

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ –**

**СОФИЯ**

**ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ**

**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**

**КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ И МЕНИДЖМЪНТ НА  
ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ ПРИ ЗАХАРЕН ДИАБЕТ ВТОРИ  
ТИП**

**МАЯ ЛЮБОМИРОВА ВИЗЕВА**

**Научни ръководители:**

Проф- д-р Донка Байкова, дм

Проф. Магдалена Александрова, дм

СОФИЯ

2014

## **СЪДЪРЖАНИЕ:**

### **ПЪРВА ГЛАВА**

**ВЪВЕДЕНИЕ -** 3 стр.

**ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР** 6 стр.

### **ВТОРА ГЛАВА**

**ЦЕЛ И ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА** 44 стр.

### **ТРЕТА ГЛАВА**

**АНАЛИЗ И ДИСКУСИЯ НА ПОЛУЧЕНИТЕ РЕЗУЛТАТИ** 50 стр.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ** 122 стр.

**ИЗВОДИ** 129 стр.

**ПРЕДЛОЖЕНИЯ И ПРЕПОРЪКИ** 133 стр.

**ПРИНОСИ** 136 стр.

**ПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА** 138 стр.

**ПРИЛОЖЕНИЯ** 145 стр.

## Въведение

Глобалните процеси и прогресиращата световна и национална тенденция на остаряване на населението пряко рефлектират, като изключително важен социално - здравен проблем в съвременната социално-медицинска наука. Научната литература предоставя много доказателства и автентични данни, касаещи /отразяващи/ превантивните подходи и социалните насоки на ефективността на здравните грижи за хората и стила на живот.

*Налагат се някои неоспорими становища за унифициране на критериите за анализ и оценка на мениджмънта на здравните грижи, качеството на социалното обгрижване и информирана здравна грамотност в модерната комплексна всеобхватност и непрекъснатост – „континуум” на здравните грижи. Това изисква внедряване на нова съвременна методология, иновативни мениджърски умения, хармонизирани с последните достижения на съвременната социална и медицинска мисъл, съобразени с актуалните, световни достижения и на останалите фундаментални науки.*

Огромна научна значимост ангажира *промоцията на здравето*, с оглед поддържане на добро самочувствие и високо качество на живот, особено при рисковите групи от популацията. Липсата на достатъчно познания, сложността на проблематиката предоставена на аудиторията, нерядко е в базата на мултикаузалната ѝ социалнобиологична природа, които ускоряват процесите на инициране на социалната генеза и свързаното с това преждевременно остаряване.

Значимостта на проблематиката се обуславя преди всичко от дълбоките социални и здравни потребности на хората с влошено качество на живот и завишени специфични здравни изисквания.

Възникват сложни за решаване психологически и социално-икономически акценти. Това се предопределя, както с прогресивната заболяемост от обменно-метаболитни нарушения - затлъстяване и захарен диабет, така и с обективни доказателства за изявена тенденция към необратима висока инвалидизация и смъртност. Известно е, че населението в България има модел на старо население със значителни социални, икономически, медицински, психологически и деонтологически проблеми и последствия. /По най-нови, достоверни данни на СЗО, България заема една от водещите позиции в света по отношение на демографското остаряване на населението по относителен дял на възрастните и стари хора /на популационно ниво/. С оглед на това нарастването на заболяемостта от захарен диабет тип 2, съчетан обичайно с наднормена телесна маса се демонстрира особено с напредването на възрастта. Най – често захарния диабет, втори тип е обусловен и от съпътстващата полиморбидност, както и силно повлияване от социално изявените екологични и хигиенни рискови и други ко-фактори. Не случайно това заболяване често се изтъква като *биологичен модел на преждевременно остаряване при човека*. Това определя и дълбоката значимост на социално-икономическата детерминанта на ортобиозата.

Въпреки наличните, доказано ефективни интервенции за мениджмънт на хроничните неинфекцизни заболявания, включително и на обменно - метаболитните нарушения, все още са налице съществени национални, регионални, местни и индивидуални различия в обема и качеството на предоставяните *медицински услуги*.

*В настоящия труд се разглеждат високо значими социални проблеми на здравето обгрижване за подобряване качеството на*

*живота на болните* и някои рискови фундаментални фактори на социума и неговата реална оценка. Те имат специфично отношение към социалната епидемиология и еволюция, зависимост и обществена същност. Особено внимание отдаваме на *активното ресоциализиране на индивида и неговото поведение в социалната му ангажираност в обществото!*.

Стильт на живот е най-добрия „регулатор” на физиологичните социални процеси у човека. Само той може да противостои на пагубните последици от жизнените несгоди. Най-често е обуславен от социално-значимата, трудна и почти необратима патология, при приоритетното участие и с особен акцент на социално-биологичните детерминанти. Свидетели сме на тенденциозната демонстрираност и глобална ендемия от дегенеративни усложнения, които илюстрират качествените и количествените различия в социалната същност, генеза на тези т.н. «болести на цивилизацията».

Фактите убедително насочват вниманието ни към важните проблеми на социално-здравното състояние на големия брой хора с диабет и наднормена телесна маса. Те доказват изключително голямото значение на социално-медицинската обвързаност и единство, съвременни здравни грижи и възможности за адекватно поведение и адаптиране към промените не само в организма, но в семейната среда и особено сигнификантно в общественото поведение.

Ние правим скромни опити за анализи не само на сложните процеси на рехабилитация и ревитализация, но отдаваме достойна позиция на проблема и приоритет на *ресоциализацията* на индивида, като личност, социалният му стил на ангажираност и обществена отговорност.

Авторът

## ПЪРВА ГЛАВА

### ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

#### ИСТОРИЧЕСКИ ПРОУЧВАНИЯ

Захарната болест е известна на човечеството от поне 3000 години. Първото описание на вероятно диабетно състояние е дадено още в така наречения папирус Ebers (1500-1300 година до н.е.). Диабетът се споменава и в древната арабска и еврейска книжнина.

През I век от н.е. гръцкият лечител Аретеус от Кападокия описва „мистериозно заболяване“, което нарича „diabetes“. Термина произхожда от гръката дума διαβαίνω, което означава „преминава“, „пресича“. В тези времена диабетът се е разглеждал като заболяване, при което организма губи способността да задържа течности. Представата за това патологично състояние е произхождало от основните симптоми на диабета – обилно уриниране /полиурия/ и неутолима жажда /полидипсия/.

Древните лечители обаче не могли да достигнат до обяснение на същността на явлението и до причината за заболяването. Индииските лекари от 7 век първи са документирали един от най-важните симптоми на болестта- че урината на диабетика има сладък вкус. Древните индийци забелязали, че урината на болните от диабет привлича мравките и нарекли болестта „болест на сладката урина“. Корейски, китайски и японски аналози на тази дума се основават на подобна идеограма и също означават „болест на сладката урина“. В Европа това е било открито стотици години по – късно. През XVII век английският лекар Томас Уилис установява, че урината при хората със захарна болест е сладка като мед – това дава и пълното

име на заболяването, с което е известно и до днес – „diabetes mellitus“ (захарен диабет).

Симптомите на захарния диабет са познати почти от векове, но истинското разбиране за причините на това състояние и по – важното, възможностите за интервенция в хода на заболяването и клиничното му лечение е развито едва в миналото столетие.

През 1889 г. Джоузеф фон Меринг и Оскар Минковски изнесли експериментални данни за секретирането на инсулин от панкреаса и доказали, че след отделянето на задстомашната жлеза на куче, то придобива симптоми на захарен диабет.

Едни от големите заслуги в изследването на етиопатогенезата, епидемиология, причинно-следствени връзки с отношение на хранене, начин живот при диабет има великия руски учен и философ Иля Мечников. Негов последовател - руският учен Соболев /1901 г./, установява вътрешно-секреторната функция на инсулиновия апарат и набеязва пътя за получаване на инсулинови препарати .

През 1919 г. сър Едуард Алерт Шарпей - Шефер предположил, че диабета се предизвиква от недостиг на химично вещество, отделяно от Лангергансовите острови в задстомашната жлеза. Той нарекъл това вещество инсулин от латински *insula*, което означава остров.

Ендокринната функция на задстомашната жлеза и ролята на инсулина за развитието на диабета били потвърдени през 1921 г. от Фредерик Бантинг и Чарлз Бест. Те повторили експеримента на фон Меринг и Минковски, показвайки, че симптомите на диабет при куче с отстранена задстомашна жлеза, могат да бъдат премахнати чрез вкарване в организма му на екстракт от Лангерхансовите

острови на панкреаса от здраво куче. Бантинг, Бест и техните сътрудници пречистили инсулин, отделен от задстомашната жлеза на едър рогат добитък. С откриването и изолирането на инсулина се поставила нова историческа ера в лечението на диабета. На 11 януари 1922г 14 годишния Ленард Томпсън станал първият човек, на когото е приложен пречистен инсулинов екстракт. За това откритие учените получили Нобелова награда през 1923 г. Производството на инсулин и приложението му за лечение на захарния диабет започнали бурно да се развиват.

През 1935 година Роджър Хинсуорт описал двата типа диабет: диабет тип 1 „инсулин чувствителен“ и диабет тип 2 „инсулин нечувствителен“ като различни заболявания.– с абсолютна инсулинова недостатъчност /Диабет тип 1/ и с относителна инсулинова недостатъчност – /Диабет тип 2/. Това откритие отворило нови възможности за тяхното лечение.

През 1906 година заслужилия български учен Каракашев прави задълбочени и прецизни проучвания върху инсуларния апарат на панкреаса. По-късно 1920-1921 година Асен Златаров експериментално установява хипогликемизиращото действие на някои растителни екстракти и с това пръв доказва инсулиноподобния ефект на веществата от растителен произход. Още в този период проличава характерният за българската биология, физиология и медицина, интереса към честите и със социална значимост ендокринни заболявания /захарният диабет и неговите усложнения./ Липсата на най-необходима клинична и научно-изследователска база ограничава сравнително малобройните и несистемни работи на отделни наши автори в кръга на клиничната казуистика, клинико-статистическите наблюдения и литературни

обзори /К. Чилов, Н. Койчев, Т. Ташев, Цончев, Ив. Пенчев, П. Коларов Т. Стайков, Д. Коев/.

През 50-те години на ХХ век били разработени сулфанилурейните препарати за лечение на диабет тип 2, които стимулират панкреаса да произвежда повече инсулин, и намаляват нивата на кръвната глюкоза при хората с диабет тип 2.

През 1955 г. англичанинът Санджер установил химическата структура на инсулина, а през 1963 и 1965 г. в САЩ от П. Костоянис и Х. Цан била осъществена и синтезата на човешкия инсулин.

В своя значим труд “Медицината: неразделна част от българската национална култура”, дълбоко ерудирания и уважаван български учен, един от апостолите на националната ни социална медицина, обществено здраве и история на медицината Акад. Миладин Апостолов проследява и споделя ролята и приносите на българската научна мисъл в изтъкването на българската медицина, приносите и нейния широк клинично-профилактичен обхват, и с особеното отношение на социалния фактор при обсъждане на нейните исторически аспекти и достойни заслуги.

Съвременните български учени от школата на Акад Ив Пенчев са достойни за уважение и пиедестал творци в областта на масовата профилактика, епидемиология, патогенеза, клиника, лечение и начало на програмни тестове за обучение и контрол на диабетно болните и техните близки. Насоките са преди всичко и към социално значимите маркери и диетични последици (7, 55, 56, 62, 63, 64, 74). Сериозно внимание се отдава на здравословното хранене, качество и енергиен прием, балансираност; трудова дейност, инвалидизация и прочие.

*Историята на човечеството от времето на палеолита до наши дни се характеризира с апогейна еволюция, все по- голямо*

*разпространение и увеличение на вида Homo Sapiens на Земята. Това е закономерен исторически процес. Той има не само свои биологични, но и изключително сложни социални специфики.*

### **Някои епидемиологични данни**

Светът е изправен пред пандемия от захарен диабет. Тази констатация се потвърждава и от последните данни на Световната Здравна Организация за 2012 година, че над 346,000,000 от населението на земята страда от диабет. Предвижданията за 2030 година са за двукратно увеличаване на смъртността от това заболяване (91, 92, 123, 125).

Съвременни епидемиологични проучвания показват, че разпространението на диабет тип 2 придобива мащабите на епидемия на глобално ниво. По данни на Световната Здравна Организация над 19,000,000 души в САЩ и 17,000,000 по света, от които 33 милиона само в Европа страда от тип 2 диабет (125). Особено тревожни са данните на Международната Диабетна Федерация, че 40% от тях не знаят, че вече са развили заболяването, а други 6.1% са в състояние, наречено „преддиабет”(91).

В последните десетина години научната литература предостави на академичната общност многобройни и разнообразни данни от широко мащабни епидемиологични проучвания, което определя и изборът на приоритетната тематика с научни доказателства, оценка на заболяванията с най-висока социална значимост, приоритетни групи от населението за насочено интервенционно въздействие и категоризация на здравните интервенции и технологии, съобразно тяхната ефективност при реализацията им”( 91, 94, 95, 97, 102, 122, 124).

През 1998 год. Световната здравна организация предсказа прерастването на болестта в „глобална епидемия”, посочвайки че разпространението ѝ от 4% през 1995 год. ще нарасне на 5.4% през 2025 год. Пет години по-късно Международната Диабетна Федерация определи че средната стойност за разпространение на диабета в 138 държави, членове на федерацията е вече 5.2% сред населението на възраст 20-79 год., от които 85-95% са с диабет тип2. Разпространението на диабета има своята специфика в съответствие с нивото на развитие и социален статус на съответната държава. Тези различия ясно са отразени в „Диабетния атлас” на Международната Диабетна Федерация публикуван 2003 година. Предвижданията на Световната здравна организация за нарастване на заболяемостта са свързани основно с икономическото развитие на страните, в резултат, на което се предполага достигане на 170% нарастване на заболяемостта в развиващите се страни и 40% - в развитите (ILSI, 2005). Добре е при оценката на епидемиологичните данни да се знае, че различията и флуктуациите в резултатите се дължат на разликите в диагностичните тестове, както и на рамката на нормалните нива на глюкозата в кръвта, приети от изследователите. В тази насока е и проучването „Съвместен анализ на критериите за диагностика на диабета в Европа” (DECODE), използващо теста за орален глюкозен толеранс или ниво на глюкоза в кръвна плазма на гладно, съгласно критериите на Световната здравна организация. Резултатите показват разпространение 10% при лица под 65 годишна възраст и между 10% и 20% при лица 60-79 години.

Друго проучване проведено в девет европейски страни с акцент върху финансовите потребности при диабет тип 2 „CODE” (The Cost of Diabetes in Europe – Type II), базиращо се на сигурна

лекарска диагноза, предоставя по-различни данни за разпространението на болестта от 1.7-4.2% (средна стойност – 3.0%). Епидемиологични проучвания в САЩ показват 8-9% при възраст от 20-60 години и над 20% при лица над 65 годишна възраст.

В петото издание на Диабетния Атлас на Международната Диабетна Федерация се съобщава цифрата от 366 милиона, отговаряща на 8.3% от възрастното население на земята, което боледува от диабет. Прогнозите са за нарастване над 552 милиона през 2030 година, или 99% от възрастните ще бъдат засегнати от диабета, което предполага по 3 нови случая с диабет на всеки 10 секунди (101).

Тази сериозна заплаха за общественото здраве в световен мащаб бързо се влошава. Нейното най-голямо влияние е при възрастни в трудоспособна възраст в развиващите се страни (WHO). 4,8 милиона души са починали от диабет и 471 млрд. долара са изразходвани поради диабет през 2012 г. (125).

Редица научни съвременни епидемиологични изследвания върху захарния диабет и затлъстяването са фокусирани върху отделните социално-биологични рискови фактори, а други са посветени на превантивните подходи и мениджмънта на здравните грижи. Търсят се унифицирани методи за проучване, позволяващи обединение на всестранните усилия от различни изследователски екипи на глобално ниво, за решаване на този здравен проблем. Огромен брой школи в света обръщат изключително внимание и средства с оглед мениджмънта и превенцията на здравни грижи при диабетно болните. В това отношение Schwarz et al 2008 дават подробна обосновка и описание на европейските перспективи в превенцията на диабета, в които е подчертана необходимостта от съвместни,

хармонизирани активности. В същата насока са и проучванията на редица други изследователи предлагащи стандартизирани качествени индикатори за превенция на диабет тип 2 (Pajuhen et al, 2010); Paulweber, et al, 2010), както и модели за научно и практическо обучение и програми за превенция на диабет (Kramer et al, 2009).

С участието на 17 здравни институции, клиники, центрове и фондации от различни европейски държави е създадено Европейско ръководство, базирано на научни доказателства, за превенция на диабет тип 2, публикувано в списание *Hormone and Metabolic Research* 2010. Авторите заключават, че ефективна превенция може да бъде постигната чрез моделиране начина на живот при рисковите групи от населението, което се свързва с намаление на финансовите разходи и трябва да бъде внедрено в системите за здравни грижи.

Редица епидемиологични проучвания посочват значението и ролята на здравните грижи - чрез промяна на начина на живот, да бъде постигнато значимо забавяне на прогресията на диабет тип 2. (Costa B et al, 2012). Качествените индикатори за здравните грижи са описани в ръководството, съставено с участието на различни здравни институции от Белгия. Общо 34 индикатора са класифицирани в пет мениджърски категории, чрез чието моделиране се постига ефективност на здравните грижи (Wens, et al, 2007). Анализирана е промяна на здравните грижи и по-конкретно тяхното качество за намаляване на усложненията съпътстващи диабета. (Icks et al, 2006). Много проучвания са посветени на информираността, както на пациентите, така и на здравните мениджъри (Lente Van, E.7, 2011).

Изключително висок процент над (80%) от хората, страдащи от захарен диабет и наднормена телесна маса са установени в

икономически развитите страни. Проведеното пред последните години Национално епидемиологично проучване на хранителния прием сред населението посочва, че хранителната консумация на млади жени се характеризира със сходни параметри, представени и от други автори. Несъответствието от препоръките създават висок потенциален риск за отключване на хронични неинфекциозни болести в настоящ и следващ етап от живота - свръхтегло, затлъстяване, изява на диабет и др. рискови последици. (7, 62, 63).

В България се наблюдава прогресивно увеличаване на случаите на захарен диабет. Според НЗОК през 1999 - 2000г. е имало около 200 000 диабетици (1.7% от цялото население). Данните на Българското дружество по ендокринология към края на 2004 г. сочат около 250 000 диабетно болни. През 2006 г. процентът на боледуващите от диабет българи е вече 8.3. По последни данни с актуална информация над 500 000 българи боледуват от захарен диабет, а други 337 000 са с преддиабет. В България със захарен диабет тип 2 (и наднормена телесна маса), т.нар. **Diabobesity** са 90.4% от всички, регистрирани в страната, диабетици, *което определя изключителната важност и социална значимост на проблематиката!*

Научните проучванията в нашата страна също посочват сериозността на проблема, придобиващ застрашаващи размери с постоянно нарастване на темповете на разпространение на това социално значимо заболяване. В структурата на заболяемостта (86) и смъртността на национално ниво диабет тип 2 заема едно от челните места. Около 75% от диагностицираните диабетици са с лош метаболитен контрол, което води до по-бързо развитие на допълнителни усложнения – микро-и макроангиопатия- миокарден

инфаркт, мозъчен инсулт, слепота, ампутации хронична бъбречна недостатъчност и др..

Мултиспектърният характер на проблема диабет е отразен и в темите фокусирани в ежегодните инициативи и форуми по повод Световния ден за борба с диабета – 14 ноември. Предвид сериозността на проблема за нашата страна, 40-то Народно Събрание през 2008 г. прие Декларация по повод *14-ти ноември – Световен ден за борба с диабета*, в подкрепа на превантивни действията за ограничаване и на захарния диабет в Република България. Инициативата е на Международната федерация за борба с диабета (IDF) с подкрепата на Световната здравна организация (СЗО). Всяка година се избира различна основна тема за инициативата. За периода от 2009 до 2013 година, избраната тема е „Диабет – образование и превенция“, което определя и актуалността на настоящия труд.

Българската научно-медицинска информация в програми, ръководства, базирани на научни доказателства и мениджърски програми за превенция на тази болест се откроява активността на медицинската ни общност, насочена основно към превенцията, прецизната диагностика на диабет и подходите за ефективно лечение.

Въпреки огромният фактически материал по проблематиката, данните за внедряване и оценка на превантивни програми на качеството на здравните грижи и на подходите за мениджмънт и промоция на здравето, могат да бъдат дообогатени. Известно е че епидемиологичните резултати от различните проучвания варират в зависимост от спецификата на региона на изследване, от разнообразието на комбинации от рискови фактори, от подходите за анализ и оценка и т.н. Еднопосочни са

обаче данните, че броят на лицата с диабет тип 2 нараства драматично и прогресивно в световен и в национален мащаб.

В научен израз се предоставя комплексните програми за здравна промоция и профилактика, като здравната стратегия по промоция на здраве и профилактика на заболяването, която е изградена и върху основни принципи, включващи интеграция, стабилност и избор на приоритети. (85)

### **Здравето като социална ценностна система**

Задоволяването на здравните потребности се изразява в укрепване, поддържане и възстановяване на здравето. Цялостния характер на здравето е свързан с потребността от здраве у индивида, обществото нацията. Под здраве се разбира възможността на организма на човек да се адаптира към промените в околната среда, като свободно си взаимодейства с нея върху основата на биологичната, психичната и социална същност на човека. Здравето представлява ценност, тъй като е необходима предпоставка за пълноценен живот.

Според определението на Световната здравна организация “здравето е пълно физическо, психологическо и социално благополучие, а не само отсъствие на болест или недъг”. Световната здравна организация определя качеството на живот като схващане и усещане на отделната личност за нейното положение по отношение на културата, ценносните системи, които живее, и по отношение на нейните цели, очаквания, стандарти, грижи и проблеми. Това е широко понятие, свързано с физическото здраве на човека, психическото му състояние, социалните взаимоотношения, степен на независимост и самостоятелност (122, 124, 125).

Здравното качество на живот (Health-Related Quality of Live (122,123) разглежда въздействието на заболяването и неговото лечение върху собствената оценка на пациента за извършване на дейности във физически, познавателен и емоционален аспект. При болните със захарен диабет тип 2, тези способности зависят от тежестта на усложненията и преждевременната инвалидизация.

Обективно здравето представлява реална предпоставка за задоволяване на индивидуални и обществени, морални и духовни потребности. Определено равнище на здраве е необходимо за развиване на икономиката, науката и културата. В този смисъл здравето е социална ценност и предпоставка за пълноценна реализация на личността.

След натрупване на значителни познания, въз основа на проведени епидемиологични проучвания, епидемиологията на неинфекциозните заболявания, нейните методи и принципи са обект на значителен интерес не само от страна на медицината, но и от общественото здравеопазване. Като момент от модерната епидемиология един от най-изтъкнатите национални експерти проф. Е. Шипковенска доказва изключително значимата роля на епидемиологичните проучвания, базирани на медицински доказателства в модерната медицина и здравеопазване. Те спомагат за решаване на дълбоките глобални здравни проблеми, като се посочва за пример ролята и връзката на оралното антидиабетно лечение и последващото подобрене на качеството на живот при пациентите.

В това направление комплексните програми за промоция на здравето имат за цел създаване на условия за по-висока резистентност на организма към всякакви увреди на здравето и премахване на условията, правещи възможно действието на

патогенните фактори, чрез реална промяна на здравното поведение в посока на *здравословен стил на живот*. Програмите включват комплекс от мероприятия, насочени към:

- Индивида, семейството, обществото
- Жизнената и професионалната среда

## **Рискови фактори за здравното състояние**

### **СОЦИАЛНИ РИСКОВИ ФАКТОРИ И ПРЕВЕНЦИЯ**

Модификация и профилактика на рисковите фактори.

Комплексният подход към всички съпътстващи диабета рискови фактори е от изключителна важност за профилактиката и промоцията на здравето. Системното провеждане на *социално-образователни програми* запознаващи обществеността със същността на рисковите за здравето фактори и техния своевременен контрол и ограничаване.

При 80-90% от пациентите със захарен диабет тип 2 се наблюдава наднормено телесно тегло или затлъстяване. Последното се наблюдава особено при пациенти в напреднала и старческа възраст. С оглед подобрените здравно-социални достижения, съвременния начин на живот, урбанизация, създаване на множество удобства и проичичащото с това обездвижване, и други важни фактори, се увеличава и средната продължителност на живота.

1. Установено е, че снижението на наднорменото телесното тегло при пациенти с диабет с 5-10% намалява значително сърдечно-съдовия риск.(94, 99)

2. В редица проучвания е доказано, че добрият контрол на кръвната захар снижава значимо риска от поява и прогресиране на различните форми на диабетна макроангиопатия.

3. Важни елементи в терапията са контрол на артериалното налягане, спиране на тютюнопушенето и балансирано хранене. При наднормено тегло и затлъстяване е важно да се включи хранителен режим с ограничаване на наситените мазнини (<7%), с повече фибри; както и физическа активност (минимум 30-45 минути дневно).

Множество епидемиологични проучвания са посветени на изучаване ролята на храната в забавяне процесите на стареене и в профилактиката на редица заболявания.

„Храната е секретния ключ на профилактиката” Норман Кретчмер

Огромна научна енергия е посветена на изясняване на механизмите на действие и начините на приложение на антиоксидантите в основни насоки включващи здравето и дълголетието на човека и значението на антиоксидантите в превенцията и лечението на многообразния спектър от заболявания (74, 100)

**Факторите на здравето** са тези условия, които въздействат върху организма и неговото здраве зависи непосредствено от тях. Някои от тях са позитивни по отношение на здравето, т.е. оказват положително влияние за неговото опазване и укрепване: благоприятна околна среда, психически комфорт, рационално хранене и др. Друга група фактори са негативни по отношение на здравето, т.е. предизвикват болест и се характеризират с това, че имат неблагоприятни здравни последици, съдействат за появата на тежки болести с висока смъртност, но могат да бъдат коригирани.

*Социалните фактори и факторите на околната среда* несъмнено имат голяма роля за изявата на заболяването на фона на определената генетична предиспозиция. Начин на живот с прием на богати калорични готови храни и ограничена физическа активност е проблем не само за развитите, но и за развиващите се страни. Ето защо със съвременната глобализация, модернизация, миграция, урбанизация и застаряване на населението, както и с въвеждането на този начин на живот в редица страни, честотата на захарен диабет тип 2 прогресивно се увеличава. (7, 56, 63, 64)

Изтъкнати български учени понастоящем (7, 18, 55, 56, 62, 74, 79, 86) описват ролята и факторите обуславящи затлъстяването като мощен социалноздравен фактор в общата патология на поразеност на българското население. Те отдават изключителна роля и на останалите социално битови фактори, поведение, здравословен тип на хранене и труд, влияещи върху здравето, които се обуславят от начина на въздействие между човека и обкръжаващата го среда.

Проучването на рисковите фактори у нас е достатъчно изяснено и не е целево в настоящия труд!

Честотата на затлъстяването в световен мащаб се увеличава и понастоящем над 50% от европейците попадат в групата с наднормено тегло и над 30% са с клиничен обезитет. По данни на Световната здравна организация, около 250 000 души в Европа и над 2.5 милиона в света загиват всяка година от свързани със затлъстяването заболявания, като водещи са сърдечносъдовите инциденти и диабета. Обезитетът е най-точния предиктор на недиагностициран диабет тип 2 и особено за преддиабет, според резултатите от проучването Diabscreen Study, публикувани в списание *Annals of Family Medicine*. От диагностичните модели, използващи различни рискови фактори, най-точният за

недиагностициран диабет е бил този, който е съдържал като индивидуален фактор затлъстяването. Поддържането на нормално тегло е едно от най – важните условия за предпазване от диабет. Над 80 % от диабетно болните при откриване на заболяването имат наднормено тегло. Недопускането на затлъстяване може да предпази от диабет хора, които имат наследствено предразположение, особено при деца, подрастващи и родилки (7, 55, 56, 62, 64).

*Заседнал начин на живот и обездвижване.* Голямо значение за поява на заболяването се отдава на намалените физически усилия, както в професията, така и в бита, механизирането и компютризирането в бита и транспорта, новите социални условия на съвременния живот към които приспособимостта е по-трудна. Установено е, че заболяемостта от диабет през последните години нараства значително в индустриално развитите страни, в общества с настъпили големи промени в начина на живот. Среща се също така по-често сред професии, свързани с напрежение, отговорност, рискове и липса на възможност за редовно хранене, почивка и сън.

Хранителни навици и състав на храната. В миналото диабетът е имал славата на болест на “богатите”, поради техния начин на хранене и намалена физическа активност. В много страни диабетът показва различно разпространение сред различните социално-икономически групи от населението.

*С напредване на възрастта* болестността от диабет се увеличава- рискът се покачва особено след 45-50 годишна възраст (особено при наличие на нездравословен стил на живот и някои придружаващи заболявания) и нараства значително след 65 години (17, 42, 43, 45).

Най-голям дял от заболяванията се пада на възрастта след 45 години (80%) за мъжете и (85% за жените). Диабетът намалява средната продължителност на живот и това зависи от възрастта, в която се е манифестирал.

Тютюнопушене. Мащабно проучване проведено в САЩ за 15 годишен период при 4 600 души установява два пъти по-висока честота на захарен диабет при *тютюнопушачите*, сравнение с непушачите. Изказва се становище, че токсичните вещества в цигарения дим увреждат панкреаса, предизвиквайки окислителен стрес, което от своя страна води до подтискане на инсулиновата секреция. Инсулиновата чувствителност се повлиява негативно от отделяните под влиянието на никотина контраинсуларни хормони.

Комплексният подход за оптимална профилактика и добро качество на живот при захарен диабет тип 2 включва следните основни елемента: обучение на болния от диабет; здравословен хранителен режим и планиране на храненето; двигателна активност; компенсиране на инсулиновата резистентност; контрол и самоконтрол на диабета; вторична превенция на късните усложнения.

### **Съвременни модели за превенция при Диабет втори тип**

С понятието "промоция на здраве" се означава ясно обособена концепция, върху чиято основа през 80-те години на миналия век се утвърди едноименната стратегия на СЗО (13, 14, 25, 26, 81, 86, 57, 123, 125). В центъра на вниманието на съвременната здравна система е здравият човек чрез разработване и широко внедряване на превантивни и профилактични здравни програми по промоция на здравето.

Промоцията на здраве трябва да се разграничава от профилактиката. (22,13,85,4,2). Независимо от разликите между тях, двата процеса не могат да се разделят строго. Разликата е по-скоро върху ударението на дейностите, които взаимно се допълват. Промоцията въвежда активния подход към здравето и променя отношението на личността към него (личностен подход и социална отговорност) (21,16,12,7,33), а профилактиката променя някои рискови за здравето фактори с цел недопускане на заболяване или предпазване от усложнения.

Здравето на хората се определя в повечето случаи от техния начин на живот. За това програмите за промоция на здравето са насочени преди всичко към реална промяна на здравното поведение в посока на здравословен стил на живот, като се прилагат активни и комплексни подходи за решаване на здравните проблеми на населението чрез ограничаване на негативните рискови фактори и стимулиране развитието на протективните фактори за здравето. Използват се няколко подхода, които проф. д-р Елена Шипковенска описва подробно в научните си трудове "Съвременни модели и концепции за промоция на здраве и профилактика на болестите": с конкретни Комплексни Програми за промоция на здравето да целят:

- изграждане и усъвършенстване на здравноориентирана социална политика
- създаване на системи за социална подкрепа -обогатяване на знанията и мотивацията за здравословен начин на живот
- укрепване на позитивни за здравето форми на поведение
- намаляване на рисковото здравно поведение.

Социалнопедагогическа насоченост на програмите да е насочена:

- към здравните работници

- към заболялите от захарен диабет и техните семейства

Индивидуалният подход се прилага във всички страни по света, но заслужава внимание комплексното решение, което е намерено чрез програмата на СЗО 1988 г. "Болници за промоция на здравето". Програмата обхваща няколко направления: болнична екология, здравно обучение на пациенти и техните семейства, между-професионално общуване. Той се определя като по-рисков, тъй като може да доведе до психически последици. Болниците са естествената среда за провеждане на промотивна и профилактична помощ, но за да бъде пълноценно разгъната тази помощ е необходимо изграждането на нови структури по промоция на здравето и включването на дейностите в стандарти: 1. Създаване на образователни програми за обучение на пациенти и членовете на техните семейства 2. Образователни програми за обучение на медицинския персонал в комуникативни умения, да обучават своите пациенти.

От изключителна значение е разгръщането на междусекторно сътрудничество с първичната медицинска помощ, социални служби, неправителствени организации, сдружения на пациенти и др (12, 15). Важно е медицинският специалист да изясни и оцени отношението на индивида към здравето и болестта му; да разбере какви страхове и очаквания има пациента, каква е неговата адаптация към заболяването; да определи кой е най-сериозния му проблем и да подчертае кое е добро за пациента и за неговото здраве. С особено внимание да формулира на една или друга прогноза; да я обсъди и да разясни защо и как се провежда

лечението. Моделът на партньорство (медицински специалист-пациент) изисква процес на активна обмяна на информация, доверие и уважение, известно договаряне и обсъждане на възможни решения (15,23). Здравното образование е основно средство в промоцията на здраве .

Масовия (популационен) подход за промоция/профилактика има за цел да понижи средния риск за популацията чрез придвижване на цялото разпределение на риска към по-ниските нива(86). Рискът при него се крие предимно в различните социални слоеве, като засяга предимно тези групи, които се водят и високо рискови поради по-ниската здравна култура, липса на мотивираност и по-слабите възможности за здравословен начин на живот. Той е по-обхватен и включва добро познаване на фактите; изучаване на причините за появата и развитието на хроничните неинфекциозни заболявания; избор на интервенция (анализ на различни алтернативи, дефиниране цели и на задачи; здравни стратегии програми, приоритети, календарен план (бюджет, колко, процеси, стандарти, методи и т.н.); оценка на разходите и ефективността на интервенцията (81,83). Много често се извършва обучение чрез масмедийни кампании за здравословен начин на живот и създаване на здравно - образователни програми .

В най «Новото обществено здравеопазване» особено важно място в структурата на здравната политика заема елементът „детерминанти на здравето” или (фактори на здравето). Несъобразяването с този елемент може да има в следствие дефектна здравна политика, съдържаща умозрителни или неефективни решения.

Както подчертават политиците на здравната политика, необходимо е да се изследват преди всичко следните детерминанти на здравето:

- Демографски (проблемът за старите хора, нарастващата смъртност и др.)
- Физическа среда (замърсяване)
- Социална среда (условия на бит и труд, семейство, комуникации)
- Стил на живот (рисково поведение)

### **Комплексни програми за здравна промоция и профилактика**

Промоцията на здраве предполага преориентация на грижите към:

- Достъпност на здравната информация за лица от всички възрастови и социални групи
- Изграждане на лични и социални навици, модели за поведение и засилване на общественото участие
- Промяна на личността и на нейната ценностна система, поставяйки здравето на първо място
- Възможност за самооценка на общественото здраве

Нов момент в промоцията на здраве е участието на различни специалисти и институции в системата и извън системата на здравеопазване. Повишаването на здравната култура на населението е сложен и продължителен процес и не може да се провежда кампанийно.

В този смисъл промоцията на здравето може да се разглежда, планира, организира и осъществява само като непрекъснато широкомащабно обществено движение.

Медицината и хората по света стъпка по стъпка се придвижват към идеята за недопускане на заболявания и техните усложнения, към по-добро качество на живота, а не само към лечение на заболяванията.

## **Стандарти по здравни грижи при Диабет тип 2**

Мащабното разпространение на диабет тип 2 е предизвикателство към медицинската наука и предпоставка за задълбочени проучвания на проблема във всичките му дименсии, включващи и здравните грижи. Като хронично заболяване диабетът изисква постоянни специализирани грижи и обучение на диабетноболните и рисковите лица за самоконтрол и участие в превенцията и лечебния процес.

През последните десетилетия в научната медицинска литература се откриват много данни, доказващи до 60% редукция на риска от инициране на диабет 2, в резултат от приложението на подходящи здравни грижи, съответстващи на стандартите, както в профилактичните, така и в лечебните програми (88,101,103, 111,113, 114).

Причината за създаване на стандарти за здравни грижи се корени в необходимостта от сравнимост на резултатите, получени от различни по дизайн проучвания, проведени в различни региони на света, от различни научно-изследователски колективи. Поради прогресивното разрастване на проблема се увеличава и необходимостта от унифициране на критериите и подходите за оценка на качеството на здравните грижи, с цел повишаване на ефективността на профилактичния и лечебния процес.

В исторически план към първите опити за създаване на стандарти за здравни грижи при диабет тип 2 могат да бъдат посочени усилията на редица изследователи за изясняване и подбор на фактите и доказателствата формиращи базата и аргументите на изгражданите препоръки, одобрени експертно още през 1997 година (99). От тази дата до днес, те претърпяват постоянни изменения и допълнения в синхрон със съвременните научни достижения, придобивайки заслужено смисъла на „стандарти”. Съдържанието и промените в стандартите се нуждаят от представянето им в ясен, разбираем вид за специалистите по здравни грижи, които имат необходимост от научна аргументация. Правилното разбиране на стандартите е гаранция за по-високо качество при осъществяване на здравните грижи, водещо съответно и до по-висока ефективност и на превенцията и на лечението при диабет тип 2.

Научната медицинска литература от последните две десетилетия, публикувана в международни научни специализирани списания (Diabetes, Care; New England Journal of Medicine; Diabetologia) предоставя информация за съвременните подходи и критерии за здравни грижи при диабет тип 2, както и за препоръките, становищата на експерти, експертни съвети и специализирани международни организации, асоциации и институти (Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus; WHO; American Diabetes Association; Centers for Disease Control and Prevention)

Анализът на информацията в публикуваните стандарти за здравни грижи при диабет (91,92) показва, че конкретно на тях се отделя голямо внимание, съответстващо на ролята им в цялостния, последователен процес на превенция, забавяне на иницирането и развитието на болестта. Обширната информация, включена в

стандартите е класифицирана в отделни глави, третиращи специфични аспекти на проблема „здравни грижи при диабет,“. Така например в стандартите от 2011 година (91) научните доказателства и препоръките са разпределени в девет отделни глави, което е определено улеснение за специалистите по здравни грижи за възприемане и ефективно внедряване в практиката им .

#### Стандарти за здравни грижи при Диабет – 2011 (Съдържание)

- I. Класификация и диагностика на диабета;
- II. Тестове за диабет при асимптоматични пациенти;
- III. Определяне и диагноза на гестационен диабет;
- IV. Превенция/забавяне на диабет тип 2;
- V. Здравни грижи при диабет;
- VI. Превенция и мениджмънт на усложненията при диабет;
- VII. Здравни грижи при специфични групи от населението;
- VIII. Здравни грижи при различни обстоятелства;
- IX. Стратегии за подобряване на здравните грижи при диабет.

Съдържащата се в стандартите информация позволява да бъде направено разграничение между общите здравни грижи и клиничните грижи, които са фокусирани основно върху пациентите при условията на лечение в болницата и извънболничното, домашно или друго лечение. При този контингент болни лица, основна роля в мениджмънта на лечебния процес, се пада на лекаря. В процеса на превенция и забавяне развитието на диабет тип 2, както и в редуцирането на съпътстващите го усложнения и поддържане на постигнатия успешен здравен статус, предимство имат специалистите по здравни грижи. Активностите включват анализ, оценка и мониторинг на много широк спектър от показатели и

критерии, които освен че трябва да бъдат проследявани, трябва да бъдат и обект на самоконтрол.

Стандартите обхващат всички аспекти на здравни грижи при диабет тип 2, започвайки с превантивните грижи и завършвайки с осигуряване запазването на максимално възможното здраве за пациентите и рисковите лица. В тях са аргументирани и изяснени редица маркери, които улесняват оценката на здравния статус и подбора на подходящите подходи за грижи.

Американската Диабетна Асоциация (ADA) класифицира доказателствата, използвани за изграждане на стандартите, по степента на тяхната значимост, представяйки ги в табличен вид (91, 92). Предоставено е и описание на самите доказателства (неоспорими, оспорими), както и техните източници (препоръки, подкрепящи данните и др.). Тази форма на представяне е много убедителна, основаваща се на научни факти, доказателства и прозрачност, чрез които се постига висока степен на доверие в използващите я специалисти.

Всички приложени доказателства са обсъдени задълбочено и в детайли от мултидисциплинирен експертен комитет при ADA, като подробни данни за всички негови членове, включително и конфликт на интереси са отразени в допълнителен списък към съответните стандарти. Тази информация е аргумент за професионализъм и прецизност, вложени в стандартите. Изготвените препоръки се предоставят за последващо рецензиране и съответно одобрение или отказ от Административния Комитет на Борда на директорите на ADA. Посочената сложна и строга процедура е гарант за прецизност, сигурност и адекватност на предлаганите стандарти.

В първата глава на стандартите много ясно и кратко е формулирана класификацията на видовете диабет, която би било

добре да намери място в съвременните учебници по медицина и учебни помагала, използвани в обучението на студенти в българските медицински университети.

Основните критерии за диагностика на диабета са представени също в табличен вид, което е определено улеснение за интересуващите се. Информацията включва следните критерии

- Хемоглобин А1С /Гликиран хемоглобин/ >\_ 6.5%
- Плазмено ниво на глюкоза на гладно /FPG/ 126 mg/dl (7.0 mmol/l)
- Плазмено ниво на глюкоза 2 ч. след натоварване (OGTT) >\_ 200 mg/dl (11.1 mmol/l)
- При пациенти с класически симптоматика на хипергликемия или хипергликемична криза, нивото на плазмената глюкоза >\_ 200 mg/dl (11.1 mmol/l)

Представените критерии са много важни не само за лекарската диагноза, но те са необходимост за качеството на здравните грижи. Мониторингът им е абсолютно задължителен за да бъде подбран подходящия подход за грижи към отделния индивид. На практика се оказва, че много малка част от пациентите или рисковите лица са наясно с тези критерии, което затруднява самоконтрола и изисква съответна информираност т.е. обучение. Има случаи, при които резултатите от тестовете не са еднопосочни. При тях експертите препоръчват задължително повторение на анализите. Потвърждаващият резултат се приема за критерии за диагностициране.

Особено внимание в стандартите е отделено на рисковите групи за развитие на диабет, така наречените „преддиабетици”. След периода от проучвания от 1997-2003 г., Експертният Комитет по Диагностика и Класификация на Диабета, разграничава една

междинна група от индивиди при които нивото на глюкозата не отговаря на критериите за диабет, но не съответства и на приетите стойности за нормално ниво. Тези лица са били описани като случаи с ненормално ниво на глюкоза на гладно (FPG 100-125 mg/dl или 5.6-6.9 mmol/l), или като случаи с нарушен глюкозен толеранс (2ч PG по OGTT от 140-199 mg/dl или 7.8-11.0 mmol/l). Трябва да бъде отбелязано, че СЗО и редица други диабетни организации приемат за горна граница при нарушен диабетен толеранс 110 mg/dl (6.1 mmol/l). Така индивидите с нарушено ниво и на двата показателя: глюкоза на гладно и нарушен глюкозен толеранс се отнасят към групата на преддиабетиците, означаващо висок риск 10-15% за бъдещо развитие на диабет. Тези показатели при обсъждане на качеството на здравните грижи не се разглеждат като клинични характеристики, а като рискови фактори за диабет. (96, 103 114).

Независимо че стандартите са приети от експертни съвети и високо ерудирани професионалисти, все още много позиции са подложени на задълбочени дискусии, което налага постоянното им проследяване и въвеждане по възможност на най-съвременните научни доказателства, касаещи новостите, свързани с храненето, физическата активност и най-общо с начина на живот.

Анализът на информацията, съдържаща се в стандартите публикувани през 2011 и 2012 г. и тази включена в препоръките и становищата на различни специализирани международни организации, асоциации и институти показва стремежа да бъдат внедрени най-съвременните научни доказателства в подходите за здравни грижа при диабет тип 2.

Постоянното обновяване и обогатяване на стандартите изисква системното им проучване, разясняване и разпространение не само сред медицинската общност, но и сред рисковите лица и пациентите

с цел постигане на по-висока степен на самоконтрол и ефективност в процесите на превенция и лечение чрез прилагане на подходящи качествени здравни грижаи при диабет тип 2.

Здравните грижи намират своето място и при рисковите групи за развитие на диабет, където главната роля се пада на обучението и повишаване информираността и на обществото и на персонала, изпълняващ медицинските грижи. Обучението на пациентите изисква по-специфична подготовка и определен индивидуален подход в съответствие на появата на болестта и съпътстващите я усложнения. В това отношение са създадени различни програми с цел отделния индивид здрав или болен да *придобие достатъчно познания и умения сам да контролира своето състояние, забавяйки процесите на болестта и запазвайки своето здраве*. Интересна е групата с лицата без проява на симптоми на диабет 2, което определено дава големи шансове за ефективност на здравните грижи и селф-мениджмънт за постигане на превенция и забавяне на появата на усложненията съпътстващи диабета, чрез изработване на съответни програми за обучение. /Ново Нордиск/

Определени успехи, постигнати чрез създаване на три програми за обучение се съобщават от научни издатели в Германия, където е установена най-висока степен на заболяемост – 11,8 %. Първата тяхна програма е с дидактически ориентарани интервенции, фокусиращи се върху придобиването на знания, умения и информация за подходящ лечебен процес. Втората програма се основава на подхода за селф-мениджмънт. Фокусът е върху емоционалните, познавателните и мотивационните процеси на промяна в поведението и начина на живот. Програмата включва групово обучение. Третата програма има същото съдържание като

втората, с разликата, че част от лекциите се преподават групово, а друга част се провеждат като индивидуални по желание.

Авторите на трите програми отчитат успеха от тяхното реализиране и изтъкват, че обучението ориентирано към селф-мениджмънта има задължително по-висока средна ефективност по продължителност, отколкото дидактично-ориентираното обучение при диабет. Груповите занимания показват по-висока успеваемост в сравнение с индивидуалното обучение.

Най-често използвания модел за обучение и постигане на ефективен селф-мениджмънт е моделът на Курт Левин от 1950-те години, който подчертава значението на отделния човек да може сам да взема решение и да контролира както превенцията, така и развитието на самата болест.

Данните от опита на специалистите на международно и национално ниво са основание да задълбочим проучванията в тази насока и да направим опит за изготвяне на съвременна програма за мениджмънт и здравни грижи на диабета в нашата страна.

*Само ефективния здравен мениджър ще направи просперираща здравна структура и ще помогне на работещите в нея да съхранят чувството си за достойнство в сивата мелница на ежедневието.*  
(24,25)

### *Мениджмънт на рисковите фактори*

Повечето от рисковите фактори могат да бъдат модулирани, с цел постигане на ефективна превенция срещу диабет тип 2 (здравословно телесно тегло, физическа активност и здравословно хранене) и са подходящ обект за мениджмънт при пациенти с диабет или при лица с риск за бъдещо инициране и развитие на диабета. Управлението на рисковите фактори може да доведе до ефективна

превенция при едно условие – отлично познаване на всички аспекти на проблема диабет.

Според концепцията за рисковите фактори – теоретичната и практическа основа на съвременната медицина (83), «решаваща роля за здравното състояние на индивида и популацията имат рисковите фактори и по – специално – начинът на живот и в частност – неговото ядро: поведенческите рискови фактори - вредни хранителни и двигателни стереотипи, тютюнопушене, системна алкохолна консумация и други».

Проследяването на физическата активност, телесното тегло и начина на хранене са задължителни цели при мениджмънта, но не са достатъчни за достигане на ефективно управление по мнение на много автори (96, 108, 110, 114). Редица изследователи препоръчват мониторинг не само на кръвната захар, но и на липидния профил и кръвното налягане преди появата на симптоматиката, характерна за диабет тип 2 (113,101). Еднопосочни са и препоръките на други автори, стремящи се да забавят самия процес на развитие на диабета и да предотвратят макроваскуларните усложнения, съпътстващи много често този болест.

Днес все още лечението на диабета е проблем, но много научно-изследователски екипи посочват, че комбинацията от подходящо лекарствено третиране, придружено с качествени грижи и добра медицинска информираност могат да ограничат проявата на типичните за диабета усложнения.

Редукция на телесната маса

По-голямата част от пациентите с диабет 2 имат наднормена телесна маса. Известно е, че с увеличаване на възрастта нараства и телесната маса и съотношението мастна/безмастна маса, което дава основание да се приеме, че стабилизирането или поддържането на постоянно

тегло е по-предпочитан резултат, отколкото редуцията на теглото. Много проучвания обаче показват, че намалението на телесната маса при пациенти с диабет тип 2 и затлъстяване води до значимо подобрене на гликемичния контрол и инсулиновата чувствителност, до редуция на серумните липиди и кръвното налягане и съответно до намаление на смъртността.

Кохортното проучване на диабет 2 проведено от Williams и колектив, 2000 год. върху 4,970 пациента с наднормено тегло ( $BMI \geq 27 \text{ kg/m}^2$ ) показва, че редуцията на теглото е свързана с 28% по-ниска смъртност предизвикана конкретно от диабета и съпътстващите го сърдечно-съдови болести.

Рутинно в превантивните режими, като най-ефективен подход за редуциране на телесната маса се приема моделирането на начина на живот чрез промяна на физическата активност, начина на хранене и честотата на контакти със здравните специалисти. За постигане на ефективно управление на рисковите фактори е необходима активно обучителна дейност, за да се получи желаната хармония - между една страна пациента или бъдещия болен и от друга специалиста по здравни грижи и лекуващия екип. На настоящия етап на развитие на медицинската наука все още няма един унифициран подход за редуция на телесното тегло, който да е подходящ за всички, ето защо е необходим индивидуален подход. Най-честата препоръка при лица с диабет и затлъстяване е за намаление на телесната маса с до 10 кг. В продължение на 6 месеца, което означава редуция с по 1-2 кг. месечно. Тази препоръка може да бъде постигната при диета с ниско енергийно хранене. Ефективността на мениджмънта се определя и от прецизното диагностициране на отделния представител от рисковата или вече пациентска група. Например при типа с диабет 2 и наднормено тегло редуцирането на телесна

маса с 4-5 кг е реалистична цел, постигаща едновременно подобрене на метаболизма и намаление на риска от усложнения.

#### Физическа активност

Повишението на физическата активност умерено подобрява гликемичния контрол, но определено подпомага намалението на телесното тегло. Установено е, че спортуването води до понижаване на инсулиновата резистентност, нивото на триглицеридите и кръвното налягане и до повишение на HDL – холестерола. Всички тези постигнати позитивни резултати, могат да бъдат напълно загубени при спиране на спортната дейност само за 3-10 дни, ето защо мениджмънтът включва мониторинг на физическата активност и насочване към подходящи спортни дейности, индивидуално в зависимост от специфичните потребности и възможности на отделните лица. Много дълго време се препоръчваше като минимум 30 мин. Физическа активност ежедневно и за здрави и за болни с диабет тип 2. Днес препоръките за физическото натоварване носят индивидуален характер, но те задължително участват в мениджърските ръководства.

#### Хранене

Симптоматиката на диабета е дала основание още преди десетки години болните от диабет да бъдат определени като лица с въглехидратна непоносимост, което е формирало и препоръките за рестрикция и дори за пълно изключване на захарите от хранителния прием при диабетици. През 1975 г. Диетата за болни от диабет е съдържала максимум 40 % калории от въглехидрати и дори много по-ниски стойности. Подобна диета обаче предполага високо съдържание на мазнини.

След използването на инсулина за първи път 1920 г., типичното за диетата на диабетиците е още по-ниското енергийно

въглероден съдържание – 10 % (Leeds, 1979 ), което определя още по-високото липидно съдържание, достигащо 70 %. Тези данни са били използвани от много автори за обяснение на високата смъртност, съпътстваща диабетно-болните, особено при случаите със сърдечно-съдови усложнения. Ръководства по мениджмънт на диабета чрез модулиране на храненето, са публикувани от Европейската Асоциация по Изследване на Диабета (Nutr. Metab. Cardiovasc Dis, 2004;14, 373-394); от Диабет – Великобритания (Diabetic Med 2003;20,786 – 803) и от Американската Диабетна Асоциация (Diabetes Care 2002; 25, 148 – 198). Всички автори единодушно приемат стратегията за промяна на начина на живот чрез модулиране на основните рискови фактори – наднормено тегло, липса на физическа активност и нездравословно хранене. Диетата, предназначена за болни с диабет тип 2, притежава специфични характеристики, които в повечето случаи са и в зависимост от индивидуалните особености на болните от тяхната култура и етнически произход. Понастоящем се препоръчва енергетичните източници в диетата да се набавят чрез въглехидратите (74). И докато преди съветите бяха за регулиране на приема на въглехидрати чрез калкулиране на тяхната енергия и измерване на порцията, днес вече препоръките са за самоконтрол на хранителния прием, в съответствие с най-новите нормативи, въведени и прилагани на национално ниво от водещи специалисти в областта на храненето и диететиката (7, 100).

Тук е място да отбележим нововъведената от изтъкнатия национален специалист и експерт по Хранене, Диететика и Превантивна Медицина -проф. Д. Байкова и колектив, терминология и утвърждаването на понятието „Функционални храни”. В научните им разработки се приема и се дискутира в съвременен аспект

класификацията на функционалните храни. Отчита се ролята на функционалните храни, като основен фактор за намаляване на здравния риск. Определят се, като превантивна категория с отношение към изявата на хроничните неинфекциозни болести. Представена е биологично активната роля и потенциално-полезните ефекти за здравето на основни функционални компоненти и техни хранителни източници. Създадени са храни, обогатени с диетични фибри, фитостеролови естери, полиненаситени мастни киселини, антиоксиданти, пробиотици и други функционални субстанции. Прави се заключение, че функционалните храни подобряват успешно функциите на много органи и системи в човешкото тяло и са важен потенциален фактор в подкрепа на здравето и намаляване риска от хронични неинфекциозни болести (7), приема се, че особено за болните от диабет тип 2 не е необходима строга рестрикция на въглехидратния прием.

Обобщавайки препоръките на различни автори и институции за мениджмънт на хранителния прием при лица с диабет тип 2 може да се формулира, че те са еднакви с препоръките за здравословно хранене, особено сред подрастващите деца, юноши, девойки и младежи сред населението при изграждане на стереотипи (55, 56, 62). Разликата се състои в индивидуалния подход, препоръчителен особено при хора със захарен диабет, предразположени към затлъстяване и съпътствани от различните усложнения на диабета и допълнителни нозологични усложнения и диагнози.

*Ефективният клиничен мениджмънт* изисква прецизни познания по отношение на етиопатогенезата, превенцията, диагностиката и модулиращата активност на диабета.

Максималният успех на мениджмънта, на превенцията, на протичането на болестта и на нейното лечение може да бъде

постигнат, когато отделният здрав или болен човек стане активен участник по съответните етапи на този процес, придобивайки знания и умения сам да се грижи за своето здраве. Селфмениджмънт (self-management) е интегрална част от грижите в извънболничната помощ и изисква активно обучение на пациента, със създаване на необходимите навици и познания за динамичен контрол на превенцията на болестта чрез самостоятелни корекции или чрез търсене на активно съдействие от необходимия специалист. Така една от основните роли на специалиста е да бъде учител, който да скъси разстоянието между него и пациента, да внедри доверие и сигурност, повишавайки познанията му. В тази насока научната литература предоставя разнообразие от препоръки за селф-мениджмънт на хората с наднормена телесна маса, предразположени към изява на диабет, акцент обучение по селф-мениджмънт, като интегрирана част от здравния мениджмънт.

Управлението на едно заболяване е свързано с избор на начин на живот, избор на лечебен процес и избор на експерт или специалист за направления и консултации (15). Правилният избор е резултат на постигната информираност и познания, следствие от активна обучителна дейност. Така например в Обединено Кралство от години действа ефективно много добре развита инфраструктура с широкообхватни и финансови обезпечени програми за превенция на диабета. Изграден е национален регистър за самоуправление на диабета, където могат да бъдат намерени база данни за преподаватели, оценители, които са акредитирани за тази си дейност и могат да предоставят на интересуващите се експертни програми и за превенция и за справяне с хроничната болест. ([www.Selfmanagement.Co.UK](http://www.Selfmanagement.Co.UK)).

Някои автори отнасят селф-мениджмънта основно към здравните грижи, други го определят като обект на мениджмънта, който обхващайки всички звена от рисковите фактори, грижите и обучението води до ефективно управление на болестите, с включването на пациентите и техните семейства в планирането и осигуряването на здравните грижи както и в изграждането на компетенции, необходими за селф-мениджмънт при диабет.

Необходимо е да се подчертае, че научният интерес и препоръките за ефективен мениджмънт включват подходите за модулиране на: физическата активност, телесното тегло, здравословното хранене, забраната на тютюнопушенето, мониторирането на усложненията и повишаване на информираността на пациентите и обществото като цяло. В мениджърския план, като изпълнители участват лекаря, специалистите по здравни грижи и пациента и семейството му, които общо формират един добре координиран тим. В диабетния екип, съобразно индивидуалния случай могат да се включват различни здравни специалисти. Ефективността на мениджърския план може да бъде оценена по два начина: чрез контрол на кръвната захар от самия пациент и чрез лабораторно проследяване на интерстициалната глюкоза и HbA1C от съответните здравни специалисти (96). Изследването на Kumamoto и Проспективното диабетно проучване в Англия (URPDS) доказват, че интензивния гликемичен контрол е свързан със значимо намаление на проявите на микроваскуларни и невропатични усложнения при пациенти с диабет тип 2. Продължителното английско кохортно проучване показва запазване на ефекта при ранен гликемичен контрол особено за микроваскуларните усложнения. За разлика от това проучване в три съвременни мащабни изследвания (ACCORD, ADVANCE и

VADT) не се доказва редукция на сърдечно-съдовите усложнения, независимо от интензивния гликемичен контрол при тези популации. И трите проучвания са проведени при пациенти с установен диабет от 8-11 години, съпътствани или от проявени вече сърдечно-съдовите усложнения или с установени съответни рискови фактори. Данните от тези проучвания са включени в изградените съвременни становища и препоръки на ADA (91,92). Съвременният мета-анализ на тези три мащабни проучвания показва, че понижението на глюкозата има умерен (9%), но статистически значим ефект върху основните кардио-васкуларни болести (първичен нефатален инфаркт) и незначим ефект върху смъртността.

Независимо от наличните многообразни научни интерпретации по въпроса, редица факти по темата се поставят за актуална дискусия и задълбочено проучване, особено с насоченост върху качеството на живота при диабетно болни в България. Някои от тях не удовлетворяват достатъчно обществеността по отношение насочеността на подхода при изготвянето на нормативни документи. Данните от научната литература показват необходимост от по-прецизни проучвания, за да бъдат дискутирани коректно установените различия. Проблемът за мениджмънта на превенцията и здравните грижи при диабет тип 2 остава много отворени въпроси и теми за дискусия *защото когато става въпрос за висше политическо равнище, тогава се изхожда от концептуалните умения на отделните личности в рамките на концепцията на политическата сила.* (30) **За разрешаване на тези проблеми са необходими актуални здравни и социални реформаторски програми, базирани на научно-доказателства, които да усъвършенсват капацитета на здравното ограмотяване на хората, като елемент на антикризисен план.)** В настоящият

**момент най-добрата антикризисна програма за нашето здравеопазване е реформаторската програма. Този, който предлага реформа в здравеопазването, предлага антикризисна програма. (Ц. Воденичаров 2010г)**

Ние не можем да очакваме бързи резултати от научните и практически достижения на превантивната и социална медицина, но съвършено е очевидно научните изследвания, базирани на медицински доказателства, да продължат при пряката ангажираност достиженията на всичките съвършенства на съвременните фундаментални науки. Повечето учени у нас и в света са дълбоко убедени и уверени, че поддържането на интензивна работа в тази насока ще получи достатъчно научни обоснования.

.....

## **ВТОРА ГЛАВА**

### **ЦЕЛ И ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА**

Въз основа на извършеният от нас литературен обзор по проблема и представените данни си поставихме следната

**ЦЕЛ: Проучване и унифициране на критериите за анализ и оценка на качеството на живот и мениджмънт на здравните грижи при хора страдащи от захарен диабет втори тип**

За реализиране на тази цел ние определихме следните

#### **ЗАДАЧИ :**

1. Да се проучат някои аспекти по отношение качеството на живот при лица със диабет втори тип.
2. Да се проучат някои от съвременните научно обосновани превантивни подходи с оглед усъвършенстване планирането, управлението и ефективността на здравните грижи при Диабет тип 2.
3. Да се проучи удовлетвореността на лица с диабет тип 2 от проведени профилактични, медицински и социални мероприятия.
4. Да се проучи информираността при лица със диабет втори тип и затлъстяване за социалната значимост на проблема.
5. Да се проучи информираността на студенти – специалисти по здравни грижи за захарния диабет като социално-значимо заболяване.

## МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО

В това отношение в комплекса на изследването в методичен план стои изучаването на:

### **Обект на проучването:**

#### **Логически единици**

-284 души – 171 жени и 113 мъже от различни възрастови групи, боледуващи от захарен диабет тип 2, за периода от 2007г..

-99 студенти от Медицински колеж през периода април- май 2012г.

#### **Технически единици**

- Болнични лечебни заведения – Университетска Специализирана Болница за Активно Лечение по Ендокринология /УСБАЛЕ/ “Акад. И. Пенчев” – Медицински Университет гр. София;
- Национален Диагностично Консултативен Център към УСБАЛЕ“Акад. И. Пенчев”, МУ, гр. София, Специализирани лекарски практики
- Медицински колеж ”Й. Филаретова” към Медицински Университет гр. София;

### **Признаци на наблюдение :**

- Социално здравен статус, здравни грижи и качество на живот при пациенти със захарен диабет тип 2.
- Информираността на студенти от професионално направление Здравни грижи

Признаците на наблюдение са конкретизирани от поставените задачи в специално разработените за целта анкетни карти.

### **Методи на изследване :**

#### *Документален метод*

- анализ на документи и набиране на първична информация

*Социологическо проучване* чрез анкетен метод и подходящо съгласувано интервю

- пряка индивидуална анонимна анкета при пациенти от болничната и извънболничната помощ
- полуструктурирано интервю
- наблюдение
- пряка индивидуална анонимна анкета при студенти от професионално направление “Здравни грижи”

*Статистически методи* – математико – статистическа обработка на първичните данни, графичен анализ и др.

### **Изследване при боледуващи от захарен диабет тип 2**

Анкетиране и интервюиране на болни със захарен диабет втори тип е проведено в Университетска Специализирана Болница за Активно Лечение по Ендокринология /УСБАЛЕ/ “Акад. И. Пенчев” – Медицински Университет гр. София и Национален

Диагностично Консултативен Център към УСБАЛЕ“Акад. И. Пенчев”, МУ, гр. София.

Основание за избор на техническите единици е статута им на Национални центрове за лечение и консултации на диабетно болни от цялата страна. Участниците са подбрани, съгласно следните критерии: възраст над 40 год., диагноза Захарен диабет тип 2 и доброволност. Изследвани са 284 болни.

За анализ и оценка на здравното състояние на пациентите с усложнения от захарния диабет е разработена и използвана *анкетна* карта на разбираем и достъпен език. Създадена е по анкетна методика. Обърнахме внимание на:

- пола, възрастта, рисковите фактори, довели до появата на захарен диабет и усложнения;
- значението и ролята на неговата превенция и последваща рехабилитация;
- физическият аспект, предполагащ всички възможни мерки по запазване и възстановяване на физическия и психосоциален капацитет на болния ;
- професионалният и социално-икономическият аспект, засягащ въпросите за трудоспособността.
- обучение и реобучение
- здравни знания и здравни умения за здравословен стил на живот/

Източници на научна информация са документите на болните (история на заболяването, етапни епикризи, медицински заключения и консултации), статистическите карти за движение на болните, анкетна карта, както и други за оценка качеството на живота. Всички

пациенти, включени в проучването са запознати подробно с целта и задачите, и са дали своето писмено, информирано съгласие за участие.

*Необходимостта от изследването с цел проучване и унифициране на критериите за анализ и оценка на мениджмънта на здравни грижи, качеството на социалното обгрижване при лица със захарен диабет, наложи строго спазване на Морално-деонтологичния кодекс за човешки изследвания в областта на медицината.*

*Формулярите за информирано съгласие са съгласувани с водещи български експерти – проф. д-р Сашка Попова, и д-р Светлана Димитрова*

*Изразеното доброволно информирано съгласие на дееспособното лице бе отразено чрез неговото волеизявление в писмена форма, като целта, методите и постановките бяха ясно изложени в съответните работни протоколи и анкетни карти, съобразно действащи нормативни актове.*

#### **Анкетирание и интервюирание на студенти от професионално направление здравни грижи**

Проучването е проведено в Медицински колеж “Й. Филаретова” към МУ- София. Критериите за подбор са: студенти от трети курс /завършили семестриално, на които предстои преддипломен стаж/ и доброволност. Изследването има за цел да проучи информираността на бъдещите здравни специалисти за социално значимото заболяване захарен диабет тип 2. Анкетирани са 99 студента от специалностите Медицински лаборант, Рехабилитатор, Медико-социални грижи и Инспектор по общественото здраве, като е използван специално създаден въпросник.

## **Процедура на изследванията**

Анкетирането се осъществяваше след получаване на информирано съгласие и предварителен инструктаж, който включваше разяснения за целта на проучването и уверение за гарантиране на анонимност.

Предварителна обработка на анкетните данни и получените резултати:

- отговорите на всеки въпрос бяха изнесени под формата на таблица

- след електронна обработка, резултатите се изразиха в проценти от броя на анкетиранията лица

Графичното представяне на резултати от анкетата са изобразени под формата на диаграми за някои от въпросите .

## ГЛАВА ТРЕТА

### АНАЛИЗ И ДИСКУСИЯ НА ПОЛУЧЕНИТЕ РЕЗУЛТАТИ

В проведеното до настоящия етап изследване са включени 284 диабетно болни, хоспитализирани в УСБАЛЕ “Акад. Ив Пенчев” МУ, София и преминали през специализирания ендокринологичен кабинет в Национален Диагностично Консултативен Център към УСБАЛЕ “Акад. Ив Пенчев” –гр. София. Всички изследвани са дали информирано съгласие за сътрудничество, посочено в предходната глава.

Нашите предварителни данни ни позволиха да извършим динамичен преглед и анализ на базата на наличната документация. Използвахме допълнително методите на наблюдение, изследване и анализ на първична и вторична информация, анкети и интервюта.

От общо анкетираните болни 113 са мъже и 171 жени (табл1.), което потвърждава данните от епидемиологичните проучвания, че болестта се разпространява приблизително еднакво сред представителите на двата пола, с незначително превалиране на разпространението сред женския пол.

Петдесет и пет процента от анкетираните болни са от възрастовия диапазон 45-64 години.

**Табл. 1 Разпределение по пол и възраст**

Възрастови групи	мъже		жени	
	Абс. Бр	Относит. Дял	Абс. Бр	Относит. Дял
до 44г.	9	3,17%	7	2,46%
45 - 64г.	67	23,59%	87	30,63%
65 - 74г.	32	11,27%	62	21,83%
над 75г.	5	1,76%	15	5,28%
Общо	113	39,79%	171	60,21%

Таблица 1

Средна възраст на включените в изследването пациенти е 59,19 +/- 16,51 (SD)

*Световната Здравна Организация възприе и утвърди още през 1963 година и усъвършенства с оглед демографските проблеми на населението и общото застаряване на популациите, към които спада Р. България, като страна със застаряващо население, следната възрастова класификация:*

*средна възраст /45-64 години/;*

*възрастни /65-74 г. /;*

*стари хора /75+ години/*

**Табл. 2 Давност на заболяването**

	Абс. Бр	Относит. Дял
до 5г.	51	17,96%
5 - 9г.	97	34,15%
10 - 14г.	57	20,07%
15 - 19г.	45	15,85%
20+г.	34	11,97%
Общо	284	100%

Таблица 2

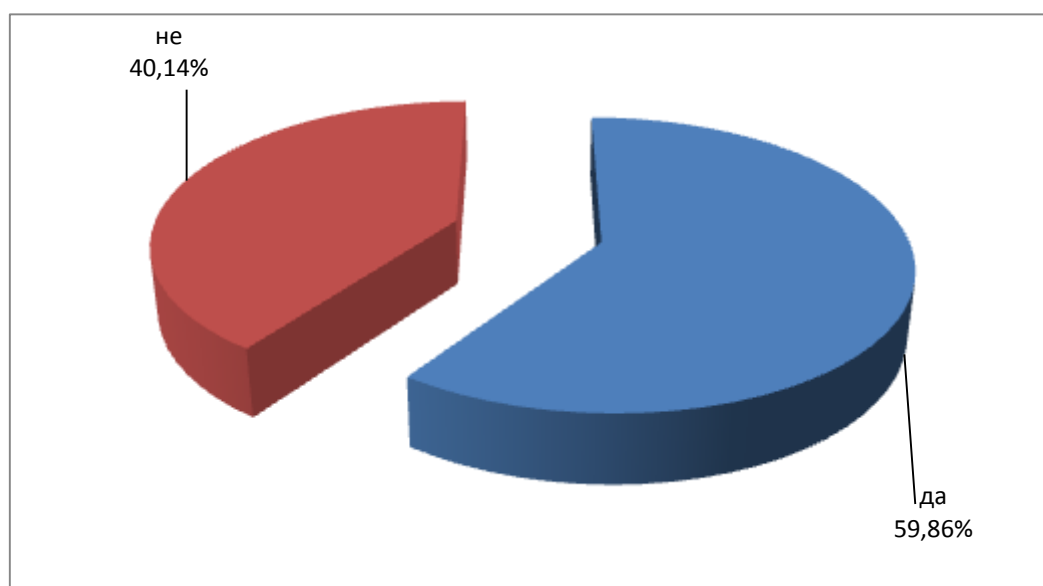
Най – висок процент от анкетираните пациенти са с давност на диабета от 5-9 години. На тази база ние определяме следните групи лица с висок риск от развитие на усложнения и последващо влошено качество на живот. На горепосочената таблица се предоставя решението за определяне на високо-приоритетната таргетна група за превантивни грижи от страна на държавните институции. Но това решение зависи освен от изчисления глобален популационен фактор на риска, така и от ресурсите и финансовите възможности на съответната здравна система.

В съображение отбелязваме и групите със завишен рискот вторични усложнения и влошаване качеството на живота

Група с висок риск за поява на усложнения и влошено к-во на живот – с давност на заболяването до 10г
Група с много висок риск за поява на усложнения и влошено к-во на живот - с давност на заболяването над10г
Група със свръхвисок риск за поява на усложнения и влошено к-во на живот с давност на заболяването над 20

Фамилна обремененост. Резултатите от изследването потвърждават теорията за наследствената генеза на захарния диабет, като 60 % от анкетираните болни съобщават за фамилна обремененост, свързана с основното заболяване .(фиг. 1)

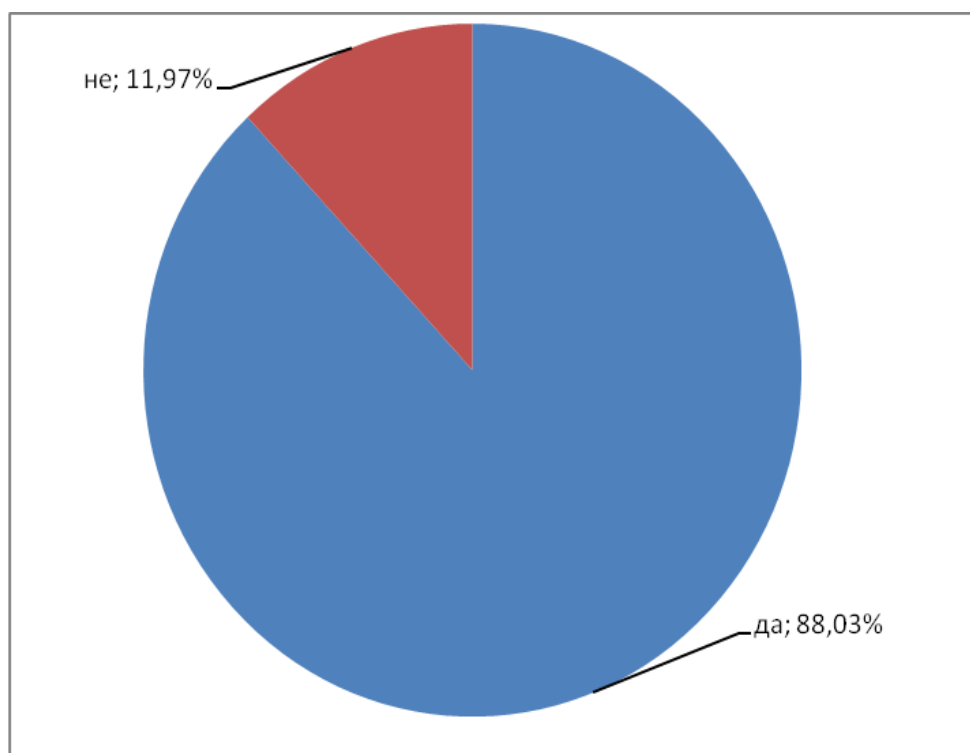
**Фиг 1. Има ли в рода Ви диабет?**



Фиг.1

Отбелязваме, че висок процент (88%) от анкетираните контролират кръвната си захар с глюкомер в домашни условия, което им дава възможност за ефективен самоконтрол на заболяването. Това е едно добро социално постижение, предпоставка за добър контрол и предотвратяване на усложненията от диабета. (фиг. 2 )

**Фиг. 2 Притежавате ли глюкомер за измерване на кръвната захар?**

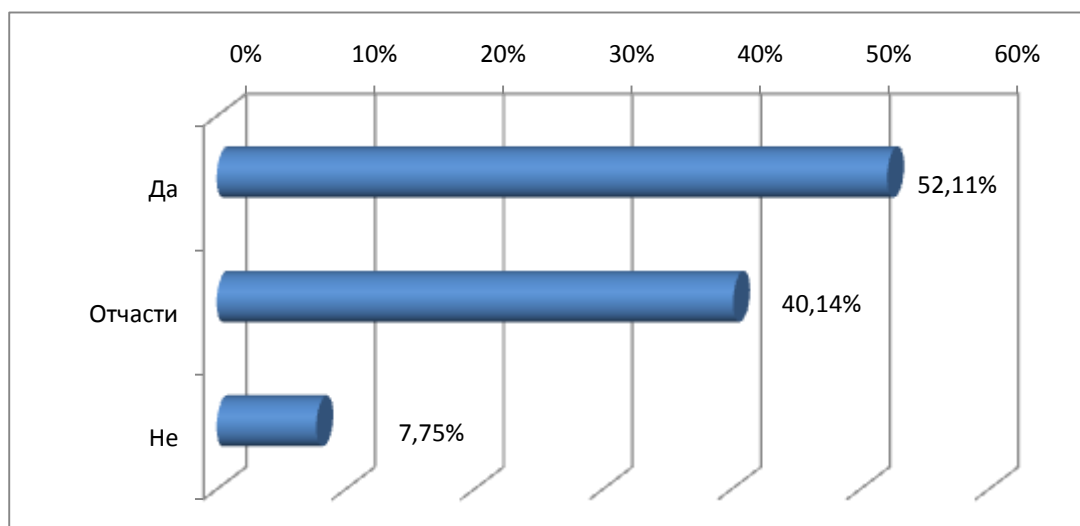


фиг 2

Установихме, че хроничното заболяване засяга чувствително пациентите и в икономическо отношение. Налага се отделяне на финансови средства за поддържане на рационално диетично хранене

и на лекарствени препарати за основното заболяване и усложненията му. При 52 % от анкетираните лица заболяването затруднява семейния бюджет, при 40 % затрудненията са частични. (фиг.3).

**Фиг. 3 Отрази ли се заболяването на семейния бюджет?**



Фиг. 3

Осъществяването на качествени грижи за диабетно болните в съвременните здравеопазни системи на развитите страни се поема до голяма степен от ефективно функциониращи Центрове за диабетно болни, в които работи специално подготвен диабетен екип от различни специалисти. Центровете за диабетно болни предлагат нов модел за стабилизация на пациентите чрез координиране и диференциране на първичните и вторичните амбулаторни грижи, което облекчава организационно и финансово здравната структура над тях. Мисията на диабетните центрове е да осигуряват по-добро качество на медицинското обслужване при по-добра икономическа ефективност.

Често изтъквана трудност от диабетно болни лица е недостатъчният размер на отпусканите от НЗОК материали за тестване на захар и ацетон в урината, и за определяне на стойностите на кръвната захар. Незадоволителното количество на средствата за тестване затруднява добрия самоконтрол на диабета и потенциално помага за усложняване на деликатното равновесие на специфичните измервани показатели.

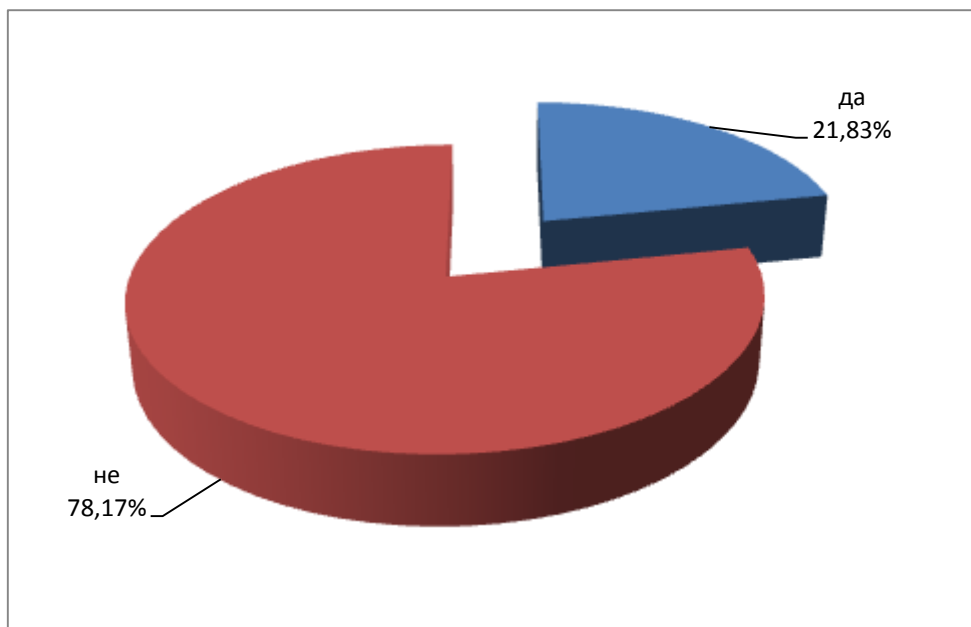
На инсулинонезависими болни с диабет тип 2 НЗОК не отпуска тест – ленти и глюкомери за самоконтрол.

В основата на проблемите на диабетиците, свързани с осигуряването от НЗОК на необходимите медикаменти за ефективно лечение на диабета и неговите усложнения, и на достатъчно количество консумативи за самоконтрол на диабета, най – честа е финансовата причина.

Нашето изследване установи, че доходите на анкетираните са недостатъчни за удовлетворяване на някои от основните им жизнени потребности - осигуряване на диетична храна, медицинско и санитарно обслужване, лекарства. 22 % от изследваните лица срещат финансови проблеми с осигуряване на лекарствени средства. При някои категории диабетици с трайни увреждания стойността на необходимите им лекарства достига над 50 % от доходите им (пенсия, социални помощи).

Тревожен е фактът, че 78% от изследваните лица са затруднени да осигурят пълноценно диетично хранене, като основна причина, която изтъкват, е недостиг на финансови средства. (Фиг. 4) От анкетираните 83,5% редовно консумират бял хляб.

**Фиг. 4 В състояние ли сте да си осигурите пълноценно диетично хранене?**



Фиг. 4

Ключов въпрос в повлияването на диабета е видът и качеството на храната, която трябва да присъства в менюто на диабетно болните.

След диагностициране на захарния диабет или при затлъстяване, хранителните менюта би трябвало да се подготвят и обсъждат индивидуално със съответни специалисти, съобразени с вкусовите и битови навици на болния. Оценката на храненето е обективизирана с висок риск от възникване на здравни проблеми.

За тези от анкетираните болни, при които диабетът е в начален стадий и се нуждаят само от подходящ хранителен и двигателен режим, пълноценната и качествена диета е от особена значимост за овладяване на заболяването и превенция на прогресирането му.

Оптималната по количество и разнообразна храна, с присъствие на необходимите продукти от растителен произход, риба, плодове и зеленчуци, определящи т. нар. категория на **Функционални храни**, позволява на болните с диабет една оптимална здравословна диета.

Малко познато е и понятието „**функционални храни**” сред анкетираните, което говори за липса или ограничена здравна грамотност /47 /

Влошеното здравословно състояние на болните най – често е вследствие нарушаване на диетичния режим, основно поради консумация на нефункционални храни или недостатъчно количество храна, или вредни привички.

Трябва да се отбележи, че пълноценните и функционални храни не са достъпни за по-голямата част от диабетиците. Основна причина за непълноценното хранене на болните от диабет са ниските им доходи и непрекъснатото нарастване на цените на хранителните продукти, включително и тези за диабетици /78% от изследваните болни.

Бедността е трудно за дефиниране понятие и може да бъде определена по много различни начини. Ние я дефинираме като неспособност на индивида да задоволи някои основни нужди по отношение на храната, облеклото, здравето и др.

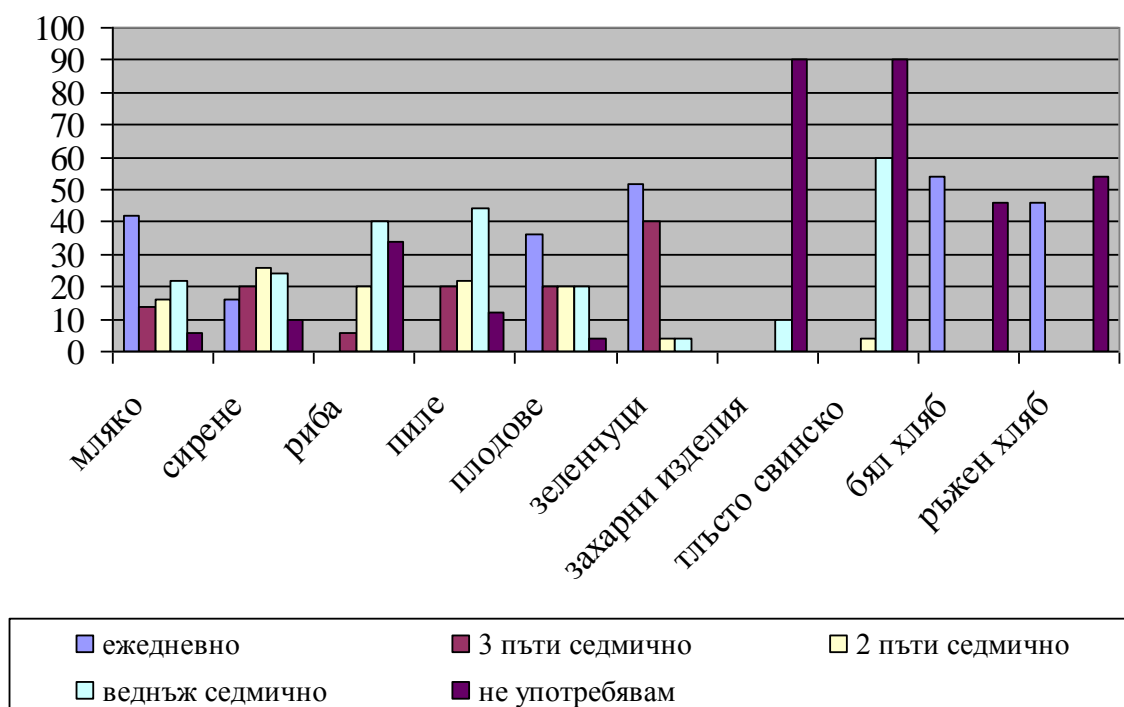
Стремежът на настоящото проучване не е количествена характеристика и представяне на материалното състояние на изследваните с точни цифри, а да се даде картина на самооценката на стандарта - качество на живот. В нашето проучване бедността при анкетираните лица е в аспекта на достатъчно средства за храна, за осигуряване на необходимите медикаменти. Те целят получаване

информация относно самооценката на респондентите за бедността им.

Данните от анализа на въпросите за бедността показват, че повече от половината от изследваните срещат проблеми с осигуряване на здравословно хранене и необходимите медикаменти.

Нашите предварителни данни за използваните храни в седмичното меню на анкетираните показват, че въпреки финансовите затруднения диабетно болните успяват до седемдесет на сто да спазват здравословно диетично хранене, /т. е хранителните продукти, гарантиращи балансирано диетично хранене са включени в седмичното меню на анкетираните лица/. (Фиг.5 )

### Колко често употребявате посочените храни в седмичното си меню?



Фиг.5

Предварителния анализ на нашите данни показва масовата поразеност от патологичните късни усложнения на захарния диабет в различна степен:

60% страдат от повишено кръвно налягане;

40 % от сърдечно заболяване;

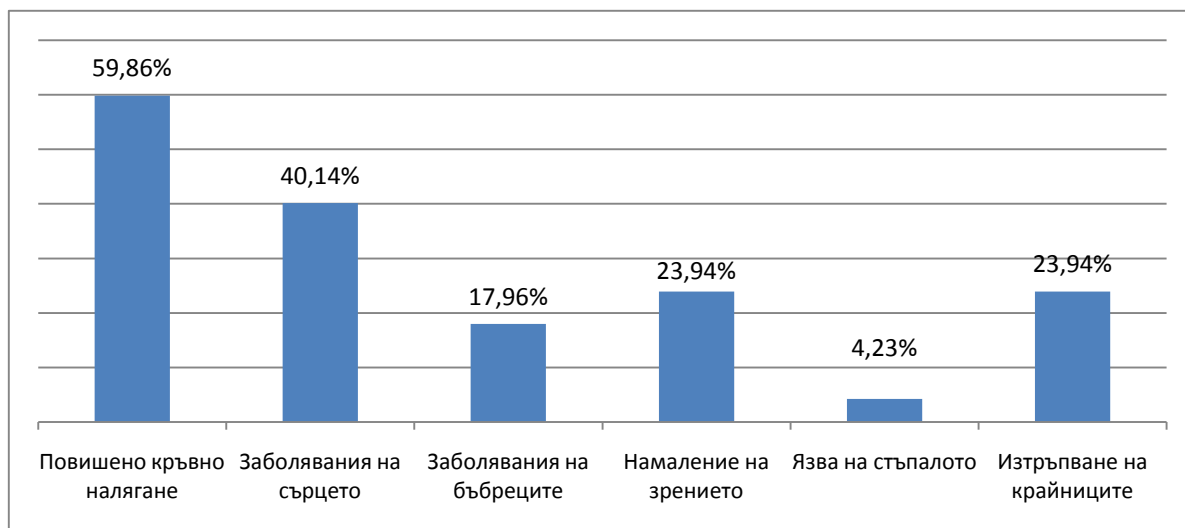
18%- от заболяване на бъбреците,

24 % имат проблеми със зрението и анализаторите,

4 % са с диабетно стъпало.

Поради наличие на повече от едно придружаващо заболяване при някои болни, общият коефициент в относителните дялове надвишава 100% (Фиг.6).

**Фиг. 6 Имате ли регистрирани от специалист усложнения от диабета под формата на някои от посочените заболявания?**



Фиг. 6

Особено внимание заслужават лицата с *наднормена телесна маса и затлъстяване II – III степен*

*Подробният анализ показва, че наличната патология сред изследваните лица е с напреднала еволюция.* При ранжирането на патологията на първо място се нареждат сърдечно –съдовите усложнения и съответните форми на атеросклероза-парциална /частична/ или генерализираната ѝ форма.

*Нарушенията в анализаторите* в значителна степен лимитират липсата на възможност за самообслужване и заслужават особено внимание за здравната и социална защита. Сензорните процеси са основното свързващо звено между външната и вътрешната среда, и тяхното нарушение *е свързано с дълбоки промени в психиката и поведението на хронично болния.*

При една голяма част от инвалидизираните болни се отбелязва повишена ранимост (сензитивност), породена от тежкото им (инвалидно) състояние. Това обуславя нарушение на ежедневните самообслужващи дейности на диабетно болните.

Трябва да изтъкнем наличната **полиморбидност** на наблюдаваните от нас диабетици. Установеният здравен статус се определя предимно от съдовата патология, централна и периферна нервна система, вкл. и зрителните нарушения, промените в двигателния апарат и произтичащия от това двигателен дефицит, липсата или намален прием на функционални храни, съобразени с индивидуалния диетичен режим изменили съществено хода на заболяването.

При сравнителната характеристика по отношение стойностите на физическите, професионално-битовите, емоционалните, когнитивни и социални показатели, качеството на живот при болните с новооткрит захарен диабет /I гр/ и тези с

давност на болестта над 10 год и вторични усложнения /II гр/, се отбелязва клинично значимо влошаване в професионална-битовата, когнитивна и социална активност Втората група демонстрира клинично значимо понижаване в качеството на живот ( $p < 1$ ).

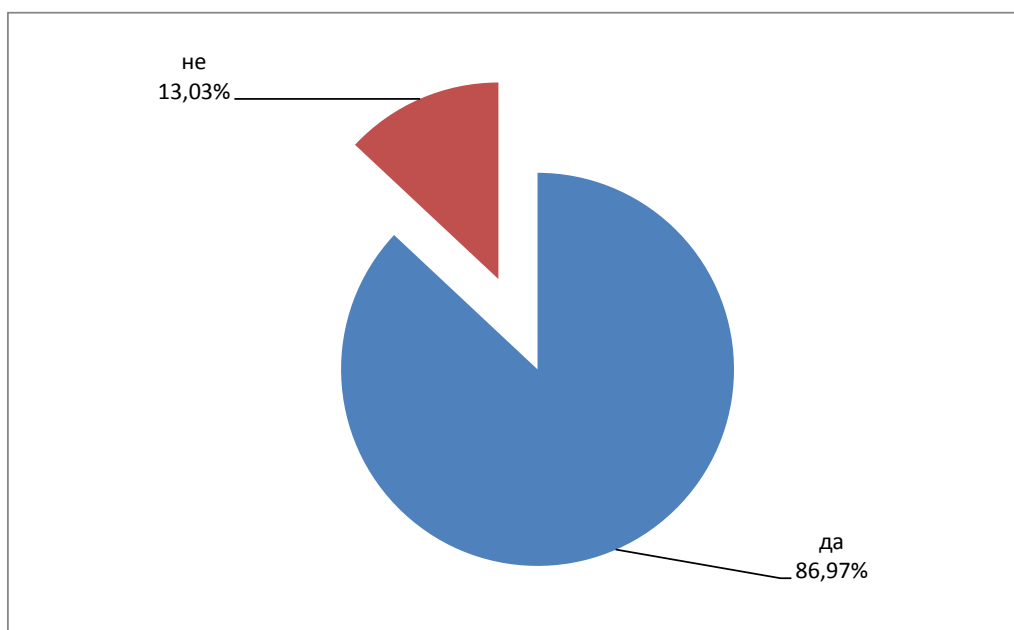
Анализът на данните установи при втората група болни 25% прогресивно влошаване качеството на живот след появата на дегенеративно усложнение.

*Установените от нас данни показват, че тези болни са с висок здравен риск - наличната патология е прогресивна, особено при хората с мозъчна, сърдечна и бъбречна недостатъчност, както и в съчетание на изявена неврологична, сензорна, анализаторна симптоматика. Трайните дегенеративни промени, които настъпват, са довели до инвалидизация на заболялите - резултат от физически, интелектуални или сензорни ограничения или смущения. Най-често те довеждат до по-рядко временна или **при по-голям процент - до постоянна нетрудоспособност**, въпреки подобрените лечебно-диагностични и профилактични комплекси, диспансеризация, системен контрол и самоконтрол, оптимално лечение, подобряване качеството на живота и самочувствието на болните. Основна предпоставка за социална интеграция на хронично болните в обществото е осигуряване на критерия "достъпност" при взаимодействието им с външния свят.*

С оглед подобряване на социалното им благосъстояние се наблюдава и липса на мотивираност при избора или търсене на някакъв вид работа, професия в аспекта на *остатъчна трудоспособност*.

Нашите предварителни данни при задълбоченият анализ и сравнителните оценки от документите и преките лонгитудинални наблюдения показват, че захарният диабет като социално заболяване е честа причина за инвалидност. Хроничния ход на заболяването и неговата еволюция е причина за инвалидизация на повечето от болните, което от своя страна обуславя влошаването на качеството им на живот. Фиг.7-

**Фиг. 7 Имате ли Експертно решение на ТЕЛЖ и определен процент трайно намалена трудоспособност, в следствие Вашето заболяване?**



Фиг. 7

*Наблюдаваната от нас настъпателна негативна тенденция на придружаващите заболявания с оглед т.нар. “полиморбидност”, най-често е свързана с давността на заболяването. На този факт обръщаме особено внимание още повече с авансиране на възрастта, която се явява основен*

*биосоциален рисков фактор. Наред с психосоциалната реактивност, тези фактори на риска, както и цялата жизнена среда (ортобиоза), определят поведението и качеството на живота при наблюдаваните болни хора.*

Наблюдаваме различни по тежест и степен форми на инвалидизиране, което усложнява дейността на екипа от здравни и социални специалисти в преодоляване на комплексните трудности. Провеждането на психологична, медицинска и социална рехабилитация доказано влияе за забавяне процесите на инвалидизация.

Социално-медицинските проблеми на болните със захарен диабет в България, както и във всяко цивилизовано общество касаят всички негови членове. Първостепенна потребност на хронично болните и инвалидите е подобряване възможностите им за социално интегриране, общуване и оптимална трудова дейност, като важни елементи от качеството на живот Това е един от представителните критерии за достигнато оптимално жизнено равнище във високо културните общества. У нас все още преобладава медицинският модел на инвалидността!

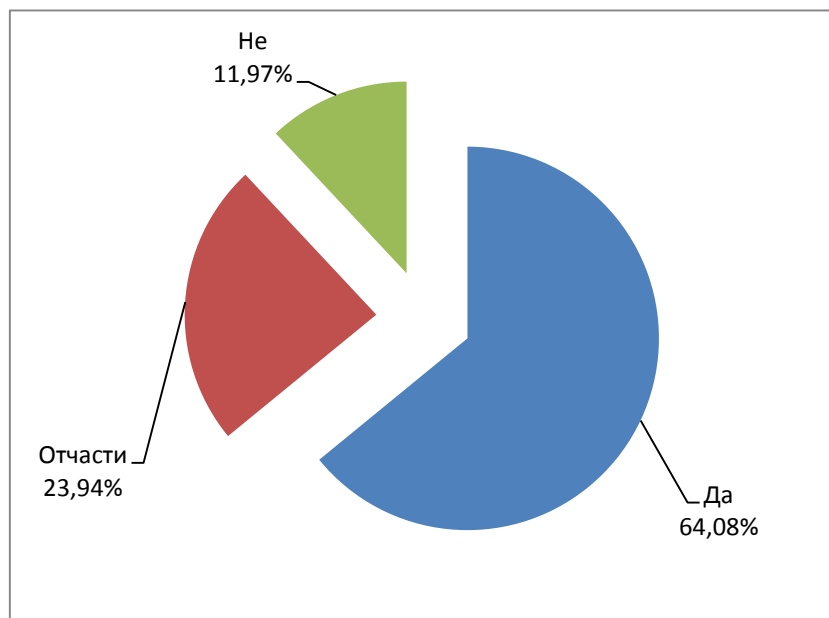
*Промените в социалния статус на хронично болните, /особено пенсионери определени „по болест“/, като професионална активност, промени в жизнения стереотип, новата позиция в семейството и обществото и др., рефлектират върху здравния статус, и този контингент, като че ли е най-уязвимият. Може би тук трябва да бъдат посочени причините за дълбоките социално обусловени компоненти и насоките за прилагане на ефективните мероприятия по профилактиката на инвалидността и на т. нар.*

*преждевременно стареене, което пряко кореспондира с качеството на живот.*

### Психоемоционален статус

Поставянето на диагнозата „Захарен диабет”, сама по себе си представлява „психологически шок” за болния. Произтичащите от това дълбоки разстройства в психосоциалното равновесие са сериозни проблеми, които рефлектират негативно върху самооценката и самочувствието на заболялия. В нашето изследване отчетохме промяна на самочувствието при 64 % от анкетираните лица след диагностициране на заболяването. При 24% тя е частична (Фиг.8).

**Фиг. 8 Промени ли се Вашето самочувствие след диагностициране на заболяването?**



Фиг. 8

*Задълбоченото изследване и наблюдение затвърди у нас убеждението, че депресивните разстройства са често явление в тези групи. Всеки пети пациент с диабет има и депресивни изживявания, свързани със заболяването.*

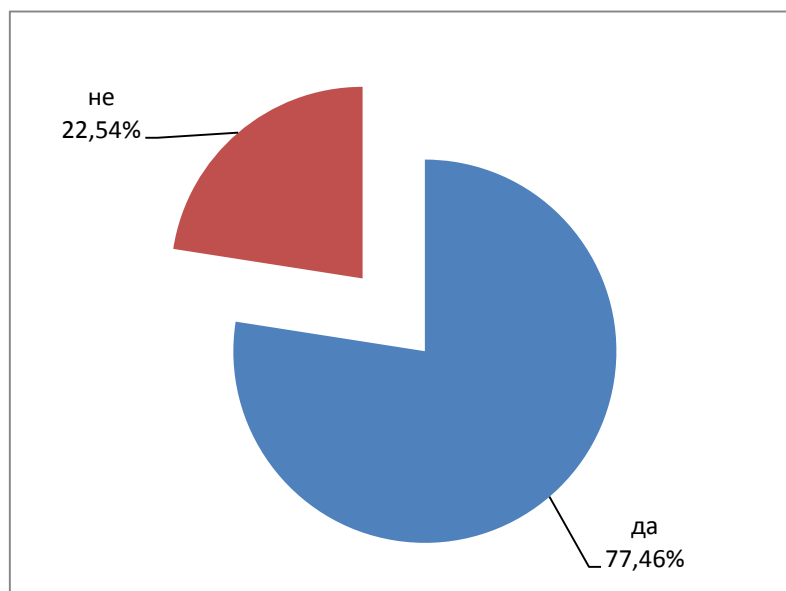
Увреденото соматично здраве рефлектира върху психиката на повечето болни, при които отчитаме изразени депресивни настроения. Отбелязваме значително висок ръст - 88% при изследваните за депресивно състояние и понижаване на самочувствието още при диагностициране на заболяването. Последното, при някои от изследваните болни е довело до необратими социално поведенчески процеси и елементи на обществено безразличие !

Причините за намалено самочувствие, което съпътства голяма част от анкетиранияте, произтичат от характера на заболяването, от изискването за постоянен контрол на диабета и очакващото прогресиране на усложненията, в контекста на възникналите медико – социалните проблеми.

Психосоциалните проблеми на болните от захарен диабет са в непосредствена връзка и с принадлежността им към дадена социална група. При провеждането на лечението и рехабилитацията на диабетно болния би следвало да се обръща не само внимание на клиничното му повлияване, а да се вземат в предвид психичните и социалните проблеми на страдащия, свързани с болестта.

Анализираните данни демонстрират ниска до липсваща социална адаптация, свързана с изявата на заболяването. Болшинството от изследваните трудно са се приспособили към новия начин на живот, наложен от заболяването. (Фиг. 9)

**Фиг. 9 Трудно ли Ви беше да се приспособите към начина на живот, който болестта Ви наложи?**



Фиг. 9

Особено внимание болните обръщат на *адаптацията* на жизненото пространство с функционалните връзки, съобразени с техните нужди.

**Според нашите анализи свързващото звено между депресията и захарния диабет е хиперактивността на когнитивни увреждания, с особен акцент-социума!**

При проведеното обстойно наблюдение на респондентите отбелязваме *трудност при комуникацията*. Възникват редица проблеме, отнасящи се до тяхната мотивираност за промяна в начина им на живот! Ето защо тези, които не възприемат напълно препоръките за здравна информираност, обучение, ограмотяване,

или при които има значителни проблеми в изпълнението на тези препоръки, се налага причините за *трудностите* да се търсят не само във *неефективно сътрудничество*, но и в дълбоките корени на *социално провокираната депресия*.

Резултатите от анкетата налагат необходимостта от внедряване на нови ефективни модели за мотивация и активно участие на болния в лечението и рехабилитацията на диабета, с оглед подобряване качеството на живот. Поемането на лична отговорност за здравето, мотивираност и активно участие в обучението за промяна в начина на живот и самоконтрол на диабета са предпоставка за „задържане“ еволюцията на усложненията и осигуряват по - добро качество на живота.

Поддържането на здравословен стил на живот включва разумно и балансирано хранене, съобразено с функционални нутриенти, оптимални физически и умствени действия, активен контрол на диабета с най - съвременни технически средства и поддържане на добро ниво на социални контакти. Съобразяването с тези препоръки изисква влагане и на финансови средства. За съжаление, малка част от болните с диабет могат да направят такива разумни вложения. Естествено, това дава своето отражение с отрицателен знак върху социалния статут на тази група от населението.

### Проучване на някои поведенчески рискови фактори.

Захарният диабет се провокира от многофакторна етиология. Наред с генетичната предиспозиция, като ендегенен рисков фактор, затлъстяването като поведенчески екзогенен регулируем фактор се откроява като мощен предиктор за изява на диабет тип 2.

**Затлъстяването** има неблагоприятен ефект върху изявата, еволюцията на диабета и тежестта при евентуални диабетни усложнения.

При хора с наднормена телесна маса е *налище висок риск за възникване на здравни проблеми, които са свързани най-често с излишъчни нутриенти и хипокинезия*, провокирана от различни причини- «умишлена» или «принудителна». Индекс за оценка на затлъстяването и мониториране на загубата на тегло е отношението обиколка ханш-талия. Обиколката на талията над 94см за мъжете и над 80 см за жените е показател за необходимост от редукция на телесната маса, като за обиколки над 102 см за мъжете и 88 см за жените е необходим професионален съвет за процедурата за отслабване.

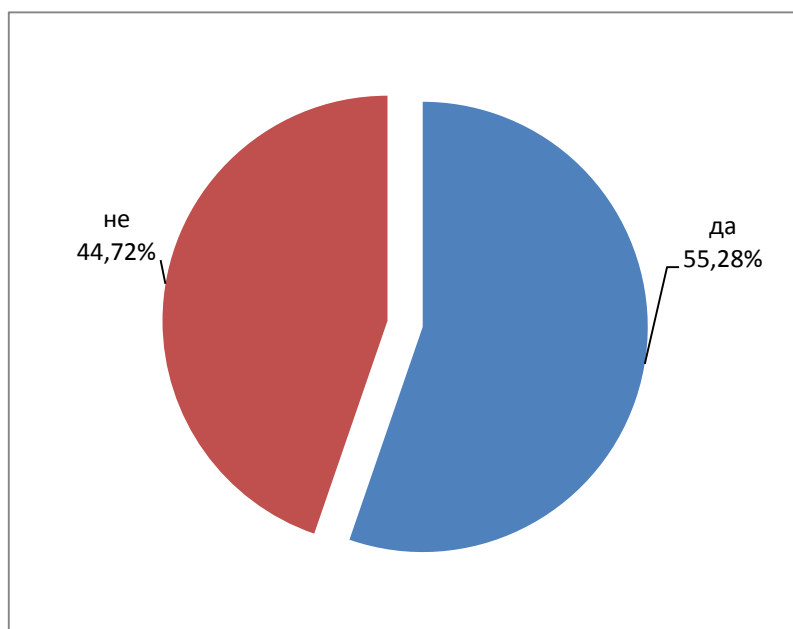
*Проблема наднормена телесна маса и затлъстяване значително се усложнява с **напредването на възрастта!** В симптомокомплекса **diabobesity**, метаболитния синдром се обуславя от сложната биология на социума. Не случайно много съвременни експерти определят затлъстяването **като самостоятелна нозологична единица** и самостоятелен рисков фактор за изява на редица заболявания.*

В групата на средната, зряла възраст - 45+ години нашите анализи установиха тревожни факти - наднормено тегло при 35 %

от мъжете и 47% от жените. Това разбира се има отговор в андройдната и генуинна предилекция на подкожна мастна тъкан. Данни за мастна престилка и мастна гърбица.

При 55 % от изследваните лица регистрирахме наднормено тегло (Фиг.10).

**Фиг. 10 Имате ли наднормено тегло?**



Фиг. 10

При обследваните в същата група даните сочат 20% затлъстяване и за двата пола. С напредване на възрастовите декади тези данни се увеличават, което е свързано с определена степен на активна или пасивна имобилизация.

Международната работна група по затлъстяване към СЗО разработи и представи критерии за определяне на риск от изява на заболявания, свързани с наднормено тегло. /Табл.3/

ИНДЕКСЪТ НА ТЕЛЕСНАТА МАСА (ИТМ)		
представлява отношение на теглото към ръста		
ИТМ = ТЕГЛО В КГ. )РЪСТ В МЕТРИ)2		
Класификация	ИТМ (кг./м2)	Риск от свързано с теглото заболяване
Ниско тегло	Под 18,5	Нисък
Нормални граници	18,5-24,9	Нормален
Наднормено тегло	25,0-29,9	Леко повишен
Затлъстяване I степен	30,0-34,9	Умерен
Затлъстяване II степен	35,0-39,9	Висок
Затлъстяване III степен	над 40	Много висок
* Международна работна група по затлъстяването (СЗО)		

Табл. 3 /НОМА индекс/( 100 )

Различават се следните степени на затлъстяване :

I - ва степен – лека с наднормено тегло до 30 % над нормалното.

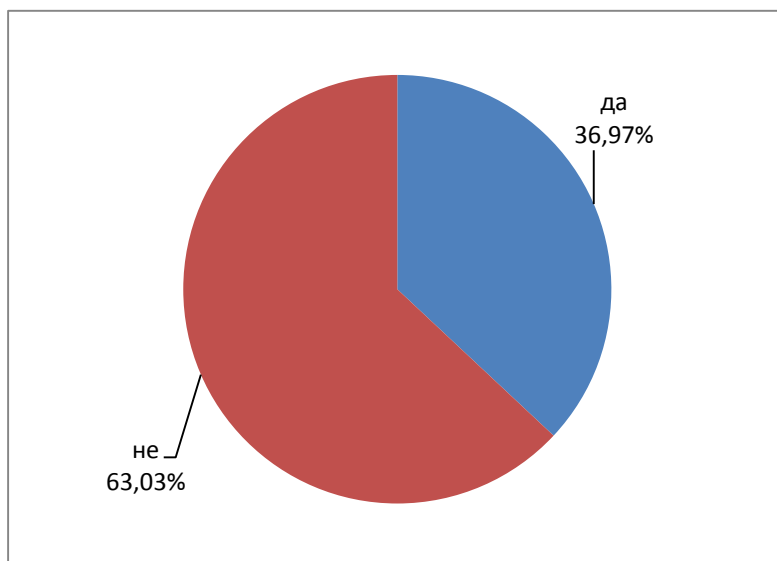
II- ра степен - средна- с наднормено тегло от 30% до 50% над нормалното.

III- та степен - тежка с наднормено тегло над 50 % от нормалното .

### Тютюнопушене..

Въпреки общоизвестните последствия от този вреден рисков фактор, 34% от анкетиранията лица са тютюнопушачи (Фиг.11).

**Фиг. 11** Пушите ли?



Фиг. 11

Отбелязва се характера на тютюнопушенето – активно и пасивно в различните възрастови групи.

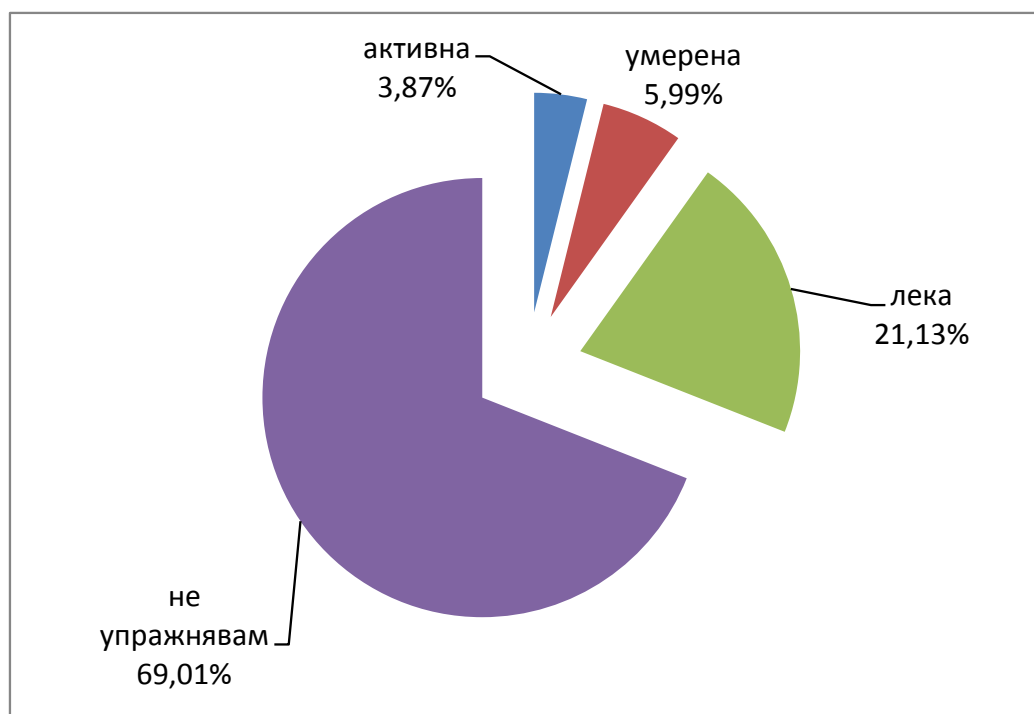
Наблюдаваме тенденциозно нарастване на процента в групите на по-младите- до 72%! за вредното влияние на тютюнопушенето върху риска от развитието на генерализирана атеросклероза с нейните форми и изява.

**Физическата активност** е изключително важен елемент в общата комплексна терапия на болните със захарен диабет и превенция на усложненията. Установеният от нас **двигателен дефицит** е последица от патологичните промени, което обуславя неспособността за извършване на определени дейности, ограничава благополучието на болния, социалните контакти, ограничена трудова заетост –влошава качеството на живот.

При болните с наднормена телесна маса физическата активност е съществен елемент от лечебния план, която заедно с диетичния режим води до постигането на поставената цел – редукция на теглото и намаляване на инсулиновата резистентност, подобряване на метаболитния контрол, липидния статус и намаляване на повишеното кръвно налягане. Диетата и физическата активност могат да бъдат в основата на профилактиката на Диабет тип 2. Промяната на стереотипа на заседнал живот, който е в основата на затлъстяването, е трудно осъществима задача. Подходящата мотивация и поставянето на краткосрочни цели спомага за осъществяването на промяната в действие.

Според данните от анкетното проучване, висок процент от изследваните лица не упражняват физическа активност по различни причини (Фиг.13).

**Фиг. 13 Упражнявате ли физическа активност?**



Фиг. 13

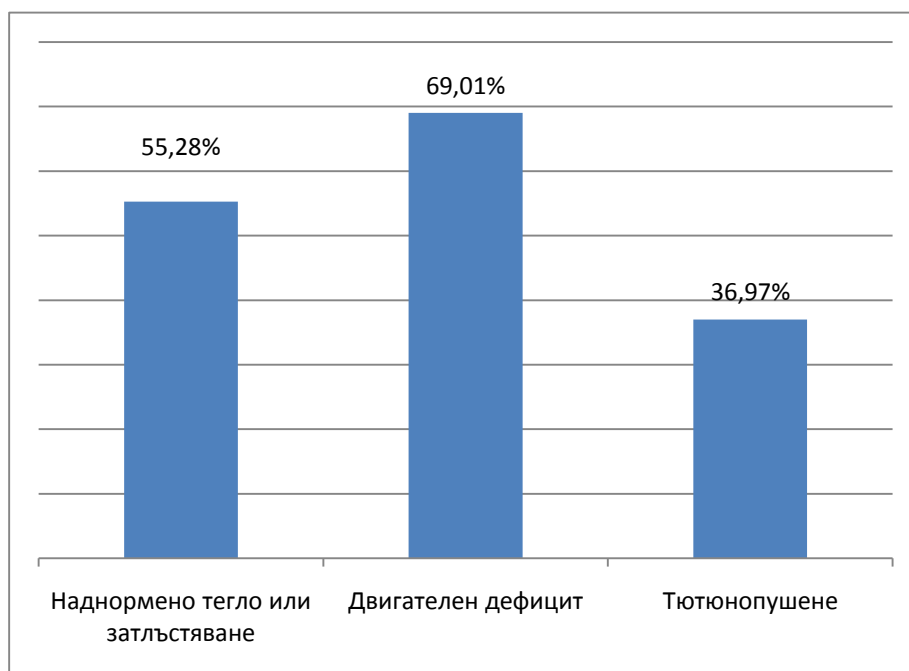
Провеждането на постоянна физическа активност и поддържането на определена физическа кондиция могат да имат също така директен протективен ефект върху профила на усложненията, независимо от другите рискови фактори.

На таблица № 4 сме представили някои от рисковите форми на поведение установени сред анкетираните лица

Рискови форми на поведение	Абс. Бр	Относит. Дял
Наднормено тегло или затлъстяване	157	55,28%
Двигателен дефицит	196	69,01%
Тютюнопушене	105	36,97%

Таблица № 4

**Фиг. 14 Управляеми поведенчески Рискови Фактори**



Фигура 14

Анализът на получените резултати доказва несъмнено влиянието на някои от *рисковите форми на поведение* и воденето на нездравословен начин на живот като етиологични фактори за появата на заболяването диабет тип 2 с последващо влошено качество на живот.

*Носителството на два и повече от изброените рискови фактори увеличава значително тежестта на индивидуалния здравен риск на засегнатите лица. Констелацията, съчетанието няколко рискови форми на поведение има кумулятивен ефект!*

### **Ролята на семейството и обществото.**

В процеса на проучването, ние се докоснахме и до един друг много съществен проблем - диабетно болните имат нужда от специални грижи и подкрепа за справяне с трудностите, поради проблемите, свързани с функционалността на жилището, финансовата нестабилност, жизнените потребности, специфични за различните възрасти.

Сплотеността е важен показател за социалните зависимости на семейството и израз на неговата идентичност, самостоятелност и възможност да се съхрани в неблагоприятни социални условия. (нарушаване на автономността на личността, зависимост от другите средови фактори и промяна на навици и стила на живот на цялото семейство.)

Почти всички анкетирани - 98%, получават нужните подкрепа и съчувствие от семейството си (Фиг. 15).

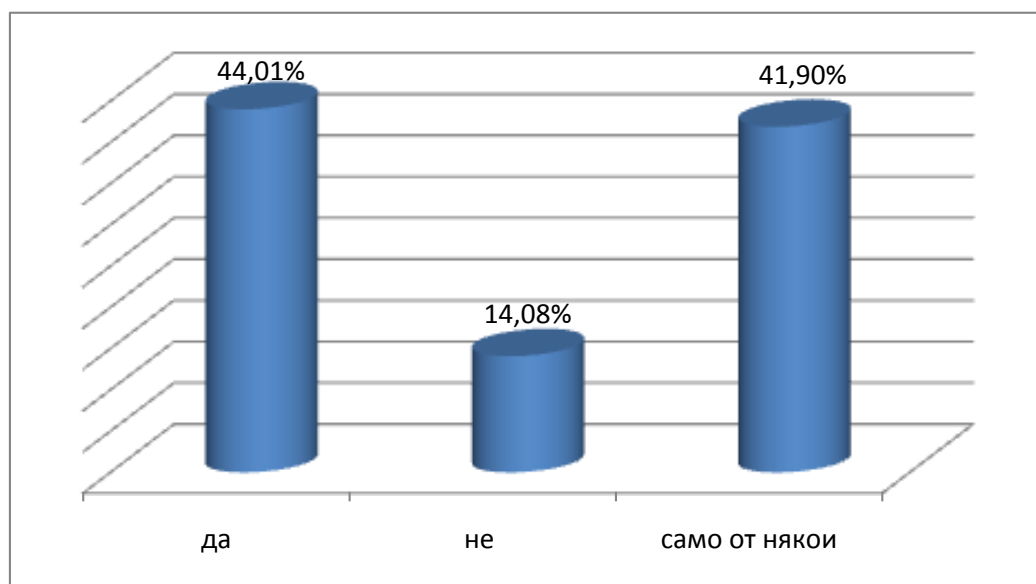
**Фиг 15 Как прие семейството Ви Вашето заболяване?**



Фиг.15

Нашето изследване установи, че 44 % от анкетираните разчитат на морална подкрепа от приятелския кръг.(фиг. 16 )

### Фиг 16 Получавате ли морална подкрепа от приятелите си?



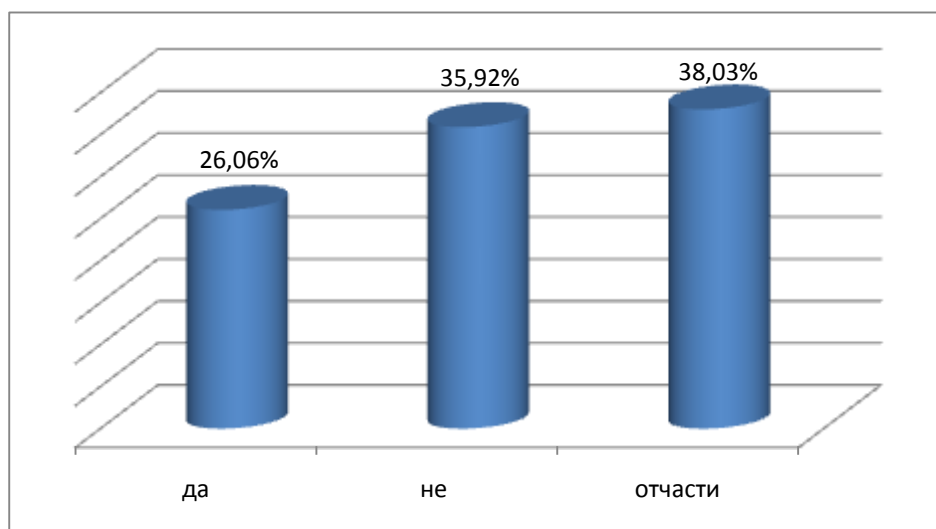
Фиг. 16

Хронично болният от захарен диабет се нуждае от подкрепа в процеса при справянето на ежедневните нужди и страховете, породени от болестта.

Диагностицирането на заболяването е свързано с негативните ефекти, влияещи върху потенциала на човека да се реализира пълноценно, като равнопоставен член на обществото. Той се нуждае и трябва да получи подкрепа, която да повиши възможностите му за социална изява, трудова дейност и удовлетвореност от живота. Това от своя страна е в пряка зависимост и повлиява взаимоотношенията със семейство, колеги, общество.

В колектива на работното място- изследваните лица са констатирани промяна в отношението на колегите към тях- 26 % отрицателно, съответно 38% в състрадателност и взаиморазбиране. (фиг. 17 ).

**Фиг. 17 Промени ли се отношението на колегите Ви?**

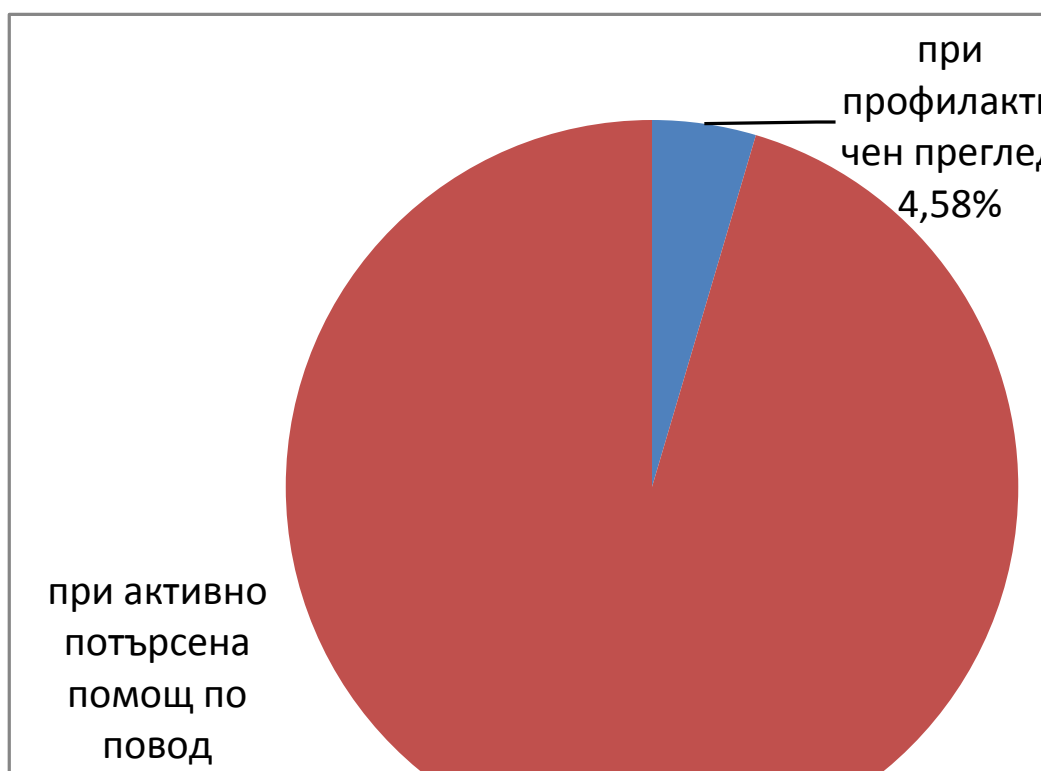


Фиг.17

Здравната грамотност на хората и култура и психологичната нагласа са решаващи за ранната диагностика на заболяванията. Високата здравна ограденост и адекватно поведение, утвърждават опазване и възстановяване на индивидуалното, груповото и общественото здраве, както и за осигуряване творческо дълголетие на човека. убеждения, умения, навици и поведение, които притежава за увеличаване на собствения потенциал.

*Здравна култура.* Почти при всички от анкетираниите болни, захарният диабет е открит след изявата на разгърнатата клиника на заболяването. Едва при 4% от изследваните по повод профилактичен преглед се диагностицира захарен диабет (фиг.18).

**Фиг. 18 Как беше диагностицирано Вашето заболяване?**



**Фиг. 18**

Ролята на редовните, диспансерни прегледи за превенция на усложненията от захарен диабет на здравното поведение е практическият израз на отношението на индивида към собственото му здраве и здравето на околните.

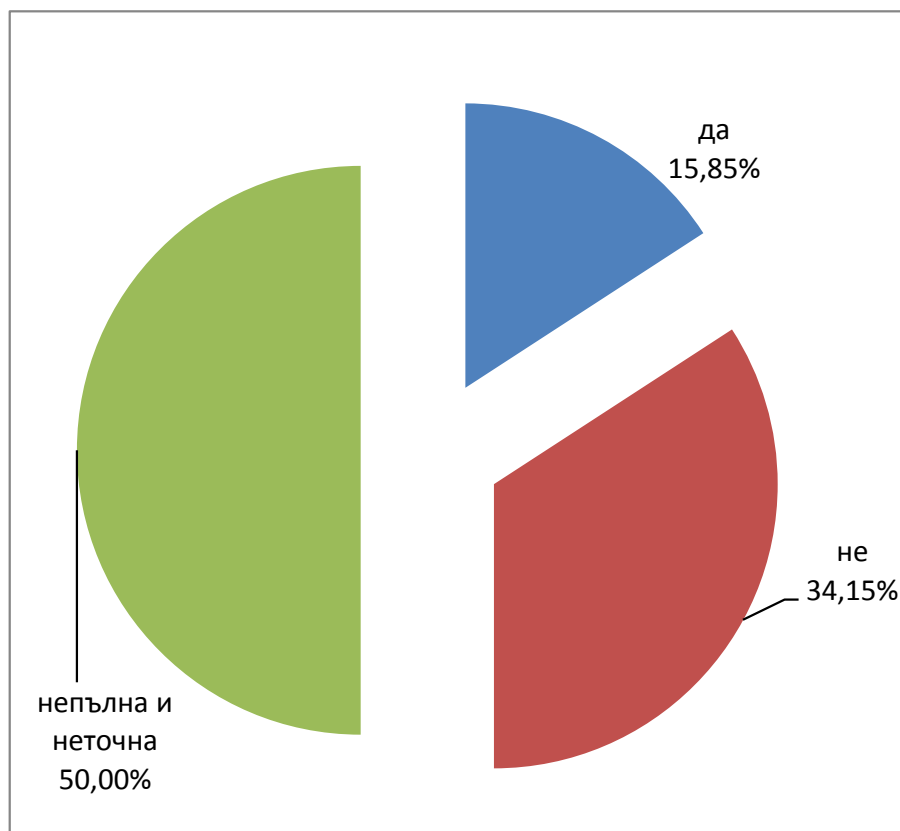
*Пропуските в здравната информираност на нашето население са едни от главните фактори за допускане на т.нар „**пациентски грешки**”, което обуславя широкото разпространение на социалните и др. фактори на риска и основна причина, обуславяща епидемичния характер на разпространение на неинфекциозните хронични заболявания в нашата страна.*

Основен мотив, акцент и приоритет на извънболничната медицинска дейност е *осъзнаването* на възможността за профилактика на усложненията на захарния диабет.

Ролята и значението на **здравната просвета** е в основата на една модерна съвременна научна профилактика по отношение факторите на риска, предизпозиращи изявата за захарната болест, предотвратяване на усложнения му, с оглед недопускане на инвалидизация и влошено качество на живот.

Половината участниците в анкетата /50%/ посочват, че информацията, която са имали за захарния диабет тип 2, преди да заболят, е била оскъдна и неточна. Относителният дял на анкетираните болни, които не са имали никаква представа за заболяването преди да се обърнат към лекар, е висок- 34% (Фиг. 19).

**Фиг. 19** Имаште ли информация за диабета като страдание преди да бъде регистрирано заболяването Ви?

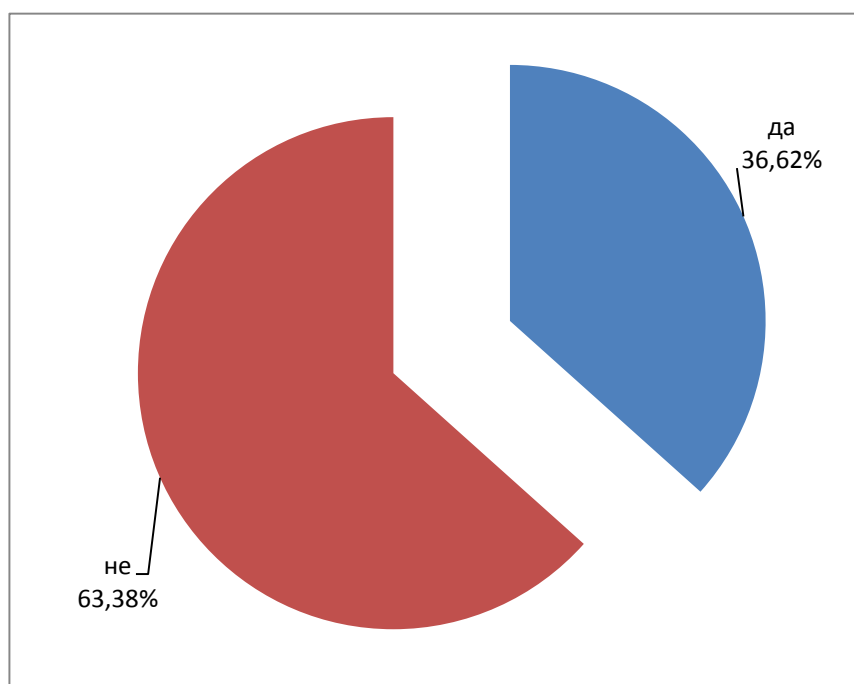


**Фиг. 19**

Основните насоки на здравното образование е да мотивира хората да водят природосъобразен начин на живот, да променят рисковите си форми на поведение и да осъзнаят необходимостта от поемането на лична отговорност за здравето. Поради това здравната информация, която е потребна на обществото, трябва да бъде лесно достъпна, да бъде съобразена с интелектуалното ниво на групата, към която е насочена и да бъде достатъчно пълна

**Обучението на пациенти със захарен диабет е абсолютно необходим елемент в комплексния терапевтичен подход и социално поведение. Пациентите трябва да знаят как да се справят в ежедневието си с това хронично заболяване, за да могат нормално да живеят с него.**

**Фиг. 20 Посещавали ли сте курсове за диабетно болни?**

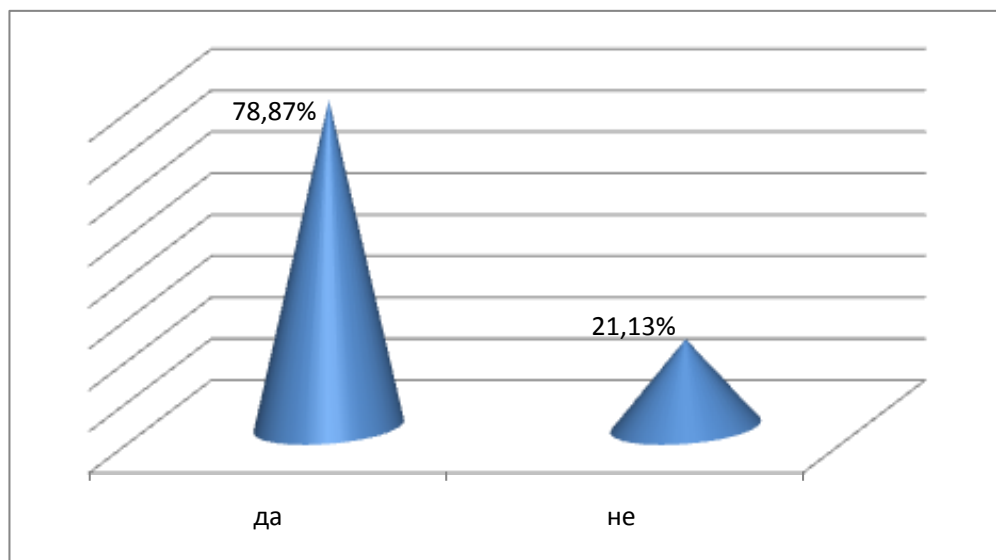


Фиг. 20

Нашите данни отчетоха, че по-голяма част от анкетираните - 63% са преминали обучителни курсове за управляване на заболяването (фиг. 20).

Обучението осигурява добро качество на живота и е основен фактор за предотвратяване на усложненията от захарния диабет / в рамките на вторична профилактика/ Ето защо, ние насочихме вниманието си и към анкетираните, преминали през центрове за обучение. Данните показват, че 79 % от изследваните лица имат информация за центрове за обучение (Фиг. 21).

**Фиг. 21 Информирани ли сте за съществуващите центрове за обучение на пациенти?**



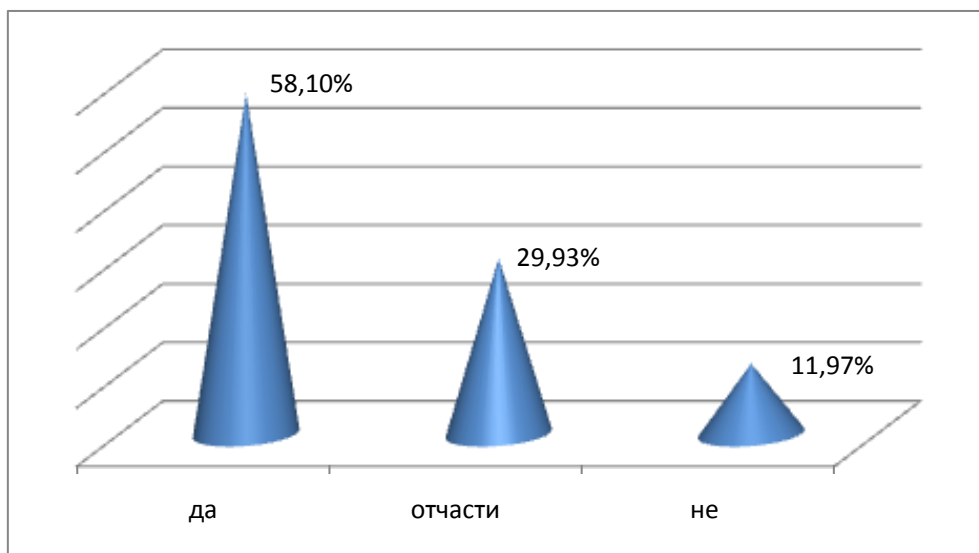
Фиг. 21

Почти всички анкетирани (96%) оценяват ефикасността от проведените курсове като отлична. Обучението на болните от диабет и техните семейства за справяне с болестта е важен момент и в социалното практическото поведение. Придобиването на нови знания и умения, свързани със заболяването, повишаване на здравната грамотност, изграждането на трайни навици, гарантиращи здравословен начин на живот, трябва да доведат до подобряване качеството на живот на болните от диабет и до един по-добър метаболитен статус, който е в основата на профилактиката на инвалидизиращите усложнения.

Нашето проучване потвърди положителната ролята на доброто сътрудничество между пациент, медицински и социални специалисти “в екип” за постигане на здравословен стил на живот при изследваните лица. Предлаганата информация от медицинските

специалисти е подпомогнала 58% от анкетираниите за изработване на здравословен стил на живот.(Фиг.22)

**Фиг. 22 Предлаганата информация от медицински специалисти подпомага ли Ви за изработване на здравословен стил на живот?**



Фиг.22

Ангажимент на личните лекари е да провеждат обучение на болни от диабет тип 2 лица, още при диагностициране на заболяването. В лечебния план при такива болни се налага специфично диетолечение, съгласувано с диетолог, физикална терапия, и редица други медицински специалисти.

В голяма част от случаите, обучението от личния лекар се изразява в професионални напътствия и предоставяне на информационни материали. При болни с диабет с тип 2, инсулинозависими, диспансерното проследяване и обучението за начините на контрол, самоконтрол и лечение на диабета се извършва от ендокринолог. Личните лекари и ендокринологите от първичната здравна мрежа нямат в работния си график регламентирано време за

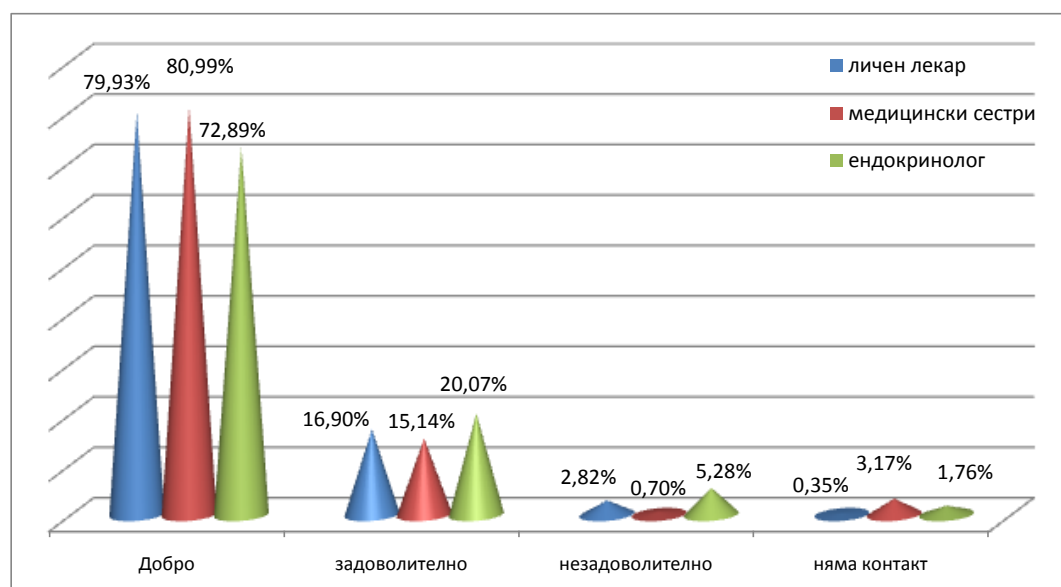
обучение на диабетно болните лица и при всяка среща с болния, те трябва да и отделят време за неговото обучение.

Тези модели на обучение не са достатъчно ефективни, понякога информацията е поднесена недостатъчно, с липса на индивидуален подход.

Значение за успеха на провежданото обучение има подходящата комуникация с болния, активното сътрудничество между медицинския специалист и обучавания, както и включването в процеса на обучение на близките, които ще подпомагат осъществяването на самоконтрола и в усилията за промяна в начина на живот. Изграждането на адекватен модел на справящо се поведение у болния е гаранция за благоприятно повлияване на диабета и забавяне на усложненията и инвалидизацията.

В хода на нашето изследване констатирахме, че анкетираните в голяма степен са удовлетворени от отношението на медицинските специалисти към тях. (Фиг.23).

### **Фиг. 23 Какво е отношението на медицинските специалисти към Вас?**



Фиг.23

У нас, по модел на сполучливият чуждестранен опит (89) в оказване на качествени грижи за диабетно болните, се забелязват инициативи на водещи ендокринологични клиники за организиране на курсове по практическа диабетология, насочени към повишаване на диабетната квалификация и на медицинските специалисти от първичната здравна мрежа. Инициативите все още не са добили необходимата популярност и имат епизодичен характер.

Проучване върху информираността за Захарен диабет тип 2 при студенти от Медицински колеж „Й. Филаретова” - София

Въпреки съществуващата мрежа от специалисти и структури, ангажирани с грижата за болните от диабет, все още резултатите при лечението и предотвратяването на усложненията не са удовлетворителни.

В грижата за диабетно болните у нас в момента са включени главно ендокринолози и лични лекари а ролята на специалистите по здравни грижи в превенция на захарния диабет се negliжира.

Спецификата на заболяването Захарен диабет тип 2 изисква спазване на определени режими, свързани с начина на живот (физическа активност, хранене, прием на медикаменти и др.), което налага повишаване на информираността и на специалистите по здравни грижи. В тази връзка си поставихме за цел да проучим степента на познание на студенти от Медицински колеж „Йорданка Филаретова” за захарния диабет тип 2, в качеството му на социално-значимо заболяване.

В изследването включихме 99 студента, от специалностите: Медицински лаборант, Рехабилитатор, Медико-социални грижи и Инспектор по обществено здраве, като използвахме метода на анонимна анкета.

От анкетното проучване се откриха следните резултати:

1. Познанията на студентите са фокусирани основно върху Захарен диабет тип 1 (98.99%). Повече от 2/3 от анкетираните (64.65%) нямат информация за диабет тип 2 или не диференцират двете заболявания. Установихме относително ниско ниво на познаване на основните различия между двата типа диабет (едва 12.24%);
2. Констатирахме незадоволителна информираност по отношение на рисковите фактори за възникване на заболяването и неговите усложнения. Въпреки, че сравнително висок процент (77.78%) от студентите маркират наднорменото тегло като рисков фактор за инициране на заболяването, тревожен е факта, че едва една четвърт (26.26%) от анкетираните здравни специалисти, на прага на дипломирането си, определят обездвижването като рисков фактор за диабет тип 2;
3. Установихме че студентите не познават добре усложненията съпътстващи диабет тип 2 - едва 2.02% от студентите са изброили вярно всички възможни усложнения, посочени в анкетата;
4. Нашето изследване показва, че голяма част от анкетираните студенти са придобили познания за диабета по време на обучението си в колежа (78%) и от близки с това заболяване-(46%);

5. От анкетираните участници в проучването 59.18% считат, че е необходимо допълнително обучение по проблема Захарен диабет в тяхната специалност.

Въз основа на направеното проучване е необходимо обучението на студентите в медицинските колежи да бъде актуализирано и акцентирано към социално-значимите заболявания, в това число Захарен диабет тип 2, с оглед превенция и качествени здравни грижи.

\*\*\*

Причините благоприятстващи нарастването на заболялите от захарен диабет в световен мащаб са свързани с нарастване броя и застаряване на населението, урбанизацията и свързаната с нея промяна на режима на нездравословно хранене, хипокинезията с придружаващото затлъстяване. Ролята на централната нервна система и неадаптивно поведение са също мощен предиктор на такъв тип социалнозначима пандемия. Колкото по-съвършени са механизмите на невро-хуморалната регулация в организма, толкова по-висока е способността за бърза промяна в нейната дейност, в нейната адаптация. Това определя и нивото на биологическите възможности на организма в сложните социални съчетания. Тяхното увеличение е един от реалните фактори за продължаване живота на човека.

Изгражда се концепция, обясняваща ролята на някои психосоматични, психосоциални рискови фактори при възникване на усложнения от захарен диабет, появата на нови социални и

обществено зависими приспособителни механизми, в хода на заболяването и неговото лечение.

*Преждевременното или патологично стареене е основната причина за различията между средната продължителност на живота и биологичната възраст. Под преждеременно стареене се приемат всички възрастово специфични изменения измерими функционално, клинично, морфологично, биохимично и имунологично, довеждащи до дестабилизираща ентропия. Доказано е, че преждевременното стареене, като форма на хипобиоза се развива под действие както на биологични, така и на социално-икономически, психологически, битови и екологични фактори).*

Факторите на риска, предопределящи изявата на заболяването и еволюцията могат да видоизменят неговата динамика и да посредствуват развитие на патологични процеси, а от тук и до нарастваща вероятност за преждевременна смърт. При цялата сложност на проблема, разграничаването между нормалното и преждеременно стареене понастоящем се изгражда на следните принципи:

\*- Точно диференциране на етнологията на преждевременното стареене, като предиктор на влошено качество на живот, наличие на конституционалните фактори, на инвалидизация в следствие захарния диабет.

\* -Определяне значението и ролята на обменно-метаболитните интоксикации, вметнати други остри или хронифицирани морбидни състояния с вяла, неизявена клинична картина, стресови ситуации и пр. и произтичащите от тях изменения в социалната комуникация и повлияване качеството на живота.

Огромна значимост отдаваме и на проучването върху Протективните за здравето фактори, влияещи върху сложния комплекс на качеството на живот.

Ние отдаваме и заслуженото значение на някои основни ***Социално-икономически рискови фактори-***

Бедността е фактор с многопосочно въздействие върху здравето, неговите биологични, психични и социални измерения. Рязкото влошаване на макроикономическите условия в началото на 90-те години, съществено влошават жизнения стандарт на голям брой домакинства.

Хроничната безработица, Намалвяне доходите на значителна част от населението и Влошена структура на разходите с общ спад на доходите са другите основни социално-икономически рискови фактори.

***Начинът на живот*** определя /в зависимост от възрастта и пола/ 40-50% от състоянието на човешкия организъм – позитивно или негативно по отношение на здравето. По важните негативни фактори, свързани с начина на живот са:

- Тютюнопушене- основен фактор за възникване на атеросклероза и като основна инвалидизация при захарния диабет и произтичащите от това влошени показатели на КЖ
- Системна злоупотреба с алкохол – понижаване на интелектуалния капацитет, увреждане на генетичния фонд на нацията, спин, хепатит С.
- Злоупотреба с наркотични в-ва – сериозен рисков фактор с тежки последици на индивида, което води до деформирани семейни връзки, хроничен стрес, престъпност, понижаване

качеството на живот, дезадаптация, патологично остаряване и преждевременна смърт.

- Рисково сексуално поведение с отношение към репродуктивното здраве, а от там и върху цялостното благополучие на хората. В групата на младите се наблюдава съществено нарастване на рисковите сексуални практики.

-Нерационалното и небалансирано хранене заема важно място в комплекса рискови фактори на здравето. Основен дял в структурата на потреблението на хранителните продукти у нас заема хлябът и животинските мазнини, ниска е консумацията на храни съдържаща защитни елементи, традиционно високо е потреблението на готварска сол. Нашите данни съвпадат с международните проучвания, които нареждат България сред 10 –те европейски страни, чието население поема висококалорийна храна.

-Ниска двигателна активност - двигателен дефицит около 2/3 от наблюдаваните са с ниска физическа активност. Това обяснява последиците затлъстяване, хипертонии, неврози и депресии наблюдавани още в младата им възраст.

Ние забелязваме, че дори и при 6. дневен постелен режим на базата на принудителна имобилизация се изявява хипобиоза, която е мощен предиктор на преждевременното остаряване /най- често при болни с ХАНК, ХБН, полиневропатия установяваме данни за хиподинамия и за хипоксия/, а оттам и влошаване на самочуствие здраве и качество на живот.

-Психосоциалния стрес повишава значително риска от появяване на хипертония, миокардни увреждания, диабет и редица др. психосоматични заболявания.

### ***Рискови фактори в околната среда***

Факторите от околната и трудовата среда обуславят около 17 - 20% от уврежданията на здравето. Към тях се включват замърсяването на атмосферен въздух, почва и вода, шумово замърсяване, вибрации и др. увреждащи фактори в условията на трудова и професионална среда.

***Генетични рискови фактори*** имат съществена роля за появяване на известните наследствени заболявания.

*Затлъстяване и наднормено тегло* също представляват изключително важни рискови фактори, генериращи влошаване качеството на живот. Независимо, че установените от нас данни за умереното наднормено тегло, което носи относително малък риск, броят на лицата с такова тегло е значително по- висок в България /57.5% от мъжете и 54% от жените или общо 3650000 души/ в сравнение с други европейски страни. (56)

Нашите данни съвпадат с това становище, като превалират жените в отношение 1,5 : 1 за сметка на мъжете.

*Особено отношение отдаваме на проучването на жилищно-битовите, трудовите условия, характера и качеството на храненето, психическите въздействия и реакции, особените привички в живота, съобразяване с религиозни и битови обичаи, санитарно- хигиенните изисквания от гледище на онзи режим, който познаваме като програма на ортобиозата.*

Значителното увеличаване на заболелите от захарен диабет поставя редица медицински, икономически и социални въпроси. Здравното им състояние е в тясна зависимост от тяхната социална и физическа среда. Тези аспекти включват начина на живот, семейната

структура и грижите за здравето чрез системите за социално-икономическа помощ.

Един от възникващите съвременни проблеми е изучаването на потребностите от социално-здравна и икономическа помощ на болелите. Това особено се отнася до тази категория хора с хронични увреждания, където прогерията, като най-демонстративна проява на патологията се детерминира от мултифакторната ѝ генеза при съпътстваща полиморбидност и в крайна сметка тежка инвалидизация при влошено качество на живот.

Този процес се определя от множество фактори. Най-съществено значение се оказва здравното състояние и свързаните с това средства за подържане на здравето. /Възрастта като самостоятелен фактор, сама по себе си предявява високи изисквания за грижи./

Хронично болният се нуждае от преустройство в стила на живот и социално поведение, включително и от промяна в отношението и особено внимание в медицинските грижи и социални процедури при обслужване, хранене, режим, социално-битови нужди в домакинствата и пр.

**Особена значимост отдаваме на превенцията и мениджмънта на диабета, при съпътстващ обезитет и последвалото влошено качество на живот.**

Влошеното икономическо състояние на диабетно болните, трудностите при снабдяване с нужните лекарства, както и нарастващата необходимост от социално обезпечаване, поставят пред семейството и обществото изключително сериозният въпрос за здравните и социално икономически грижи за хората в т.нар.-  
неравносвойно положение .

За разрешаване на тези проблеми са необходими актуални здравни и социални реформаторски програми, базирани на научно-доказателства, които да усъвършенсват капацитета на *здравното ограмотяване* на хората, *като елемент на антикризисен план*. В настоящия момент, най-добрата антикризисна програма за нашето здравеопазване, е реформаторската програма. Този, който предлага реформа в здравеопазването, предлага антикризисна програма. Антикризисна е реформаторската програма (Ц. Воденичаров 2010г)

*Доброто управление* на качеството на живот и поведение на хората с диабет, предотвратява прогресирането на техните усложнения, затова е икономически по - целесъобразно да се влагат *средства в обучението, профилактиката, контрола* и самоконтрола на диабета с достъпни средства. Това е една изключително *смислена инвестиция* на обществото, която е насочена към съхраняване на човешките ресурси и допълнително спестяване на материални средства.

Фактите убедително насочват вниманието ни към важните проблеми на социално-здравното състояние на големия брой хора с наднормена телесна маса /съчетан и или със захарен диабет, атеросклероза, хипертония, дислипидемия, имобилизация/. Те доказват изключително голямото значение на социално-медицинската обвързаност и единство, както и възможностите за адекватно поведение и адаптиране към промените не само в организма, но в семейната и обществена среда, което определя стила на поведение!

Оттук социално-здравните и икономически аспекти се изтъкват като неделими, при строго съблюдаване на взаимната зависимост между превантивните грижи, здравни услуги и социалните фактори. В основата си *превантивните грижи* са обусловени от факторите и оценка на риска в т.ч. социално-биологично, психологични и икономически за **унифициране на критериите за анализ и оценка на качеството на живот, мениджмънта на здравните грижи, качеството на социалното обгрижване и информирана здравна грамотност при лица със захарен диабет и наднормена телесна маса.**

Но ефикасна защита на здравето на хората не може да се осигури само чрез лечебно- превантивни методи. Икономическата им зависимост често ги прави безпомощни. Необходимо е жизнените им условия да се приспособят към тяхното функционално състояние. Практическо значение тук имат – установената дезадаптация при увредено здраве, междуличностните отношения, включително с персонала на здравните или социални заведения. Налага се средата да се приспособи към техните нови физиологични, екологични и социално-психологически потребности, към тяхната степен на здраве.

**Колкото по-съвършени са механизмите за бърза промяна в индивидуалното поведение, толкова по-висока е способността за био-социална регулация на индивида в обществото, адаптация към усъвършенстван стил на живот. Разбира се, това се определя преди всичко от нивото на социалните и биологически възможности на организма. Тяхното оптимизиране, увеличение е един от реалните фактори, за продължаване живота на човека, /но не под формата на биологичен начин на живот, /а в**

**приоритета социална активност за да дадем не години към живота , а “живот” към годините !**

*Съвременната социална медицина вече изгражда подробна характеристика за основните показатели на физиологичното състояние и структурните промени на организма на различните етапи от онтогенезата и тяхната динамика.*

Възникващите медицински, социални, икономически, проблеми на тази категория болни хора изискват съответно здравна, социална, и икономическа подкрепа от страна на обществото. От друга страна самата възраст с оглед демографските промени се изявява като своеобразен рисков фактор за безпокойство при повишаване вероятността за патогенно въздействие върху организма.

Нарастващата полиморбидност води до още по-голямо изчерпване на физическите и психически възможности – до *социална дезадаптация*.

Най-често установяваме намаляване на интересите на болния човек към обкръжаващата го среда, нарушаване на трудовия ритъм и снижаване на жизнения тонус. Възникват и редица социално-хигиенни и психологични проблеми. Хронично болните обективно усещат тревожно, но вярно промяната на своето положение в семейството и обществото. При липса на необходимото внимание и уважение от близки и познати, или при недостатъчната морална и материална подкрепа бързо угасват стимулите им към живота. Настъпва социална изолация, самота. Положението, в което се оказва в случая хронично болния човек, е резултат на сложно съчетание на още много фактори — здравно и материално състояние, култура, образование, бит, политика, традиции и др.

*Понижената професионална активност /или т.нар. остатъчна трудоспособност при тези хора изменя и жизнения им стереотип. Новата позиция в семейството и обществото, рефлектират пряко върху социалния и здравен статус, като се оказват най-уязвими.*

*Именно тук трябва да бъдат насочени и осъществени най-ефективните мероприятия по профилактиката на **преждевременната инвалидизация и качеството на живот.** Намалената работоспособност на хронично болните има пряка зависимост от промените в биосоциално засегнатия им организъм.*

Жизнените процеси в организма са подчинени на така наречения биологичен ритъм на живота. При човека той е така регулиран, че черпи сили през цикъла на работата, умората /във физиологични граници/ и почивката. Следователно, работата под формата на някакъв вид труд е необходима не само поради икономически съображения, а заради биологичната и най-вече социално значима нужда от нея. Тук е мястото да отбележим и огромното значение на труда като активен фактор, намесил се дълбоко в биологията на човека и усъвършенствал го в неговото историческо развитие. Оптималното физическо натоварване в условията на труд, системни физически упражнения, различни дозирани форми на спорт и туризъм, показват една добра кондиция и стабилно равновесие на обмяната и метаболизма в организма.

**Огромна и безусловна е профилактичната роля на активния двигателен режим и здравословно хранене в отношението на такъв тип режим включен в ортобиозата на човека.**

В медико-социален аспект наблюдаваме висок процент на полиморбидност при изследваните лица. Връзката и зависимостта на

тези болести и синдроми в повечето случаи е обусловена от съотношенията между възрастта и давността на заболяването. Израз на тази сложна биологична връзка е трайна инвалидност в различна степен, залежаване на легло, тенденция към физическа умора и психически смущения, соматопсихични и психосоматични промени и изключителна социална зависимост. Повишена е и социалната изолация сред болните хора, при които единият от съпрузите е хронично болен и живеят самостоятелно, или напълно самотно живеещи лица с необратими увреждания. Въпросът за изолираните /самотни/ болни хора е *извънредно тежък и трудно разрешим социален, но високо морално-деонтологичен проблем!*

Възникват нови потребности, свързани със социалната им адаптация в семейството и обществото. Активната социална позиция в живота на болните със захарен диабет се проявява, като реален израз на необходимост за самореализация на инвалидизираните болни, способстваща за запазване здравето и самочувствието на личността. Удовлетворяването на тези потребности е един голям, сложен и нерешен проблем.

*Ограничаването на социалното обкръжение, разпадащата се семейна солидарност, и нарастваща изолация с оттегляне в пенсия, прави тези хора понякога крайно зависими, безпомощни и самотни. Това изисква ново отношение от обществените институции към тази категория от населението, като грижите за тях трябва да се определят от дълбоко хуманни принципи.*

По-голямата част от наблюдаваните в динамика хронично болни стават интровертирани. Вътрешният им интелектуален и емоционален свят придобива важно значение. Придобитите ценности могат да се явят като предпоставка за по-спокоен живот.

Кръгът от близки и познати се стеснява с нарастване на възрастта. Хронично болният човек ограничава своето обкръжение, което се свежда понякога до децата и най-близките. По-трудно създават нови връзки и приятелства и често могат да се окажат в социална изолация. Когато последната се съчетае с материално разорение, физическо изтощение и психическо опустошение, създава на социалния и здравния работник едни от най-тежките проблеми. Ето защо запазването на *семејната солидарност*, на грижите и вниманието към хронично болните, немощни родители или роднини е едно изключително предизвикателство в социален аспект.

*Понижената трудова и двигателна активност, в някои случаи до трайна имобилизация, изменя и жизнения стереотип с промяна в качеството на живот. Наблюдаваме признаците на хипобиоза – един от основните характеристики на акцелерираното остаряване и влошено качество на живот при човека.*

Нашите наблюдения отчитат, че жените по-лесно се приспособяват към новите условия на жизнена дейност, /най-вероятно поради по-голямата им заетост и активност в дома и семейството/.

Принудителният постелен режим при хронично болните хора изисква подходящи, съвременни методи на рехабилитация и терапия на различните заболявания. /Особено внимание трябва да се отделя на профилактиката на декубитусите, както и на провеждането на процедури, стимулиращи и укрепващи общото състояние на организма./ В повечето случаи при едно своевременно и системно провеждане на рехабилитационни процедури, се стига до функционално възстановяване.

С напредване на възрастта човек трудно приема необходимостта от промяна и с неохота откликва на претенциите на семейството, работодателя или обществото към него. Той подхожда с повишена чувствителност към всеки възникнал проблем, особено що се касае за бъдещите очаквания за по – лошо качество на живота, и се нуждае от разбиране и подкрепа от страна на близките, приятелите, колектива.

Страховете им от отпадането на основни функции, от загуба на работоспособност, от финансови затруднения и натоварване на другите членове на семейството, от социална изолация, често са причина за развитие на депресивни състояния. Болните са склонни да „скриват” заболяването си, за да запазят семейните или трудовите си взаимоотношения. Тези хора се нуждаят от комплексни мерки за адекватен контрол на диабета, за предпазване от развитие на други соматични заболявания или сърдечно – съдови инциденти с неясен здравен изход, от психологическа подкрепа и съдействие на семейството и близките, от социални грижи и социално подпомагане.

Качеството на живот при диабетно болните се проявява със специфични особености и намаление на функционалните възможности на организма. Това определя една особена група сред населението, пораждаща много специфични и същевременно трудно решими медико-социални проблеми. Това поражда и широк кръг въпроси, свързани с намаляване на трудоспособното население. Крайно намалените способности на адаптация на организма, прогресивния характер на инволюцията и атрофията му, свързани често и със значително тежка патология, създават най - значителния здравен, медико-социален и икономически проблем. Значително намалената трудоспособност

*при тези хора, намалената реактивност и приспособителни механизми на организма и обществената им принадлежност във възрастовата категория на непроизводителните, предизвикват необходимостта от особени грижи за тях.*

Физиотерапевтичните процедури, в съответните медицински центрове, като звена, или в домашни условия, имат особено важна роля и значимост за *подобряване качеството на живот* чрез реактивация на организма при оптимално функционално натоварване и дозирани физически упражнения, чрез многообразните закалителни процедури и туризъм /които имат също положително влияние/. Нерядко тук се включват и козметични процедури /маникюр, педикюр, поради опасност от гангрени! и др./, които са изключително ценни за самочувствието и настроението на инвалидите. Тук се докосваме до други високо значими проблеми, определящи качеството на живот, на отдих, използване на свободното време, любимото “хоби”, изграждане на чувство за независимост, ревитализация, показване на широк обем от услуги, трудова и обществена активност, поддържане на активни обществени контакти и други.

Една системно изградена концепция за разумно използване на средствата за рехабилитация, лечебна физкултура, физиотерапевтични методи и др. да допринесе и *реактивацията на патологичните процеси*. Тяхното забавяне води до отлагане във времето на еволюцията на усложненията, което ние считаме за успех в управлението на Качеството на живот!

*Друг изключително важен метод за общата ревитализация на организма е психическата, физическа и социална рехабилитация.*

Ревитализацията на болния човек трябва да започне с психичната рехабилитация, тъй като повечето от тях, при дългосрочен постелен режим, притежават чувство за малоценност. Тя трябва да възвърне вярата и оптимизма на болния във възможността за подобряване на неговото качествено здраве. Това е един деликатен момент, тъй като хроничната дегенеративна патология се поддава трудно на обратно развитие.

Моралната подкрепа и увереността на болния човек в собствените му възможности и сили, го прави волево уверен в оздравителния процес. Внимателното отношение към хронично болните хора, състраданието към тяхното болезнено изживяване съдействат за по-лесното преодоляване на чувството за изолация, самота, депресия, както и за преодоляването на мислите за малоценност и безнадеждност.

**Огромна и безусловна е лидерската позиция на клиничния мениджмънт върху профилактичната роля на активния двигателен режим и здравословното хранене при превенцията на преждевременното остаряване в и качеството на живота в т. ч. затлъстяването и захарния диабет и сериозните усложнения- атеросклерозата, мозъчно-съдова болест, сърдечносъдови заболявания и др. с нарушено качество на живот и трудоспособност.**

Прогресиращият спад на доходите /пенсия/ на "прикованите" болни, които разчитат единствено и само на държавната социална закрила, са сигурно, но крайно незадоволително осигуряване.

Понастоящем за тези болни „пенсионери по болест” у нас се създават индивидуални условия, съобразени с физическия и умствен капацитет, с по-взискателни критерии за участие в труда,

като консултанти, квалифицирани работници, специалисти и ръководители във фирми, педагози, особено под формата на удовлетвореност, като хоби. Съществуват структури и възможности, където пенсионерите запазват правата си върху пенсиите и могат да работят с допълнително възнаграждение /в сферата на научни институции, стопанско дело, икономика, строителството, фермерството, преса и др/.

Особено значимо място определяме и на допълнителните здравно-осигурителни фондове. С това се намалява в определена степен социалната зависимост на болния пенсионер.

Поради сложния социално-политически и икономически статус у нас, хората с необратими поражение и влошено качество на живот са поставени в "периферията" на обществото ни, без необходимата адекватна поддръжка. Финансово-икономическите проблеми на тези болни хора се обуславят и предопределят от променената демографска картина при намаляване на абсолютното и относително трудоспособно население на страната и увеличаване на нетрудоспособните лица.

Безработицата сред населението е друг значим фактор, който поражда социални дефицити, поради което е необходима помощ за тяхното компенсиране. Държавата, чрез абсолютния си контрол върху социалното осигуряване, здравеопазването и образованието е основният преразпределител в обществото. Една от неблагоприятните последици от горепосочената тенденция е обременяване на системите за социално и здравно осигуряване и за подпомагане на населението. От една страна намаляват работоспособните лица, които отчисляват тези фондове, а от друга страна нарастват лицата, които ги потребяват (27).

За решаване на проблема е необходимо социалната политика да се насочи към намаляване на нетрудоспособните лица чрез включване в трудова дейност на пенсионерите с остатъчна трудоспособност.

Особено важен социален проблем се явяват възможностите за самообслужване и *остатъчната трудоспособност*, както и нейното рационално използване.

Най-често намалената остатъчна трудоспособност е свързана и обусловена от съпровождащата патология с друг голям медико-социален проблем - намалената мобилност, на базата на двигателен дефицит. Болните хора предпочитат да работят дългогодишно упражняваната професия близо до собствения си дом.

*Жилището* представлява друг значим медико-социален проблем. Уместно е то да бъде на ниските етажи. В редица случаи хронично болните са принудени да търсят услугите на социалното обслужване.

Хронично-дегенеративната патология с различна еволюция, оказва влияние в областта на *социалното обезпечаване по болест*. Средствата за съществуване на тези инвалиди могат да бъдат получени за сметка на производствената работа на трудоспособното население, при всички положения, независимо от системите на социално обезпечаване.

*С непрекъснато нарастващата дегенеративна патология се поражда и много важен финансов проблем за решаване – средства за медицинското и социално обслужване. Решаването на този проблем не бива да се диференцира, т. е. не бива да съществуват ведомствени граници между здравеопазването и социалното дело.*

Не на последно място се пораждат и други медико-социални проблеми, свързани с качеството на живот, като необходимост от **стоматологична и офталмологична** помощ /протези, ортези, лещи/, санаториално лечение, поддържане на активен двигателен режим.

Научните постижения на обществените и фундаментални науки, модерната превантивна медицина и нарастващите научни познания на социалната медицина, безспорно ще съдействат за забавяне на инволюционните процеси, за разширяване периода на трудоспособност, **активно качество на живот**.

Темпът за развитие на инволютивните процеси при захарния диабет се обуславя както от биологичната самодетерминираност, така и от екологичните, психологически и социално-икономическите условия. *В социално-медицински план еволюцията на болестта захарен диабет е не само биологически, а и обществено- исторически детерминирано.* Израз на тази сложна биологична детерминанта е ограничената подвижност и тенденцията към прогресивна физическа умора, психически нарушения или промени в личността и поведението, настъпваща в различна степен инвалидност и в крайна сметка изключително повишена социална зависимост. Психосоматичното състояние на болелите от захарен диабет се предопределя от трайната зависимост на семейството и обществото. Проблемите са тясно свързани още с жилищно-комунална обезпеченост, социална сигурност и размер на общите доходи, съхранена трудоспособност, възможност за самообслужване и социална адаптация.

Медико-социалните проблеми на качеството на живот на болните със захарен диабет са изключително дълбоко хуманни. Тяхото осъществяване следва да се предхожда от широкомащабни и комплексни проучвания с оглед предоставяне на най-реална информация за оценка на социалното и здравно състояние, семейно положение, запазени професионални възможности, трудов капацитет, жилищни и комунални условия и др. Това изисква съответно многопрофилна здравна, социална и икономическа подкрепа от страна на цялото общество.

*Една системно изградена организация и разумно използване на средствата по типа на предложения ”Социално-либерален модел за развитието на здравеопазването, който би могъл да бъде в основата за нов тип здравна политика и инструмент за модифициране на националното здравеопазване”.* **Така се бележи началото на здравната политика като част от социалната политика и политиката за благополучието на гражданите. И ако либерализмът открива правото на здраве, то социалнодемократичната концепция осветлява правото на здравеопазване.** (Ц. Воденичаров)

В това отношение нашето законодателство следва да усъвършенства някои предложения за разкриване на нови възможности за трудови места при намален обем, намалена динамика, самодневен труд, намалено работно време и седмица; труд, изискващ по-елементарни, физиологини физически натоварвания, щадящи крехкото здраве на хората с трайни увреждания.

Ние установихме, че голяма част от инвалидите по болест са съхранили своята трудоспособност и имат желание и готовност да се включат на ново в трудова дейност.

Проблемът се усложнява още повече поради високият коефициент на безработни, високо квалифицирани „зdravi“ млади кадри на трудовата борса, които конкурират тези хора.

Активната социална позиция в живота на хронично болните хора с диабет - това е потребността от самореализацията им, способстваща за запазване здравето и самочувствието на личността. Удовлетворяването на тези потребности е един голям, сложен и все още нерешен проблем!

Това изисква в преносен и пряк смисъл профилактика на усложненията на диабета /като модел на преждевременното остаряване/, поддържане на социално и здравно състояние, както и превантивни мерки при евентуална инвалидизация, комуникативна връзка с роднини, познати, общуване с околната, обществена и природна среда.

Съгласно Мадридската Световна Асамблея върху проблемите на хората с трайни дегенеративни увреждания в смисъла на диабета, повеляваща сигурност и достойнство, пълноправно участие в икономическия, социален и политически живот се отчита, че светът преживява безпрецедентна демографска трансформация

Ние отделяме изключително специално внимание при проучване и на потребностите от социален и материален характер, с оглед подобряване условията на техния начин на живот, социални контакти, достъп до културната сфера и информираност на обществото и качество на живота. **В този смисъл промоцията на здравето може да се разглежда, планира, организира и осъществява само като непрекъснато широкомащабно обществено движение.** Съвременната социална медицина непрекъснато задълбочава познанията за променящата се физиология на организма и социума като цяло.

Важен комплекс в общата оценка на превантивните здравни грижи за общата ревитализация на болния е психическата, физическа и **социална рехабилитация**. При своевременни системни рехабилитационни процедури, в повечето случаи се постига определено функционално оптимално възстановяване. Ревитализацията на болния трябва да започне с психичната рехабилитация! Последната трябва да възвърне вярата на болния във възможността за подобряване на неговото здраве. Това е един деликатен момент, тъй като хроничната дегенеративна патология се поддава трудно на обратно развитие. При прогресивен ход на заболяването, за успех и оптимизъм се счита задържането на развитието му.

Моралната подкрепа и увереността на болния в собствените му възможности и сили, го прави волево уверен в оздравителния процес! За **социалната му рехабилитация** от особена значимост е индивидуалното съобразяване със социалния и психологичния статус на хронично болния човек /в случая захарен диабет/, както и неговото достойно място в семейството и обществото. Внимателното отношение към хронично болния човек, състраданието към неговото болезнено изживяване съдействуват за по-лесното преодоляване на чувството за малоценност, вярата и оптимизма му .

Необходимо е да се създадат специфични съвременни центрове за специализирано обучение и обслужване по проблемите превенцията на захарния диабет. Не на последно място да се включат дискусии съобразени с индивидуални диети и диетолечение. Прилагайки диспансерния метод като основен в своята работа, те да предлагат на болните и обществото огромна дейност в осъществяването на *първичната*

*профилактична помощ.* Ако искаме тяхната дейност да бъде пълна, тя трябва да се насочи към изучаване и на средата, където възникват причините – т.е. факторите на риска за по - добро здраве, здравни и социални грижи за хората, изучаването на заболяемостта, проучване на жилищно- битовите, трудовите условия, характера и качеството на храненето, психическите въздействия и реакции, особените привички в живота, съобразяване с религиозни и битови обичаи, санитарно-хигиенните изисквания от гледище на онзи режим, който познаваме като програма на ортобиозата, т.е. цялата жизнена среда!

**Пред общественото здравеопазване и наука е поставен подценяван до сега проблем - да разработи нови методи за изучаване на механизмите на физиология и патология и смесените им форми, още в ранната етиопатогенезата на заболяванията и да постави на публична преоценка акцентите и поведението за превенция на социално-значими болести и свързаните с тях инвалидизации и добро качество на живот.**

*Доброто управление и контрол на диабета предотвратява прогресирането на усложненията, затова е икономически по – целесъобразно да се влагат средства в обучението, профилактиката, контрола и самоконтрола на диабета с достъпни средства. Това е разумна инвестиция на обществото, която е насочена към съхраняване на ресурси - човешки, морални, материални и др. Това драстично повлиява стила на живота им.*

## ***Някои социални и здравни приоритети на превенцията и профилактиката на захарния диабет***

В контекста на образователната стратегия за населението - намаляване на тютюнопушенето, стимулиране употребата на здравословни храни и увеличаване на физическата активност на цялото население, както и - медицинските приоритети трябва да се насочат към изучаване *биосоциалните фактори на риска, при хора с повишен риск*

*Приоритетите* за превенция на захарния диабет и усложненията следва да бъдат насочени към

1. пациенти с установен захарен диабет
2. здрави хора, при които съществува повишен риск от развитие на захарен диабет, поради комбинация от рискови фактори, /високо артериално налягане, дислипидемия, горно-гранична или повишена кръвна захар, фамилна обремененост, затлъстяване ./
3. близки родственици на пациенти със захарен диабет, както и на здрави лица с изключително повишен риск. /ексцесивно затлъстяване/
4. болните с новооткрит захарен диабет за възстановяване на професионалната им трудова дейност в обществото, за добро самочувствие и качество на живот.
5. болните с I и II група инвалидност, с т. нар. остатъчна трудоспособност, чрез включване в системата за рационално трудоустрояване и активна ресоциализация на индивида.

**Основни приоритети на превенцията на усложненията при пациенти с клинично установен захарен диабет е намаляването на риска от преждевременното инвалидизиране.**

Следва да се съобразим с наставления, свързани с промяната в начина на живот, на вторична превенция на диабета.

*Ефективните програми по здравна промоция на цялото население и особено сред високорисковите контингенти и провеждането на масов и целеви скрининг за диабет тип 2 трябва да са приоритетна задача на съвременната превантивна медицина и общественото здравеопазване в България. С асоциирането на здравеопазната ни система към европейските здравни приоритети се отдава важно значение на извършването на задължителни профилактични прегледи. Тази дейност се осъществява от Трудовата медицина, в съответствие със Закона за здравословни и безопасни условия на труд. При провеждането на профилактичните прегледи сред работещите лица се обхваща и голяма част от това население, което не е здравноосигурено и няма личен лекар. Анализите на заболяемостта сред работещото население показват висока честота на новооткрити социално – значими заболявания, в това число и на диабет тип 2.*

**За постигане на целите на профилактиката е необходимо да се изгради ефективна система на взаимодействие между работодателите, които носят отговорност за здравето на хората, Службите по трудова медицина и лечебните заведения за извънболнична помощ.**

Не трябва да се забравя, че всеки човек сам е отговорен за собственото си здраве и провеждането на профилактични прегледи е не само задължение на медицинските специалисти, но и лична отговорност на всеки индивид.

*Превантивните насоки и здравния мениджмънт при болните от захарен диабет ни задължи да се съобразим с основните индикатори за дейността по провеждането на лонгитудинални*

*наблюдение в аспекта на социално-здравните и анкетни показатели за определяне на сомато-социалния им статус, неговата динамика, анализ и оценка на качеството на живота. В този смисъл убедителни са нашите данни по отношение стила на живот, неговото реално оценяване при неразривността на елементите на превенцията и здравните грижи при хора със захарен диабет и затлъстяване.*

*Този нов аспект в социално –медицинската дейност и мениджмънт на социалните и здравни грижи при болните от захарен диабет ни мотивира и в следните основни индикатора за работа:*

- показатели за промяна в социалния статус и здравни грижи на пациентите
- оценка на качеството на живота при болните диабетици с хронични усложнения.

*Като субективна и обективна оценка за качеството на живота установихме и влиянието на водещата психологична концепция, наличието положителна обратна връзка между качеството на живота и прилаганите превантивни подходи, здравните грижи и социални ангажменти.*

В такъв аспект не бихме си позволили определянето на критериите по количествената характеристика, но това може да бъде повлияно чрез прилаганите комплексни превантивни и терапевтични схеми.

В обобщение:

- *За всички наблюдавани и анкетирани болни Качеството на живот се изтъква, като основен аспект на собственото им здраве.*
- *Той им придава вяра в оздравителния процес, нови стимули, целенасоченост, значимост и удовлетвореност от живота им.*
- *При почти всички от изследваните болни установихме болезненото, но реално, вярно възприемане на собственото им социално и здравно състояние, което намира израз в различни личностни, комуникативни и социални характеристики на техния живот.*
- *В този смисъл качеството на живот, обусловено от психосоматичната хомеостаза на човека е в основата на неговото благополучие и възприемането на собственото здраве като особена ценност.*
- *Категорично споделяме с аудиторията, че Качеството на живота е един от основните интегрални компоненти на Превантивната медицина и мениджмънт на здравните грижи при наблюдаваните от нас болни.*
- *Качеството на живот, свързано със здравето при пациентите, ние приемаме в концептуален план, като **социално-психологически аспект**, което е една от основните цели на Превантивните здравни грижи.*

*Профилактичните грижи на захарния диабет* включва намаляване влиянието на значимите социални рискови фактори /подслон, доходи, диетично хранене/, функционалните и дегенеративните нарушения, особено при лица с наследствена предиспозиция (затлъстяване, стрес, намалена физическа активност, небалансирано и нездравословно хранене и др.)

Качеството на живот при болните със захарен диабет е директна последица от:

- добър метаболитен контрол, включващ – поддържане на кръвната захар, на липидите. А това се постига с поддържане на едно рационално и балансирано диетично хранене
- прекъсване на тютюнопушенето
- поддържане на нормални стойности на артериалното налягане
- редуциране на наднормено тегло и затлъстяване
- регулярна физическа активност на ежедневието
- ранна диагностика и оптимален контрол на заболяването
- профилактиката и на усложненията от захарния диабет:
- в провеждане на социално трудова рехабилитация.
- активен трудов и социален живот с морално-етична и икономическа значимост за индивида и обществото.

Резултатите от анализа на анкетното проучване позволяват да се направят следните практически изводи:

- Получените резултати от проведеното проучване съвпадат с известни от научната литература теоретични постановки за възрастово – половата структура на заболяването захарен диабет тип 2.
- Здравната информираност на анкетираните за причините, същността и последствията от диабет тип 2 е недостатъчна. Широката информираност на обществото чрез програмите за здравна промоция и профилактиката на социално – значимите заболявания имат важно социално –медицинско значение, повлияващо в значителна степен качеството на живот.
- Отношението и индивидуалната отговорност на всеки от анкетираните към собственото си здраве са важни личностови фактори, имащи значение за ранната диагностика на заболяването.
- Появата на хронично прогресиращо заболяване, каквото е диабет тип 2, е сериозно предизвикателство пред личността на болния и налага нови приоритети и преориентация на целия й бъдещ живот.
- Обучението на лицата, болни от диабет тип 2, е неделима част от целия комплекс от лечебни и рехабилитационни мероприятия и е насочено към постигането на пълен контрол и самоконтрол на диабета, привличайки болния и неговите близки в справянето с ежедневните предизвикателства на заболяването.

- Удовлетвореността на анкетираните болни от качеството на проведеното обучение е в пряка връзка с оценката им за ефекта от лечението на диабета.
- Масово прилаганите в практиката модели на обучение от общопрактикуващия лекар и от ендокринолога не постигат напълно крайната цел на обучението - придобитите знания и умения да се превърнат в действие, и да се интегрират в начина на живот на болния.
- Обучението по диабетна програма от специално подготвен, интердисциплинарен екип, провеждано поетапно и с прилагане на интерактивни методи, напълно удовлетворява потребностите на болните от диабет тип 2 от качествено обучение.
- Анкетираните болни са мотивирани да участват активно в комплексни рехабилитационни програми за овладяване на диабета, но такива програми все още нямат приложение в медико-социалното обслужване на болните от диабет у нас.
- При нашето изследване се открие социална проблематика, обусловена от заболяването и споделена от страна на интервюираните, по отношение:
  - проблеми с организацията и осъществяването на качествен контрол и грижи за диабета
  - недостатъчното подпомагане от страна на НЗОК;
  - проблеми от психосоциален характер;
  - проблеми с адаптацията на болния към заболяването.

\*\*\*

### ОБОБЩЕНИЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОУЧВАНЕТО

***Захарният диабет, като хронично неинфекциозно заболяване се представя за една от основните причини за инвалидизиране на българското население, с всички социални здравни, психологически и икономически последици.***

Интерполацията на получените от нас сравнителни анализи, резултати, сравнителните оценки и дискусии ни позволиха да обобщим

- Данните от проучването показаха необходимост от укрепване на здравето чрез стимулиране на позитивно здравно поведение при усъвършенстване на здравна просвета и допълнително ограмотяване на населението за подобряване качеството на живот.
- Въпреки познанията на изследваната група за функционално, балансирано хранене, съобразено с индивидуалната диета и препоръките за оптимален двигателен режим, добрата им здравна информираност, установяваме, че поведението им по отношение диета, двигателен режим, и някои вредни привички е високрисково. Диабетно болните нямат достатъчно доходи, за да си осигурят така необходимото им жизнено важно за качествен живот пълноценно хранене.
- Налага се необходимостта от укрепване на здравето чрез стимулиране на позитивно здравно поведение – многопрофилна рехабилитация със социалнопсихологична компонентна и здравно ограмотяване. В такъв аспект обучението на болните от захарен диабет, техните близки и

сподвижници, като жизнено важен момент от общата интегрираност на социално обусловените грижи са и мощно лечебно средство за ефективно профилактично и терапевтично повлияване, което е в изключителна зависимост за качеството на живот.

- Придобиването и утвърждаването на необходимите нови здравни знания, социално поведение и обществени умения, ще осигурят добър социален и соматичен комфорт за по-добро качество на живот. /Последните лежат в основата на вторичната профилактика при болните от захарен диабет./
- Оценката на качеството на живот и неговите аспекти представлява един от основните подходи за анализ на целесъобразността на превенцията и *ресоциализацията* на болните със захарен диабет, с оглед подобряване качеството на живот.
- Основен акцент и важен интегрален компонент за доусъвършенстване качеството на живот е съвременния комплексен мениджмънт на здравните грижи при болните.
- Някои от причините благоприятстващи масовата поразеност на населението от хронично-неинфекциозни социално значими заболявания и особено нарастването на заболялите от захарен диабет /както и в глобален аспект/, ние отдаваме на свързаните с това някои демографски процеси, с нарастване относителния дял на възрастните и стари хора, застаряване на населението вътре в самата група на старите хора, миграционните процеси, *урбанизацията и свързаната с нея промяна на режима на нездравословно хранене, хипокинезията с придружаващото затлъстяване.*

В тази насока експерти на световно и национално ниво разработват концепция за „Програми за мениджмънт / управление на заболяванията” – „*Disease management programmes, DMPs*”, основана на доказателства, за подобряване координацията между различните участници в здравната система.

- Същността на този стратегически подход за овладяване на пандемията от неинфекциозни, хронични заболявания с изключително социална значимост се обуславя от модерния, комплексен мениджмънт. Той определя интегриращите научно обосновани доказателства и специфични интервенции в областта на Промоцията на здравето, профилактиката, диагностиката, рехабилитацията и ресоциализацията на хората, страдащи и преди всичко социално /белязани/ от хронично-дегенеративните усложнения на обменно-метаболитната патология и социални последици, необратимата, трайна инвалидизация и влошен стил на живот, самочувствие и поведение във всички сфери на нашето съвременно общество. Възникват и редица социално-хигиенни и психологични проблеми, повлияващи значимо качеството на живот.

Хронично болният от захарен диабет най-често усеща тревожно, но вярно промяната на своето положение в семейството и обществото. При липса на необходимото внимание и уважение от близки и познати или при недостатъчната морална и материална подкрепа бързо угасват стимулите му към живота. Настъпва социална изолация, самота. Положението, в което се оказва болният човек, е резултат на сложно съчетание на още много социални фактори — здравно и материално състояние, култура, бит, политика,

традиции и др. Цялата сложност на проблематиката пряко коренспондира с *качеството на живот*

Основно впечатление създава индивида с начина на живот, поведение и желание, активен стремеж за повлияване и отстраняване на значимите рискови фактори. Като се има предвид стандарта на живот във високо индустриализираните страни, където тези заболявания са основна причина за смърт, е необходимо да се предприемат *усилия за обучение, образование и просвещение на хората, като се обръща особено внимание на запознаването и мерките на профилактика и ранни симптоми*.

Като социални специалисти и здравни работници сме длъжни да се откажем от романтичната, но не научна и погрешна представа за мениджмънта на диабета със затлъстяване, а да се концентрираме, и фокусираме внимание върху социално-биологичните аспекти, включително и тези които въвличат и социално-психологическите проблеми, повлияващи драстично качеството на живота при диабетно болните.

Човекът трябва да се приспособява към своята генетична история и да се „примири“ с нея, както и с необходимостта на физическото обкръжение, в което се намира. Но наред с това е *необходимо приспособяване към социалната история, към своята култура, част от която се явява индивида. Наследствеността, окръжаващата среда и жизнения опит са тези сили, към които индивида би трябвало да се адаптира в течение на целия жизнен цикъл. Високо диференцираната нервно-хуморална система, която е в основата на приспособителните механизми, с изключителни възможности за **адаптация**, както и наред с усвояване на натрупания социален и здравнокултурен опит се явяват определящи нашата съдба и стил на живот*.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Един от възникващите съвременни проблеми е изучаването на потребностите от социално-здравна и икономическа помощ на заболелите. Това особено се отнася до тази категория хора с хронични увреждания, където *преждевременното остаряване*, като най-демонстративна проява на патологията се детерминира от мултифакторната ѝ генеза при съпътстваща полиморбидност и в крайна сметка тежка инвалидизация при влошено качество на живот.

Хроничните усложнения не са естествено следствие на захарния диабет, а на неговото опорочено управление във времето. Адекватният контрол и самоконтрол /селф-мениджмънт/ на диабета може да намали честотата на свързаните с диабета хронични усложнения.

Социално-медицинските проблеми на болните със захарен диабет в България, както и във всяко цивилизовано общество касаят всички негови членове. Първостепенна потребност на хронично болните и инвалидите е подобряване възможностите им за социално интегриране, общуване и оптимална трудова дейност, като важни елементи от качеството на живот. Това е един от представителните критерии за достигнато оптимално жизнено равнище във високо културните общества.

Провеждането на психологична, медицинска и социална рехабилитация доказано влияе за забавяне процесите на инвалидизация.

Превантивните насоки и здравния мениджмънт при болните от захарен диабет ни задължи да се съобразиме с основните индикатори за дейността по провеждането на лонгитудинални наблюдения в аспекта на социално-здравните и анкетни показатели

за определяне на сомато-социалния им статус, неговата динамика, анализ и оценка на качеството на живота. Нашите данни са убедителни по отношение стила на живот, неговото реално оценяване при неразривността на елементите на превенцията и здравните грижи при хора със захарен диабет и затлъстяване.

Този нов аспект в социално –медицинската дейност и мениджмънт при болните от захарен диабет категорично доказва влиянието на водещата психологична концепция, наличието на положителна обратна връзка между качеството на живота и прилаганите превантивни подходи, здравните грижи и социални ангажименти.

Основни приоритети на превенцията на усложненията при пациенти с клинично установен захарен диабет е намаляването на риска от преждевременното инвалидизиране и смърт. Следва да се съобразим с наставления, свързани с промяната в начина на живот, на вторична превенция на диабета.

*Превантивните грижи са обусловени от факторите и оценка на риска в т.ч. социални-биологично, психологични и икономически за унифициране на критериите за анализ и оценка на качеството на живот, мениджмънта на здравните грижи, качеството на социалното обгрижване и информирана здравна грамотност при лица със захарен диабет и наднормена телесна маса.*

*Доброто управление на качеството на живот и поведение на хората с диабет, предотвратява прогресирането на техните усложнения, затова е икономически по - целесъобразно да се влагат средства в обучението, профилактиката, контрола и самоконтрола на диабета с достъпни средства. Това е една изключително разумна инвестиция на обществото, която е*

*насочена към съхраняване на човешките ресурси и допълнително спестяване на материални средства.*

Захарен диабет тип 2 се характеризира със сложна мултифакторна етиология, където основна роля играят факторите на риска не без активното мощно влияние на протективните регулируеми фактори.

Заболяването е тясно обвързано с индивидуалния стил на живот на човека и е определено като регулируемо.

Носителството на два и повече от поведенческите рискови фактори – нездравословно хранене, затлъстяване, обездвижване има определен кумулативен ефект и увеличава значително тежестта на индивидуалния здравен риск.

*На аудиторията се предоставят основанията и мотивите в доизграждане на координация между особено оригиналните препоръки за програмите за управление и интегрирани действия на здравните грижи и основно стилът на живот, определен като социален здравословен фактор на качеството живота „като част от социалната политика и политиката за благополучието на гражданите. И ако либерализмът открива правото на здраве, то социалнодемократичната концепция осветлява правото на здравеопазване. (Ц. Воденичаров)*

*Установените от нас данни категорично показват, че тези болни са с висок здравен риск - наличната патология е прогресивна, вследствие физически, интелектуални или сензорни ограничения или смущения.. Основна предпоставка за социална интеграция на хронично болните в обществото е осигуряване на критерия “достъпност“ при взаимодействието им с външния свят.*

*Наблюдаваната от нас настъпателна негативна тенденция на придружаващите заболявания с оглед т.нар. “полиморбидност”,*

*най-често е свързана с давността на заболяването. На този факт обръщаме особено внимание още повече с авансиране на възрастта, която се явява основен биосоциален рисков фактор. Наред с психосоциалната реактивност, тези фактори на риска, както и цялата жизнена среда (ортобиоза), определят поведението и качеството на живота при наблюдаваните болни хора.*

Наблюдаваме различни по тежест и степен форми на инвалидизиране, което усложнява дейността на екипа от здравни и социални специалисти в преодоляване на комплексните трудности.

*Социално провокираната депресия е в основата за трудна комуникация, неефективно сътрудничество по отношение здравна информираност, обучение, ограмотяване. Възникват редица трудности, отнасящи се до мотивираност на диабетно болните за промяна в начина им на живот!*

Пропуските в здравната информираност на нашето население са един от главните фактори за допускане на т.нар „пациентски грешки”, /което обуславя широкото разпространение на социалните и др. фактори на риска/ и основна предпоставка, обуславяща епидемичния характер на неинфекциозните хронични заболявания в нашата страна в т.ч. и захарния диабет.

*Промените в социалния статус на хронично болните, /особено „пенсионери по болест”/, като професионална активност, промени в жизнения стереотип, новата позиция в семейството и обществото, рефлектират върху здравния статус, и този контингент, като че ли е най-уязвимият. Тук трябва да бъдат посочени причините за дълбоките социално обусловени компоненти и насоките за прилагане на ефективните мероприятия по профилактиката на инвалидността и на т. нар. преждевременно стареене, което пряко коренспондира с качеството на живот.*

Медико-социалните проблеми на качеството на живот на болните със захарен диабет са изключително дълбоко хуманни. Тяхото осъществяване следва да се предхожда от широкомащабни и комплексни проучвания с оглед предоставяне на най-реална информация за оценка на социалното и здравно състояние, семейно положение, запазени професионални възможности, трудов капацитет, жилищни и комунални условия и др. Това изисква съответно многопрофилна здравна, социална и икономическа подкрепа от страна на цялото общество.

*Изясняването на проблемите, причинени от наличието на заболяването и начина по който те рефлектират върху цялостното усещане за благополучие и качество на живот, е способ за търсене на оптимални решения в мениджмънта на здравните грижи при болни със захарен диабет тип 2.*

*В социално-медицински план еволюцията на болестта захарен диабет е не само биологически, а и обществено-исторически детерминирано* Израз на тази сложна биологична детерминанта е ограничената подвижност и тенденцията към прогресивна физическа умора, психически нарушения или промени в личността и поведението, и в крайна сметка настъпваща в различна степен инвалидност с изключително повишена социална зависимост. Психосоматичното състояние на болелите от захарен диабет се предопределя от трайната зависимост на семейството и обществото.

Понятието здравословен стил /качество/ на живот в медико-етичен аспект се свежда основно до възприемането, респективно възползването и оптимизирането на възможностите за справяне с дефицитни състояния и поддържане на социална независимост и материална сигурност, удовлетворение от реализация в житейския

път, целенасочено поддържана двигателна и трудова активност, физическо и емоционално благополучие.

Налага се промяната в образа на хронично болния човек от обременяващ проблем в обществото до пълноценен субект, нуждаещ се от осмислено бъдеще, достойнство, защитеност и психоемоционално благополучие.

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

Новият етап в промоцията на здраве е активно участие и сътрудничество на различни специалисти и обществени институции извън системата на здравеопазване в различни здравнообразователни инициативи с оглед повишаването на здравната грамотност на населението.

Същността на този стратегически подход за овладяване на пандемията от неинфекциозни, хронични заболявания с изключително социална значимост се обуславя от модерния, комплексен мениджмънт. *Той определя интегриращите научно обосновани доказателства и специфични интервенции в областта на Промоцията на здравето, профилактиката, диагностиката, рехабилитацията и ресоциализацията на хората, страдащи и преди всичко социално /белязани/ от хронично-дегенеративните усложнения на обменно-метаболитната патология и социални последици, необратимата, трайна инвалидизация и влошен стил на живот, самочувствие и поведение във всички сфери на нашето съвременно общество.*

В заключение всичко това би спомогнало, както за разкриването и решаването на специфични проблеми от социално-организационно и психоемоционално естество, така и за оптимизиране дейността и планирането на грижи, и повишаване ефективността на клиничния мениджмънт.

**Високата заболяемост, полиморбидната поразеност, тежката инвалидизация и високата смъртност, определят значимостта на управлението на здравните грижи и качеството на живот при този значим медико-социален проблем за цялото ни общество.**

Обусловен най-вече от социално изявените рискови и в комплекс с други значими фактори, захарния диабет тип 2, се изтъква като един от *биологичните модели на преждевременното остаряване, инвалидизация и влошено качество на живот.*

*Нашите изводи* се заключават в максимално натрупване и използване на знания ,по пътя на научноизследователската работа за индивидуалните и екипни потенциали, от удовлетвореността на жизнената производителност, самочувствие и възможности за творчески активен живот.

Интерпретацията на всички отчетени данни и направените от тях задълбочени анализи ни позволиха да направим следните

## **ИЗВОДИ:**

**1. Появата на преждевременна инвалидизация на базата на хроничните усложнения при диабетно болните не са естествено следствие на заболяването, а на неговото опорочено управление във времето. В този аспект, нашето проучване не само на рисковите, но и на протективните за здравето фактори заема конструктивна значимост, за оптимизиране дейността при планирането на здравни грижи и повишаване ефективността на клиничния мениджмънт.**

**2. Проучването на оценката на *качеството на живот* при болните от захарен диабет поставя отговорни проблеми пред обществото – с висока медикосоциална и медикобиологична значимост. Заболяването е тясно обвързано с индивидуалния стил на живот на човека и се определя, като регулируемо!**

В мултифакторната етиология основна роля играят факторите на риска с активното мощно влияние на **протективните регулируеми фактори.**

**3. Адекватният контрол и самоконтрол /селф-мениджмънт/ на болестта може да намали честотата и тежестта на дегенеративните усложнения с последващо влошено качество на поведение. Установява се **необходимост от внедряване на нови ефективни модели за мотивация и активно участие на болния за****

управление, укрепване на собственото си здраве чрез стимулиране на позитивно здравно поведение – многопрофилна рехабилитация (психическа, социална, нутритивна, здравна). Загубите на идентификация с професионалния живот /целеполагане, отговорност/ да бъде в хармонично съчетание на свобода и социална обвързаност и социална сигурност.

4. Анализите от проучването дават основание за обективизирането на по-добрите социално - терапевтични резултати при обгрижването на болните, обуславящи **подобро качество на живот след провеждане на медицинска, социална и психологична рехабилитация.**

**Ресоциализацията на болния от захарен диабет, като сложно, комплексно повлияване чрез трудова ангажираност и социална активност е с огромна значимост за подобряване качеството на живот.**

5. Преждевременната инвалидизация е една от основните причини за ранната **социална дезадаптация** на личността при драстично влошаване качеството на неговото поведение, самочувствие, социална активност. **Нашето проучване потвърди положителната ролята на доброто сътрудничество между пациент, медицински и социални специалисти “в екип” за постигане на здравословен стил на живот. Забавянето във времето на усложненията води до отлагане на еволюцията на усложненията, което ние считаме за успех в управлението на Качеството на живот!**

6. Изхождайки от сравнително добрата осигуреност с трите базови потребности - доходи, жилище, диетично хранене, следва да съотнесем изследваните от нас респонденти към среднодоходните норми на социална обезпеченост, което е предпоставка за **относителна автономност** при избора на житейски алтернативи, относителна самостоятелност и качество на живот.

Комплексният подход и от профилактични, лечебни, социално – обществени мероприятия, диспансеризация на диабетно болните, като целенасочена превантивна политика на мениджмънта за болестта, обезпечава подобряване качеството на живот.

7. **Доброто управление на оптимизирано планиране на здравните грижи на хората с диабет, рефлектира в икономическата целесъобразност за влягане на средства за обучение, профилактика, контрол и самоконтрола на диабета с достъпни средства. Това е една изключително разумна инвестиция на обществото, която е насочена към съхраняване на човешките ресурси и допълнително спестяване на материални средства.**

8. Пропуските в здравната информираност на нашето население са един от главните фактори за допускане на т.нар „**пациентски грешки**”, /което обуславя широкото разпространение на социалните и др. фактори на риска/ и основен фактор, обуславящ епидемичния характер на неинфекциозните хронични заболявания в нашата страна в т.ч. захарен диабет втори тип.

9. Необходимо е обучението на студентите в медицинските специалности да бъде актуализирано и акцентирано към социално-значимите заболявания, в това число Захарен диабет тип 2, с оглед ранна превенция и оптимизиране на планирането на качествени здравни грижи.

Инициативите все още не са добили необходимата научна популярност и имат епизодичен характер.



## Предложения и Препоръки

Въз основа на получените резултати и направените изводи от настоящия труд, бихме могли да предложим някои скромни конкретни **Предложения** и някои **Препоръки** към Министерството на здравеопазването и Министерство на Труда и социалната политика:

- Да се съгласува методика за изследване и мониторинг на качеството на живот на пациенти със захарен диабет и тя да бъде включена в Национална програма.
- Унифициране на критериите за качеството на живот с нормативни стандарти, при пациенти със захарен диабет
- Извършване анализ на социално-медицинската, управленческата и икономическата ефективност от внедряването на изследването и мониторинга на качеството на живот с цел оптимизиране на цялостния подход по отношение на съществуващите социално-икономически показатели.
- Внедряването в рутинната клинична практика на методика за анализ на качеството на живот може да бъде лесно, бързо осъществено, с достъпни средства
- Перспективите пред рутинното изследване на качеството на живот при болните със захарен диабет с помощта на стандартизираната и валидизирана методика за получването на положителни икономически резултати в системата на здравеопазването
- Изграждане на система за повишаване здравната култура на населението чрез създаване на комплексни програми за промоция на здравето, които да разглеждат здравето като

ресурс за социално, икономическо и личностно развитие, както и като важно измерение на качеството на живота.

- По-широко популяризиране на профилактиката на заболяването, както и Програма за обучение на диабетно болните.
- Осигуряване на здравна просвета, както за болните от диабет, така и за останалата част от населението, като се посочват и ранжират по значимост риска от преждевременно инвалидизиране и смърт.
- Изграждане на ефективна система на взаимодействие между работодателите, които носят отговорност за здравето на хората, Трудовата медицина и лечебните заведения за извънболнична помощ, социални центрове, и др. неправителствени асоциации

Не трябва да се забравя, че всеки човек е отговорен за собственото си здраве и провеждането на профилактични прегледи е не само задължение на медицинските специалисти, но и лична отговорност на всеки индивид.

### *Препоръки за добра медико-социална практика:*

Спецификата на заболяването Захарен диабет тип 2 изисква спазване на определени режими, свързани с начина на живот (физическа активност, хранене, прием на медикаменти и др.), което налага повишаване на информираността и на специалистите по здравни грижи.

Дейностите по здравна промоция и профилактика на социално – значимите заболявания, с акцент - рискови форми на поведение и рискови групи, да започнат още на ниво училищно здравеопазване  
Да се подготвят и реализират програми за здравна промоция на ниво  
Трудова медицина.

Да се осигурят необходимите условия и ресурси за разработване и практическо приложение на програми за комплексна медико – социална рехабилитация на диабетно болни.

Да се възстановят, осъвременят и адаптират бившите Диабетни центрове, които да представляват мултидисциплинарни структури, Диабетните центрове да бъдат източник на здравна информация, Диабетният център да е място за научни проучвания в областта на обучението и превантивна практика

Да се развива и усъвършенства ефективна система за връзки и координация между Българската Асоциация Диабет, общопрактикуващите лекари и ендокринолозите от звената за първично здравно обслужване на населението, Трудова медицина, БЧК, Диабетните центрове, Бюрата за социални услуги и болните от диабет лица.



## **Теоретични и научно-приложни Приноси**

- Осъществено е задълбочено проучване на някои елементи от качеството на живот при болни със захарен диабет втори тип. Проучването на качеството на живот и неговата оценка би спомогнало за разкриването и решаването на специфични проблеми от психоемоционално и социално-организационно естество. Това би допринесло за оптимизиране дейността, усъвършенстване на планирането на грижите и повишаване ефективността на комплексния мениджмънт при заболяването.
- Идентифицирани са някои основни детерминанти и регулируеми рискови фактори, пряко повлияващи качеството на живот
- Извършене е подробна характеристика в социално-психологичен план на изследвания контингент хронично болни по отношение качеството им на живот
- Обоснована е необходимостта от организиране на обучение обслужването и грижите на всички болни и техните семейства, приятели и колеги, както и за здравните екипи, отговарящи за тяхното обслужване.
- Настоящия труд ще допринесе за дообогатяване на познанията по многообразната проблематика на хората с хронични заболявания.

*Нашият скромнен принос се фокусира върху интерпретацията на анализираниите научни резултати на вторичната профилактика и инвалидизацията при социално значимите болести сред населението. Това се определя от нивото на здравната грамотност, междуличностно и семейно отношение, работа в “екип” с останалите членове на обществото, и не на последно място на социалнобиологическите възможности на организма. Тяхното оптимизиране в един комплекс е един от реалните фактори, за подобряване стила на поведение, добро здраве и самочувствие.*

Ние не парадирате за нови парадигми. Нашите научни анализи и изводи съвпадат по същност с общоЕвропейската и Директивите на националната ни политика за промоция на здраве и профилактика на заболяванията, която се базира на основните ценности - Здравето като фундаментално човешко право, изхождайки от социалните, психологически икономически фактори за здравно развитие и хуманно благополучие. Колективност и взаимоуважение при вземането на здравно-политически решения.

Като предлагаме Промоцията на здраве да предполага преориентация на здравните грижи по отношение *Достъпност на здравната информация за лица от всички социални групи при активно обществено участие*



## БИБЛИОГРАФИЯ:

1. Александрова М., Отношение на медицинските сестри към формите и методите на непрекъснатото обучение., Пета международна научно-практическа конференция: “Преподаване, учене и качество във висшето образование”, Националната стратегия за висше образование и пазарът на труда в България, Правец, 13–14 юни 2008 г.
2. Александрова М., Съвременни тенденции в обучението на медицинските сестри, С., 207
3. Александрова, М., Кр. Маркова, В. Петков, М. Визева, УПРАВЛЕНИЕ НА САМОСТОЯТЕЛНАТА РАБОТА ПРИ СТУДЕНТИТЕ, “Национална конференция за преподаватели и студенти на тема „Здравни грижи - традиции и перспективи”.София, 29 и 30 март 2012г.
4. Апостолов М., Измерения на българската медицина ТАНГРА София 2011,
5. Апостолов М., Исторически, етични и социални измерения на медицината, 200 ,с.200
6. Апостолов М., История на медицината и социалното дело. С. , 1994
7. Байкова, Д., Оценка на здравния риск от проблемите в храненето на децата и юношите в България, Здравна политика и мениджмънт. Т11,№3,2011.с88-95
8. Балканска П., С. Младенова, Н. Георгиев. Професионални трудности на здравните специалисти в грижите за възрастните пациенти, Сестринско дело, 2008, бр. 4, с. 6–11.
9. Балканска П., Я. Проданова, М. Визева, Стимулираща образователна среда за развитие на управленска и лидерска компетентност в здравеопазването, „Съвременното образование – мисия и визии”, Унив. издателство, „Неофит Рилски”, Благоевград, 2010, с. 430-435
10. Балканска, П., М. Визева, За успешното стареене – някои размисли и факти, Интердисциплинната идея в действие, ТЕМПО, София, 2011, 53-56
11. Балканска, П., М. Визева, М. Николова, С. Кючукова, А. Андонова, Насилието над възрастни и стари хора – реалности и възможности за превенция, Интердисциплинната идея в действие, ТЕМПО 2012/.
12. Борисов, В., Стратегическият мениджмънт - дефицит на здравната реформа., Здравен мениджмънт, 5, 2005,6,3-5
13. Борисов, В., Здравен мениджмънт –Новата азбука на здравния мениджмънт, С. 2009
14. Борисов, В., Смяна на посоката-медицината като здравен антропомениджмънт, Медицински меридиани, год II 2011/(3) ,6,с39-50
15. Борисов, В., Зл. Глутникова, Ц. Воденичаров., Ново обществено здравеопазване, Акваграфикс ООД София ,1998.
16. Борисов, В., Воденичаров, Ц., Юрукова, К., Попова, С., Социална медицина, С, ГорексПрес, 2001.
17. Визев, Ст., Стареене, старост, дълголетие, С.,Медицина и физкултура 1985.
18. Визев, К., М. Визева, М. Александрова, влияние на никотиновата киселина при затлъстяване и дислипидемия, “Национална конференция за преподаватели и студенти на тема „Здравни грижи - традиции и перспективи”, София, 29 и 30 март 2012г.
19. Визева М., Стандарти по здравни грижи при Диабет тип 2 в практиката на медицинските специалисти , сп. Здраве и наука бр.4, 2012 год.

20. Визев Кр., М. Визева, Някои аспекти на стареенето и трудоспособността, Социална Медицина, 2011, № 2, 23-26
21. Визев Кр., М. Визева, Влияние на специфични ендокринни фактори върху биологичната възраст, Контакт 2011, Темпто, София, 2011, 208-216
22. Визева М., Кр. Визев, Захарен диабет и преждевременно остаряване, Двадесет и осма научно-технологична сесия Контакт 2011, Интердисциплинарната идея в действие, Темпто, София, 2011, 168-177
23. Визева М., Проучване върху информираността за Захарен диабет тип 2 при студенти от Медицински колеж „Й. Филаретова” – София, Първи национален конгрес по превантивна медицина с международно участие Гр. Кърджали, 03 - 05 Септември 2012г.
24. Воденичаров Ц., С. Попова, Медицинска етика, С., Екопринт, 2010, 230 с
25. Воденичаров Ц., Медицинска етика, изд. Мнемозина, София, 1995
26. Воденичаров Ц., С. Попова., Социална медицина., С., Екопринт, 2009, 23
27. Воденичаров Ц., Насоки за усъвършенстване модела на здравето осигуряване в България. Сп. Здравна политика и мениджмънт-Извънреден брой, т.9, 2009
28. Воденичаров Ц., "10-те принципа на медика и мениджъра", София, 2010
29. Воденичаров Ц., В.Борисов, Ст.Гладилов, К. Чамов. Д. Кръшков. Модел за ефективно развитие на Българското здравеопазване.Здравен мениджмънт,2005,2,5-15
30. Воденичаров Ц., -Иновативността ,като аксиоватична същност на здравния мениджмънт Иновации в общественото здраве-Реалности и предизвикателства “Наука и общество” Под Ред. на Проф. Д-р Ц. Воденичаров, 2012, с.7-12
31. Гладилов Ст., Е. Делчева, Икономика на здравеопазването, Princeps, С., 2009
32. Гладилов Ст., Икономическият начин на мислене в ефективното използване на здравните ресурси, Иновации в общественото здравеопазване, Наука и общество, С., 76-80
33. Диабетография, кн.2, кн5, 1998
34. Доктор, Д., 2 (10) година 3, лято 2000.
35. Европейската асоциация за изучаване на диабета, Група за изучаване на обучението на при диабетно болните За по-добър живот на хората с диабет,
36. Закон за защита, рехабилитация и социална интеграция на инвалидите, ДВ, бр.112/22.12.95
37. Закон за социалното подпомагане, ДВ, бр56/19.0598
38. Здравно осигуряване, Сборник нормативни документи, изд Солтон, 2000
39. Клуб Д, бр.3, г.11, Април 2001
40. Клуб Д, бр,7, гХ, Септември 2000
41. Клуб Д, бр,9, гХ, Ноември 2000
42. Коева, Л Дисертация, Диабет, В., 1991г.
43. Колева – Йошинова, И. Съвременни възможности на рехабилитацията при диабетна невропатия и диабетно стъпало, София, Бойко Стаменов, 2005.

44. Любомирова К., Трудова медицина, базирана на доказателствата, Здравна политика и мениджмънт, 2012, бр. 1, 31-34
45. Любомирова К., Т. Попов, Т. Панев, С. Хаджидекова, Д. Чохаджиева, А. Михайлова, Оценка на зависимостта между атмосферното влияние и химичната канцерогенеза, МЕДИЦИНСКИ МЕНИДЖМЪНТ И ЗДРАВНА ПОЛИТИКА. 2006, БР.3, 3- 10.
46. Максимова С., В. Петков, М. Визева, Здравеопазната система през погледа на студенти от Медицински колеж-София., Спешна и болнична помощ – част II, Здравна политика и мениджмънт, 2010, том 10, №3, 34-37
47. Марков П., Д. Марков, Д. Байкова, И. Петрова. Специфика на етиологичните фактори за затлъстяване при жени във фертилна възраст. Двадесет и девета научно-технологична сесия Контакт 2012, Гражданската идея в действие, ТЕМПТО 2012
48. Марков П., Д. Марков, Д. Байкова. Актуални проблеми в консумацията на храни при жени в детородна възраст у нас. Двадесет и седма научно-технологична сесия Контакт 2011, Гражданската идея в действие, ТЕМПТО 2011
49. Марков П., Д. Марков, Д. Байкова. Разпределение на честотата на несъответствия с препоръките за телесна маса при жени на 18-30г. у нас. Двадесет и седма научно-технологична сесия Контакт 2011, Гражданската идея в действие, ТЕМПТО 2011
50. Мазовецко А.Г., „Захарен диабет“, изд. Москва „Медицина“ 1980г
51. Мерджанов, Ч., Едно компрометиращо първенство, СУ „Климент Охридски“, С., 1995.
52. Национална здравна стратегия, План за действие за периода 2001-2006, София 2001
53. Национална здравна стратегия, По- добро здраве за по –добро бъдеще на България, С , 2001
54. НСИ, Сборник Население , София 1999
55. НСИ, Сборник население , София 2000
56. Писев В., Павлова Ж. – Затлъстяването-медикосоциални и икономически последици- Иновации в общественото здраве-Реалности и предвидикателства Под Ред. на Проф. Д-р Ц. Воденичаров „Наука и общество“ 2012, с82-89
57. Писев В., Павлова, Ж., Визев К., Затлъстяването при деца в училищна възраст- Възможности за ограничаване с комплексна профилактична програма, Иновации в общественото здраве-Реалности и предвидикателства, Под Ред. на Проф. Д-р Ц. Воденичаров „Наука и общество“ 2012, с 90-101
58. Попова, С., Кръстева, Н., Юркова, К., Комункативни умения и автономни функции на сестринството, Пловдив, Гриф, 2001.
59. Постановление N243/05.11.98 За приемане на правилник на Закона за социално подпомагане
60. Постановление N269/1.11.96.ДВ бр 97/12.11.96г. Правилник за прилагане на Закона за защита, рехабилитация и социална интеграция на инвалидите (ЗЗРСИИ)
61. Постановление N37/26.02.99г. За изменение и допълнение на правилника за прилагане на ззрсии
62. Препоръки за добра практика по захарен диабет-БАД. София, 2005г

63. Петков В., С. Максимова, М. Визева, Здравеопазната система през погледа на студенти от Медицински колеж – София. Доболнична помощ – част I, Здравна политика и мениджмънт, 2010, том 10, №2, 39-42
64. Петков В., Мениджмънт на заболяването., Здравен Мениджмънт, 2002, том II, 1 стр. 18-23.
65. Петков В., Н. Попов, Т. Златанова, Световното население: Актуални проблеми и тенденции за следващите десетилетия. – Социална Медицина, 2005, том 13, 3, стр. 4-7.
66. Петков В., М. Визева, Д. Георгиева, М. Алберт, Кр. Маркова, С. Сандова, Удовлетвореност на студентите в Медицински колеж „Й. Филаретова” от уч-2010/11г., Национална конференция за преподаватели и студенти на тема „Здравни грижи - традиции и перспективи”.София, 29 и 30 март 2012г.
67. Попов Т., К. Любомирова, Т. Панев, Д. Чоухаджиева, Тютюнопушенето като фактор, увеличаващ професионалната експозиция на полициклични ароматни въглеводороди, Военна медицина 2006, бр. 2, 41-43
68. Попов Т., Ж. Христов, П. Балканска и колект. Медицинска педагогика, Габрово, . “ЕКСПРЕС”, 2010.
69. Попов Т., Р. Янева., Участието на студенти по здравни грижи в извънаудиторна самостоятелна работа. XXV Научна сесия на ИНГА, София, 4 юни 2010 г., сборник статии “Гражданската идея в действие”, изд. “ТЕМПТО”, с. 77 – 82
70. Попов, Т., М.Александрова, съавт., Медицинска педагогика, Учебник за студентите от Факултетите по обществено здраве, Габрово, 2010, 2011 г.
71. Проданова Я., Ц. Воденичаров, К. Любомирова, С. Евстатиева, Н. Цачева, Роля на трудово-медицинското обслужване за подобряване на общественото здраве, Здравна политика и мениджмънт, т.12, 2012 № 1, с 14-17
72. Пръвчев В., Т. Татъзов, М. Визева, М. Влахов, РОЛЯТА НА ДЕТСКИТЕ ЯСЛИ В ОБЩЕСТВЕНАТА ЗДРАВНА ГРИЖА ЗА ДЕЦАТА, “Национална конференция за преподаватели и студенти на тема „Здравни грижи - традиции и перспективи”.София, 29 и 30 март 2012г.-
73. Рибарова,Ф. Антиоксиданти-превенция и здравословностареене, Симеллпрес, С.2010, с.10
74. Савова З. Организационни принципи на управление на човешките ресурси за по-добро здравеопазване, Здравна политика и мениджмънт, т.11, 2011 № 3, с 26-32
75. Сарандев А., К Попова, Обучението по селф-мениджмънт като интегрална част от терапията на пациенти с диабетна невропатия, Здравна политика и мениджмънт. 2010; 1 :8-11.
76. Хигиена и здравеопазване,сп бр 2 1996
77. Христов, В., Несторов,И., Ригов, М., Как да живее с диабет, София, САМПО, 2004.
78. Цачева Н. Социалнозначими заболявания и качество на живот. Конференция “Проект ПАЛАДИН”, С., 19.06.2010.
79. Цачева Н., Р. Николова, Европейски измерения на трудовата медицина, Здравна политика и мениджмънт, т.10, 2010 № 4, с 77-81

80. Чамов К., Здравнополитически анализи. Технологии за оценка на здравното въздействие, Иновации в общественото здравеопазване, Наука и общество С., 55-75
81. Чанева Г., И. Стамболова, Качество и контрол на здравните грижи. Мениджмънт на сестринския процес, Филвест, С. 2003, 94-100
82. Шипковенска Е., Л. Георгиева, Г. Генчев, П. Димитров, Й. Борисова , Приложна епидемиология и медицина базирана на доказателствата, София, Делфи, 2002
83. Шипковенска Е., Ж. Христов, П. Димитров, М. Дякова. Модерна епидемиология с медицина и здравеопазване базирани на доказателства, София, Филвест, 2008, 223 с.
84. Шипковенска Е., Съвременни модели и концепции за промоция на здраве и профилактика на болестите. Студентска екипна практика за превенция на метаболитния синдром, Акад. изд. Тракийски университет, 2010, с. 5-24.
85. Шипковенска Е., Ж. Христов, П. Димитров, М. Дякова. Модерна епидемиология с медицина и здравеопазване базирани на доказателства, София, Филвест, 2008
86. Шопова К., Още за Е.Фром и за здравното поведение, Медицински меридиани, ГорексПрес, София, 2011, 3, 60-63
87. AG Prevention des Type 2 Diabetes der DDG. <http://www.diabetesprevention.de>, accessed Sep 6, (2005).
88. Alberti KGMM, Zimmet P, Shaw J. International Diabetes Federation: a consensus on type 2 diabetes prevention. *Diabetic Medicine* 24:451-463, 2007.
89. Aleksandrova M, Pavlova J, Pisev V, Tzacheva N, Vizev Kr, Vizeva M , Menaces pour la santé des enfants – réalités et perspectives , 32nd Balkan Medical Week 21-23 September 2012 Nis, Serbia
90. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes – 2011. *Diabetes Care* 34, Suppl. 1, 11-61, (2011).
91. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes – 2012. *Diabetes Care* 35, Suppl 1, 11-63, (2012).
92. Basevi V. Di Mario S., Morciano C., et al. Comment on: American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2011. *Diabetes Care* 34, 51, 11-61, (2011).
93. Buse JB, Ginsberg HN, Bakris GL, Clark NG, Costa F, et al. Primary prevention of cardiovascular diseases in people with diabetes mellitus: A scientific statement from the American Heart Association and the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 30:162-172, 2007.
94. Centers for Disease Control and Prevention. 2011 national diabetes fact sheet (<http://www.Cdc.gov/fdiabetespubs/Factsheet11.htm>)
95. Davidson M.B. Diagnosing diabetes with glucose criteria: worshipping a false God. *Diabetes Care* 34:524-526, (2011).
96. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin, *NEJM*, 346, 393 – 403. (2002).

97. Dyakova M., E. Shipkovenska, P. Dyakov, P. Dimitrov, S. Torbova. Cardiovascular Risk Assessment of Bulgarian Urban Population: Crosssectional Study. *Croatian Medical Journal* 2008; 49, No. 6, p. 783-791.
98. Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus: Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 1997.
99. Handjiev Sv, Handjieva-Darlenska T. Study on the effect of nutritional fibers in the treatment of obesity and dislipidaemia in women. *Int. j Obes* 2007; 31 1: s 159
100. Harris M.I. Health care and health status and outcomes for patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 23, 6, 754-758 (2000).
101. International Diabetes Federation. IDF Diabetes atlas: 5th. edition, 2012 update. [www.idf.org/diabetesatlas](http://www.idf.org/diabetesatlas). date accessed:16/12/2012.
102. Inzucchi S.E. Diagnosis of Diabetes. *The New England journal of Medicine*, 367,6, 542 – 550. (2012).
103. Vizev Kr, M. Vizeva Some Historical Aspects of Development of the Determination of the Problem Biological Age, 5th Balkan congress on the history & ethics of medicine Abstract and proceedings book, Istanbul, 2011
104. Vizev Kr., M. Vizeva, SOME CONTEMPORARY MEDICO-SOCIAL PROBLEMS OF THE AGING IN BULGARIA, 3<sup>rd</sup> World Congress on Controversies to Consensus in Diabetes, Obesity and Hypertension (CODHy) Barcelona, Spain, № 870781/ 06.2010-
105. VIZEV KR, VIZEVA M., SOME ENDOCRINE FACTORS FOR THE PERSON BIOLOGICAL AGE, CODHY-Helsinki, Finland 2010, submis. № 2282, /code: 3VKES7ZO5\_MT-/
106. VIZEV KR., M. VIZEVA, M. ALEXANDROVA, LIFESTYLE AND SOCIAL INTERACTION OF PERSONS WITH METABOLIC SYNDROME IN BULGARIA, 31<sup>st</sup> Balkan Medical Week-28-31.10.10, Athens, Greece
107. Lindström J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, Aunola S, Eriksson JG et al. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet* 368:1673-1679, 2006.
108. Lindström J, Eriksson J, Louheranta A, Uusitupa M, Mannelin M et al. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle intervention and 3 year results on diet and physical activity. *Diabetes Care* 26:3230-3236, 2003.
109. Laaksonen DE, Lindström J, Laka TA, Eriksson JG, Niskanen L et al. Physical activity in the prevention of Type 2 diabetes: The Finnish Diabetes Prevention Study. *Diabetes* 54:158-165, 2005.
110. Lindstrom Y., Louheranta A., Mannelin M., et al. The finish diabetes prevention study (DPS). *Diabetes Care* 26, 3230-3236, (2003).
111. Mathien C., Van der Schueren B.Y. Vitamin D Deficiency is not good for you. *Diabetes Care* 34, 1245-1246. (2011).
112. Muhlhanter I., Kasper Y., Mayer G. Understanding of diabetes prevention studies; questionnaire survey of professionals in diabetes care. *Diabetologia*, (2006). [Http://www.10.1007/s00125-006-0290-8](http://www.10.1007/s00125-006-0290-8)

113. Nathan D.M., Davidson M.b., De Fronzo R.A., et al. Impaired fasting glucose and impaired glucose tolerance: implications for care. *Diabetes Care* 30, 753-759, (2007).
114. Rechel B, Schwalbe N, McKee M. Public Health Reviews: Health in south-eastern Europe; a troubled past, an uncertain future. *Bulletin of World Health Organization* 82: 539-546, 2004.
115. SELVIN E, Steffes MW, Zhu H. et al. Glycated hemoglobin. Diabetes and cardiovascular risk in non diabetes adults. *New Engl. J. Med.* 362, 800-811, (2010)
116. Stefanov TS, Vekova AM, Kurktschiev DP, Temelkova-Kurktschieva TS. Relationship of physical activity and eating behaviour with obesity and type 2 diabetes mellitus: Sofia Lifestyle (SLS) Study. *Folia Medica* 53(1): 11-18, 2011.
117. Tsacheva N., M. Yantcheva, Iv. Petrov, R. Mladenova, A. Vatkova. Socially-Significant diseases in workers – level, structure and dynamics over a 15- year period. 29<sup>th</sup>, *Balkan Medical Week*, 2008, p. 22
118. Vizeva M. , Diabetic care and efficacy of health interventions , 32nd *Balkan Medical Week* 21-23 September 2012 Nis, Serbia
119. Vizev K, Vizeva M, Pavlova J, Pisev V, Vodenicharov E., Prevention of prematurely (pathological) ageing , 32nd *Balkan Medical Week* 21-23 September 2012 Nis, Serbia
120. Vizev, K., M. Vizeva, Some aspects of medico-social problems of disability in diabetic persons, 2<sup>nd</sup> *World Congress on Controversios to Consensus in Diabetes, Obesity and Hypertension*, Barcelona, Spain Oct. 30 – Nov 2, 2008
121. Vizev Kr., M. Vizeva, SOCIAL INTERACTION AND LIFESTYLE OF DIAB-OBESITY PERSONS , 8<sup>th</sup> *Macedonian Congress on Obesity, Nutrition and Dietetics Thessaloniki*, 3 rd *Balkan Congress on Obesity*, Athens, Greece -October 17-19, 2008
122. World Health Organization. *Noncommunicable diseases country profiles 2011*. France: WHO, 2011.
123. Zhang X, Gregg E.W., Williamson D.F., et al. A1C level and future risk of diabetes: a systematic review. *Diabetes Care* 33. 1665-1673. (2011)
124. World Health Organizaiton. *Global health risks: Mortality and burden of deseases attributable to selected major risks*. Geneva: WHO; 2009.
125. World Health Organization. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: WHO, 2011



## **Приложение №1**

### **АНКЕТНА КАРТА ЗА ИЗСЛЕДВАНЕ НА БОЛНИ СЪС ЗАХАРЕН ДИАБЕТ ТИП 2**

Уважаема госпожо,/господине,/

Изготвената от нас анкета има за цел да дефинира социално-медицинските проблеми на хора със захарен диабет втори тип. Резултатите от проучването ще бъдат използвани за подобряване на медицинското и социално обслужване на хора с вашето заболяване.

Моля отговорете на въпросите като оградите избрания от Вас отговор.

Анкетата е анонимна. Благодарим Ви за отзивчивостта и участието в проучването.

#### **Въпроси**

**1.** Вашият пол ?

- А. Мъж
- Б. Жена

**2.** От коя възрастова група сте ?

- А. До 20 год.
- Б. От 21 до 41 год.
- В. От 41 до 59
- Г. Над 60 години

**3.** Каква е давността на Вашето заболяване?

От колко години боледувате?

- А. 0-5
- Б. 5-10
- В. 10-15
- Г. 15-20

**4.** Как бе диагностицирано Вашето заболяване?

- А. При профилактичен преглед
- Б. При активно потърсена помощ по повод оплаквания

**5.** Има ли в рода Ви болни от диабет?

- А. Да
- Б. Не

**6.** Имате ли наднормена телесна маса?

- А. Да

Б. Не

7. Пушач ли сте?

А. Да

Б. Не

8. Упражнявате ли физическа активност?

А. Да

Б. Не

9. Посочете с какво лекувате диабета си?

А. С диета

Б. С таблетки

В. С инсулин

10. Притежавате ли апаратче за измерване на кръвната захар (глюкомер)?

А. Да

Б. Не

11. В състояние ли сте да си осигурите пълноценно диетично хранене?

А. Да

Б. Не

12. Колко често употребявате посочените храни в седмичното си меню?

	ежедневно	3 пъти седм.	2 пъти седм.	1 път седм.	Не употребявам
Мляко					
Сирене					
Риба					
Пиле					
Плодове					
Зеленчуци					
Захарни изделия					
Тлъстосвинско месо					
Бял хляб					
Ръжен хляб					

13. Имате ли експертно решение на ТЕЛК /НЕЛК/ и определен процент трайно намалена трудоспособност, в следствие Вашето заболяване?
- А. Да
  - Б. Не
14. Имате ли регистрирани от специалист усложнения от диабета под формата на някои от посочените заболявания?
- А. Повишено кръвно налягане
  - Б. Заболявания на сърцето
  - В. Заболявания на бъбреците
  - Г. Намаление на зрението
  - Д. Язва на стъпалото
  - Е. Изтръпване на крайниците
15. Имахте ли информация за диабета като страдание преди да бъде регистрирано заболяването Ви?
- А. Да
  - Б. Не
  - В. Непълна и неточна
16. Промени ли се Вашето самочувствие след диагностициране на заболяването?
- А. Да
  - Б. Не
  - В. Отчасти
17. Трудно ли Ви беше да се приспособите към начина на живот, който болестта Ви наложи?
- А. Да
  - Б. Не
18. Как прие семейството Ви Вашето заболяване?
- А. Със съчувствие
  - Б. Подкрепят ме
  - В. Не ме подкрепят, защото ги затруднявам
19. Промени ли се отношението на колегите Ви?
- А. Да
  - Б. Не
  - В. Отчасти
20. Получавате ли морална подкрепа от приятели?
- А. Да
  - Б. Не

В. Отчасти

21. Отрази ли се заболяването на семейния ви бюджет?

А. Да

Б. Не

В. Отчасти

22. Имате ли проблеми с осигуряване на лекарствени средства?

А. Да                      Какви?

Б. Не

23. Какво е отношението на медицинските специалисти към Вас?

	Добро	Задоволи- телно	Незадоволи- телно	Нямам контакт
А. Личен лекар				
Б. Медицински сестри				
В. Ендокринолог				

24. Предлагащата информация от здравните специалисти подпомогна ли Ви за изработване на здравословен стил на живот?

А. Да

Б. Не

В. Отчасти

25. Информирани ли сте дали съществуват центрове за обучение на пациенти?

А. Да

Б. Не

26. Посещавали ли сте курсове за обучение на диабетно болни?

А. Да

Б. Не

27. Моля, оценете по шестобалната система ефективността от преминалото обучение?

## Приложение №2

### ВЪПРОСНИК ЗА ИНФОРМИРАНост ПО ПРОБЛЕМА ДИАБЕТ ПРИ СТУДЕНТИ ОТ ПРОФЕСИОНАЛНО НАПРАВЕНИЕ ЗДРАВНИ ГРИЖИ

Настоящата анкета е анонимна и има за цел да проучи информираността по проблема Диабет при студенти от професионално направление "Здравни грижи".

Моля, отговорете на поставените въпроси, като оградите избраните от Вас отговори /те могат да бъдат повече от един/.

Специалност:.....

Курс:.....

1. Какво заболяване е Диабета ?
  - а) метаболитно
  - б) онкологично
  - в) инфекциозно
  - г) респираторно
  
2. За кои от изброените форми на Диабет имате информация?
  - а) инсулинозависим
  - б) неинсулинозависим
  - г) гестационен
  
3. В какво се изразява разликата между Диабет тип1 и Диабет тип2?
  - а) лечебен подход
  - б) клинична изява
  - в) причини за възникване
  - д) друго.....
  
4. Кои от посочените симптоми са характерни за Диабета?

- а) повишена жажда
- б) чести алергии
- в) отделяне на голямо количество урина
- г) загуба на тегло
- д) лесна уморяемост
- е) чести гъбични инфекции

5. Кои от изброените клиничко-лабораторни показатели са маркери за нарушение във въглехидратната обмяна?

- а) урея
- б) холестерол
- в) кръвна захар
- г) хематокрит
- д) СУЕ /скорост за утаяване на еритроцити
- е) гликиран хемоглобин /HbA1C

6. Кои от посочените хронични усложнения съпътстват Диабет тип 2?

- а) нефропатия
- б) ретинопатия
- в) холелитиаза
- г) невропатия
- д) сърдечно-съдови заболявания
- е) чернодробна цироза

7. Диабетът се определя като социално значимо заболяване, поради:

- а) висока смъртност
- б) тежки усложнения
- в) широко разпространение
- г) друго.....

8. Откъде имате информация за Диабет тип 2?

- а) от медийни кампании
- б) от близки
- в) по обучението в Колежа
- г) от интернет

9. Кои от изброените рискови фактори са от значение за развитието на Диабет тип 2.

- а) генетична предиспозиция
- б) наднормена телесна маса
- г) обездвижване
- д) възраст

в) пол

е) етнос

10.Кои от посочените фактори могат да бъдат включени в превенцията на Диабета?

- а) физическа активност
- б) поддържане на нормално телесно тегло
- в) култура на хранене
- г) здравна информираност

11.Кои от посочените подходи според Вас са подходящи за превенция и качествени здравни грижи при диабет тип 2?

- а) повишаване информираността на пациентите и семействата им
- б) повишаване информираността на обществото за заболяването
- в) повишаване познанията за диабета при специалистите по здравни грижи
- г) друго.....

12.Според Вас има ли нужда от допълнително обучение по проблема Диабет във вашата специалност?

а) да

б) не

Благодарим Ви за отделеното време!