

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ
КАТЕДРА ПО ПРЕВАНТИВНА МЕДИЦИНА

Д-Р БОЙКА АНДРЕЕВА МИЛЧЕВА

СОЦИАЛНО - МЕДИЦИНСКИ ПРОБЛЕМИ НА ЗАТЛЪСТЯВАНЕТО

АВТОРЕФЕРАТ

НА 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“

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ

Проф. д-р Красимир Стоянов Визев, дм

РЕЦЕНЗЕНТИ:

Проф. д-р Донка Петрова Байкова, дм
Доц. д-р Недялка Илиева Кръстева, дм

София 2016

Дисертационният труд е одобрен и насочен за защита от разширен катедрен съвет на Катедра по Превантивна медицина при Факултета по обществено здраве при медицински университет София.

Дисертационният труд съдържа 141 страници. Извън основния текст има 2 приложения.

Библиографската справка включва 153 източника, от които 109 на кирилица и 44 на латиница.

Научно жури

Проф. д-р Донка Петрова Байкова, дм

Проф. д-р Красимир Стоянов Визев, дм

Проф. д-р Веселин Борисов Василев, дмн

Проф. д-р Коста Славов Костов, дм

Доц. д-р Недялка Илиева Кръстева, дм

Резервни членове

Проф. д-р Цекомир Влайков Воденичаров, дмн

Доц. д-р Невяна Георгиева Фесчиева, дм

Публичната защита ще се състои на 15. 03. 2016 г. от 13 часа в зала №7 на Факултет по обществено здраве, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ ЕАД, ул. „Бяло море“ №8, г. София

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ	4 стр
ЦЕЛ И ЗАДАЧИ	6 стр.
МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ НА ПРОУЧВАНЕТО	7 стр
АНАЛИЗ НА ПОЛУЧЕНИТЕ РЕЗУЛТАТИ	11 стр.
ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ	51 стр.
ПРИЛОЖЕНИЕ-1 АНКЕТА № 1	71 стр.
ПРИЛОЖЕНИЕ 2 АНКЕТА № 2	75 стр.
СПИСЪК С ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	79 стр.

ВЪВЕДЕНИЕ

През последните години се засилва необходимостта от някои реформи на системата при предоставянето на адекватна медицинска и социална помощ. Здравната и социална значимост на затлъстяването предизвиква и обосновава необходимостта от подобряване на настоящата система на организация на грижите за хората във всички възрастови групи.

Представяме репрезентативно научно проучване в контекста на превенцията на затлъстяването и промоция на здравето. То очертава приоритетите и насоките и ще улесни до голяма степен създаването на оптимална система на взаимодействие между различните нива на здравни услуги и грижи.

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

Особено внимание трябва да се отделя на здравословния стил на живот. Ние разглеждаме въздействието на проблема затлъстяване върху самооценката на пациента, възможността за оптимално извършване на дейности във физически, познавателен и емоционален аспект. При болните със затлъстяване, тези способности са в пряка зависимост от тежестта на съпътстващата патология, появилите се усложнения и преждевременната инвалидизация. Изключително важно значение придобиват скъпо струващото комплексно лечение. Ситуацията се усложнява и от финансови проблеми, породени от безработица или от временната или трайна нетрудоспособност, както и от индивидуалните психосоматични характеристики на болния.

Съществуващите днес превантивни интервенции и стратегии следва да претърпят корекции в социално-етичен и здравно-образователен аспект. Следва да се очертаят обективните потребности, преференции и очаквания

към приоритетите в здравната политика, промените в обслужващите системи и възможностите за управление на здравния риск.

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

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

Промотивните ни действия отразяват идеята за преодоляване на пасивния подход към здравето (лечение на появило се вече заболяване-затлъстяване на организма), чрез промяна на ценностното отношение към здравето и повишаване на здравната култура на отделния индивид.

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

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

ЦЕЛ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

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

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

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

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА

В изпълнение на целта и поставените задачи е проведено системно научно проучване сред хоспитализирани пациенти в УСБАЛЕ - „Акад. Ив. Пенчев” – МУ София и амбулаторни болни в Медицинския център към Университетската болница- за период от 4 години. Ползвани са данни от обстойни клинични изследвания и съвместно с екип бяха обхванати 138 лица на различна възраст- разделени по пол, възраст, индекс на телесна маса, наследствена обремененост по отношение на затлъстяване, дислипидемия, повишени стойности на артериално налягане и т.н и 144 студенти /различни специалности/- 1-ви и 2-ри курс от МУ – София. Приложени са 2 анкетни карти –въпросник за болни и за студенти.

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

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

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

Обект на изследването

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

Място и време на провеждане

Изследването се проведе в периода месец март 2010-2014 г.

Методи за събиране и обработка на информацията

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

- Документален метод – проучени са национални и европейски документи, отнасящи се към изследването;
- Социологически метод – анкетно проучване чрез частично стандартизирана анкета с общ въпросник. Анкетата е писмена и анонимна, съставена от закрити и открити въпроси */Приложения 1и 2/*. При съставянето на анкетната карта е взета предвид експертната помощ на специалисти от здравната и образователната практика със значителен опит. В началото на изследването експериментаторът обясняваше целта на провеждането на това анкетиране, като инструкцията не надхвърляше предварително написаната анкетната карта. При въпроси от страна на изследваните лица, експериментаторът отговаряше информативно, но ненасочващо по отношение на отделните отговори в анкетата и въпросника.
- Методи за обработка на получената информация.

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

За обработка на данните се използвани следните статистически методи:

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

Методиката на аналитичната част включва теоретична интерпретация и анализ на основните компоненти в поведението, начина на живот и хранене, степента на здравна информираност по отношение профилактиката на затлъстяването.

Направен е и практически анализ – емпирично социологическо изследване – анкета за мнението на пациенти за ролята на възпитанието, мотивацията, здравословния начин на живот, ценностната система, ролята на медицинските специалисти и факторите на околната среда в профилактиката на затлъстяването

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Класификация на СЗО според ИТМ

Категория	ИТМ
Ниско телесно тегло	≤ 18.5 кг/м ²
Оптимално телесно тегло	18.5 – 24.9 кг/м ²
Наднормено телесно тегло	25 – 29.9 кг/м ²
Затлъстяване I степен	30 – 34.9 кг/м ²
Затлъстяване II степен	35 – 39.9 кг/м ²
Морбидно затлъстяване III степен	≥ 40 кг/м ²

Работна хипотеза

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

Водещите принципи и основни хуманни подходи при осъществяване на здравна помощ за болните с патологична телесна маса включват:

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

Анализ на резултатите

Проведените от нас задълбочени комплексни наблюдения, критичен ситуационен анализ и оценка мнението на анкетиранияте ни дават основания за анализ и дискусия.

Под формата на събеседване се информирахме за:

- еволюцията на увеличение на телесната маса при обхванатите лица,
- кое считат за нормална и наднормена телесна маса, съобразно техният ръст и пол.
- какво диетолечение е проведено и удовлетворени ли са от лечението.

Наднормено телесно тегло се наблюдава при 70% от жените и 61% от мъжете. При тях установихме, че повишеното кръвно налягане и наднормените стойности на триглицеридите са пряко свързани със **затлъстяването**. Повишен кардиогенен риск се установи при 45% жени и при 39% от мъжете с висок процент мастна тъкан. Една част от анкетиранияте лица около 45% с напредване на възрастта, в периода след пенсиониране активно търсят лекарска/медицинска помощ. Съобщават за отклонения в много от изследваните показатели – повишаване на артериалното налягане, кръвната захар, пикочната киселина, повишени стойности на холестерола, триглицеридите.

Изследванията в някои райони на България показват, че ИТМ – над 25 имат 31,5% от мъжете и 41,1% от жените; с ИТМ над 30 са 19,8% от мъжете и 21,4% от жените. Установено е, че ИТМ нараства с възрастта, по-изразено сред жените, отколкото сред мъжете.

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

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

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

Проучването и анализа на хранителните навици сред наблюдаваните лица показва, че:

- 25% - пропускат сутрешната закуска,
- 42% - имат висока консумация на тестени и захарни изделия,
- 20% - съобщават за късен час на последно хранене след 22ч,
- 13% - прекомерна употреба на сол и мазни храни

След провеждането на анкета (виж Приложение 1) бяха отчетени следните резултати.

На въпроса „Имате ли отклонения в стойностите на артериалното налягане?“ 85 % имат повишено кръвно налягане, 15 % нямат.

На въпроса „Имате ли фамилна обремененост-родители, брат/сестра със затлъстяване или захарен диабет?“ 43 % имаха фамилна обремененост, а 57 % не съобщават.

На въпроса „ Чувствате ли се напоследък по-изморени“ 67 % - чувстват умора , 33% не чувстват промяна.

На въпроса „Имате ли увеличение на теглото през последните месеци?“ 13 % имат, а 87 % не споменават.

На въпроса „Имате ли повишен апетит през последните месеци?“ 19 % имат, а 81 % нямат.

На въпроса „Имате ли затруднения в зрението?“ 79 % имат проблем, а 21 % не са отбелязали.

На въпроса „Имате ли болки в ставите , чувство на студенина в стъпалата?“ 23 % имат оплаквания, а 77 % нямат.

На въпроса „Имали ли сте повишена кръвна захар при предишни изследвания или при предишни заболявания - (напр. установена висока кръвна захар в хода на др. заболявания-пневмония, съдов инцидент, операция,)?“ 36 % - да, 58 % – нямат а останалите не са обръщали внимание.

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

По въпроса за доходите в семейството имаме следните резултати:

Отговорили "от 400 до 500" - 12,2%"; „от 500 до 700" - 56,4%; "над 700" - 31,4%

По-голямата част от анкетираните са с доход около средно-месечния за страната 500-700 - 56,4%. При семействата със стабилен постоянен доход е постигнато осигуряване на добри битови условия (хигиенично жилище, подходящо обзавеждане, редовно и ритмично задоволяване на ежедневните нужди, пълноценна храна, облекло, литература, спортуване

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

Приоритети в живота на анкетираните	
Здравето	67,7%
Семейството	32,3%
Професионално развитие	0%
Пари	0%

Затлъстяването е заболяване с мултифакторна генеза. Комбинацията от няколко фактора повишава опасността от заболяване до няколко пъти.

1.Хранителен фактор, който може да бъде коригиран и неутрализиран, ако човек има изграден здравословен режим на хранене.

- **Алиментарните фактори** – протеините на кравето мляко / β -лактоглобулин и говежди серумен албумин, а напоследък се обвинява и α -казеина. Приема се, че внасянето им още преди 3 месечна възраст на детето води до развитие на затлъстяване и понякога диабет у генетично предразположени индивиди.
- На второ място от алиментарните фактори се считат **нитрозосъединенията в храната.**

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

Отчитаме провокиращата роля на **стресовия фактор** – остър/хроничен психо-емоционален стрес при изявата на затлъстяването - безработица, пенсиониране и др.

3. Известна е **наследствената предразположеност** и тя трябва да бъде отчетена при много обичайни жизнени ситуации: например при встъпване в брак, при планиране на семейството. Ако наследствеността е свързана със

затлъстяване, то ние трябва да подготвим хората за това, че те се намират в "рисковата група".

Нашите проучвания посочват **комплекса от социално-здравните рискови фактори**. Проследяването на един фактор не винаги е водещо или определящо.

В хода на проучването ясно се доказва, че затлъстяването често се асоциира с рисковите фактори на ИБС- диабет, дислипидемия, нездравословно хранене, хипертония, тютюнопушене.

С напредване на възрастта се появяват и други т-нар възрастово-обусловени болести; като заболяемостта се характеризира с:

- Променена реактивност при боледуване;
- Повишен риск за определени заболявания с характер на хронична, множествена патология.

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

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

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

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

Затлъстяването е свързано и с увеличаване честотата на психичните нарушения, от които първостепенно значение имат депресията и деменцията.

Депресията засяга 10-15% от популацията над 65г., по-честа е при жените. Загубата на брачен партньор и самотното живеене са свързани с по-висок риск за депресия. Друго сериозно психично заболяване, провокирано от затлъстяването е деменцията, която засяга около 5% от лицата на 65г. и над 20% от лицата над 75 г. Тежките дементни състояния с напредване и на възрастта правят напълно зависими болните от чужда помощ

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

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

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

За оказването на ефективни медико-социални грижи за този контингент болни са необходими специални познания относно:

- особеностите в клиничните прояви и спецификата на еволюцията на болестта;
- -био-психо-социалните фактори, оказващи влияние върху здравето и болестта на пациента,
- мултидисциплинарния, комуникативен подход и др.

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

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

стратегия за подпомагане на медицинските и социалните специалисти при осъществяването на тяхната хуманна професия.

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

Основните здравни потребности на болните със затлъстяване се задоволяват от лечебните заведения за първична здравна помощ- около 25% до 40% от всички посещения в амбулаторията на общопрактикуващия лекар. Ние установихме, че при този тип патология, с напредване на възрастта нараства и неотложната необходимост от медицинска помощ и здравни грижи и в дома, като повече от половината реализирани домашни посещения от личния лекар са при лица над 68 г. С напредване на възрастта ние наблюдаваме намаляване на честотата на консултациите със специалист, особено при по-възрастните болни хора, живеещи в селата. Наблюдаваме ограничаване честотата на хоспитализациите, но нараства средния престой в стационара. Забелязва се, че водещи причини за хоспитализации са съпътстващите болести на нарушения метаболизъм на организма – на сърдечно-съдовата система, травмите и злополуките, хроничните дихателни заболявания, неврологична симптоматика, Picquik синдром, гастро-ентерологични, кожни заболявания и др., Те са провокирани от основното заболяване –затлъстяването.

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

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

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

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

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

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

Наблюдава се изразен пик – при 38% от изследваните жени затлъстяването се извява в годините около менопаузата. Особено видим е този ефект при жени с преждевременно намалена функция на женските полови органи. Естрогенният дефицит от своя страна допринася за увеличената периферна инсулинова резистентност и така може да провокира възникването и на други болести – например захарен диабет.

Направените от нас проучвания дават ясна картина, че има тенденции към увеличаване на заболяемостта. Причините за това трябва да се търсят в различните комплексни ендогенни и екзогенни фактори

Затлъстяването е хронично, но обратимо по еволюция заболяване.

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

Затлъстяването се разглежда като независим високостепенен сърдечно-съдов рисков фактор. От друга страна, то е част от **метаболитния синдром** – съвкупност от рискови фактори, които повишават риска от развитие на сърдечно-съдово заболяване, захарен диабет тип 2, мозъчно-съдово заболяване, бъбречно увреждане .

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

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

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

За метаболитен синдром говорим при наличие на три или повече от посочените показатели – критерии на International Diabetes Federation –(IDF) 2005 г.

- **Висцерално затлъстяване – обиколка на талия >94 cm при мъже; >80 cm при жени – задължителен критерий**
- Артериално налягане $\geq 130/85$ mmHg
- Кръвна захар на гладно ≥ 5.6 mmol/l, Гликиран хемоглобин- HbA_{1C} над 6,5 %.
- Триглицериди > 1.7 mmol/l
- HDL-холестерол < 1.0 mmol/l при мъже и < 1.3 mmol/l при жени

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

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

Тъй като не случайно сме избрали УСБАЛЕ „Акад.Ив. Пенчев”, като национален център, ние си позволихме да приемем, че различията в заболяемостта и смъртността от затлъстяване в различните региони на

страната се свързват не само с приема на мазнини. Те са пряко свързани с различията в нивото на плазмените липоразтворими природни антиоксиданти, приемани с жълтите и зелените плодове и зеленчуци, растителни масла и животински продукти – мляко, яйца, субпродукти и др.

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

Ефекта от функционалното физическо упражнение е насочен към затлъстяването и калорийния баланс, като потиска апетита и увеличава калорийния разход в условията на нормален дневен режим.

Умерената физическа активност въздейства посредством намаляване на кръвното налягане, серумния холестерол и индекса на телесна маса.

Значителна част от анкетиранияте (55,2 %) не са удовлетворени от

- **труднодостъпната специализирана извънболнична медицинска помощ;**
- **нейната организация;**
- **свободния достъп до нея;**
- **нейната своевременност.**

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

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

Общото впечатление на пациентите със затлъстяване за промяната в качеството на болничната помощ е представено на **фиг. 1**. Вижда се, че

повечето от анкетиранияте преценяват, че качеството в една или друга степен се е подобрило (общо 55,7%). Но същевременно според останалата част от пациентите (44,3%) в болничната помощ има известно влошаване.

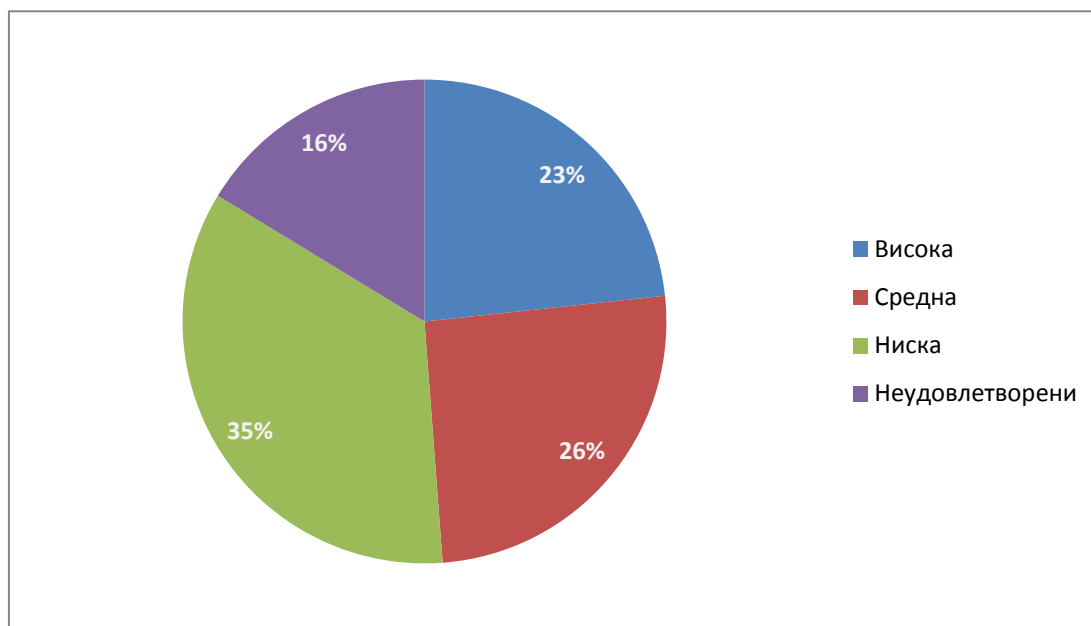
Фиг. 1



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

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

Фиг. 2. Удовлетвореност от извънболничната специализирана помощ



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

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

важна и равнопоставена подсистема на единната национална здравно-осигурителна система.

След анализ на получените от нас данни, стигнахме до следните **ИЗВОДИ:**

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

- ***Атеросклероза*** – частична или генерализирана, клинично изявена в различни форми и обем ,
- ***Сърдечно- съдови усложнения, в това число хипертония***
- ***Обменно-метаболитни- захарен диабет тип2,***
- ***Метаболитен синдром***
- ***Мозъчно-съдови и неврологични усложнения-*** засягане на ЦНС; засягане на периферна нервна система – изява на полиневропатия; засягане на вегетативната нервна система- ентеропатия, (редуване на запек и диарии), съдови игри-лабилен пулс, лабилно кръвно налягане, ортостатизъм, изпотяване, зачервяване
- ***Сензорни усложнения-*** намален слух и зрение

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

1.Психосоматични отклонения

2.Соматопсихични отклонения

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

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

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

Особено внимание обръщаме на лицата с наднормено тегло и генетична предразположеност. Наложително е тяхното своевременно откриване,

адекватно лечение, редовно диспансерно наблюдение, лична ангажираност в диагностичния процес.

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

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

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

1. *Повсеместност* – поради широкото разпространение.
2. *Възрастова граница* – най-висока е заболеваемостта във възрастта след 45 г. -65г.
3. *Разпределение по пол* – по-често засегнати са жените след 45г
4. *Географско разпределение* – най-широко разпространено е заболяването в София – това се дължи на пренаселеността, а най-ниска зона на разпространение има в Смолян, Кърджали.

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

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

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

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

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

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

Относно степента на информираност на пациента от лекаря си по здравни въпроси, установихме, че по-голямата част от пациентите смятат, че получават информация за опазване на здравето си - 77,7%. Въпреки това, не е малък процента и на тези, които мислят, че не им се предоставя достатъчно информация по здравните въпроси - 22.3%.

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

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

При необходимост, всеки пациент получава допълнителни изследвания, които да дадат повече информация за неговото действително състояние

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

На базата на проведените задълбочени проучвания си позволихме да дадем препоръки за актуални превантивни мерки на това крупно социално- значимо заболяване,**чрез активно повлияване на поведенческите рискови фактори**

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

- *намален прием на калий* - той е елемент, който има основна роля при баланса на количеството на натрий в клетките на организма. При намален прием или намалена задръжка на калий в съдовете се натрупва повече натрий и това води до задържане на повече течност и повишаване на кръвното налягане.

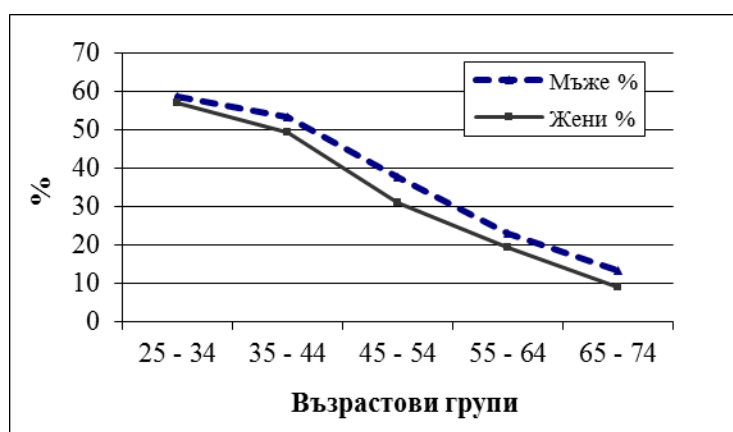
- *намалена двигателна активност* - при хора с ниска двигателна активност нараства рискът от наднормено тегло. Освен това често при такива

хора сърдечната честота в покой е по-висока от физически тренираните и това води до по-голям сърдечен дебит и повишено артериално налягане в покой.

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

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

Фигура 3. Разпределение на пушачите – мъже и жени според възрастта



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

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

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

Единствено промяната в начина на живот на отделния човек и ограничаване на въздействието на рисковите фактори може да спре или поне да намали темповете на нарастване на смъртността от социално –значимите заболявания

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

Здравословно хранене – златни правила

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

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

Ползите от профилактика са за :

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

Нашите препоръки за превенция на по-късен етап в еволюцията на затлъстяването са насочена към спиране на прогресията на вече оформения метаболитен синдром, изявения захарен диабет и техните усложнения.

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

Вниманието трябва да е насочено към **първична профилактика и промоция на здравето**. Това е най - значимата и съществена част от проблема, най- трудно постижимата цел, но с най – голяма ефективност. За да има здрава нация е необходима висока здравна култура на населението и добра материална осигуреност, което за съжаление в нашата страна все още не е достигнато.

Предразположението към затлъстяване е резултат от взаимодействащи си фактори: биологични, генетични, поведенчески, на околната среда, психо-социални, които взети заедно представляват особен риск за бъдещо здраве или заболяване.

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

Промоцията на здраве и профилактичните дейности са приоритетни подходи в основата на социалната и здравната стратегия. Профилактиката трябва да стане действителна общодържавна политика, насочена към индивида, семейството и цялата ни нация - превенция на обществото от затлъстяване, като социално-значимо заболяване, чрез повишаване на здравната култура, чрез системен здравен контрол.

Предпоставка за успешна профилактика е финансовата и ресурсна обезпеченост.

Профилактиката се състои в поддържане на *здравословен диетичен, хигиенен и професионален режим*, избягване на тютюнопушене и злоупотреба с алкохол, упражняване на полезна физкултура и спорт, включително

разходки, туризъм, отстраняване на състояния, водещи до психо-емоционален стрес. Целесъобразно е поддържане на подходящо нормална телесно тегло и наблюдение върху стойностите на артериалното налягане. Тъй като артериалната хипертония е основният рисков фактор за развитие на тежки сърдечно-съдови заболявания като сърдечен инфаркт и мозъчен инсулт, които са на първите места като причина за смъртност в повечето развити общества (вкл. и в България), диагностицирането, лечението и предотвратяване на появата и са от изключителна важност и са държавен приоритет в здравеопазването.

Постиженията на съвременната медицина и особено достиженията на социалната медицина в тази област са големи, но само заедно с отговорното съдействие на всеки индивид, можем напълно успешно да се справим с този здравен проблем.

Превенцията и контролът на затлъстяването, придружаващите болести и техните усложнения и инвалидизация остават едно от най-големите световни предизвикателства пред общественото здравеопазване. Мозъчните и сърдечно-съдовите заболявания са водеща причина за преждевременна смърт и инвалидност в развитите страни. Въпреки значителното намаление на сърдечно-съдовата смъртност в много от страните през последните три десетилетия (за разлика от България, където тя се повишава постоянно) се счита, че тя ще стане водещата причина за смърт сред развитите нации до 2020 г. През последните 50 години много от подлежащите на въздействие рискови фактори бяха идентифицирани, някои от които са общи за повечето неинфекциозни заболявания. Същевременно само малка част от тях като високото кръвно налягане, най-често в съчетание със затлъстяване, нездравословно хранене и бездвижване, дислипотеинемията и тютюнопушене, се разглеждат като значими на популационно ниво. На теория и практика всеки един от тези основни рискови фактори може да бъде контролиран, както на индивидуално, така и на популационно ниво.

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

Обменно-метаболическите заболявания (в частност затлъстяването), са важна тема за научно изследване и дискусия поради:

- високия процент на инвалидизация и смъртност.
- хронично протичане, с честа висока загуба на трудоспособност
- трудности в овладяването и нормализиране на телесната маса с помощта на скъпоструващи терапевтични средства., нерядко и оперативни намеси на храносмилателната система.
- високите материални и социални загуби, до които водят.

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

Отчитаме значителната роля на здравословното хранене при хората със затлъстяване В тази връзка **превенцията е в насока :**

- Осигуряване на подходящо хранене за поддържане на нормално телесното тегло и профилактика на болести и усложнения (вкл. остеопороза, фрактури, анемия, диабет, сърдечно-съдови заболявания, рак).
- Коригиране на съществуващи хранителни дефицити. Нарушеното хранене може да е причинено от бедност, депресия, употреба на голям брой лекарства, трудности в придвижването. Коригиране на ненаучно базирани „рестриктивни“ диети, предлагани от немедицински лица –диетолози или „специалисти“.
- Осигуряване на подходящи храни, поради известни промени във вкуса, особено с напредване на възрастта
- Осигуряване на храни с подходяща твърдост за зъбния статус. Да се изключват твърди храни, трудни за дъвчене.
- Достатъчно течности през деня, особено при по-възрастни хора с известни смущения на усета за жажда.
- Да се подпомага социалното обкръжение (кой пазарува, готви, как са финансите, има ли хранения извън къщи).
- Да се окуражава физическата активност, особено упражнения за равновесие, работа в градина, разходки, пазаруване, туризъм и др.
- Да се избягва самотата, изолираността.

Медицинското обслужване на болните с патологично телесно тегло понякога е пълно с ограничения.

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

Основните насоки на здравното обслужване при този тип болни:

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

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

Медицински услуги:

- 24-часово медицински обслужване;
- консултации от ОПЛ;
- стоматологична, психиатрична и психологична помощ
- физиотерапия, рехабилитация и масаж;

Социални услуги:

- административно обслужване;
- работа с инструменти;
- социално-правна защита;
- медицинска и социална рехабилитация;
- осигуряване на възможност за участие в обучителни медицински и социални програми;
- решаване на конфликти;
- индивидуални консултации;
- контакти с близките и семейството;
- социална подкрепа;
- организиране на трудотерапия;
- организиране на свободното време;
- културни и спортни мероприятия;
- екскурзии, чествания, тържества.

Допълнителни услуги

- библиотека;
- фризьор и бръснар;
- шивашки услуги;
- помощ в поддържането на личната хигиена.

Повечето от социалните проблеми при болни с патологичен обезитет се дължат на :

- липсата на увереност и сигурност;
- липсата на социални контакти и изолираност
- липса на дейности, осмислящи ежедневието
- трудност при осъществяване на ежедневни дейности, свързани с личната хигиена и домакинската работа, поради нежелание, породено от безпомощност или настъпила депресия;
- лоши хигиенни условия;
- лошо поддържан външен вид, цялостното им поведение води до появата на различни заболявания и хронифицирането им.
- нарушение на действителните способности - сръчност и координация на по-сложните движения;
- снижена психична активност, забавени реакции;
- липса на чувство за значимост;
- неспазване на лекарските предписания, т.нар. пациентски грешки /поради липса на достатъчно финансови средства/, което води до допълнително усложняване на общото им здравословно състояние
- Болката често е причина за поведение.

Лекарят и медицинската сестра, трябва да предложат емоционална подкрепа на пациентите, да следят за психичното им здраве. Медицинският екип трябва да бъде в състояние да се координира със семействата на пациентите си, да провежда дискусии, да разясни здравните насоки и др. Ако своевременно се вземат нужните мерки, е възможно значително да се облекчат някои страдания и проблеми, както на болните със затлъстяване, така и на близките им, които се грижат за тях.

Какви са основните принципи при обгрижването на такива болни

1. Искрена съпричастност. Те често са по-чувствителни към отношението към тях от страна на околните.
2. Движение. Докато пациентът може да се движи, той успява в голяма степен и да се самообслужва. При принудителна имобилизация или постелен режим неговата прогноза се влошава. Поради това трябва да се правят значими усилия болния да не престава да се движи. Да му се оказва помощ при раздвижване, Да използва помощни средства като бастун, патерици, проходилки и др. Според анкетирания хора със затлъстяване и физически увреждания 70% категорично са заявили, че нямат нужда от допълнителни медицински грижи, а 30% са сметнали, че имат нужда от допълнителни грижи.
3. Специфични грижи и съвети към тази категория болни и техните близки за справяне с различни ежедневни трудности.

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

Лекарят - ОПЛ или специалист предписва индивидуална диета на пациентите в болницата, а медицинските сестри имат възможност за оказване на ежедневни грижи за пациентите дори когато те нямат достъп до лекар за съвети по отношение на храненето. Дори и в болниците, където има лекари и диетолози, сестрите са тези, които са денонощно с пациентите и могат най-добре да ги насърчават по отношение на храненето и приемането на течности. Сестрите трябва да могат да дават съвет по отношение на изискванията към избора и приготвянето на храната.

Анкетно проучване сред студенти

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

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

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

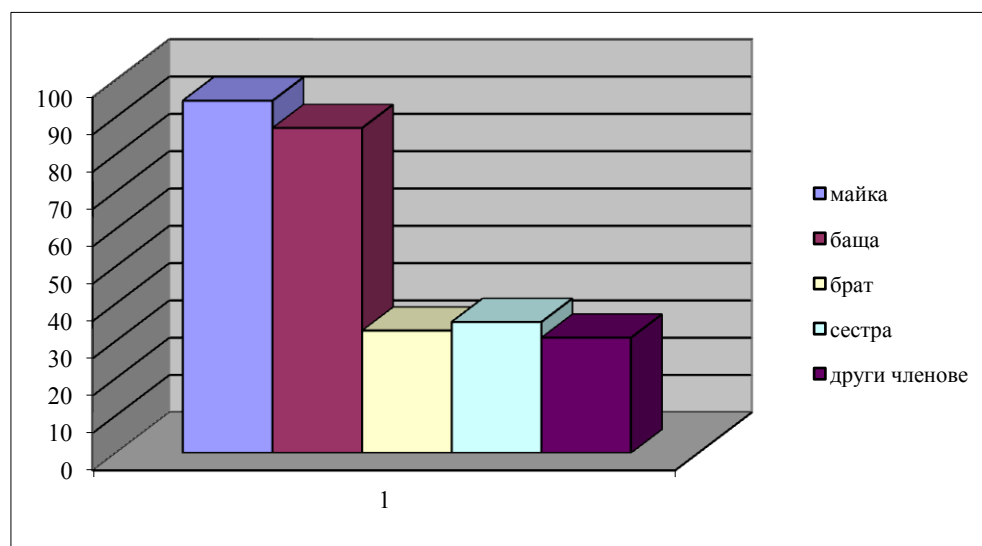
Девоиците и младежите преживяват не само биологични, но и когнитивни промени, които имат отношение към начина на мислене и решаването на проблеми .

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

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

Семейната среда има решаващо значение за формирането на хранително поведение и здравословен стил на живот сред младото поколение. Затова се насочихме първо към установяване на хранителното поведение на семейната среда, в която израства индивида. Най-голям

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



Фиг.4.Влияние на семейната среда

Върху храненето на студентите съществено влияние оказват вкусовите предпочитания на семейството и неговите (собствени) финансови възможности.

Таблица 1. Навиците в семейството свързани с храненето

Храните ли се със семейството си?

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

Таблица 2. Вкусовите предпочитанията на семейството по вид храна
Студентите дават повече от един отговор.

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

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

Навиците, усвоени в семейната кухня за употребата на сол, са представени на таблица 3.

Таблица 3. Навик да се досолява храната допълнително

Не отговорили	2,1%
Не	57,9%
Да	39,8%

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

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

Таблица 4. Знания за връзката между прекомерната консумацията на сол и здравето

<i>Отразява ли се на организма прекомерната употреба на сол ?</i>	
Не отговорили	3%
Не	32,9%
Да, как	64,8%

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

Повечето от студентите обичат и консумират сладки изделия, но прекомерната им употреба води до наднормено тегло и затлъстяване. Интерес представлява какви са знанията на студентите относно консумацията на захарните изделия, представени на таблица 5.

Таблица 5. Консумацията на захарни изделия

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

Значителен е броят на изследваните (73,4%), които съобщават, че консумират захарни изделия, защото са вкусни. Много добър показател е, че много малко от тях (2,6%) ги консумират, защото са полезни, което говори, че студентите имат информация за вредата от прекомерната употреба на захарни изделия. При разговор с анкетираниите се установява, че честите реклами по

телевизията, свързани с ниско калорични бонбони и дъвки без захар също са допринесли за информираността им по въпроса.

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

Таблица 6. Възможности за здравословно хранене в/около университета

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

Таблица 7. Здравни знания на анкетираните студенти относно ползата от разнообразни храни за техния организъм

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

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

Отговорите на въпроса ни дават богата информация за знанията на студентите, свързани с ползата от видовете храни. Положителен е фактът, че само 2,2% от изследваните не са запознати с това какви храни са полезни за подрастващия организъм. Нисък е относителният дял (8,2%) на тези, които приемат, че за подрастващия организъм са полезни, но добре съчетани всички изброени групи хранителни продукти. Като най-необходими храни за младия организъм са посочени млякото и млечните продукти - 76,3%, плодове 76,1% и зеленчуци 71,5%. Това е добър показател, защото изброените продукти са необходими и полезни за тях. Нисък е процентът на анкетираните, които посочват като необходими хранителни продукти месо (48,8%), риба (49,5%) и особено яйца (28,7%), а това е групата от храни, доставящи така необходимия белтък за организма, което също показва една незапълнена ниша по отношение на промоцията на здраве.

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

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

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

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

Отношението на студентите към необходимостта от разнообразна храна е представено на таблица 8.

Таблица 8. Знания за необходимостта от разнообразна храна

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

Повече от половината респонденти (66%) са на мнение, че е необходима разнообразна храна, като доуточняването в свободните отговори показва, че разнообразната храна е препоръчителна не само за внасяне на вкусово разнообразие, а е нужна като прием на разнообразни храни, които съдържат различни съставки, витамини и микроелементи, които са необходими за правилната обмяна на организма.

При анкетираните студенти 1/3 нямат достатъчно знания и имат потребност от повече информация.

Таблица 9. Знанията, на студентите за връзката между храненето и здравето

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

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

Това показва, че независимо от възрастта си младежите обръщат специално внимание на храненето, дискутират помежду си, имат собствени

становища и търсят вероятния отговор, който най-добре биха получили от една навременна информация по отношение на здравословното хранене.

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

Таблица 10. Как студентите оценяват телесното си тегло

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

Мнозинството студенти (73,6%) определят собственото си тегло в границите на нормата за възрастта и ръста си. Получените резултати са с близки и съизмерими стойности на подобни изследвания за страната.

От изследваните 11,3% са на мнение, че теглото им е под нормата, но това може да се дължи още на бързото им израстване на ръст в периода на пубертета им.

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

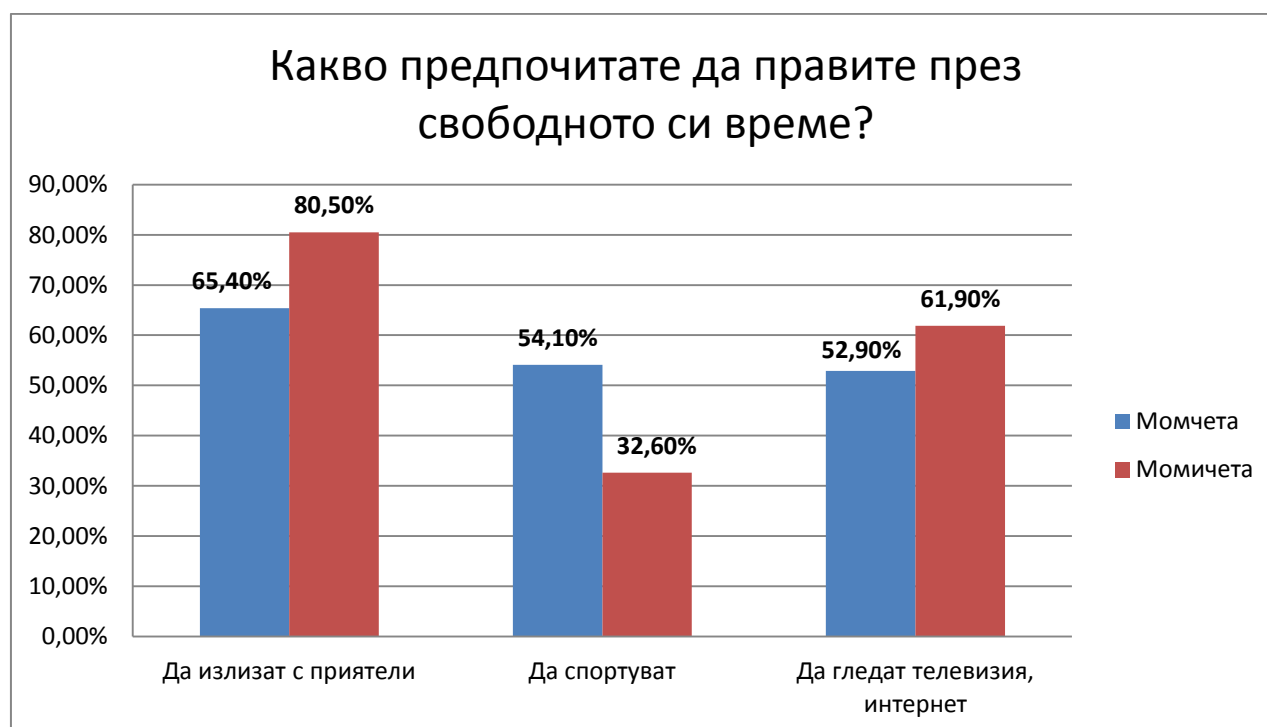
От анкетираните 4,5% не са отговорили, защото вероятно им е трудно да преценят към коя от групите да причислят теглото си.

Таблица 11. Предпочитанията на студентите за оползотворяване на свободното време

<i>Какво предпочитате да правите през свободното си време /може и повече от един отговор/?</i>		
№	Възможни отговори	Процент отговорили
1.	Излизам с приятели	73%
2.	Спортувам	43%
3.	Гледам телевизия, видео, кино	57,4%

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

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



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

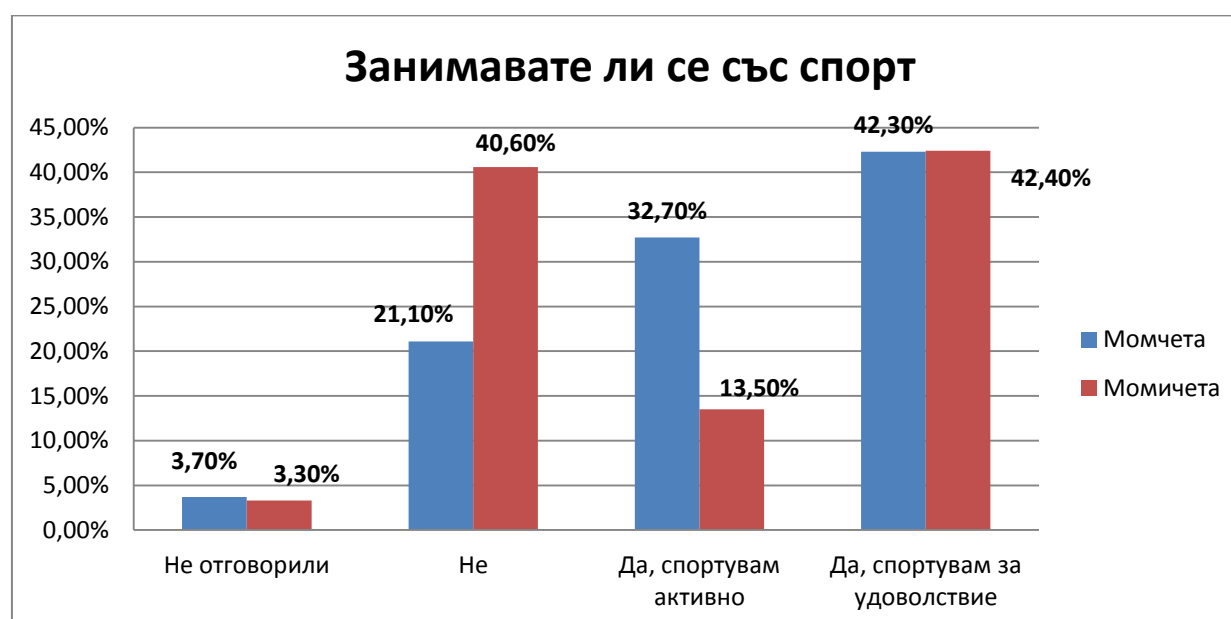
Таблица 12. Отношението на студентите към спорта

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

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

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

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



Фиг.6 Отношение на студентите към спорта

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

Отговорът на този въпрос е систематизиран на таблица № 13, в която 27% посочват, че предпочитат в свободното си време да четат книги, да гледат телевизия и да се събират с приятели.

Таблица 13. Занимания през свободното време на студентите, които не спортуват

<i>Ако не спортувате активно или за удоволствие какви са причините за това /може повече от един отговор/?</i>	
Свободното ми време е заето с подготовка за университета	23%
Свободното ми време е заето с допълнителни ангажменти	7%
Да спортуваш е скъпо удоволствие	9%
Предпочитам в свободното си време да чета книги, да гледам телевизия	27%
Играя гимнастика, танци у дома	34%

Като преобладаващо предпочитание за прекарване на свободното време се очертава четенето на специфична литература в библиотеката, гледането на телевизия и срещите с приятели (27%).

За 23%, свободното им време е заето с подготовка за университета, което показва, че учениците са претоварени със студентска подготовка на много материал.

Сравнително малък е дялът на тези (9%), които сочат финансови съображения като причина да не спортуват.

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

Таблица 14. Практикуването на туризъм от студентите

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

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

Тревожен е фактът, че повече от половината от студентите (57,4%) предпочитат да гледат телевизия, видео и кино, което е една пасивна дейност, като получават значителна част готови знания, които в повечето случаи приемат безрезервно.

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

Таблица 15. Времето прекарано пред телевизора

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

Получените резултати показват, че студентите прекарват значителна част от свободното си време в гледане на телевизия. Особено тревожно е, че почти 1/3 от тях гледат телевизия повече от 4 часа на ден.

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

Таблица 16. За връзката между здравето и поведението

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

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

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

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

Информация дали здравето според студентите се явява фактор за реализацията в живота е отразена на таблица № 17 .

Таблица 17. Връзката между здравето и реализацията в живота

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

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

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

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

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

Таблица 18. Въздействието на рекламите върху стила на живот на студентите

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

Мнозинството от респондентите (53,6%) са на мнение, че рекламите не биха им повлияли да живеят по-здравословно.

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

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

Много висок е дялът на студентите(85,5%), за които здравето е една от основните човешки ценности. То е особено ценено в случаите на преживяно лично здравословно неблагоприятно, тежко заболяване, смърт на член от семейството, от близки, приятели и т.н. /табл. № 19/.

Таблица 19. Студентите категорично споделят здравето, като човешка
ценност

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

Въздействие за формиране на по-здравословен живот у студентите могат да оказват всички, с които те са в социални контакти. Резултатите са показани на таблица № 20.

Таблица 20. Кой от обкръжението на обучаващите се може да им
въздейства най-успешно

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

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

На второ място са посочени медицинските специалисти (17,6%). Вероятно медицинските специалисти, които полагат грижи за тяхното здраве, са спечелили доверието им не само със специфичните здравни знания и

умения, които притежават, но и с уменията да се грижат и да проявяват емпатично поведение. В повечето случаи учениците са положително настроени към тях. За повечето от здравните въпроси медицинските специалисти са предпочитани като съветници и събеседници.

На трето място 14,5% са поставени приятелите. Учениците се чувстват най-добре приети и разбрани от собственият си приятелски кръг. Там споделят свободно своите страхове и се стараят да получат информация по интересующите ги въпроси. Ето защо в световната практика особено по здравно образователни въпроси нализа един нов метод “Обучение на връстници от връстници”. Специално обучени ученици водят приятелски разговори със свои връстници по въпроси засягащи превенцията на заболяванията и промоцията на здравето.

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

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

Изводи

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

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

Изводите от настоящото социологическо проучване са база за изготвяне на някои **препоръки за превантивни мерки** по отношение на затлъстяването в младежка възраст.

1. Медицинските професионалисти да усъвършенстват и задълбочават своите познания за болестното свръхтегло с оглед подобряване на здравното обслужване в тази област.

2. Семейните лекари да бъдат по-сензитивни към проблемите на затлъстяването, за да съдействат по - активно за своевременното му регулиране.
3. Да се постави начало на здравно - образователни инициативи с цел повишаване на здравната култура на българското общество, да се предложат на обществото и гражданството модели за нов стил на живот, да се обучат болните със затлъстяване в практики за регулиране и контрол на телесното тегло. Тяхното огласяване е възможно чрез електронните медии, централния, местния и специализирания печат, чрез обучение на инструктори.

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

Менюто на българите също не е здравословно. 37% от хората избират храната си според вкусовете и качества За 48% закуската включва кафе, при 43% - готови тестени закуски. Почти 1/3 вечерят предимно със салата, пържени картофи и скара. На обяд този процент е по-малък. 43% от българите се хранят допълнително и между основните хранения. Обикновено консумират вафли, шоколад и солети.

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

Ето защо диететиката поставя сериозни изисквания пред кулинарната обработка на храната. Тя трябва да бъде не само оптимално балансирана,

но и лесно да се усвоява от организма. Това предполага, че една част от механичната и обработка трябва да се извършва предварително, което ще осигури условия за по-добро ферментативно въздействие.

С напредването на възрастта асимилационните процеси в организма отстъпват на дисимилационните. Процесите на белтъчния синтез започват да отстъпват място на **катаболните**, най-често след 25-30-годишна възраст, т.е. след пълното физическо развитие на човека. Белтъците имат едни от най-важните функции в организма - структурна, двигателна, защитна, ензимна и др. Препоръчва се около **40%** от консумираните белтъчини да бъдат от животински произход, като 30% от тях да бъдат под формата на млечни продукти, а останалите - **60%** от растителен произход. Нашите данни напълно потвърждават такова становище

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

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

Комплексната витаминотерапия, участваща в сложните ензимни системи довежда до нормализиране на окислително-възстановителните процеси- подобрява обмена на медиаторите, хемодинамиката в мозъка и мозъчно-съдовата реактивност. Под тяхно влияние се отбелязва и подобрена функционална дейност на храносмилателната система. Витамините влияят благоприятно и върху имунологичната реактивност у затлъстелите. До известна степен витамините нормализират процентното отношение и съдържанието на холестерол в кръвта.

С витаминния недоимък се свързват някои съпътстващи състояния на кератози, болестни психични разстройства, промени в костите и др. При нарушен витаминен обмен или при хиповитаминоза клиничните атеросклеротични изяви и усложнения са по-чести. Това обстоятелство налага включването на витамини в комплексната терапия на заболяването. Така например аскорбиновата киселина потиска биосинтеза на холестерола и

намалява неговото отлагане в артериалната стена. Тя подпомага нормалната обмяна на холестерола, неговата трансформация в жлъчни киселини и по-нататъшното им елиминиране от организма. Допълнителни изследвания доказваха, че необходимото количество за организма много зависи от комплексното осигуряване и на други витамини, главно от групата В. В същото време се открива и недоимък на тиамин и рибофлавин, които играят важна роля в протичането на енергетичния и пластичния обмен в организма. Такъв недоимък има често и при приемането на тези витамини във физиологични стойности. За тиамин се допуска, че са нарушени всмукването и утилизацията му в стомаха и червата.

Недоимъкът на рибофлавин с напредване на патологичните метаболитни процеси се обяснява с повишеното му отделяне в урината. Благоприятното влияние на витамините е свързано не толкова с тяхното заместващо, колкото с фармако-динамичното им действие.

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

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

Значителна е и зависимостта между образованието на изследваните и затлъстяването.

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

Наблюдава се зависимост и от населеното място, в което хората живеят.

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

Като цяло по-малко са пълните хора в големите градове, отколкото в селата, показват още данните. Разликите в отделните райони се дължат най-вече на демографската им структура, както и на различния начин на живот в малките и големи населени места.

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

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

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

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

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

1. Позволява на хората да се разделят в няколко групи, в зависимост от степента на индивидуалния риск.
2. Индивидите, попаднали в групата с висок риск, могат незабавно да бъдат подложени на интервенция.

3. Мотивира пациентите да се придържат към определените терапевтични процедури за намаляване на риска.

Фокусирането на един или друг рисков фактор по отношение на определено заболяване би било неправилно от методологична гледна точка и затова мнозинството експерти са на мнение, че оценката трябва да се извършва върху **глобалния (общия) риск**, включващ от една страна основните рискови фактори, а от друга – условните и предразполагащите.

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

Рисковият подход става водещ в ежедневната работа на лекаря в повечето икономически развити страни, а здравословното поведение – модел на поведение на все по-големи части от населението.

Причината да говорим за епидемиология на социално- значимата същност на този тип заболяване е **масовото им разпространение сред населението**. Тези заболявания „подмладяват”, защото засягат вече и хората в по- млада възраст. **Многофакторно обусловени са**, като особено място заемат **социалните фактори**. Характерно за тях е продължителното им протичане, тежките усложнения и медико- социалните проблеми, които могат да се подредят в следния вид:

- Висока и преждевременна смъртност- загуба на лица в млада възраст
- Загуба на трудоспособност, водеща до инвалидност- временна или постоянна.
- Изразходване на средства за лечение, рехабилитация; медицински и социални последици, водещи до икономически
- Налага се за решаване на здравните проблеми прилагане на скъпо струващи, комплексни и продължителни мероприятия както за болния, така и за обществото.

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

Недостатъчната физическа активност и заседналият начин на живот допринасят за поява и развитие на затлъстяване, високо кръвно налягане, захарен диабет. Известно е, че процесът на развитие на атеросклерозата започва още в млада възраст

Профилактичните и здравни мероприятия трябва да започне още в детска възраст. Усилията за намаляване на рисковите фактори са значителни и вече ефективни в много от развитите страни.

Основни принципи на здравословно хранене

- максимално разнообразие на ястията в рамките на необходимите за затлъстелия организъм хранителни вещества;
- оптимално осигуряване в храната на веществата, стимулиращи активността на ферментативните системи;
- за консумация да се предлагат хранителни продукти, които лесно се атакуват от ферментите.
- да се осъществява енергиен баланс на храненето, т.е. приемът на храната да съответства на енергията разход;
- антисклеротична насоченост на храненето.

Концептуална рамка на комплексна програма за превенция на затлъстяването

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

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

Затлъстяването е нозологична единица, самостоятелно заболяване със социална генеза

Анализа на проблема затлъстяване свидетелства за широкото развитие на ендемията от дегенеративни болести и илюстрира качествените и количествените различия в разпределението на тези болести на цивилизацията. Фактите убедително насочват вниманието на аудиторията към важните проблеми на социално-здравното и икономическо състояние на големия брой хора с обезитет. Те категорично доказват изключително голямото значение на социално-медицинската обвързаност и единство, както

и възможностите за адекватно поведение и адаптиране на тези болни хора към промените не само в организма, но в семейната и обществена среда.

В такъв аспект ако искаме активната социално-здравна дейност да бъде пълноценна, профилактиката трябва да се насочи и към изучаване на средата, в която възникват този тип социално значими болести

- анализиране на заболяемостта,
- проучване на жилищно-битовите условия,
- трудовите условия,
- характера на храненето,
- психическите въздействия и поведение,
- особените привички на живота и санитарно-хигиенните изисквания.

Една системно изградена организация и разумно използване на средства за рехабилитация, лечебна физкултура, физиотерапевтични методи и др. би била от полза.

Една от главните насоки на био-медицинското, социално и икономическо научно изследване в тази област е изясняване същността на тези феномени, които характеризират патологичните, акцелерирани, дегенеративни болестни процеси.

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

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

Анализът на данните от проведеното проучване на здравните познания и хранителното поведение на болните със затлъстяване и на част от студентите и направеният критичен анализ на научната литература по въпроси, свързани с изучаваната тема, ни дава възможност да предложим

стратегията си за изработване на концептуален план за промотивно въздействие и превенция на затлъстяването.

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

Конкретни цели:

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

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

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

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

Характеристики на здравното възпитание:

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

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

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

4. Индивидуален характер, при който формирането на здравното възпитание е строго индивидуален процес, който се обуславя от наследствените фактори, потребностите, мотивите, интересите, идеалите и убежденията.

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

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

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

В дейността за здравното възпитание могат да се използват много и разнообразни методи, в зависимост от това по какъв начин и поднесена информацията

- Провеждане на интердисциплинарно обучение на здравни професионалисти
- Ангажиране на общопрактикуващите лекари за ранно откриване на наднормено тегло сред общата популация и прилагане на превантивни мерки срещу затлъстяването.
- Разработване и разпространение на интердисциплинарен наръчник за превенция и лечение на затлъстяването още при деца и младежи, включително стандарти и насоки.
- Създаване на мрежа от компетентни центрове, които да осъществяват информационна, образователна, консултативна дейност, насочена към превенция и лечение на затлъстяването още от ранна детска възраст.
- Активно комплексно лечение на затлъстяването във всяка възраст. Комплексното лечение обхваща различни етапи и видове терапевтични подходи: амбулаторно лечение, стационарно лечение, рехабилитационни програми.

- Ангажиране на медиите с актуалността на темата за затлъстяването
- Основна прицелна група на превенцията са младите хора, разбира се и цялото общество

Основни принципи на превенцията са:

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

Основни превантивни мероприятия са:

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

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

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

Ние разглеждаме здравето като процес на съхранение и развитие на биологичните и социалните функции на човека, на оптимална трудоспособност и социална активност при максимална продължителност на живота.

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

стратегия би могла да спаси живота и здравето като цяло на много хора, а също по този начин биха се спестили и немалко средства, имащи огромно значение за оптималното функциониране на здравната система у нас.

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

Изводи

Отбелязваме няколко основни направления на профилактиката:

1. Ранна превантивна диагноза и терапия на затлъстяването. В резултат на мащабния технологичен напредък на фундаменталните науки, в частност медицината, затлъстяването би могло да се лекува с подходящи комплексни методи при изключителното участие на социалните и факторите на околната среда!

2. Необходимо е доусъвършенстване на профилактичната и здравна помощ и на някои съпътстващи затлъстяването социално-значими болести и патологични състояние - сърдечно-съдови заболявания (хипертонична болест, атеросклероза), белодробни заболявания, други обменно-метаболитни разстройства, особено диабет, остеопороза, неопластични заболявания, локомоторни заболявания и др.

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

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

4. Основна функция на общопрактикуващия лекар е превантивната дейност. Негова задача е да открие своевременно рисковите фактори у индивида, да проследява, да намали или премахне риска от развитие на наднормена телесна маса и затлъстяване.

5. Активната социална позиция в живота на хората със затлъстяване е основната осъзната потребност за самореализация,

способстваща за запазване здравето и самочувствието на личността. Удовлетворяването на тези потребности е един голям, сложен и все още нерешен проблем.

6. Това налага създаването на строго насочен алгоритъм за внедряване на профилактика на затлъстяването и промотивни здравни дейности за поддържане на социално и здравно състояние на хората, както и вторични превантивни мерки при евентуалната им инвалидизация, комуникативна връзка с роднини, познати, общуване с околната, обществена и природна среда.

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

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

Предоставянето на здравни знания и формирането на здравно отговорно поведение е основа за намаляване на негативните тенденции, които се наблюдават в здравното състояние на българското население. Необходими са някои реформи на системата на здравеопазването.

Представяме репрезентативно научно проучване в контекста на превенцията на затлъстяването и промоция на здравето. То очертава приоритетите и насоките и ще улесни до голяма степен създаването на оптимална система на взаимодействие между различните нива на здравни услуги и грижи.

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

утвърждаването и на здравословен начин на живот, повишаване качеството на грижите чрез съвременен мениджмънт на социалното и медицинско обслужване.

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

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

- усъвършенстване мениджмънта на здравните грижи при лица със затлъстяване, както и при тези с риск от развитие на заболяването
- интензивен контрол, понижаване телесната маса, контрол на серумните липиди и ВМІ,
- повишаване честотата и селективен подбор на физическата активност, съобразно индивидуалните възможности и потребности,
- навременната психо-социална подкрепа.

Всички посочени позиции е желателно да бъдат включвани в плана за мениджмънт на всеки специалист по здравни грижи.

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

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

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

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

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

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

Комплексната задача, мисия, стратегия на здравните, социални работници и психолози, както и на цялото общество е поддържане на добро физикално и психично здраве. Превантивната медицина е важен механизъм в намаляването на заболяемостта и смъртността.

Важно е да отбележим, че програмния подход при решаването на проблемите при затлъстелите хора се свеждат до някои по-важни изводи и обобщения :

- **обучение – за обществото, различни групи, здравните професионалисти и правителствата с цел намаляване на рисковите фактори;**
- **политика в храненето – намаляване на съдържанието на мазнините в млечните и месни продукти, намаляване на солта в готовите храни, единна държавна политика в областта на храненето;**
- **намаляване на тютюнопушенето – драстично увеличаване цените на цигарите, забрана на рекламите, окончателна забрана на тютюнопушенето на обществени места, насочване на приходи от данъци и акцизи за цигарени изделия и алкохол към дейности по промоция на здравето и здравно възпитание;**
- **промоция на физическата активност – мотивиране на индивидите и обществото и създаване на условия за спорт и туризъм;**
- **редукция на теглото;**

- **медицински грижи – промоция на техники за първична профилактика, скрининг на рисковите фактори, контрол на хипертонията, съветване на пациентите и др.;**
- **достъпна медицинска и болнична помощ – организиране на всички възможни мероприятия за своевременно лечение;**
- **рехабилитация – оптимално до максимално възстановяване на работоспособността.**
- **ресоциализация на базата на остатъчна трудоспособност всеки човек с патологични проблеми на телесната маса да може да упражнява подходяща трудова дейност**

Здравното състояние отразява настъпилите патологични поражения, общи и органични промени, водещи до намалена биологична ефективност на организма

Затлъстяването провокира висока честота в структурата на болестността с изява и на съпътстващи други хронични заболявания. С авансиране и на възрастта острите заболявания хронифицират като увреждат сериозно състоянието на хората и ги приковават за дълго на легло. Симптомите на съпровождащите болести често са неясни и нетипично проявени, което забавя търсенето на медицинска помощ и затруднява диагностичния процес. Бързото влошаване и високата честота на усложнения също са характеристики на заболяванията при хората със затлъстяване и с важно значение за организирането на здравната помощ.

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

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

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

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

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

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

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

Нашият принос за комплексния интерсоциален, здравен подход към затлъстяването, разбира се е скромен.

Потвърждаваме мултифакторната генеза за развитие на затлъстяването и придружаващата го друга патология. Този проблем има значение не само за медицинската практика и наука, но и огромно социално-икономическо значение, поради високата цена, която плаща обществото за общите грижи.

Това проучване може да послужи за избор на методи и средства за по-голяма здравна информираност на населението по този социално-значим проблем, както и за реалното разработване и осъществяване на Модел за концептуален план за мениджмънт на затлъстяването

За управление на obezитета от голяма практическа полза е разглеждането и анализа на obezитетния риск от гледна точка на системния анализ с основни елементи: *вход, процес, изход и обратна връзка*. Според този подход той включва:

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

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

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

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

Приноси

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

ПРЕПОРЪКИ

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

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

Пред управлението на здравеопазването изникват следните предизвикателства:

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

Приложение 1

АНКЕТНА КАРТА

Уважаеми участници ,
Моля, за вашата добросъвестност при попълване на въпросите.

Вашата възраст

Вашият пол :

А/ жена

В/ мъж

Вашата професия ...

Образование

начално - до 4-5клас.....

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

Полувисше/висше.....

Вашето семейно положение

А/ семеен/ семейна/

В/ несемеен/ несемейна /

С кого живеете?

А/ със семейството си

В/ Вашите близки

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

Давност на затлъстяването

А/ сам потърсих лекарски преглед

В/ случайно открит – профилактичен преглед

С/ в кой сезон

Според Вас какво телесно тегло имахте преди установяването му

А/ нормално - ИТМ/ Ръст/тегло/обиколка на талия.....

В/ наднормено -ИТМ/ Ръст/тегло/обиколка на талия.....

Какво лечение провеждахте след установяване?

А/ диета и физическа активност

В/редуциращи телесната маса медикаменти

Чувствате ли се напоследък по-изморени?

а) Да

б) Не

Имате ли промяна в телесната си маса през последните месеци?

а) Да

б) Не

в) Не съм забелязал / а

Имате ли повишен апетит през последните месеци?

а) Да

б) Не

Пушач ли сте ?

А/ Да - /брой цигари дневно...../

В/ Не

Употребявате ли алкохол ?

А/ Да – концентрат, вино

а.1/ Често

б.2/ Понякога

в/ Не

Имате ли отклонения в стойностите на артериалното налягане?

а) Да

б) Не

Имате ли затруднения в зрението?

а) Да

б) Не

Имате ли затруднения в дишането?

а) Да

б) Не

Имате ли чувство на студенина в стъпалата, тръпнене?

а) Да

б) Не

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

а) Да

б) Не

в) не съм обръщал /а внимание

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

а) Да

б) Не

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

А/да Б/ задоволително

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

А/ да В/ не

Какъв е вашият стил на живот?

.....

Провеждали ли сте обучение за предотвратяване и лечение на затлъстяването?

А/ Не

В/ Да – кога ?

В.1. Удовлетворени ли сте от обучението?

- да - не

С/ Бяхте ли поканени за реобучение?

- да

не

Удовлетворени ли сте от медицинските грижи от страна на:

А/ *Общо практикуващият лекар*а.1/ Да а.2/ Не а.3/ Задоволително В/ *Специалист*в.1/ Да в.2/ Не в.3/ Задоволително

Колко често посещавате ОПЛ и специалист?

.....

Колко пъти годишно посещавате диетолог?.....

Колко често посещавате ендокринолог?.....

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

Колко пъти годишно посещавате офталмолог , нефролог ?

.....

През последните години били ли сте хоспитализирани ?

А/ Да – Колко пъти ?

В/ Не

Страдате ли от други заболявания?

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

.....

В/ Не

Само за жените

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

А/ Да

Б– Не

Колко често посещавате женска консултация, гинеколог?

.....

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

А/ Да

В/ Не

Информирани ли сте за основните хранителни съставки на храната -

белтъци, мазнини, въглехидрати (бързи и бавни) – и тяхното позволено
количество ?

А/ Да

В/ Не

Колко често консумирате плодове и зеленчуци?

.....

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

А/ Ниско

В/ Задоволително

С/ Високо

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

.....
Благодаря Ви за отделеното време!

Приложение 2

АНКЕТНА КАРТА

/за студенти/

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

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

Вашият пол?

Възраст

Курс

Какви храни предпочитате да ядете в къщи /може и повече от един отговор/?

А/ повече сол и подправки, с повече мазнина,

Б/ предимно сладки неща,

В/ сухи храни и сандвичи,

Г/ супи и готвени храни,

Д/ зеленчуци, ядки плодове

Има ли храненето отношение към здравето?

А/ не

Б/ не зная

В/ ако да

защо

Солите ли допълнително храната си ?

А/ да

Б/ не

Отразява ли се на организма прекомерната употреба на сол?

А/ не;

Б/ да как

.....

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

А/не;

Б/да, защото са вкусни;

В/да защото са полезни;

Г/да, защото само тях предлагат в студентските бюфети , столова;

Д/да, защото

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

А/мляко и млечни продукти;

Б/месо, риба, яйца;

В/мазнини /хайвер,маргарин, олио, масло, мас и др./;

Г/варива, ядки /боб, грах, леща, орехи, фъстъци, бадеми и др./;

Д/хляб, зърнени храни и тестени изделия и др.;

Е/плодове;

ж/зеленчуци;

З/всички изброени добре съчетани;

И/ не зная.

Необходима ли е според Вас разнообразна храна?

А/не;

Б/не зная;

В/да защо според Вас.....

Как оценявате Вашето тегло?

А/под норма;

Б/в норма;

В/ над нормата.

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

А/ да , трябва да отслабна;

Б/ да, трябва да наддам на тегло;

В/ не, така се чувствам добре.

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

А/излизам с приятели;

Б/спортувам;

В/гледам телевизия, видео, кино;

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

А/ до 1 час;

Б/от 2 до 3 часа;

В/от 3 до 4 часа;

Г/ повече от 4 часа.

Занимавате ли се със спорт?

А/не;

Б/да, спортувам активно;

В/да, спортувам за удоволствие.

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

А/ свободното ми време е заето

В/да спортуваш е скъпо;

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

Е/играя гимнастика у дома.

Занимавате ли се с туризъм?

А/не;

Б/рядко;

В/по време на всяка семестриална ваканция;

Г/всяка събота и неделя.

Здравето зависи ли от поведението на човека?

А/не; защото

Б/да, защото.....

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

А/не;

Б/да, защото.....

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

А/от телевизията;

Б/от радиото;

В/от печатни издания; ръководства

Г/от книги и учебници;

Д/ чрез интернет;

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

А/родителите;

Б/университетските преподаватели ;

В/медицинските специалисти;

Г/приятелите;

Благодаря Ви за отделеното време!

Списък с публикации във връзка с дисертационния труд:

1. **Б. Милчева**, Съвременни подходи в превенцията и лечението на наднорменото тегло.-XXXVI НТС „Контакт 2015“, изд. ТЕМТО, октомври 2015г, 127 - 132
2. **Б. Милчева** Социално – медицинские аспекты ожирения - Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности Улан-Удэ, «Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления» (ФГБОУ ВПО ВСГУТУ) Материалы IV Международной научно-практической конференции, Издательство ВСГУТУ, 2-4 декабря 2015, 54 – 55.
3. **Б. Милчева**, Затлъстяването –важен медико - социален проблем и значим рисков фактор за много хронични заболявания, сп. „Здраве и наука“, V, брой 3, 2015 г., 9-12.
4. **Б. Милчева**- Социално-здравни аспекти на затлъстяването XXXVI НТС „Контакт 2015“, изд. ТЕМТО, октомври 2015г, 123 - 126.