабет за по добър контрол? - /можете да посочите повече от един отговор/

а/ с подаване на повече информация б/ с даване на добри примери

в/ с подкрепа и разбиране г/ с обучение

д/ други……

13. Информираността на диабетиците свързана ли е с образователния ценз?

а/винаги б/не винаги в/по някога г/ няма значение

д/ няма никакво значение

14. Има ли според Вас зависимост между високия социален статус и контролирания диабет?

а/ да, винаги има зависимост б/ да, има зависимост

в/ да понякога г/ не, няма зависимост

д/ не, изобщо няма зависимост е/ не мога да преценя

15. Ако отговорът Ви на въпрос №13 е „а, б и в", кои пациенти се справят с контролиране на диабета?

а/ с добра здравна култура

б/ с добра здравна култура и допълнително обучение

в/ с добра здравна култура и добро финансово състояние

г/ с добра здравна култура, добро финансово състояние и обучение

16. Според Вас болните от диабет, които обслужвате имат ли нужната информация и обучение?

а/ имат много добра информация и са много добре обучени

б/ имат добра информация и добре обучени

в/ имат малко информация и не са добре обучени

г/ нямат информация и не са обучени

д/ нямат никаква информация

е/ изобщо не са обучени

17. Кой според Вас би обучавал най-добре пациентите с диабет?

а/личен лекар б/ендокринолог в/мед. сестра г/близки със същото заболяване д/ интернет

18. Къде според Вас трябва да се обучава болният с диабет на инсулинолечение?

а/ В болнично отделение;

б/ В специални центрове;

в/ В кабинета на личния лекар;

г/ В кабинета на ендокринолога.

19. Какво според Вас е нужно на болните с диабет на инсулинолечение за да се чувстват добре?

а/средства б/информация в/ време г/малко внимание д/подкрепа е/ обучение

20. Имат ли нужда пациентите с диабет на инсулинолечение от разбиране и подкрепа?

а/ да, имат голяма нужда от подкрепа

б/ да, имат нужда

в/ да, понякога

г/ не е необходимо

д/ изобщо не е необходимо

21.Чувстват ли се според Вас болните с диабет на инсулинолечение ощетени от заболяването?

а/ да, в голяма степен б/ да, ощетени в/ да, понякога

г/ не, не са ощетени

д/ изобщо не се чувстват ощетени

22. Необходима ли е социализация на пациентите с диабет на инсулинолечение?

а/ да, в голяма степен б/ да,необходима е в/да, понякога

г/ не е необходима

д/ изобщо не е необходима

23. Имате ли желание да работите със семействата на пациентите с диабет на инсулинолечение?

а/ да, имам голямо желание б/ да имам желание

в/ да, понякога г/ не, нямам желание

д/ изобщо не желая да работя със семействата

24. Според Вас медицинската сестра има ли място в психосоциалната грижа и подкрепа на пациентите със захарен диабет на инсулинолечение?

а/ да, има значително място

б/ да, имам място в/ да, по някога

г/ не, няма място д/ не, изобщо няма

е/ не мога да преценя

25. Нуждаят ли се според Вас тези пациенти от по-голямо внимание?

а/ да, в много голяма степен б/ да, нуждаят се

в/ да, но зависи от обстоятелствата

г/ не се нуждаят д/ изобщо не се нуждаят е/ не мога да отговоря

26. Според Вас по-добрата информираност ще подобри ли качеството им на живот?

а/ да, много ще подобри

б/ да, ще подобри

в/ да, но зависи от конкретния пациент

г/ няма да подобри качеството на живот

д/ категорично няма да подобри

27. Търсили ли са болните с диабет информация от Вас?

а/ да, винаги търсят

б/да, търсят

в/ да, рядко търсят

г/ не търсят

д/ не, никога не са търсели

Приложение № 3

АНКЕТНА КАРТА- 3

Уважаеми студенти и стажанти, анкетата е анонимна и има за цел да установи социалните аспекти на болестта „диабет”, с оглед подобряване грижата за болните на инсулинолечение. Предварително благодарим за Вашите откровени и честни отговори.

1.Какъв е Вашият пол?

а/ жена б/ мъж

2. На каква възраст сте?

а/ от 20г.до 25г. б/ от 25 до 30г. в/ от 30г. до 35г. г/ от 35 до 40г.

д/ над 45г.

3. Как оценявате познанията си за заболяването „диабет”?

а/много-добри б/добри в/задоволителни

г/слаби д/ изключително слаби

4. Откъде получавате информация за заболяването?

а/ по време на обучението си във висшето учебно заведение

б/ от специализирани курсове

в/ от близки със същото заболяване

г/ от интернет

д/ от телевизия, радио и списания

5. Чувствате ли се добре подготвен за работа с болни от заболяването “диабет”?

а/много-добре

б/добре

в/задоволително

г/слаби

д/никак не съм подготвен

6. Бихте ли желали да обучавате пациентите за хранителния, двигателен режим, психичния комфорт на болни от заболяването “диабет”?

	Вид на обучението	Желана степен				
		силно желание	желание	понякога желая	нежелая	категорично нежелая
1	За хранителен режим					
2	За двигателен режим					
3	За психичен контрол					

7. Имате ли нужда от педагогически знания за да провеждате обучение на диабетици?

а/ имам голяма нужда от обучение

б/ имам нужда от педагогически знания

в/ малко обучение ще ми е от полза

г/ нямам нужда

д/ не, изобщо нямам нужда от педагогическо обучение

8. Чувствате ли се добре подготвен /а/ за да обучавате болни от заболяването “диабет”?

а/да, много-добре б/да, добре в/слабо подготвен

г/не съм подготвен/а

9. Считате ли, че ролята на медицинската сестра е от особено значение за адаптацията на пациентите със захарен диабет към инсулинолечението?

а/ да, ролята на м. сестра е много важна

б/ да, донякъде е от значение

в/ не, е от значение

г/ не изобщо не от значение

д/ не мога да отговоря

10. Бихте ли желали да обучавате пациентите със захарен диабет?

а/ да, винаги с удоволствие б/ да, по някога в/не бих желала

г/ изобщо не желая д/ немога да отговоря

11. Колко време / в минути/ отделяте за обучение на пациентите и техните близки ?.....

12. По какъв начин бихте помогнали на новооткритите пациентите със захарен диабет да приемат заболяването?

а/ чрез даване на информация;

б/ чрез обучение;

в/ чрез приобщаване към пациентски организации;

г/ чрез подкрепа и насърчаван.

13. Как според Вас инсулинолечението се отразява на емоционалното състояние и самочувствието на пациентите със захарен диабет?

а/ Пациентите са объркани

б/ Пациентите са уплашени

в/ Пациентите са отчаяни

г/ Пациентите са мобилизирани за преодоляване на ситуацията

д/ безразлично им е;

е/ неразбират и неоценяват проблема;

ж/ спокойни са и с разбиране се отнасят към своя проблем;

з/ друго.....

14. Как бихте мотивирали пациентите с диабет за по добър контрол? - /можете да посочите повече от един отговор/

а/ с подаване на повече информация б/ с даване на добри примери

в/ с подкрепа и разбиране г/ с обучение

д/ други……

15. Информираността на пациентите със захарен диабет свързана ли е с образователния ценз?

а/винаги б/не винаги в/по някога г/ няма значение

д/ няма никакво значение

16. Има ли според Вас зависимост между високия социален статус и контролирания диабет?

а/ да, винаги има зависимост б/ да, има зависимост

в/ да понякога г/ не, няма зависимост

д/ не, изобщо няма зависимост е/ не мога да преценя

17. Ако отговорът Ви на въпрос №13 е „а, б и в”, кои пациенти се справят с контролиране на диабета?

а/ с добра здравна култура

б/ с добра здравна култура и допълнително обучение

в/ с добра здравна култура и добро финансово състояние

г/ с добра здравна култура, добро финансово състояние и обучение

18. Според Вас болните от диабет, които обслужвате имат ли нужната информация и обучение?

а/ имат много добра информация и са много добре обучени

б/ имат добра информация и добре обучени

в/ имат малко информация и не са добре обучени

г/ нямат информация и не са обучени

д/ нямат никаква информация

е/ изобщо не са обучени

19. Кой според Вас би обучавал най-добре пациентите с диабет?

а/личен лекар б/ендокринолог в/мед. сестра г/близки със същото заболяване д/ интернет

20. Къде според Вас трябва да се обучава болният с диабет на инсулинолечение?

а/ В болнично отделение;
б/ В специални центрове;
в/ В кабинета на личния лекар;
г/ В кабинета на ендокринолога.

21. Какво според Вас е нужно на болните с диабет на инсулинолечение за да се чувстват добре?

а/средства б/информация в/ време г/малко внимание д/подкрепа е/ обучение

22. Имат ли нужда пациентите с диабет на инсулинолечение от разбиране и подкрепа?

а/ да, имат голяма нужда от подкрепа
б/ да, имат нужда
в/ да, понякога
г/ не е необходимо
д/ изобщо не е необходимо

23.Чувстват ли се според Вас болните с диабет на инсулинолечение ощетени от заболяването?

а/ да, в голяма степен б/ да, ощетени в/ да, понякога
г/ не, не са ощетени
д/ изобщо не се чувстват ощетени

24. Необходима ли е социализация на пациентите с диабет на инсулинолечение?

а/ да, в голяма степен б/ да,необходима е в/да, понякога
г/ не е необходима
д/ изобщо не е необходима

25. Имате ли желание да работите със семействата на пациентите с диабет на инсулинолечение?

а/ да, имам голямо желание б/ да имам желание
в/ да, понякога г/ не, нямам желание
д/ изобщо не желая да работя със семействата

26. Според Вас медицинската сестра има ли място в психосоциалната грижа и подкрепа на пациентите със захарен диабет на инсулинолечение?

а/ да, има значително място
б/ да, имам място в/ да, по някога
г/ не, няма място д/ не, изобщо няма
е/ не мога да преценя

27. Нуждаят ли се според Вас тези пациенти от по-голямо внимание?

а/ да, в много голяма степен б/ да, нуждаят се
в/ да, но зависи от обстоятелствата
г/ не се нуждаят д/ изобщо не се нуждаят е/ не мога да отговоря

28. Според Вас по-добрата информираност ще подобри ли качеството им на живот?

а/ да, много ще подобри
б/ да, ще подобри
в/ да, но зависи от конкретния пациент
г/ няма да подобри качеството на живот

д/ категорично няма да подобри

29. Търсили ли са болните с диабет информация от Вас?

а/ да, винаги търсят б/да, търсят в/ да, рядко търсят

г/ не търсят д/ не, никога не са търсели

Приложение № 4

АНКЕТНА КАРТА - 4

Уважаема Г-жа/ Г-н , моля за Вашето участие в анкетното проучване относно семейните проблеми на пациентите със захарен диабет на инсулинолечение. Вашата анонимност е гарантирана. Предварително благодарим за Вашите откровени и честни отговори.

1. Посочете Вашата възраст?.....

2. Вашият пол е:

а/ мъж

б/ жена

3. Какъв Ви е болният от заболяването „диабет”?

а/ съпруг/а б/ син в/ дъщеря

г/ снаха д/ зет е/ внук, внучка

4. Каква е Вашата трудова заетост?

а/ учащ/а

б/ работещ/а

в/ безработен/а

г/ пенсионер/а

5. Какво е Вашето образование?

а/ основно б/ средно

в/ висше, специалист г/ висше, проф. бакалавър

д/ висше бакалавър е/ висше магистър

6. Имате ли информация за диабета?

а/да, имам отлична б/ да, имам много добра

в/да имам добра г/ да, имам задоволителна

д/ почти нямам е/ нямам никаква информация

7. Необходимо ли Ви е повече информация относно проблемите на пациенти с диабет на инсулинолечение?

а/ да, имам голяма необходимост от информация

б/ да, имам необходимост от информация

в/ да, понякога имам необходимост от информация

г/ не, нямам нужда от информация

8. Имате ли информация за грижите, които са необходими на пациенти с диабет на инсулинолечение?

а/ да, имам голяма необходимост от информация

б/ да, имам необходимост от информация

в/ да, понякога имам необходимост от информация

г/ не, нямам нужда от информация

9. От къде получавате обикновено информация за диабета?

а/ от личния лекар б/ от познати със същото заболяване

в/ от медицинската сестра г/ от интернет и др. средства за масова информация д/ от ендокринолог

10. Знаете ли за нежелателните ефекти на инсулинолечението / хипогликемията/?

а/ да, зная много добре б/ да, зная добре в/ да, зная отчасти

г/ не, нямам никаква представа

11. Предлагано ли Ви е обучение за грижи при пациенти с диабет на инсулинолечение?

а/ да, често ми е предлагано обучение

б/ да, предлагано ми е обучение

в/ да, понякога ми е предлагано обучение

г/ не, никога не ми е предлагано обучение

12. Необходимо ли Ви е обучение относно проблемите на Вашия близък с диабет на инсулинолечение?

а/ да, имам голяма необходимост от обучение

б/ да, имам необходимост от обучение

в/ да, понякога имам необходимост от обучение

г/ не, нямам нужда от обучение

13. Необходимо ли Ви е обучение относно грижите на Вашия близък с диабет на инсулинолечение?

а/ да, имам голяма необходимост от обучение

б/ да, имам необходимост от обучение

в/ да, понякога имам необходимост от обучение

г/ не, нямам нужда от обучение

14. Как се справяте с проблемите на Вашият близък?

а/ много добре

б/ добре

в/ отчасти

г/ не достатъчно

д/ не се справям

15. Считате ли, че Ви е необходима професионална помощ за да осигурите запазването на определено качество на живот на Вашия близък?

а/ да, имам голяма необходимост от професионална помощ

б/ да, имам необходимост от професионална помощ

в/ да, понякога имам необходимост от професионална помощ

г/ не, никога не съм имал необходимост от професионална помощ

16. Необходима ли Ви е подкрепа за да осигурите качество на живот на Вашия близък?

а/ да, имам голяма необходимост от подкрепа

б/ да, имам необходимост от подкрепа

в/ да, понякога имам необходимост от подкрепа

г/ не, никога не съм имал необходимост от подкрепа

17. По какъв начин се отрази състоянието на Вашия близък на семейството като цяло?/можете да отговорите на повече от един отговор/

а/ промени се начина на живот на цялото семейство

б/ емоциите в семейството са изключително негативни

в/ социалните контакти на семейството са напълно нарушени

г/ начина на живот на семейството само частично е нарушен

д/ преодоляваме заедно негативните емоции и се опитваме да водим същия начин на живот

е/ семейството ни преодолява голям стрес от случилото се

18. Как приехте факта за наличие на диабет на Вашия роднина?

а/ чувствах се емоционално нестабилен/ на

б/ не исках да разговарям за проблема с никой

в/ страх за бъдещето от здравословен характер

г/ страх от социална изолация

д/ несигурност във всяко отношение

е/ нямах проблеми

19. Как приехте факта за инсулинолечението на Вашия близък?

а/ приех го с голяма тревожност

б/ приех го, колкото и да е неприятно всеки ден инжектиране

в/ приех го, няма какво да направя

г/ все още не съм го приел/а

д/ не, немога да го приема

20. Имате ли нужда от психологическа подкрепа в тази промяна свързана с близкия Ви на инсулинолечение?

а/ да, имам голяма нужда от психологическа подкрепа

б/ да, имам нужда от психологическа подкрепа

в/ да, много рядко

г/ не, нямам нужда от психологическа подкрепа

д/ никога несъм имал/а нужда от психологическа подкрепа

Приложение № 5

АНКЕТЕН ВЪПРОСНИК

Оценка на психосоциалните аспекти за качеството на живот при пациенти с диабет на инсулинолечение

1.	Ако нямах диабет щях да се наслаждя на разпускащи занимания а/ б/ в/ г/ д/ много, много добри много-добри малко по-добри същото по-малко
	Моята свобода да се насладя на разпускащи занимания а/ б/ в/ г/ много важно важно до някъде важно изобщо не е важно

2.	Ако нямах диабет моето всекидневие щеше да бъде а/ б/ в/ г/ д/ много, много добро много-добро малко по-добро същото по-малко
	Моята свобода да се насладя на всекидневието а/ б/ в/ г/ много важно важно до някъде важно изобщо не е важно

3.	Ако нямах диабет моите местни или дълги преходи (пътувания) щяха да бъдат

	а/ б/ в/ г/ д/ много, много добри много-добри малко по-добри същото по-малко
	Моята свобода да се насладя на моите местни или дълги преходи (пътувания) а/ б/ в/ г/ много важно важно до някъде важно изобщо не е важно

4.	Ако нямах диабет моите почивни дни щяха да бъдат а/ б/ в/ г/ д/ много, много добри много-добри малко по-добри същото по-малко
	Моята свобода да се насладя на почивните ми дни а/ б в/ г/ много важно важно до някъде важно изобщо не е важно

5.	Ако нямах диабет физически, аз ще мога да правя (физически натоварвания) а/ б/ в/ г/ д/ много, много добро много-добро малко по-добро същото по-малко
	Моята свобода да се насладя на физически натоварвания а/ б/ в/ г/ много важно важно до някъде важно изобщо не е важно

6.	Ако нямах диабет семейството ми ще бъде а/ б/ в/ г/ д/ много, много добро много-добро малко по-добро същото по-малко
	Моята свобода да се насладя на семейството ми а/ б/ в/ г/ много важно важно до някъде важно изобщо не е важно

7.	Ако нямах диабет моето приятелство и социален живот щяха да бъдат а/ б/ в/ г/ д/ много, много добри много-добри малко по-добри същото по-малко
	Моята свобода да се насладя на приятелство и социален живот а/ б/ в/ г/ много важно важно до някъде важно изобщо не е важно

8.	Ако нямах диабет отношенията с партньорката ми щяха да бъдат а/ б/ в/ г/ д/ много, много добри много-добри малко по-добри същото по-малко
	Моята свобода да се насладя на отношенията с партньорката ми а/ б/ в/ г/ много важно важно до някъде важно изобщо не е важно

9.	Ако нямах диабет моят сексуален живот щеше да бъде а/ б/ в/ г/ д/ много, много добър много-добър малко по-добър същото по-малко
	Моята свобода да се насладя на сексуалния ми живот а/ б/ в/ г/

	много важно важно до някъде важно изобщо не е важно

10.	Ако нямах диабет самочувствието ми щеше да бъде а/ б / в/ г/ д/ много, много добро много-добро малко по-добро същото по-малко
	Моята свобода да се насладя на самочувствието ми а/ б/ в/ г/ много важно важно до някъде важно изобщо не е важно

11.	Ако нямах диабет моята мотивация щеше да бъде я/ б/ в/ г/ д/ много, много добра много-добра малко по-добра същото по-малко
	Моята свобода да се насладя на мотивацията ми а/ б/ в/ г/ много важно важно до някъде важно изобщо не е важно

12.	Ако нямах диабет чувствата ми за бъдещето (например тревоги, очаквания) ще бъдат а/ б/ в/ г/ д/ много, много добри много-добри малко по-добри същото по-малко
	Моята свобода да се насладя на чувствата ми за бъдещето (например тревоги, очаквания) а/ б/ в/ г/ много важно важно до някъде важно изобщо не е важно

13.	Ако нямах диабет моето финансово състояние щеше да бъде а/ б/ в/ г/ д/ много, много добро много-добро малко по-добро същото по-малко
	Моята свобода да се насладя на моето финансовото ми състояние а/ б/ в/ г/ много важно важно до някъде важно изобщо не е важно

14.	Ако нямах диабет, свободата ми да ям каквото искам щеше да бъде а/ б/ в/ г/ д/ много, много добра много-добра малко по-добра същото по-малко
	Моята свобода да ям каквото си искам а/ б/ в/ г/ много важно важно до някъде важно изобщо не е важно

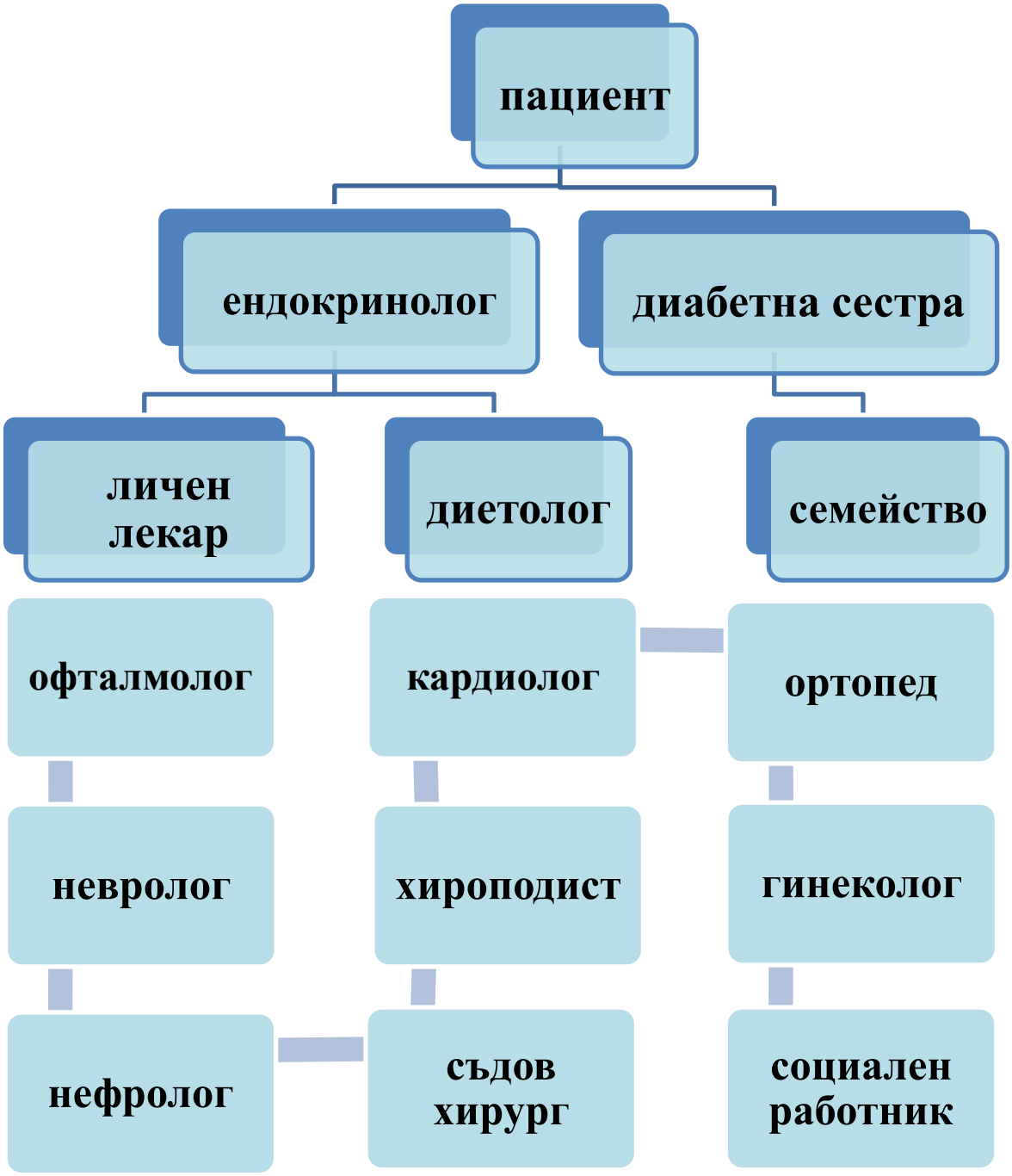
15.	Ако нямах диабет, свободата ми да пия каквото си поискам щеше да бъде а/ б/ в/ г/ д/ много, много добра много-добра малко по-добра същото по-малко
	Моята свобода да пия каквото си поискам (например плодов сок, алкохол, подсладени топли и горещи напитки) а/ б/ в/ г/ много важно важно до някъде важно изобщо не е важно

Приложение № 6

МЯСТОТО НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА В МОДЕЛА ЗА ДИАБЕТНА ГРИЖА

Приложение № 7

МУЛТИДИСЦИПЛИНАРЕН ЕКИП ЗА ДИАБЕТНА ГРИЖА



Приложение № 8

КАРТА

за оценка на психосоциалното състояние на пациентите

Медицинска сестра извършила оценката:……

……

Дата:…….

Пациент……

<u>Социално демографска оценка</u>

1.Възраст……..години

2.Семейно положение:

омъжена ☐ женен ☐ разведен ☐ вдовец ☐ несемеен ☐ друго ☐

3.Образование: средно ☐ полувисше ☐специалист ☐ бакалавър ☐ магистър ☐

4.В момента работите като :…….

5.Работното място е :……..….

6.Работното време : 4ч ☐; 6ч☐ ; 8ч☐ ; 12ч☐

<u>Социална оценка</u>

1.Имате ли семейство? да ☐ ; не ☐

2.Колко членно е семейството Ви? 2 ☐; 3 ☐; 4 ☐; 5 ☐; 6 ☐

3.Колко деца имате ?1☐ ; 2☐ ; 3 ☐; 4☐ ; 5☐;

4.Семейството разбира ли проблемите Ви от болестта? да☐ ; понякога да☐ не☐; не ме разбира ☐

5.Имате ли достатъчно семейни доходи? да☐ ; отчасти☐;недостатъчни са ☐ изобщо нямам доходи ☐

6.Успявате ли да си осигурите храната необходима за болестта Ви ?

да☐; понякога☐; не мога☐ ; никога не успявам☐;

7.Къде си почивате най-добре? при семейството☐ на почивка☐

при постъпване в болница☐ на работа ☐

8.Имате ли приятели? да☐ ; имам много ☐ ; имам малко ☐

нямам приятели;☐

<u>Психологична оценка</u>

1.Кой Ви разбира най-добре? ……..

2.Кой Ви подкрепа най-често ?съпруг☐ ; дъщеря☐ ; син ☐;

внук☐ ; внучка☐; майка☐ ;баща☐ ; баба☐ ; дядо☐

3.Променя ли се настроението Ви ? да често☐; да☐ ; понякога☐

не☐ ; изобщо не се тревожа ☐

3.Имате ли достатъчно самочувствие? да имам ☐ ; не ☐; изобщо няма☐

4.Какво ви тревожи най-много? ……..

5.Посещавате ли група за подкрепа? да☐ ; не☐; посещавах преди време ☐

не зная за какво става на въпрос ☐

<u>Оценка на нуждите от обучение</u>

1.Желаете ли да бъдете обучавани? да често☐ ; да☐ ; понякога☐

не ☐ ; изобщо не желая ☐

2.По какви въпроси да бъде обучението?.....

3.Как да се провежда обучението? еднократно☐ ; периодично☐

Приложение № 9

ПРОГРАМА ЗА ОБУЧЕНИЕ НА ПАЦИЕНТИ СЪС ЗАХАРЕН ДИАБЕТ НА ИНСУЛИНОЛЕЧЕНИЕ

С обучението на пациентите с диабет на инсулинолечение се подпомага следването на стил на живот по техен избор чрез придобиване на познания, поведенчески умения и самоотговорност. Основна роля на обучението е да се осигури ефективен самоконтрол и възможност за самостоятелно вземане на решения в специфични ситуации с цел постигане на качество на живот. За това е нужно да се позитивира отношението на пациентите към болестта, да се повиши мотивацията им и да се изградят оптимални поведенчески реакции. Освен това с обучението на пациентите се дава възможност за намаляване въздействието на психосоциалните елементи върху качеството им на живот, преценяване на индивидуални нужди и прилагане на необходимите грижи.

№	Дейности	Умения	Оценка
1.	Познания за заболяването - за неговото прогресиращо развитие и целите при контрола; -Способността на пациента с диабет да определи личните си здравни цели; -Мотивацията и отношението на пациента към грижите за себе си; -Поведението на пациента, което оказва влияние върху контрола на диабета;	-За оптимално и подходящо използване на инсулиновата терапия; -За справяне със социалните и ежедневните последици от инсулиновата терапия върху начина на живот; -За посрещане на новите проблеми в диабетните грижи;	Преглед на уменията на пациента свързани с диабета.
2.	Обучение за местата на поставяне - на бързодействащ инсулин/аналог в коремната стена, а на интермедиерни/дългодействащи инсулини - в бедрата; препоръчва се смяна на инжекционните места в тези области;		Редовно определяне на кръвната глюкоза и поддържането й в границите на добър обменен контрол
3.	Обучение при използване на инжекционни устройства с инсулинова писалка и инсулинова помпа. Съхранение на инсулина.	Справяне с инжекционните устройства Инжектиране на инсулина дълбоко в подкожната тъкан, обичайно чрез изтегляне на гънка	
4.	Обучение за провеждане на адекватен самоконтрол на кръвната захар.	Използване на портативни глюкомери, тестленти и убождащо устройство.	Редовно отчитане.

5.	Обучение за справяне с хипогликемията.	Носене на пакетчета захар, прием на плодови сокове или кола. Да се търсят причини за хипогликемия: пропуснато/променено хранене или междинна закуска, неочаквана физическа активност, алкохол, промени в местата на инжектиране, ротация на инжекционните места, грешки при инжектирането или дозата, неправилно разпределение на дозата.	Без хипогликемии.
6.	Обучение за ефективно справяне с диабета при пътуване и по време на заболяване.	Промяна в дозировките на инсулина според обема приета храна и физическата активност и възможност за самостоятелно нагласяване на дозите.	
7.	Обучение за изследване на урината за захар и ацетон	Работа с тест ленти	Преглед на резултатите в дневника
8.	Обучение за водене на дневник -отчитане на инсулиновите дози -броя и вида на храненията -физическата натовареност -инфекциите – поведението при тях	Работа с дневник	Редовно отчитане на резултатите
9.	Обучение за преглед и грижи за краката	Поведение и познания позволяващи на пациента за самостоятелна грижа за стъпалата : -оглед на стъпалата за наличие на промени -състояние на кожата на стъпалата -пулсации на артериите	Регулярна оценка на състоянието на стъпалата.
10.	Обучение за избор на дрехи и обувки	Правилен избор	
11.	Обучение за хранителния режим и създаване на хранителна програма в зависимост от ежедневните нужди на пациента.	Умения за ефективно справяне с хранителния режим в зависимост от нуждите и натоварванията му. Регулиране на телесната маса.	BMI в норма Без хипогликемии

		Предпазване от хипогликемии.	
12.	Обучение за физическата активност. -на работното място -вкъщи или хоби -редовна физическа активност	Умения за ефективно справяне с физическата активност. Анализ на опасностите: - късна хипогликемия - възможна нужда от по-ниска инсулинова доза през нощта и на другия ден - рискове от травми на стъпалата след физически упражнения - при започване на нови програми от физически упражнения да се помисли за налични сърдечно-съдови заболявания	Системно отбелязване на нивото на физическата активност.
13.	Контрол на липидите и кръвното налягане Контрол на тютюнопушенето и алкохола.	Регулярно провеждане на изследвания. Информация за рисковете при тютюнопушене и препоръки за спирането му. Информация за риска при употребата на алкохола.	Регулярни прегледи.
14.	Насочване за преглед при офталмолог	Кръвно-захарен контрол Контрол на кръвното налягане Контрол на: бъбречни заболявания, липиди, тютюнопушене	Провеждане на изследвания.
15.	Насочване за преглед при нефролог	Кръвно-захарен контрол Контрол на кръвното налягане	Провеждане на изследвания.
16.	Насочване за преглед при невролог	Кръвно-захарен контрол Контрол на кръвното налягане Контрол на: бъбречни заболявания, липиди, тютюнопушене.	Ежегодно се прави оценка на болкова или симптоматична невропатия и еректилна дисфункция при мъжа.
17.	Насочване за скрининг за сърдечно-съдови заболявания	Контрол на артериалните рискови фактори. Спазване на здравословен	Ежегодно се прави оценка на лечението и

		стил на живот, включително и тютюнопушенето.	състоянието на пациента.
18.	Обучение при бременност и кантрацепция при жени с диабет.	Планиране на бременността при минимален риск и спазване на определени изисквания: -интензифицирано лечение -интензивен контрол на кръвната захар -оптимизиране на гликемичния контрол -включване на фолиева киселина -спиране на статините -оценка и нормализиране на кръвното налягане -оценка на състоянието на ретината -спиране на тютюнопушенето	Екипен подход, чести прегледи и изследвания.
19.	Обучение и поведение при инфекции	Спазване препоръките на лекаря и отговорно отношение към състоянието.	Контролни изследвания.
20.	Обучение и поведение при кетоацидоза	Спазване на назначенията и добра информация за профилактиката .	Контролни изследвания.