

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ

ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

**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

Превантивни грижи при лица със затлъстяване и втори тип диабет

Изготвил: Александра Янкова Здравкова

Научен ръководител: Проф. Д-р К. Визев, дмн

Рецензенти:

Проф. Захарина Савова, дм

Проф. Кънчо Трифонов Чамов, дм

София 2020

СЪДЪРЖАНИЕ:

ВЪВЕДЕНИЕ	5 стр.
ВТОРА ГЛАВА	
1. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ.....	7 стр.
2. РАБОТНА ХИПОТЕЗА	8 стр.
3. МЕТОДИ И МАТЕРИАЛИ.....	8 стр.
ТРЕТА ГЛАВА	
1. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ.....	14 стр.
ИЗВОДИ.....	
.....	78 стр.
ПРЕПОРЪКИ.....	80 стр.
ПРИНОСИ.....	82 стр.
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	83 стр.
ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	84 стр.

Използвани съкращения

БАСОРД - Българската асоциация за изучаване на затлъстяването и съпътстващите го заболявания

БАТ – Биологично активни точки

БАВ – Биологично-активни вещества

БИА – Био-импедансен анализ

БАН – Българска академия на науките

ЕКГ - Електрокардиография

ЕС – Европейски съюз

ЗДТ2 – Захарен диабет тип 2

ИТМ – Индекс на телесна маса

МК – Медицински колеж

МУ – Медицински Университет

НПО – Неправителствена организация

ООН – Организация на обединените нации

ОПЛ – Общо практикуващ лекар

САД – Сагитален абдоминален диаметър

СБР – Специализирана болница за рехабилитация

СЗО – Световна здравна организация

СМК – свободни мастни киселини

ССЗ – Сърдечно-съдови заболявания

УМБАЛ – Университетска многопрофилна болница за активно лечение

ФОЗ – Факултет по обществено здраве

ФРМ – Физикална и рехабилитационна медицина

ФТР – Физикална терапия и рехабилитация

ADA - *American Diabetes Association*

BMI - *Body mass index*

DXA- *Dual-energy X-ray Absorptiometry*

EASD – *European Foundation for the Study of Diabetes*

EASO - *European Asylum Support Office*

GDM – Gestational Diabetes Mellitus

HLA - Human Leukocyte Antigens

IASO – International Asylum Support Office

WHO – World Health Organization

ВЪВЕДЕНИЕ

Двадесет и първи век е век на превантивни грижи. Този факт се обуславя предимно от бързото развитие на диагностичните, терапевтичните и фармацевтични медицински технологии, които от една страна допринасят за справянето с нелечими досега заболявания и състояния, но от друга ги „натрупват“ като хронични заболявания, водещи често до инвалидизация. Превенцията включва всички мерки, предприемани от здравните специалисти и обществото като социална организация, по защита и предотвратяване разпространението на рискови фактори за заболявания и техните усложнения сред населението. Превенцията е съвкупност от медицински и немедицински мероприятия, които се предприемат за постигане на по-добро здраве и стил на живот, чрез изолиране на рисковите фактори, предотвратяване на заболяванията, намаляване на последиците им и преждевременната смърт. Превенцията е "предварителна стража".

Съвременният човек е подложен на множество предизвикателства, произхождащи както от индивидуалните и колективните промени в начина му на живот и произтичащите от тях промени в околната среда, така и значителното нарастване на заболяемостта от определени социално значими заболявания. С широкото навлизане на научно-техническия прогрес в бита на хората и високия стандарт на живота у нас се е увеличил броя на страдащите от наднормена телесна маса, съчетан обичайно с захарен диабет втори тип, особено с напредването на възрастта.

Наднорменото тегло и затлъстяването са основа за отключването и развитието на захарен диабет. Не случайно вече се говори не за епидемия, а за пандемия на тези социално значими заболявания на нашето съвремие.

В дисертационния труд е направен опит за ресоциализиране и превенция от заболяване на всеки човек индивидуално, както и за подбуждане на обществената ангажираност. Промотивните ни действия са идентични с идеята за преодоляване на пасивния подход към здравето- /лечение на появило се вече

заболяване затлъстяване и/или диабет втори тип /, чрез промяна на личността в ценностното ѝ отношение към здравето и повишаване на здравната култура.

ВТОРА ГЛАВА

1. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ

Целта на дисертационния труд е да се проучи стилът на живот при пациенти, страдащи от затлъстяване и/или втори тип диабет сред населението, и да се анализира тяхната информираност за превантивни грижи с оглед намаляване на заболяемостта и предотвратяване на усложненията.

За реализиране на целта си поставихме следните задачи:

1. Да се проучи разпространението на социално-значимите заболявания – затлъстяване и втори тип диабет;
2. Да се конкретизират социално-здравните рискови фактори, водещи до изява на затлъстяване и/или диабет втори тип;
3. Да се установят проблемите на пациентите със захарен диабет втори тип и тези със затлъстяване и тяхното влияние върху стила на живот.
4. Да се затвърдят методите и средствата, благоприятстващи здравословен стил на живот;
5. Да се проучи нивото на здравна образованост на лицата със затлъстяване и захарен диабет за същността на проблема;
6. Да се анализира информираността на студенти от Медицински колеж „Й. Филаретова“ и МУ – ФОЗ, гр. София за значимостта

на заболяванията;

7. Да се изготви препотъчителна програма за лица с обезитет и/или диабет втори тип, включващ мултидисциплинарен екип от специалисти, за да се осигури достатъчна информираност, адекватно поведение и грижи за повишаване стилът на живот, профилактика и рехабилитация на заболялите.
8. Да се въввлече всеки пациент в процесите самонаблюдение и самоконтрол.

1. РАБОТНА ХИПОТЕЗА

Подходът на лечение и грижи при пациентите с диабет у нас и в световен мащаб непрестанно се подобрява. Това развитие изисква оценка и контрол върху здравословното състояние, лечението, здравните грижи и стилът на живот на тези пациенти. Ние считаме, че целенасочените здравни грижи и превантивни мерки са съществени фактори за профилактика на усложненията на лица с наднормено тегло и втори тип диабет, с цел осигуряване на по-добър начин на живот и социална адаптация.

3. МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

3.1. Предмет на проучването:

Превантивни грижи при лица със затлъстяване и втори тип диабет

3.2. Обект на проучването:

Пациенти с диабет втори тип и/или със затлъстяване, студенти от специалност „медицинска сестра“, „рехабилитатор“ и „лекарски асистент“.

Изследването е проведено върху логически единици

- 274 души – 191 жени и 83 мъже от различни възрастови групи, боледуващи от диабет тип 2 и/или затлъстяване , за периода от 01.05.2017 до 31.10.2018г..
- ✓ 45 студенти от Медицински колеж „ Й. Филаретова“ и ФОЗ – МУ София през периода 01.04.2018г. – 20.12.2018г.

Технически единици на наблюдение

Изследваните пациенти са от няколко болнични лечебни заведения предимно от София:

- ✓ Многопрофилна болница за активно лечение (УМБАЛ) „ Света Анна „ - гр. София
- ✓ Университетска специализирана болница за активно лечение (УМБАЛ) „Царица Йоанна –ИСУЛ“ - София;
- ✓ Многопрофилна болница за активно лечение (МБАЛ) Хасково“ АД – гр. Хасково
- ✓ Медицински център „Здраве за всеки” - София,
- ✓ Медицински център (МЦ) „ Мед 1 „ - гр. София , Поликлиника „Младост”- гр. София
 - ✓ Факултет по обществено здраве към Медицински университет – София;
 - ✓ Медицински колеж „Йорданка Филаретова“ – София

3.3. Признаци на наблюдение

- ✓ Социално здравен статус, здравни грижи и стандарт на живот при пациенти диабет втори тип и затлъстяване
- ✓ признаци, свързани с информираността на студентите от специалност „ здравни грижи“ по отношение на съвременните насоки за грижите, знания и

умения при пациент със затлъстяване и втори тип диабет

Признаците на наблюдение са конкретизирани от поставените задачи в специално разработени за целта анкетни карти (Приложения 1,2, и 3).

3.4. Методи на изследване

За събиране на първичната информация в изследването са приложени следните методи:

3.4.1. Социологически метод – включва анонимно анкетно проучване със студенти, професионалисти по здравни грижи и пациенти. За целта е разработена анкетна карта със специално подготвени за целта въпросници за проучване на мнението, отношението и оценките на анкетираните лица по изследваните признаци.

- пряка индивидуална анонимна анкета при пациенти със затлъстяване от болничната и извън болничната помощ (Приложение №1)

- пряка индивидуална анонимна анкета при пациенти със захарен диабет тип 2 от болничната и извънболничната помощ (приложение №2)

- пряка индивидуална анонимна анкета при студенти от професионално направление “Здравни грижи” (Приложение №3)

- наблюдение

3.4.2. Статистически метод

Описателна статистика

Едномерни честотни таблици с изчисляване на:

- Абсолютна честота–брой на валидните отговори по всяка категория на променливата;
- Относителна честота–процент на валидните отговори по всяка категория на променливата от общия брой на анкетираните лица;

- Процент от валидни отговори–процент на валидните отговори по всяка категория на променливата от броя на анкетираните лица с валидни отговори;
- Кумулативен процент-натрупващ се процент от всички категории на променливата.
- Двумерни честотни таблици (Кростаблици 2x2 и nxn–в зависимост от категориите на променливите) с изчисляване на брой и процент от общия брой на анкетираните лица.
- Статистически зависимости

Проверка на статистически хипотези за зависимости между две променливи от едно анкетно проучване:

- Коефициент χ^2 (Метод на Пирсън)–използва се при 2x2 Кростаблица, когато очакваните честоти във всяка клетка от таблицата е > 5 ;

За онагледяване на резултатите е използван графичен анализ. Статистическите изчисления и обработка на данните са извършени с помощта на програмните продукти SPSS 19.0, Microsoft Office .

3.5. Време на проучването

3.5.1. Анкетно проучване със студентите. Осъществено е през летния семестър на учебната година по време на учебните занятия.

3.5.2. Разработване на модулна система и експертната оценка. Осъществени са от месец юни 2018г. до месец септември 2018г.

3.5.3. Анкетна карта

Проучването е преминало в три етапа:

- Подготвителен етап
- Изследователски етап
- Заключителен етап

За анализ и оценка на здравното състояние на пациентите, засегнати от

затлъстяване и захарен диабет, е разработена и използвана анкетна карта на разбираем и достъпен език. Създадена е по анкетна методика, като е обърнато внимание на:

- ➔ пола, възрастта и рисковите фактори, довели до появата на захарен диабет, затлъстяване и усложнения;
- ➔ значението и ролята на превенцията срещу затлъстяване и захарен диабет ;
- ➔ физическият аспект, предполагащ всички възможни мерки по запазване и възстановяване на физическия и психо-социален капацитет на болния ;
- ➔ професионалният и социално-икономическият аспект, засягащ въпросите за ежедневните дейности и навици .

-обучение и реобучение

-здравни знания и здравни умения за здравословен начин на живот

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

Анкетирани и интервюирани на студенти от професионално направление „здравни грижи“.

Проучването е проведено в МК „ Й. Филаретова „ и ФОЗ към МУ – гр. София . Критериите за подбор са: студенти от трети и четвърти курс (завършили семестриално, на които предстои пред дипломен стаж), включили се доброволно в изследването. Изследването има за цел да проучи информираността на бъдещите здравни специалисти за социално значимите заболявания затлъстяване и захарен диабет (втори тип) . Анкетирани са 45 студента от специалностите Рехабилитатор, Медицинска сестра, Лекарски асистент, като е използван специално създаден въпросник.

2.5. Процедура на изследванията

Анкетиранието е осъществено след получаване на информирано съгласие и предварителен инструктаж, който включва разяснения за целта на проучването и уверение за гарантиране на анонимност. Предварителна обработка на анкетните

данни и получените резултати:

- отговорите на всеки въпрос са представени в таблица;
- резултатите са представени в проценти от броя на анкетираните лица (след статистическа обработка).

Проучването е извършено със съдействие на управленските органи на болничните звена и учебни заведения. Във висшите учебни заведения за анкетиране на студентите е сътрудничено със съответните преподаватели.

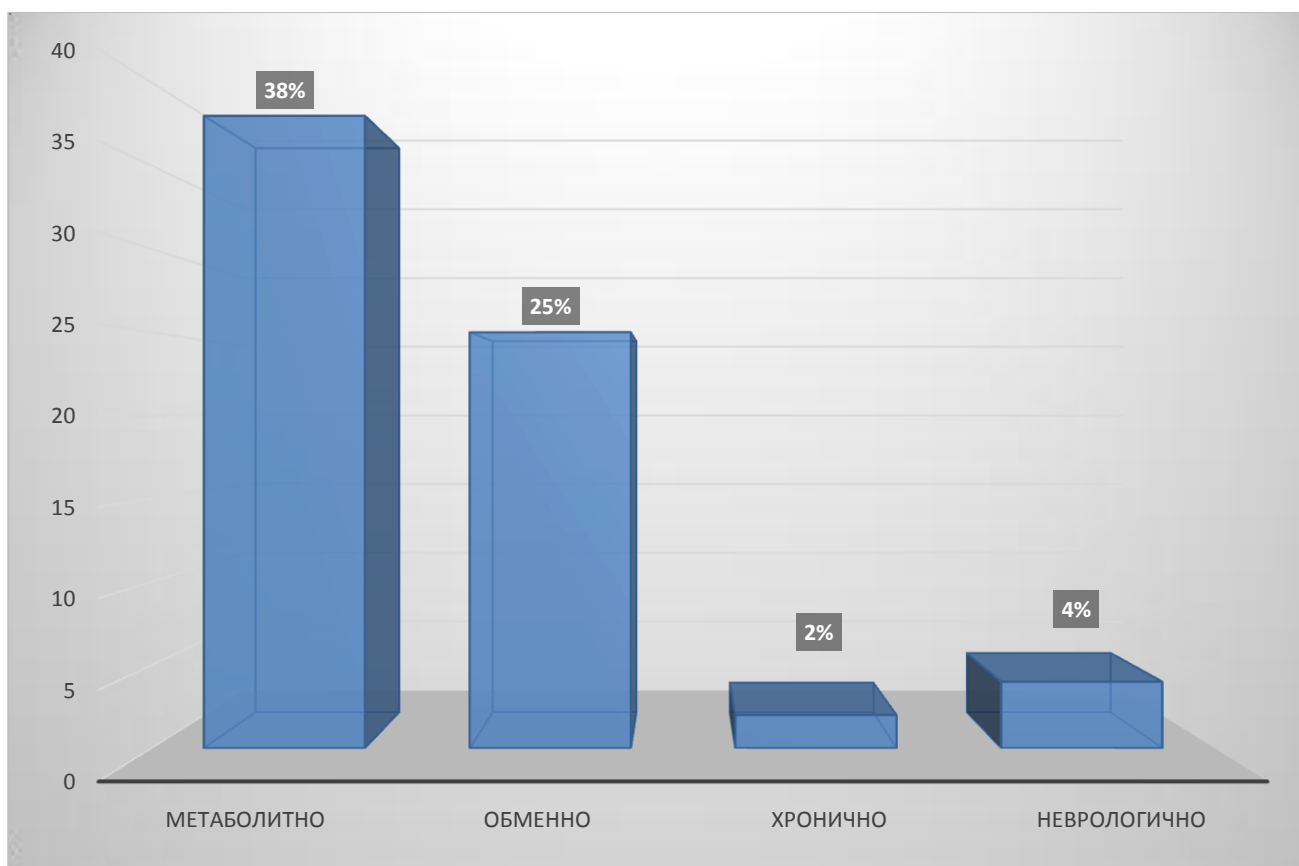
ТРЕТА ГЛАВА

1. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Затлъстяването и захарният диабет като две социално-значими и „добре“ развити заболявания сред българското население, изискват спазване на определен режим, свързан с начина на живот (хранене, физическа активност, прием на медикаменти), което налага повишаване на информираността и на специалистите по здравни грижи. В тази връзка, е проведена анкета сред студентите от професионално направление „Здравни грижи“ относно информираността им по проблема затлъстяване и диабет. Анкетирани са 45 студента. Резултатите от отговорите на отделните въпроси от анкетата са представени графично.

3.1. Резултати от отговори на въпросите, включени в анкетната карта

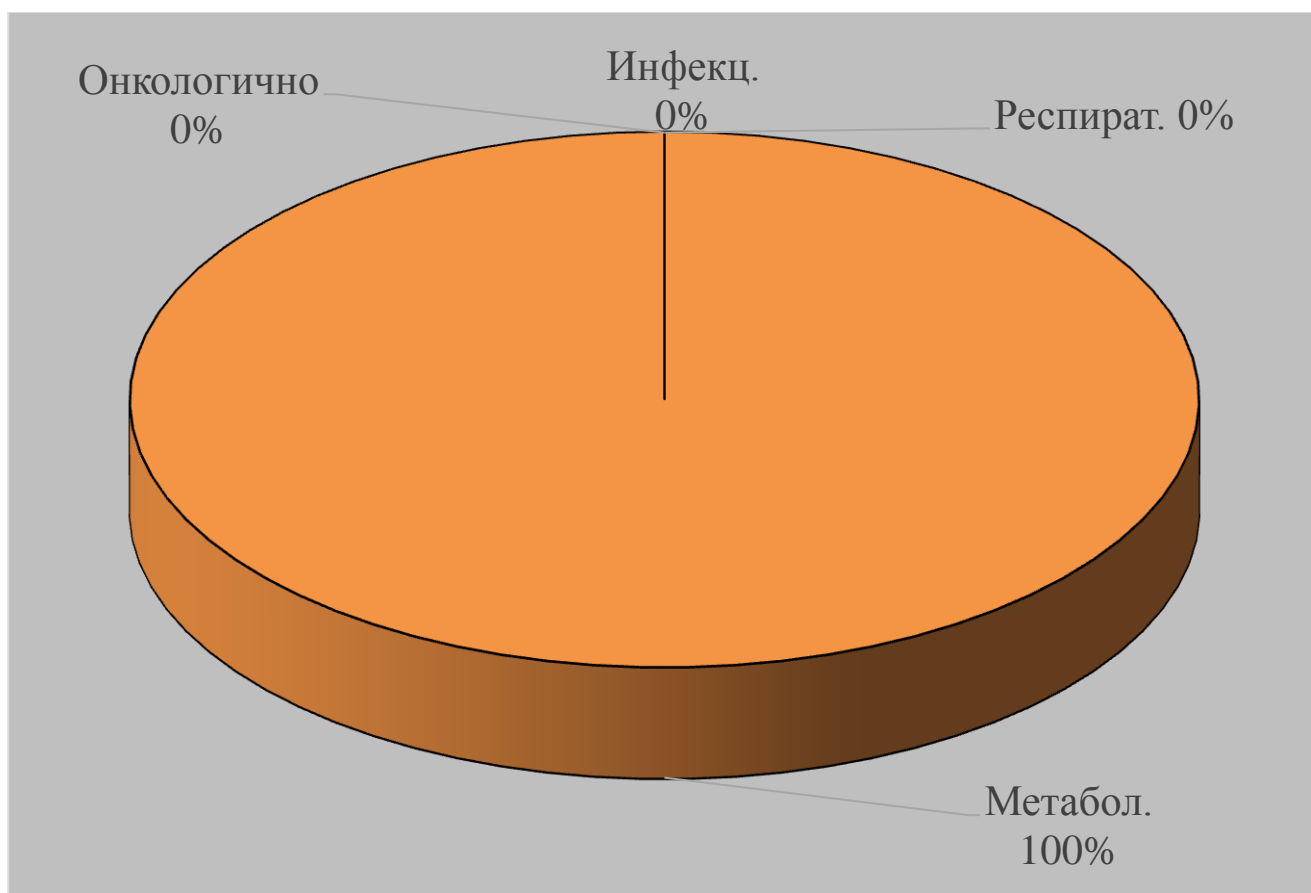
3.1.1. Въпрос: Какво заболяване е затлъстяването? Резултатите от отговорите на този въпрос са представени на фигура 1.



Фигура 1. Честота на отговорите за затлъстяването като вид заболяване

От фигурата се вижда, че 38 % от анкетираните определят заболяването като метаболитно, 25% като обменно, 2% като хронично и 4% като неврологично (абсолютно грешен отговор). Процентът на отговорилите е повече от 100, защото на въпрос 1 е възможен повече от един отговор.

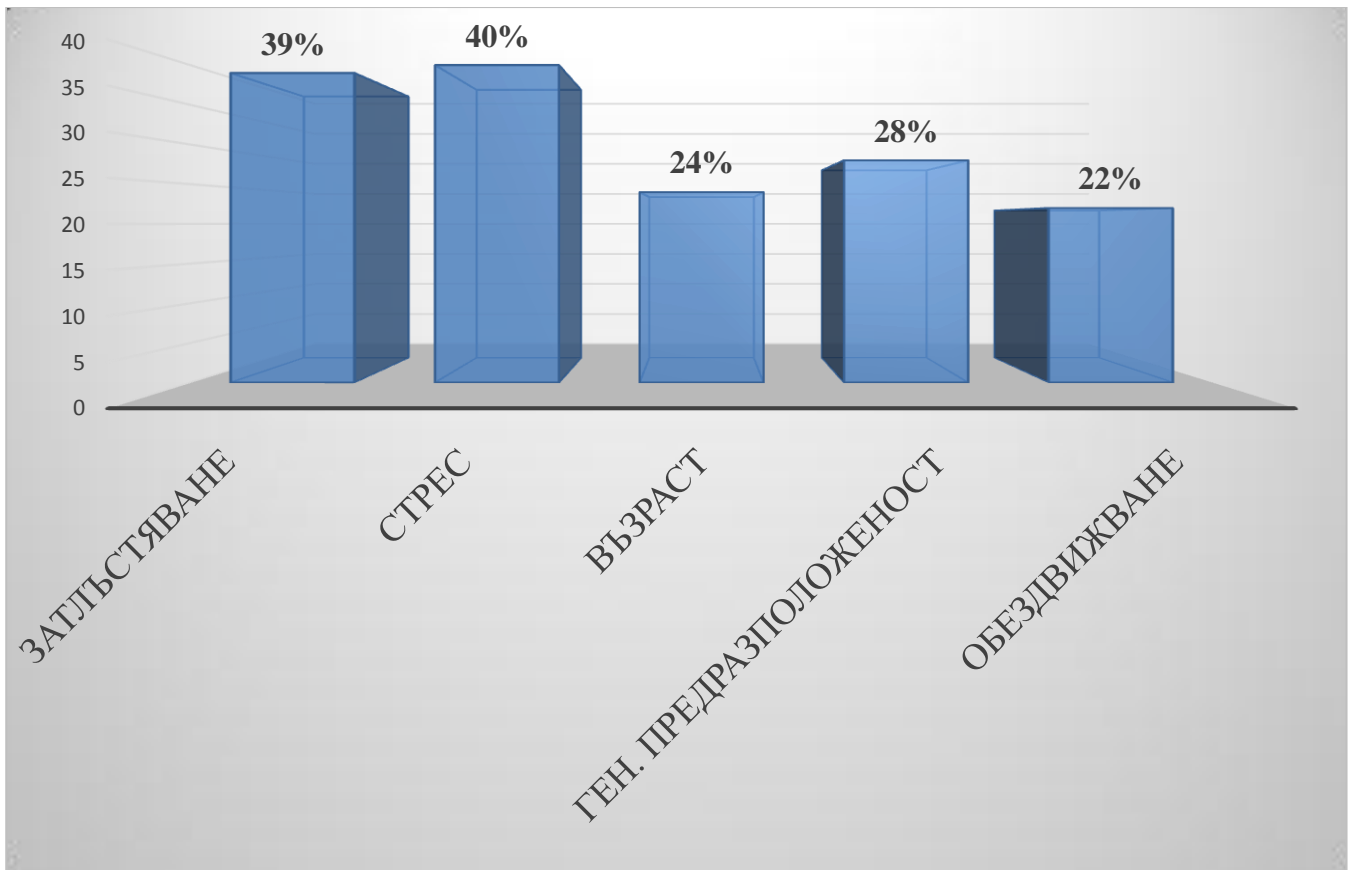
3.1.2. Какво заболяване е диабетът? Резултатите от отговорите на въпроса са представени на фигура 2.



Фигура 2. Честота на отговорите за заболяването диабет

Захарният диабет втори тип е хронично заболяване, обусловено от намаляване възприемчивостта на клетките към инсулина. В резултат на това се нарушава въглехидратния обмен и количеството на глюкозата, транспортираща се от кръвния поток нараства. Следователно захарният диабет тип 2 спада към метаболитните заболявания. Всички анкетирани студенти са дали верен отговор като са определили диабета като метаболитно заболяване (Фиг.2).

3.1.3. Кои за рисковите фактори за отключване на диабет втори тип ?
Резултатите от анкетата са представени на фигура 3.



Фигура 3. Честота на отговорите за рисковите фактори, отключващи диабет втори тип

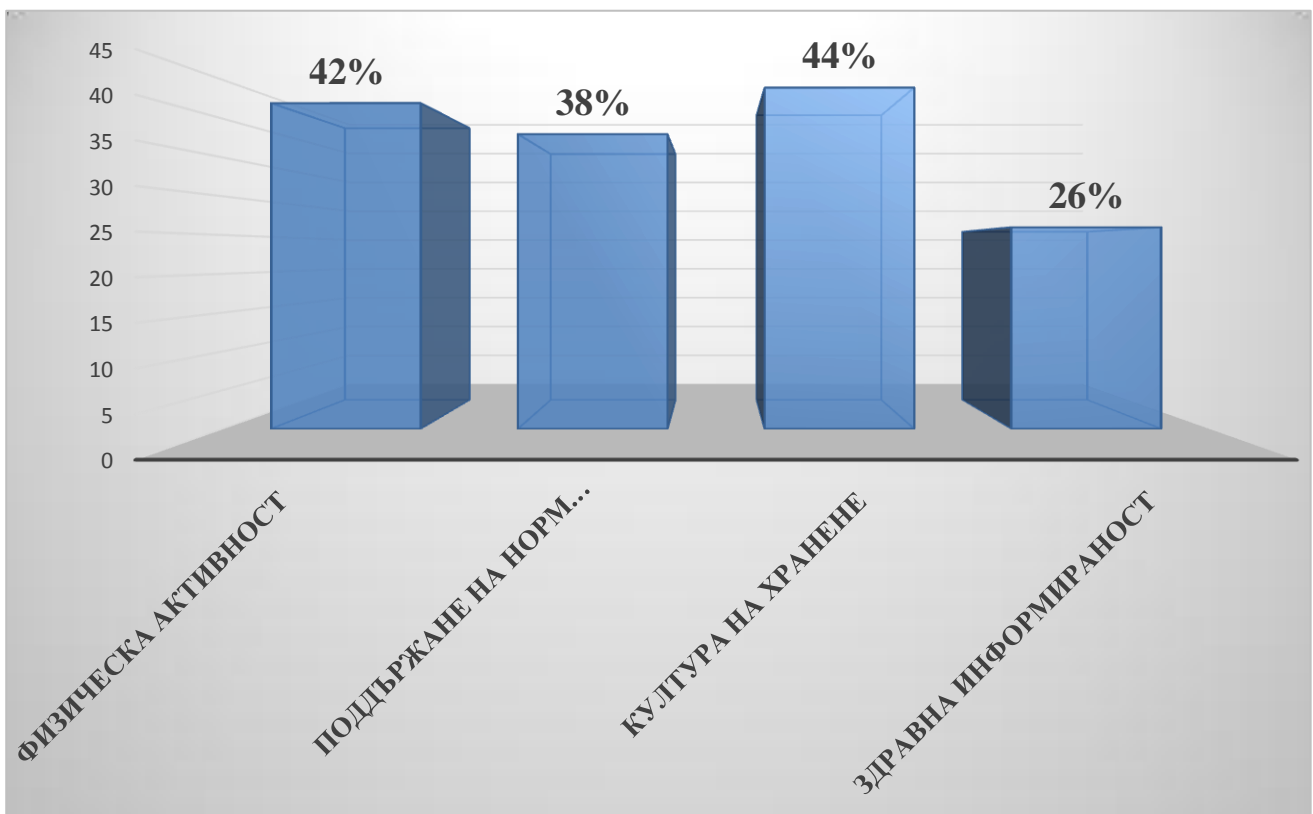
Известно е, че основните рискови фактори за диабет втори тип са наднорменото тегло, особено в областта на талията (корема), липса на физическа активност, анамнеза за гестационен диабет, нарушен глюказен толеранс, нарушена гликемия на гладно, прием на храна с висок гликемичен индекс, прием на намалено количество фибри метаболитен синдром, синдром на поликистозни яйчници, родственици със захарен диабет тип 2, хора, родени с ниско за гестационната си възраст тегло, високи нива на холестерол, повишеното артериално налягане и наследствената предразположеност. От анализа на фигурата констатирахме незадоволителна информираност на студентите по отношение на рисковите фактори за възникване на заболяването. Въпреки, че 39% от студентите определят затлъстяването като рисков фактор за отключване на заболяването, тревожен е факта, че едва 22% от анкетираните здравни

специалисти, на прага на дипломирането си, определят обездвижването като рисков фактор, а 40% посочват стреса като основна причина за развитие на заболяването.

3.1.4. Кои от посочените фактори могат да бъдат включени в превенцията на диабета и затлъстяването?

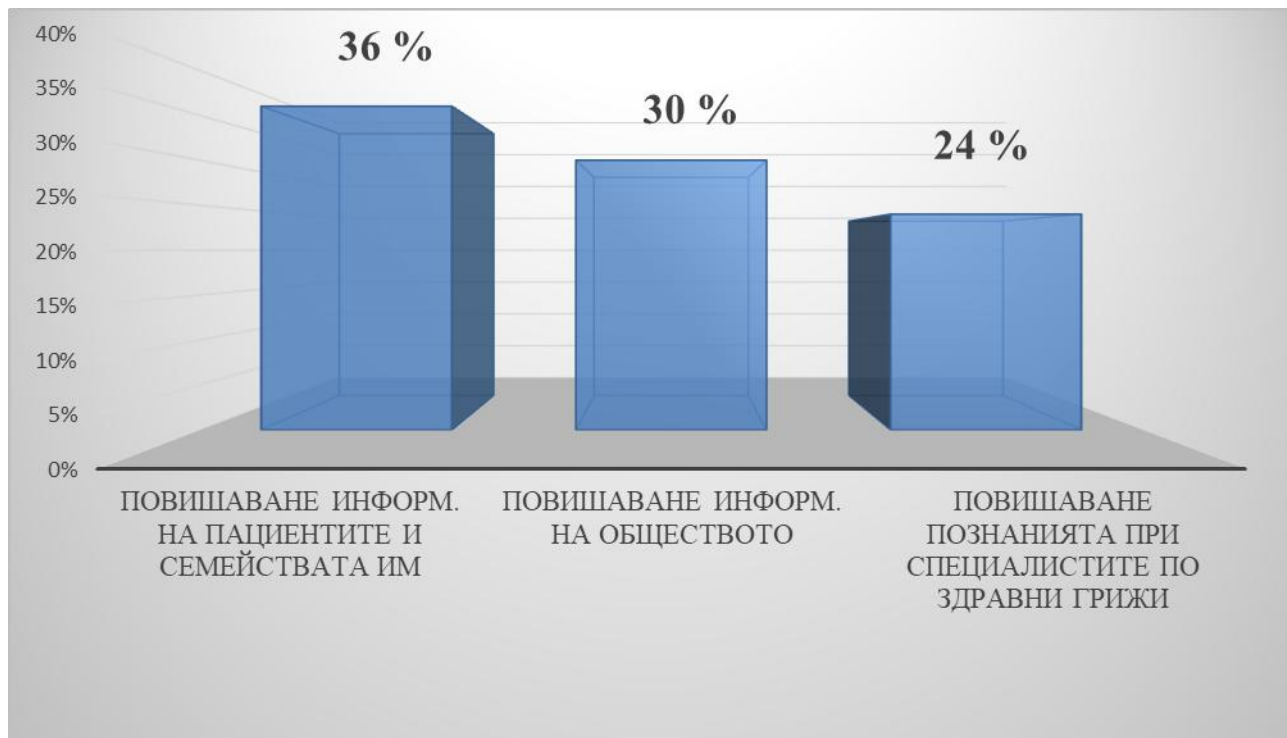
Резултатите от анкетата са представени на фигура 4.

Познанията на студентите са фокусирани правилно върху основните фактори за превенция на затлъстяване и диабет втори тип. Според 44% от анкетираните културата на хранене заема първо място, 42% посочват физическата активност, 38% определят поддържането на нормално телесно тегло и 26% са за здравната информираност. Процентът е повече от 100, защото на въпроса има повече от един отговор.



Фигура 4. Честота на отговорите кои от посочените фактори могат да бъдат включени в превенцията на диабета и затлъстяването

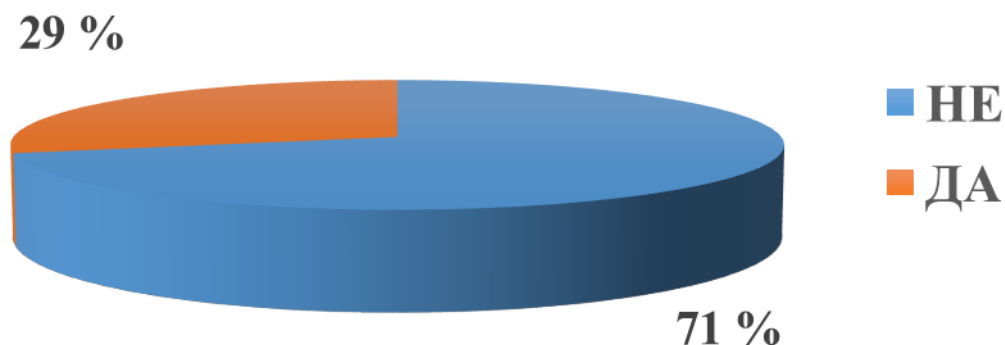
3.1.5. Кои са подходящите подходи за превенция и качествени здравни грижи при затлъстяване и диабет втори тип? Резултатите от анкетата са представени на фигура 5.



Фигура 5. Честота на отговорите за подходящи подходи за превенция и качествени здравни грижи при затлъстяване и диабет втори тип .

Повишаване на информираността на пациентите и семействата им като подходящ подход за превенция и качествени грижи при затлъстяване и диабет тип 2 са определили 36% от анкетираните. Честотата на отговора за повишаване на информираността на обществото за заболяването е 30% и 24% от анкетираните определят като подходящ подход повишаването познанията за диабет при специалистите по здравни грижи.

3.1.6. Необходимо ли е допълнително обучение по проблема диабет и затлъстяване? Резултатите от анкетата на студентите от специалността са представени на фигура 6.

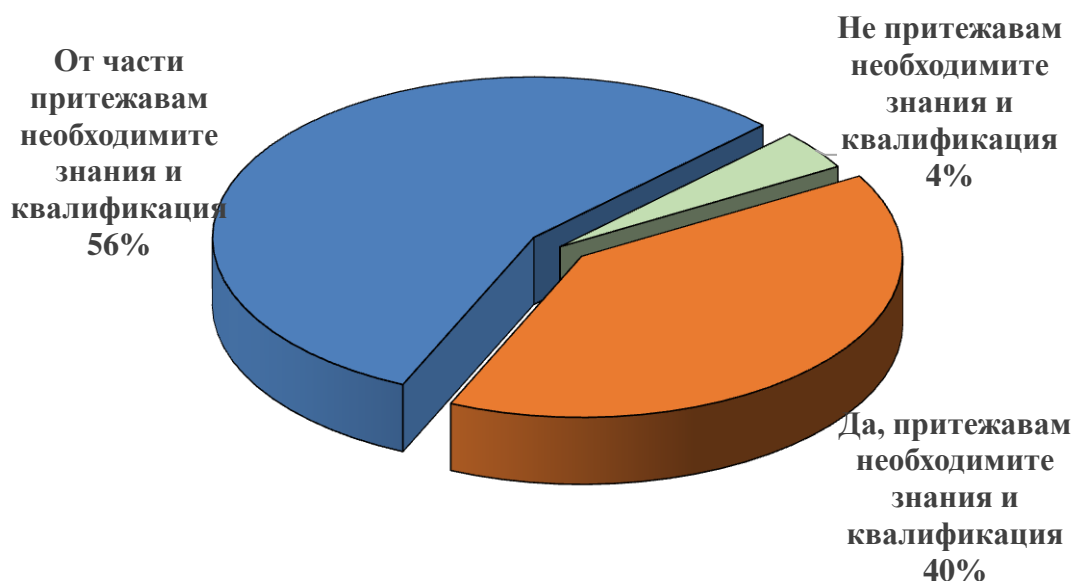


Фигура 6. Честота на отговорите за необходимостта от допълнително обучение по проблема диабет и затлъстяване във вашата специалност?

Анализът на резултатите показва, че 29% от анкетираните смятат, че няма нужда от допълнително обучение по проблема за диабет и затлъстяване. Честотата на анкетираните, които са подчертали необходимостта от допълнително обучение по проблема в тяхната специалност е 71%.

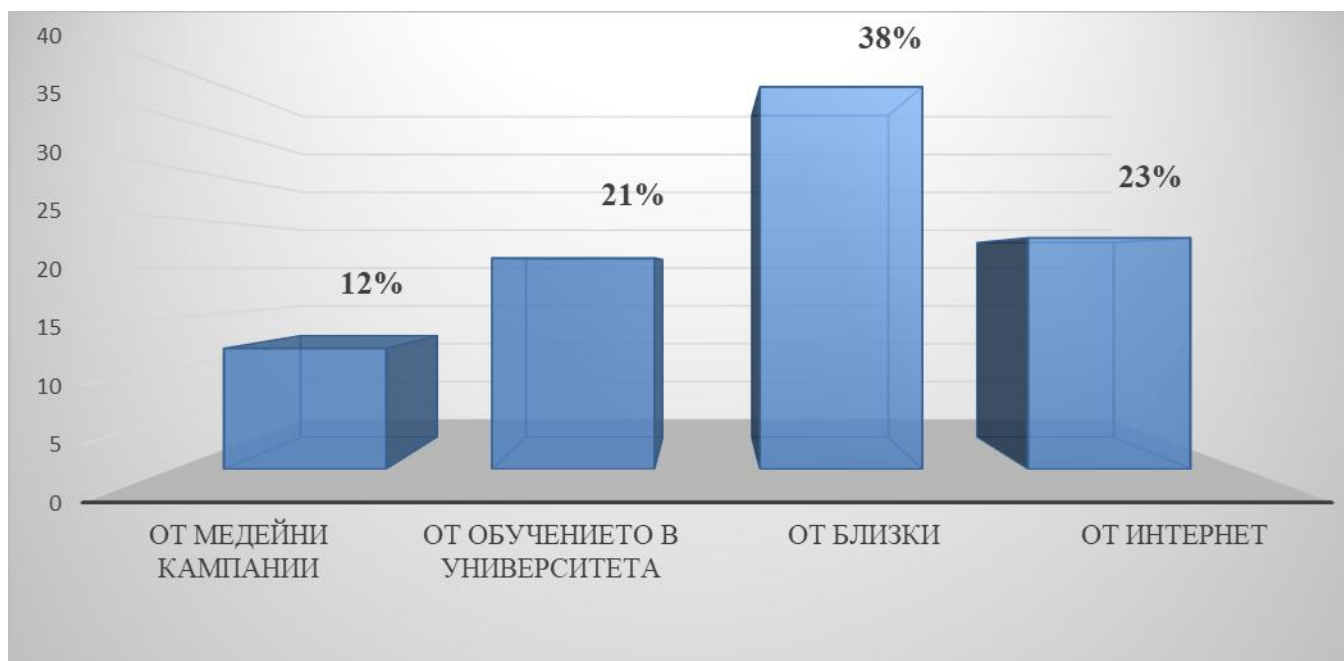
3.1.7. Резултатите от анкетата за самооценка по отношение на обучението по грижите за хора със затлъстяване и диабет са представени на фигура 7.

Анализът на резултатите показва, че 56% от анкетираните студенти притежават отчасти необходимите знания и квалификация, 40% заявяват категорично, че притежават необходимите знания и квалификация и 4% признават, че не притежават необходимите знания и квалификация.



Фигура 7. Честота на отговорите за самооценка по отношение на обучението по грижите за хора със затлъстяване и диабет.

3.1.8. Резултатите от анкетата за наличие на информация за затлъстяването и диабет втори тип са представени на фигура 8.



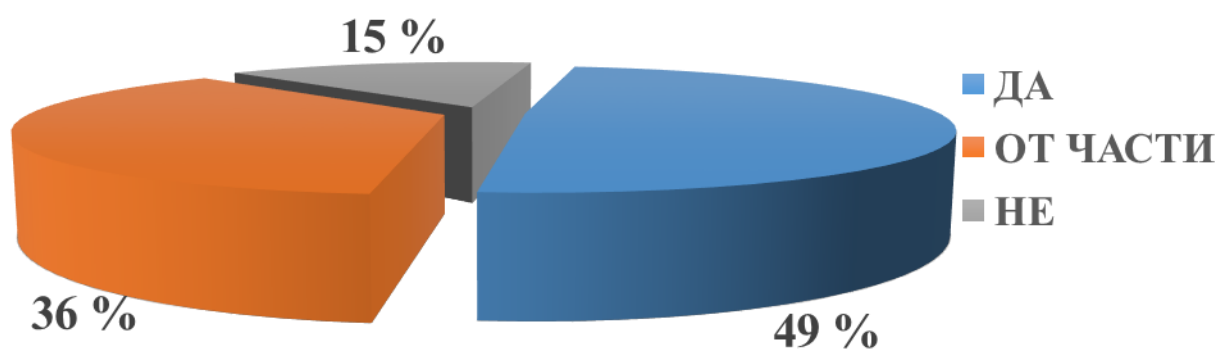
Фигура 8. Честота на отговорите за информацията за затлъстяването и диабет втори тип

Изследването показва, че 38% от студентите получават информация за заболяванията от близки. Една част (23%) получават информация от интернет. Честотата на студентите, които получават информация за двете заболявания по време на обучението си в Университета е 21% и 12% се информират от медийни кампании. (Процентът е повече от 100, защото от анкетираните на въпрос 10 е възможен повече от един отговор)

3.1.9. Каква е вашата мотивация за професионална реализация в сферата на грижите за хора със затлъстяване и диабет са представени на фигура 9.

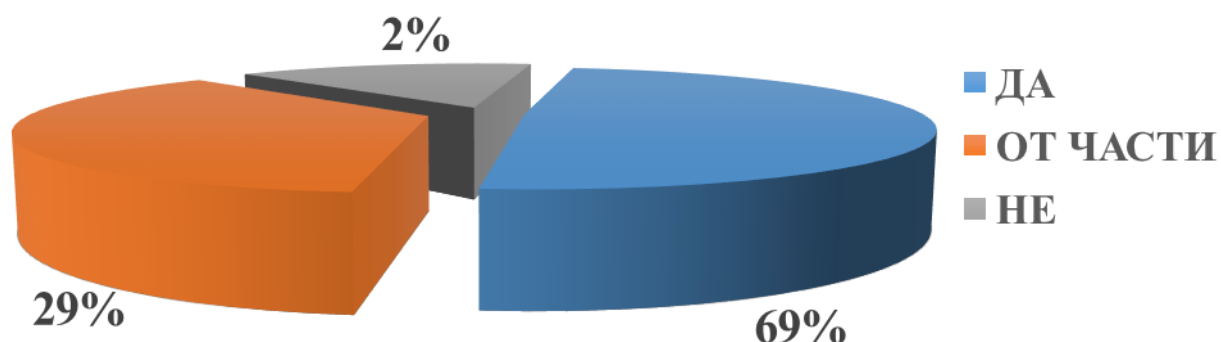
Повишеното ниво на знания за обезитета и диабета от втори тип, както и тяхната превенция са мотивиращ фактор за работа с такива пациенти. Мотивацията е процес, който активира, насочва и поддържа поведението на човек.

Анализът на резултатите от анкетата показват, че 49% от анкетираните са мотивирани да се грижат за хора със затлъстяване и диабет, 36% отчасти и 15% не се чувстват мотивирани за работа с пациенти с двете заболявания.



Фигура 9. Честота на отговорите за мотивация за професионална реализация в сферата на грижите за хора със затлъстяване и диабет.

3.1.10. Изпитвате ли затруднения при взаимоотношенията с пациенти със затлъстяване и диабет тип 2?



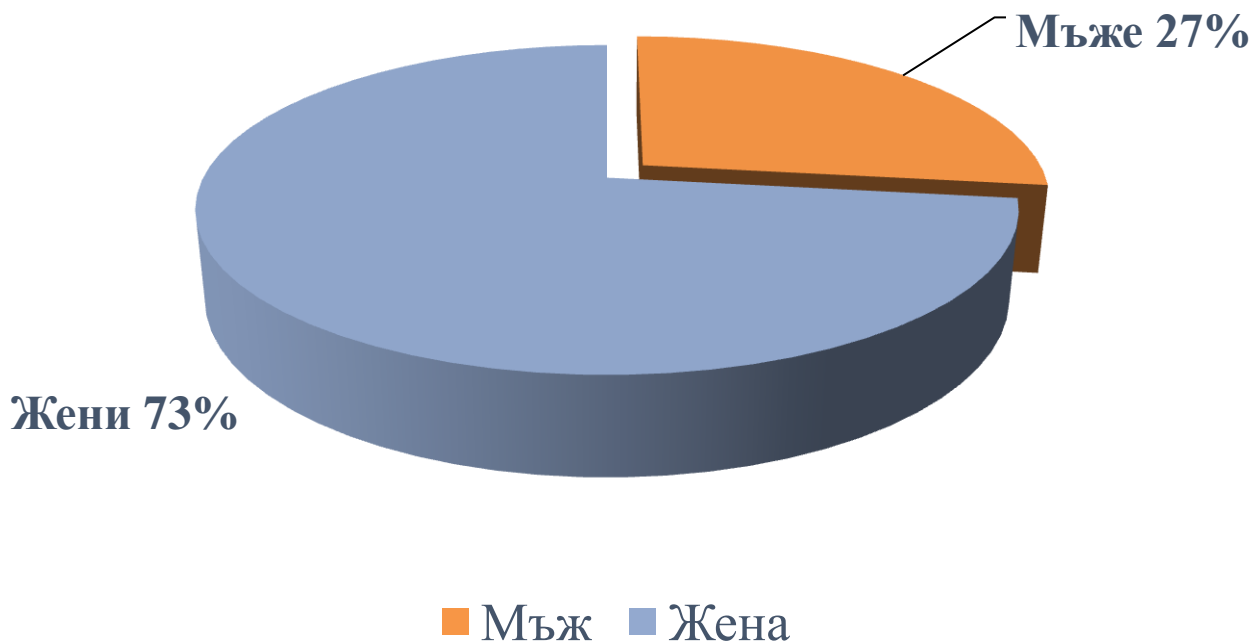
Фигура 10. Честота на отговорите на студентите относно взаимоотношенията им с пациенти, страдащи от затлъстяване и диабет.

От диаграмата става ясно, че повече от половината студенти не се затрудняват да работят със затлъстели пациенти, или такива с диабет. Само 2% имат трудности при контактуването с тях.

Въз основа на направеното проучване можем да направим извода, че е необходимо обучението на студентите в медицинските звена да бъде актуализирано, обогатено и насочено към социално-значимите заболявания – затлъстяване и диабет втори тип (обект на дисертационния труд) , с оглед превенция и адекватни здравни грижи. За това именно там трябва да се акцентира за професионалните умения и съвременните грижи за тези пациенти.

3. 2. Проучване на пациенти с диабет

В нашето изследване са анкетири 104 пациенти, диагностицирани с диабет втори тип , 28 от които са мъже и 76 жени. Резултатите от проучването са представени на фигура 11.



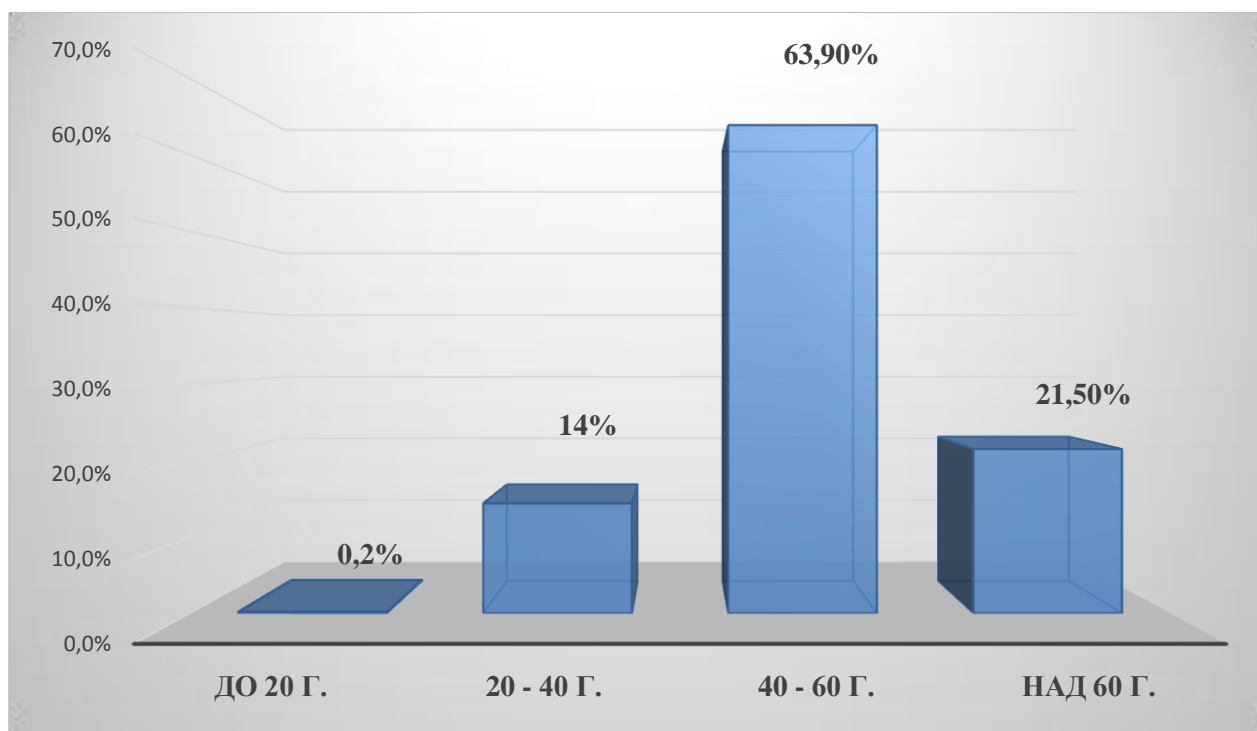
Фиг. 11 Разпространение на диабет втори тип по пол

В проучването са включени 27% мъже и 73% жени. Установяваме, че болестта е разпространена и сред двата пола, с превес на разпространението сред женския пол. Дали разликата в процентното съотношение между мъжете и жените се дължи на различни хормони, на социалноикономически фактори или комбинация от двете, не може да се твърди със сигурност. Но е факт, че нашето проучване съвпада със световните статистики - половината от диабетиците в света са жени (останалите 50% се поделят между мъжете и децата).

3.2.1. Разпределение на диабет втори тип по възраст

България е определена като страна със застаряващо население. Още през 1963 година с оглед на демографските проблеми на населението и общото застаряване на българската популация, Световната Здравна Организация възприе, утвърди и усъвършенства следната възрастова класификация

- средна възраст - 45 -64 години;
- възрастни - 65-74 г. ;
- стари хора - 75+ години



Фигура 12. Честота на разпределение на диабет втори тип по възраст

С напредване на възрастта вероятността от заболяване от диабет се увеличава. Рискът се покачва особено след 40-50 годишна възраст, особено при водене на нездравословен начин на живот и някои придружаващи заболявания. От фигурата се вижда, че най-много пациенти са от средна възрастова група (40-60 години) - 63,9%, следвани от пациентите на възраст над 60 години - 21,5%. Пациентите с диабет до 20 годишна възраст са 0,2%, а тези между 20-40 годишна възраст - 14,4%. Диабетът намалява средната продължителност на живот и това зависи от възрастта, в която се е открил.

3.2.2. Как е диагностицирано заболяването?

Липсата или дефицита в познанията за основните биологични и поведенчески рискови фактори за хроничните неинфекциозните болести е една от основните причини за високата заболеваемост и смъртност сред българското население. Друг специфичен феномен е, че когато знанията са налице, те не са ефективни поради подценяване или неспазване на основни правила на здравната

профилактика. Това до голяма степен се дължи на липсата на мотивация за водене на здравословен начин на живот.

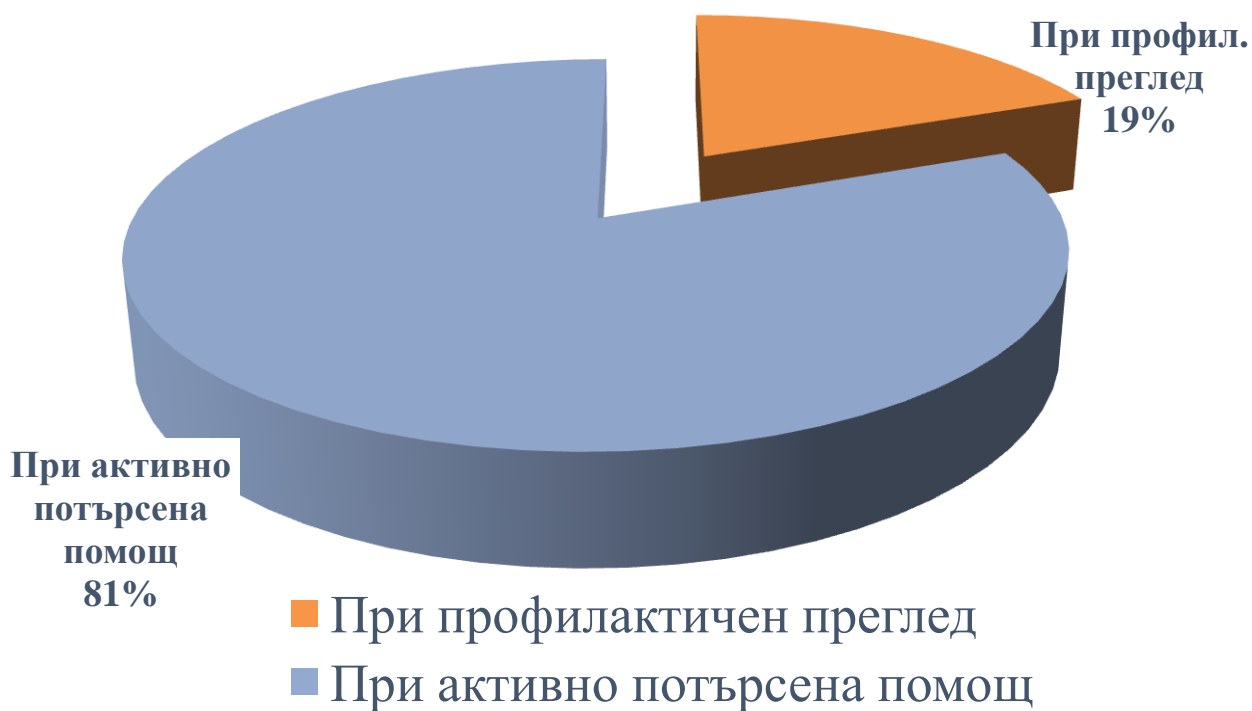
Ниската здравна грамотност означава липса на профилактика, неразбиране и неспазване на назначената терапия от личния лекар или специалист. Ниската грамотност води до влошено здравно състояние на населението, до увеличаване риска от пациентски и лекарски грешки, до увеличаване на хоспитализациите и до нарастване на личните и публични разходи за здравеопазване (проф. К. Чамов).

Медицинската (здравна) грамотност предполага, хората да имат необходимите знания, умения и мотивация за получаване, разбиране и анализиране на медицинска информация. Здравното образование е важно за постигането на глобалните здравни цели (предотвратяване на глобалните заплахи за здравето, подобряване на продължителността на живота и продължителността на живота). Европейското проучване за здравната грамотност (2013) установи, че броят на възрастните хора с ниски нива на здравна грамотност в Европа е притеснително голям. Оказва се, че ниските нива на здравна грамотност водят до влошено здраве и повече случаи на хоспитализация. Над 60% от българите са с ограничена здравна грамотност. (Медицинския университет-София)

Тези тревожни резултати разкриват един по-сериозен проблем, пред който се изправя здравната ни система. Ниското ниво на здравна грамотност влияе сериозно не само на производителността и конкурентноспособността, но и създава предизвикателства пред здравните системи и оказва натиск върху националните бюджети за здравеопазване.

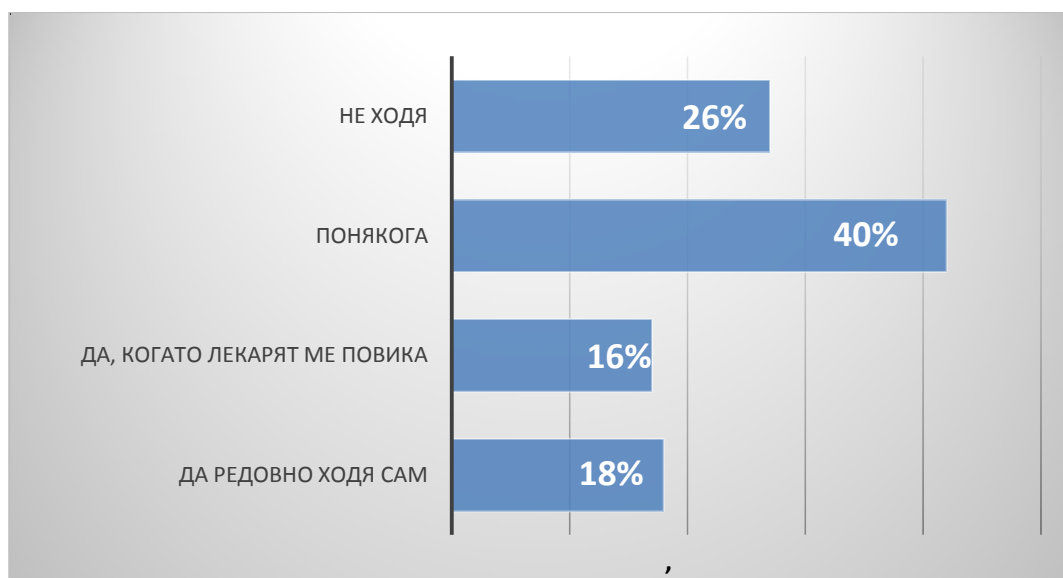
Добре информирани пациенти, които са здравно грамотни, и се отнасят отговорно към своето здраве и работят съвместно с лекарите, се превръщат в много мощен инструмент за подобряване здравето и благосъстоянието на хората.

От фигурата се вижда, че при само 19% от анкетираните заболяването е диагностицирано при профилактичен преглед, а при 81% след активно потърсена помощ, след изява на заболяването. Провеждането на профилактични прегледи са ключов фактор за отсрочване на проблемите при пациентите.



Фигура 13. Диагностициране на заболяването

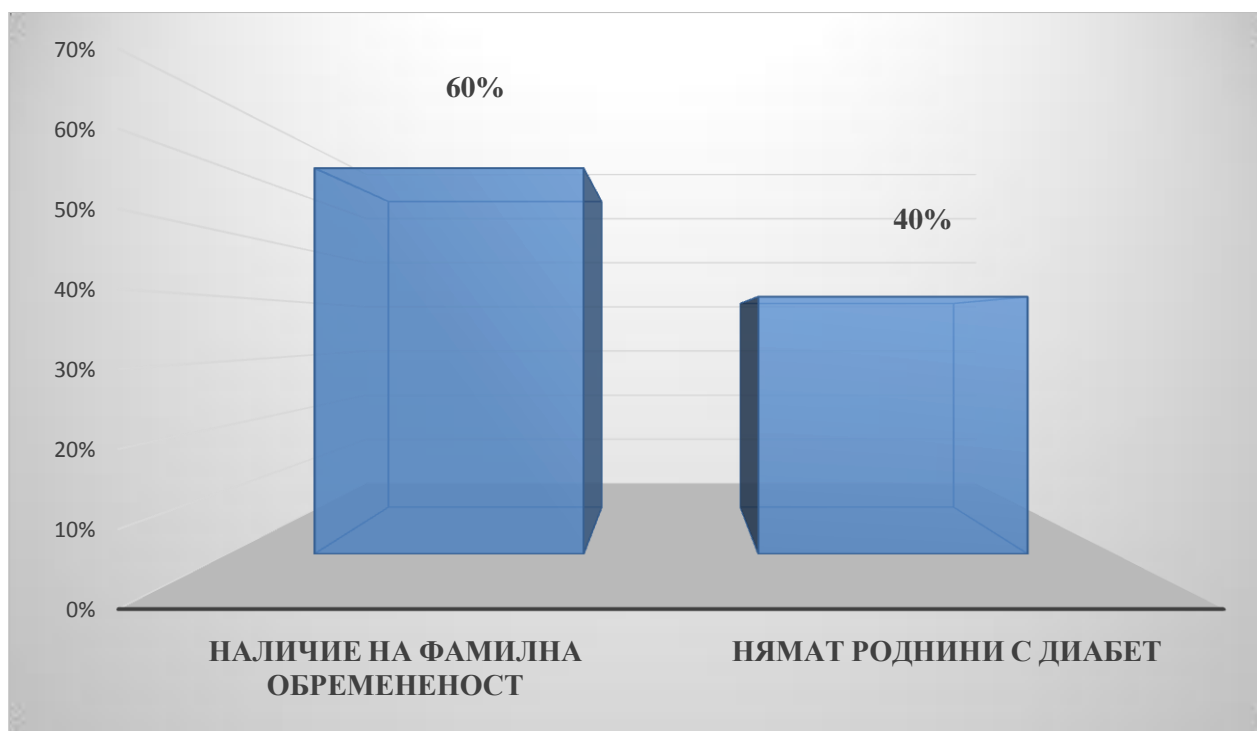
За установяване честотата на посещенията при личния лекар, поставихме въпроса: „Редовно ли ходите на профилактични прегледи?“ . Анкетираниите, които редовно ходят на профилактични прегледи са 18%, тези които ходят когато лекарят ги повика са 16%, 40% от пациентите извършват профилактичните прегледи понякога, а тези които изобщо не ходят са 26%. (фиг. 14)



Фигура 14. Извършване на профилактични прегледи

Изследването ни има за цел да се запознае с фамилната обремененост, като анкетираните отговарят на въпроса дали имат роднини със същото заболяване?

Резултатите от изследването потвърждават теорията за наследствената предразположеност на захарния диабет. При 60% от анкетираните пациенти се наблюдава фамилна обремененост, т.е те имат роднини с това заболяване, а 40% нямат роднини с диабет (фиг. 15).



Фигура 15. Честота на анкетираните за фамилна обремененост със захарен диабет

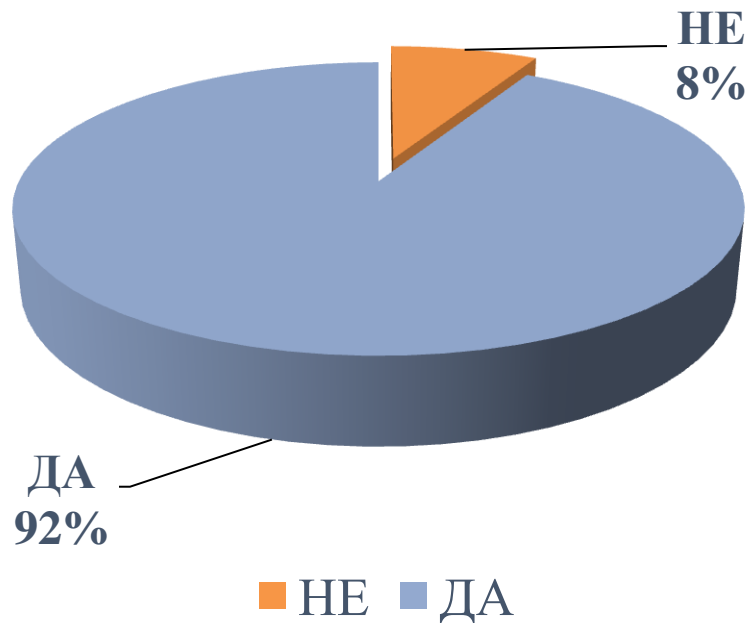
Всеки индивид носи своята наследственост, която за съжаление при диабета е определяща. Човек не унаследява самото заболяване, а генетичната предразположеност към него. Срещата на организма с редица външни фактори като вируси, химикали, стресови ситуации и други могат да отключат поредица от аутоимунни процеси, които да увредят и унищожат клетките на панкреаса. Така се развива т.н. младежки тип диабет. В по-късна възраст, като теглото се увеличи прекомерно, вероятността от развитие на диабет нараства многократно.

3.2.3. Ползвате ли апарат за измерване на кръвната захар?

При диабетно болните и предразположените към него е необходима редовен контрол на кръвната захар. Резултатите, които установихме са показателни за сериозното отношение на пациентите към собственото здраве, защото добре контролирания диабет е предпоставка за добър стил на живот.

От фигурата се вижда, че 92% от анкетираните самоконтролират кръвната си захар в домашни условия с помощта на глюкомер. С това се намалява риска от усложнения на заболяването. Само 8% от анкетираните не ползват глюкомер.

Резултатите от изследването са представени на фигура 16.



Фигура 16. Честота на хората, редовно измерващи кръвната захар с глюкомер

3.2.4. Имате ли наднормено тегло?

Резултатите от анкетата са представени на фигура 17.

При хора с наднормена телесна маса съществува висок риск от възникване на здравословни проблеми. Индекс за оценка на затлъстяването и загуба на тегло е отношението обиколка ханш-талия. При обиколка на талията над 94 см при мъжете и над 80 см при жените е необходима редукция на телесната маса. За обиколка над 102 см при мъжете и 88 см при жените изисква професионален съвет за решаване на проблема.



Фигура 17. Честота на хората с или без наднормено тегло

Анкетата показва, че пациентите с наднормено тегло са 81%, а с тегло в рамките на нормата- само 19%.

Теглото в нездравословни граници намалява качеството и продължителността на живота.

Често, дори само увеличената талия и натрупани мазнини в коремната област

могат да са притеснителни. Успехът на усилията за превенция и терапия на

болестното свръхтегло зависи от активното съучастие на обществото като цяло,

на средствата за масова информация и последователното включване на всички

държавни институции. Профилактиката на затлъстяването в зряла възраст

започва още в детския и юношески период. Свръхтеглото и затлъстяването при

деца и юноши трябва да бъде навреме овладяно. Лекарите диетолози са водещи

при прилагане на диетичните режими, а рехабилитаторите – при дозирането на

двигателната активност, в това число и фитнес-процедурите. Същността на

промоцията на здраве е в осъзнаването, че тялото, умът и духът непрекъснато си

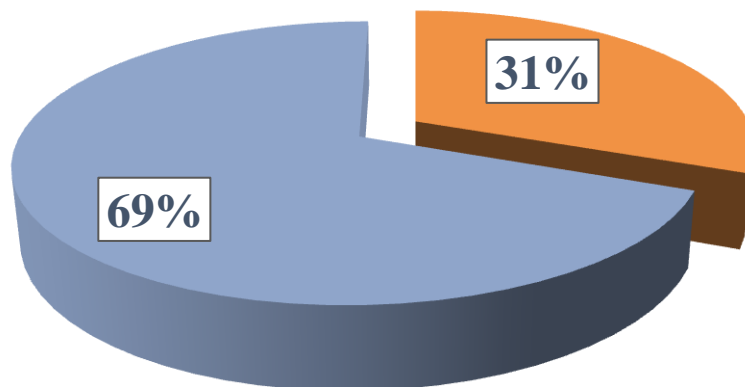
взаимодействат и те определят отношението ни към болестта.

3.2.5. Хранене

Здравословното хранене е необходимост и е едни от основните фактори за контролирания диабет при пациентите. Спазването на диета спомага за нормални нива на кръвната захар. Пълноценно диетично хранене могат да си позволят 31% от анкетиранияте, 69% от анкетиранияте не са в състояние да си осигурят диетично хранене.

Спазвате ли добри хранителни навици?

Резултатите от отговорите на анкетиранияте пациенти са представени на фигура 18.



- Хранят се здравословно
- Не се хранят здравословно

Фигура 18. Честота на хората с и без здравословно хранене

Връзката между пола и пълноценното здравословно хранене е показана на таблица 4. Полученият резултат за $\chi^2 - (\chi^2_{emp})$ по данните от табл. е 0,48. $\chi^2_{emp} < \chi^2_{\alpha}$, Отчита се , че няма връзка между пол и пълноценно здравословно хранене.

То е отговорност за всеки, независимо от пола.

Таблица 4. Връзка между пола и пълноценното здравословно хранене

		Пълноценно здравословно хранене		Общо
		Да	Не	
Пол	Мъж	15	13	28
	Жена	33	43	76
Общо		48	56	104

Връзката между пол и наднормено тегло сме определили с помощта на χ^2 -критерия на Пирсън на базата на резултатите от табл. 5. Данните са обработени с помощта на SPSS v.19. Емпиричната стойност на χ^2 (изчислена от таблицата е 1,007. Табличната стойност на χ^2 -критерия на Пирсън (χ^2_α за равнище на значимост 0,01 е 9,21. Това означава $\chi^2_{\text{emp}} < \chi^2_\alpha$, т.е. констатираме, че няма връзка между пол и наднормено тегло. Следователно обезитет при пациентите с диабет се отчита и при двата пола.

Табл. 5 Връзка между пол и наднормено тегло

		Наднормено тегло		Общо
		да	не	
Пол	Мъж	12	16	28
	Жена	41	35	76
Общо		53	51	104

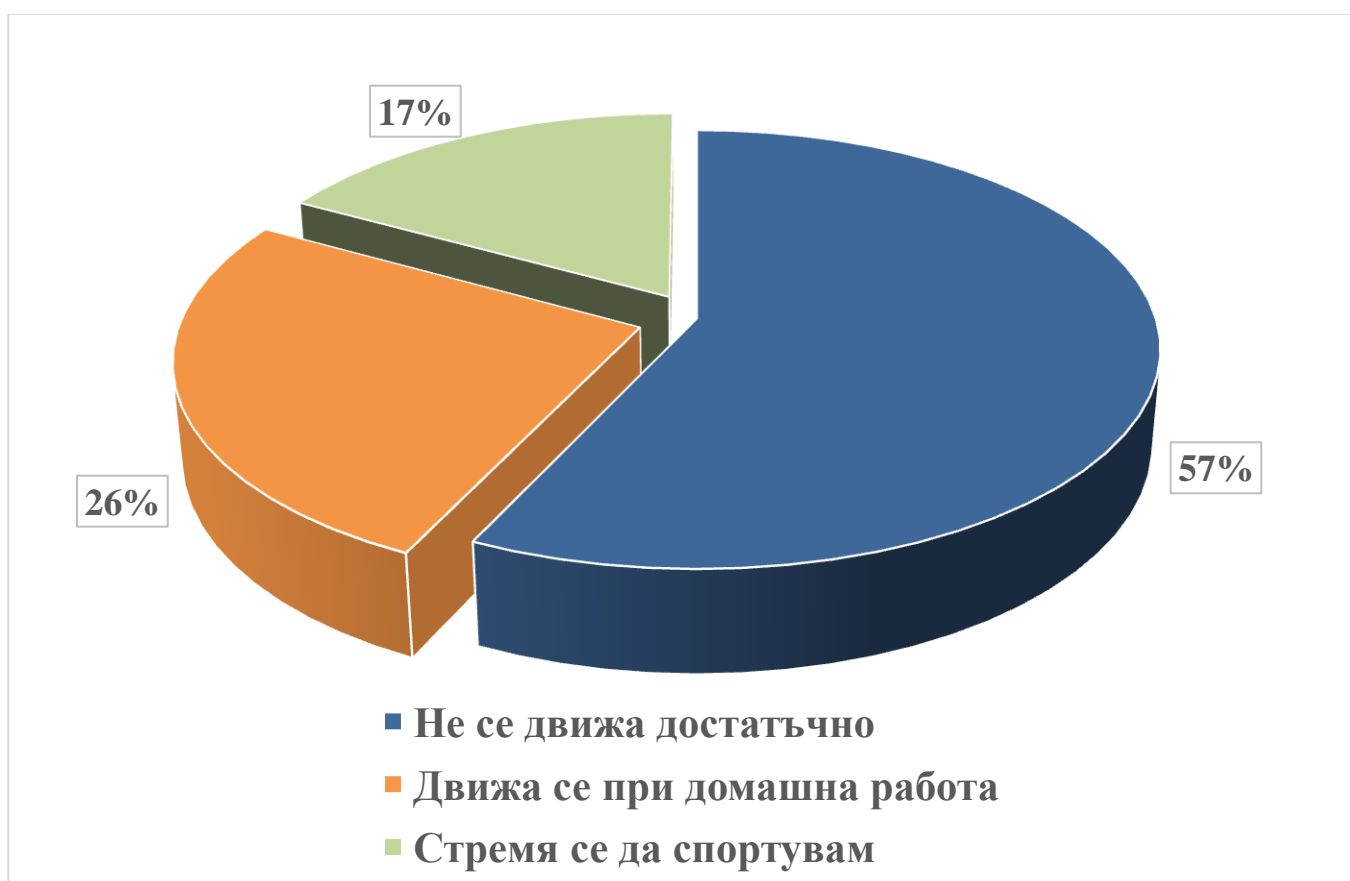
От стойностите в таблица 6 се установи, че няма връзка между възраст и наднормено тегло. Отчита се затлъстяване както при по-младите пациенти, така и при тези в активна и напреднала възраст. Получената стойност на χ^2 -критерия на Пирсън е 5,336. Табличната стойност на χ^2 -критерия на Пирсън (χ^2_α за равнище на значимост 0,01 е 9,21, $\chi^2_{emp} < \chi^2_\alpha$).

Таблица 6. Връзка между възраст и наднормено тегло

		Наднормено тегло		Общо
		да	не	
Възраст	до 20г.	2	0	2
	20-40г.	6	10	16
	40-60г.	36	27	63
	над 60г.	9	14	23
Общо		53	51	104

3.2.6. Физическа активност

Проверихме какво е нивото на двигателната активност сред пациентите. Според данните от анкетното проучване, висок процент от изследваните лица не упражняват физическа активност по различни причини (Фиг.19). Липсата на свободно време, финанси и индивидуална мотивация са сред факторите за намалената двигателна култура. За 26% от изследваните движението се свежда до битово-трудова задължения.



Фигура 19. Физическа активност

Резултатите за връзката между възраст и двигателна активност са представени в таблица 7. Вижда се, че има връзка между възраст и физическа активност. Емпиричната стойност на $\chi^2 - (\chi^2_{emp})$, изчислена от таблицата е 22,639 Табличната стойност на χ^2 -критерия на Пирсън $-(\chi^2_{\alpha})$ за равнище на значимост 0,01 е 9,21. Това означава $\chi^2_{emp} > \chi^2_{\alpha}$, т.е има връзка между възраст и физическа активност. По – ниската възрастова група отчита по – голяма мотивация за формиране на спортни и двигателни навици.

Таблица 7. Връзка между възраст и физическа активност

Възраст пациенти		Физическа активност			Общо
		стремя се да спортувам, ходя пеша	движа се при домашна работа	не се движа достатъчно	
	20- 40г.	6	2	8	
	40- 60г.	10	22	31	
	над 60г.	0	6	17	
Общо		18	30	56	104

Според СЗО препоръки за възрастни между 18 и 64 години са физическата активност да включва активни дейности в свободното време, придвижване (ходене или каране на колело), работна дейност, домашни задължения, играене на игри, практикуване на спорт или планирани ежедневни занимания, такива свързани със семейството или участие в обществени мероприятия. Общата физическа активност на възрастните за една седмица трябва да бъде минимум 150 минути умерена или 75 минути високо-интензивна или еквивалентна

комбинация между двете. Ежедневно човек трябва да ходи пеша или да кара колело 30-60 минути . На ден са нужни 10000 крачки (61).

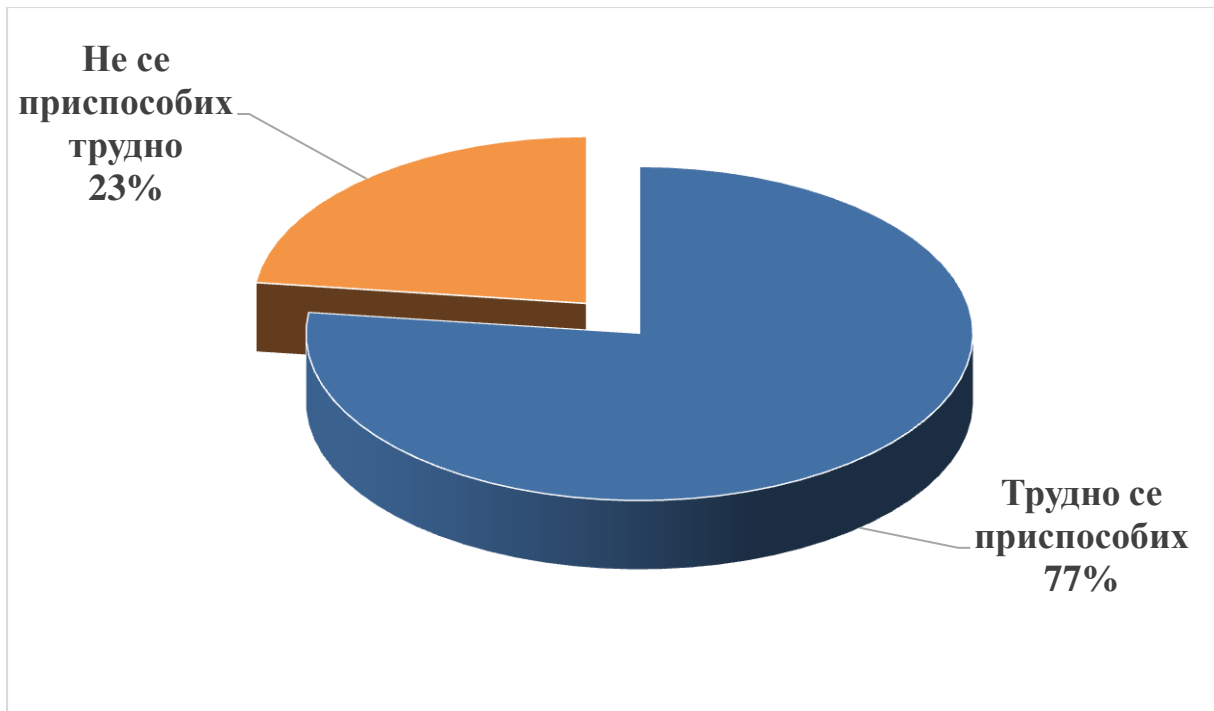
Таблица 8. Връзка между пол и физ. активност

		Физическа активност			Общо
		Стремя се да спортувам, ходя пеша	Движа се при домашна работа	Не се движа достатъчно	
Пол	Мъж	8	4	16	28
	Жена	10	26	40	76
Общо		18	30	56	104

От данните в таблица 8 се вижда, че няма връзка между пола и физическата активност. И при мъжете и при жените активния начин на живот не е силно застъпен в ежедневието.

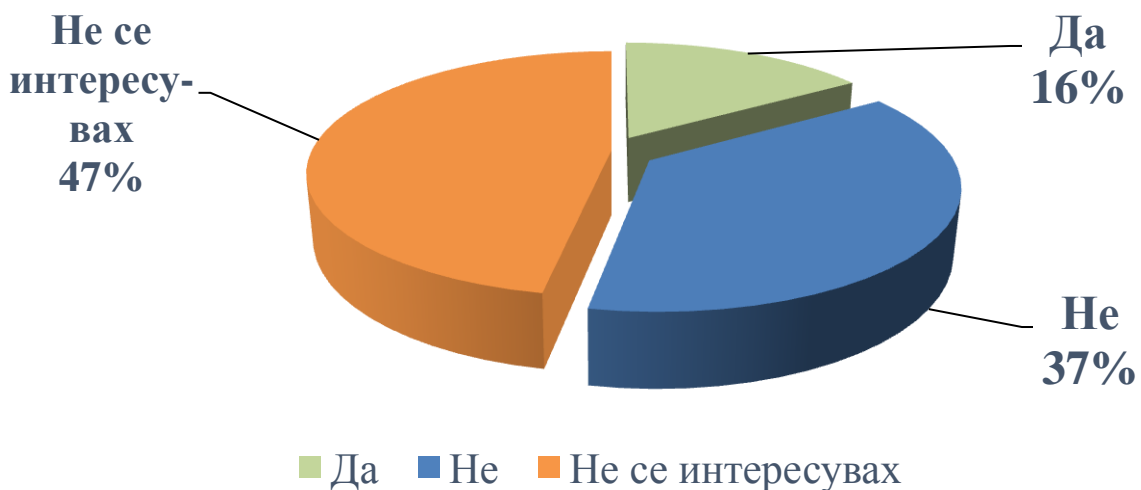
Диабетът е хронично заболяване, което представлява предизвикателство за заболялия, а понякога става и психическа тежест. Много често диабетиците страдат от депресии. Дали дадена депресия е съществувала преди заболяването от диабет или се е развила впоследствие, при всеки болен е различно. Като причини за трудното адаптиране след диагностициране на заболяването, голяма част от изследваните изтъкват страх от перспективата занапред да се живее с диабет. Адаптацията към заболяването, социални, финансови, емоционалните и физически промени, както и промяна в ежедневието и начина на живот са особено важен момент , с който трябва да се справят пациентите (**77 %**).

Отговорите на въпроса дали е трудно болните да се приспособят към начина на живот, който болестта налага са представени на фигура 20.



Фигура 20. Честота на хората за приспособяване

Попитахме анкетиранияте дали са имали достатъчна информация относно превенцията на диабета. Средствата за превенция на широко разпространения захарен диабет тип 2 са общодостъпни и приложими при всички хора, застрашени от това заболяване. Необходими са само информираност, добра мотивация и воля от страна на пациента. Информирани за превантивните мерки са 16% от анкетиранияте, 37% нямат информация, а 47% не се интересуват от проблема (фиг. 21).



Фигура 21. Информация за превенция

Таблица 9. Връзка между пол и информация за превенция на диабета

		Информация за превенция			Общо
		да	Не	не се интересувам	
Пол	Мъж	5	8	15	28
	жена	9	26	41	76
Общо		14	34	56	104

От резултатите в таблицата се вижда, че няма връзка между пол и информация за превенция на диабета, табличната стойност на χ^2 -критерия на Пирсън $-(\chi^2_{\alpha})$ за равнище на значимост 0,01 е 9,21. Това означава $\chi^2_{emp} < \chi^2_{\alpha}$.

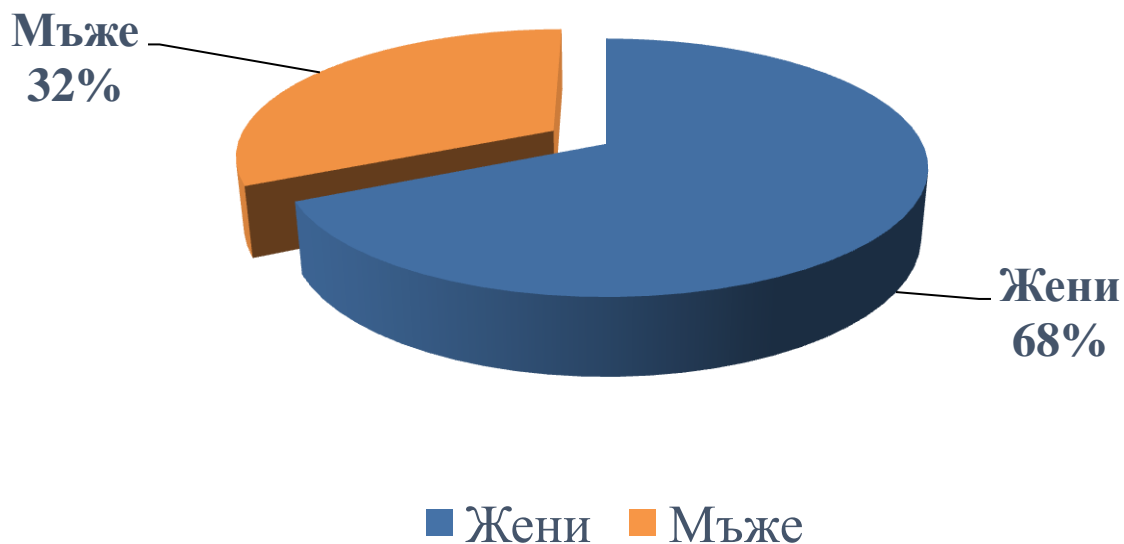
Диабет втори тип се проявява в две форми: граничен диабет, който представлява състояние без изявиени симптоми, и нормален диабет, при който се наблюдават определени симптоми. Групата с най-висок риск са хората с граничен диабет и наднормено тегло. Тъй като не изпитват необходимост да се консултират с лекар, те нямат представа, че имат здравословен проблем. Нормалното телесно тегло е ключов фактор не само в превенцията срещу затлъстяването, а и към избягване диагнозата „захарен диабет втори тип”.

Пациенти с наднормено тегло и преддиабетни стойности на кръвната глюкоза, при спазване на балансирана диета и активен двигателен режим, могат да постигнат обратно развитие на метаболитното си нарушение.

Именно към този контингент е насочено нашето проучване.

3.3. Проучване на пациенти със затлъстяване

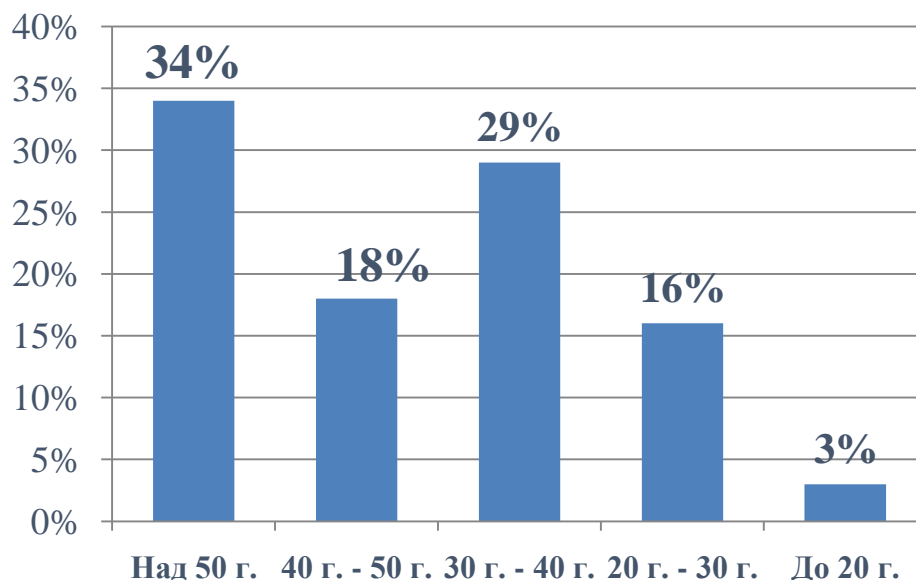
Във втората контролна група са анкетирани 170 човека – 55 мъже и 115 жени. При съпоставката на показателя „ пол „ се вижда, че мъжете с наднормено тегло са 32% и 68% жени (фиг.22)



Фигура 22. Процент анкетирани мъже и жени

Изследвания показват, че затлъстяването при мъжете се е увеличило трикратно, докато при жените увеличението е два пъти.

При разпределение на анкетираните пациенти по възраст най-голям дял имат над 50г - 34%, следвани от хората на възраст от 30 - 40г.- 29%, възрастовата група от 40-50г съставлява 18%, от 20-30 г.-16% и 3% са на възраст до 20г. (фиг.23)



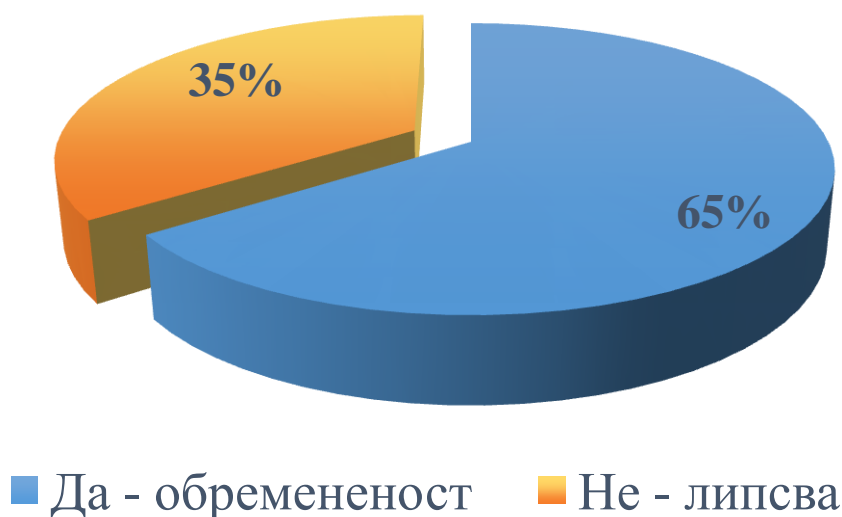
Фиг. 23. Разпределение на анкетиранияте пациенти по възраст

От фигурата се вижда, че честотата на затлъстяването е висока при хората на 50 години, а успоредно с това се увеличава и продължителността на живота в повечето региони на света. Тази възрастова популация се отличава със специфика, обуславяща и особеностите в подхода спрямо затлъстяването. Съвременни метаанализи показват, че при някои заболявания (застойна сърдечна недостатъчност, бъбречна недостатъчност, остър коронарен синдром и други) пациентите с наднормено тегло и лекостепенно затлъстяване имат по-добра преживяемост и прогноза – т. нар. “парадокс на затлъстяването” Все още не е уточнена граничната стойност за ИТМ, която да прогнозира по-добрите здравни последици при хората в напреднала възраст. Стойността на ИТМ, показваща повишен риск от смъртност е по-висока при по-възрастни, отколкото при по-млади ($>30 \text{ kg/m}^2$). “Парадоксът на затлъстяването” не трябва да доведе до подценяване на рисковете, свързани със затлъстяването при хората на възраст над 50 години.

В останалите възрастови групи процентните стойности също са притеснителни. Може би тази тревожна картина е вследствие неосъзнаването на проблема затлъстяване при по-млади хора, липсата на воля и мотивация за спазване на подходящ хранителен режим и недостатъчната физическа активност.

Тъй като няма индикация за патология в младия организъм, се стига до negliжиране на проблема.

На въпроса за наследствената обремененост, положително са отговорили 65% от анкетираните, а при 35% от пациентите няма фамилна предразположеност (фиг.24).



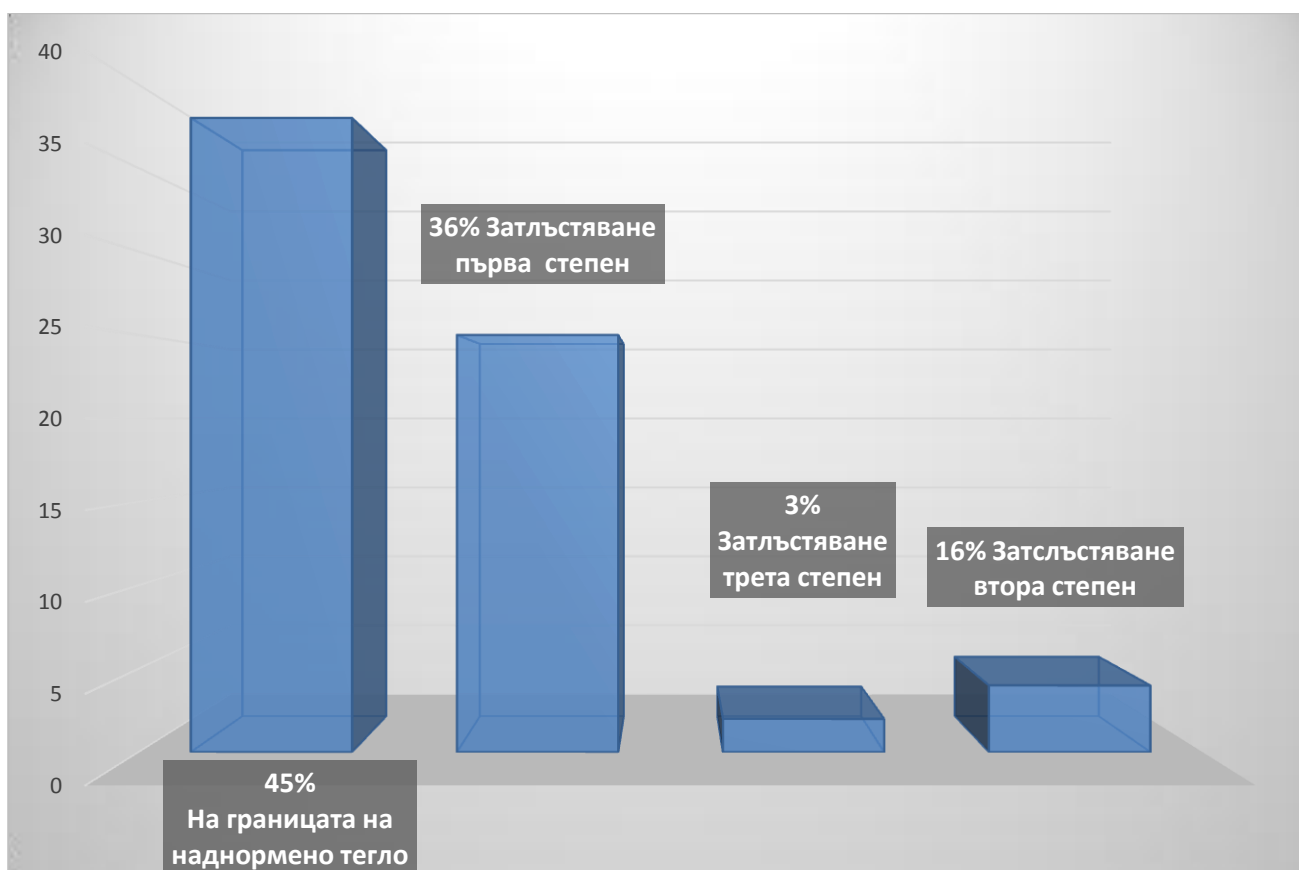
Фиг. 24. Наследствена обремененост

Затлъстяването е мултифакторно заболяване. Независимо дали един или повече гени предопределят предразположеност към натрупване на мазнини, винаги в генезата на затлъстяването се включват факторите на средата и начинът на живот. Следователно, макар генетичното наследство понякога да е водещо, то не е единственият фактор в **патогенезата** на затлъстяването. Но обръщаме внимание на пациентите, че те попадат в „ ризиова група „.

3.3.1. Форми на затлъстяване

Направените от нас проучвания дават ясна картина, че има тенденции към широко разпространение на заболяемостта. В зависимост от натрупване на

мастите, състоянието се класифицира като наднормено тегло или затлъстяване. Дори умереното затлъстяване драстично увеличава риска от диабет втори тип. Значителна част от анкетираниите (36%) са със затлъстяване първа степен, втора степен – 16%, а 3% са със затлъстяване трета степен. Не малка част (45 %) са на границата на наднорменото тегло. (фиг.25). Алармираме към пациентите, чието тегло не отговаря на здравословните норми - необходими са непрекъснати активни социално-здравни грижи и мотивирано самоучастие, за да се превантират остриите фази и да се намали риска от коварните дегенеративни усложнения .



Фигура 25. Честота на пациентите с наднормено тегло и затлъстяване 2 и 3 степен

В таблица 10 е представен броя на пациентите със съответната форма на затлъстяване, както и съществуването на връзка между формите на затлъстяване и наследствената обремененост.

Хората приемат около 30% повече храна, отколкото има потребност организмът. При млад, активен организъм, тези проценти могат да се „изгорят“

При някои от пациентите генетичната обремененост се проявява по-сериозно, отколкото при останалите. Но дори при силно неблагоприятен за фигурата генетичен профил, с помощта на съобразен с индивидуалните генетични вариации, хранителен и двигателен режим може да се води здравословен стил на живот.

Таблица 10. Брой на пациенти със съответна форма на затлъстяване

		Форма на затлъстяване				Общо
		на границата на наднорменото тегло	затлъстяване първа степен	затлъстяване втора степен	затлъстяване трета степен	
Имате ли наследствена обремененост	Да	19	43	47	2	111
	Не	26	18	14	1	59
Общо		45	61	61	3	170

3.3.2. Хранителни навици и храни

Пациентите, при които затлъстяването не е в голяма степен, пълноценната и качествена храна е от особена значимост за овладяване на заболяването и превенция на прогресирането му. Подобна промяна в стила на живот осигурява почти два пъти по-добра профилактика от приема на таблетки за понижаване на кръвната захар при хора с наднормено тегло и нарушен глюкозен толеранс (преддиабетно състояние).

Лошите хранителните навици са предпоставка за възникване на метаболитни нарушения, както и риск за повишено кръвно налягане и

затлъстяване в напреднала фаза. Дискусията и интерпретацията на анализа от нашите данни за храненето очертава една неблагоприятна характеристика. Храненето 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. Голяма част от хората (58%) признават, че в забързаното ежедневие често прибягват към бързо хранене с нездравословни продукти. Признават и за редовен прием на силно подсладени газирани напитки и сол. Повечето от анкетиранияте не спазват определен час за хранене, както и не обръщат внимание на обема на порциите. Тези, които се хранят здравословно съставляват 42% от анкетиранияте.

Данните от проучването показват, че пациентите, консумиращи плодове ежедневно са 10%, 25% консумират плодове един път седмично, 37% консумират плодове два пъти седмично и само 3% не употребяват плодове. Консумацията на плодове и зеленчуци е необходима за балансираното хранене и за предпазване от затлъстяване, и цялостното функциониране на организма. Анкетиранияте пациенти, които ежедневно употребяват зеленчуци са 25%, 6% един път седмично, 26% два пъти седмично, 42% три пъти седмично и само 1% не употребяват зеленчуци.

Проучването на хранителните навици сред наблюдаваните лица показва, че 40% от анкетиранияте консумират бял хляб ежедневно, 6% един път седмично, 21 % два пъти седмично, 21% три пъти седмично и 12% не употребяват бял хляб. Ръженият хляб е за предпочитане при пациенти със затлъстяване. Ежедневно ръжен хляб консумират 22% от анкетиранияте пациенти, 10% един път седмично, 17% два пъти седмично, 34% три пъти седмично и 17 % от анкетиранияте не употребяват ръжен хляб.

Рибата е по-слабо застъпена в менюто на изследваната от нас група. Резултатите от анкетата (виж Приложение 2) показват следното. От отговора на въпроса „ колко често употребявате риба в седмичното си меню?“ се вижда, че нито един пациент не консумира риба ежедневно, 30% употребяват риба един път седмично, 2% консумират риба три пъти седмично и 52% не консумират.

Млякото е присъствало в традиционното хранене на българина от дълбока древност. Ежедневно 16% от анкетираните пациенти консумират мляко, 12% консумират мляко един път седмично, 45% два пъти седмично, 20% три пъти седмично и 7% не употребяват мляко.

Пилешкото месо е диетично и подходящо за хора със затлъстяване или наднормено тегло. Ежедневно 45% от запитаните пациенти консумират пиле, 26% един път седмично, 48% два пъти седмично, 18% три пъти седмично и 4% не употребяват пиле .

Пациентите със затлъстяване трябва да избягват консумацията на захарни изделия и ли да я сведат до минимум. Ежедневно захарни изделия употребяват 17% от запитаните пациенти, 13% 1 път седмично, 29%, два пъти седмично, 35% три пъти седмично и само 5% не употребяват захарни изделия.

Тлъсти меса консумират ежедневно 3% от анкетираните пациенти, 24% един път седмично, а 27% два пъти седмично, 24% три пъти седмично и 22% не употребяват тлъсти меса.

Затлъстяването е заболяване което дава отражение върху целия организъм. Свързано е с редица асоциирани усложнения - от повишено кръвно налягане страдат 57% от анкетираните пациенти, 71% от сърдечно-съдови заболявания, 52% са със ставни заболявания, 27% са с диабет тип 2, 14% са с мозъчно съдови заболявания и при 59% от анкетираните пациенти има отражение върху самочувствието (фиг.26). Определено може да се каже, че анкетираните пациенти са с висок здравен риск, тъй като трайните дегенеративни изменения, които настъпват могат да доведат до инвалидизация на пациентите.



Фигура 26. Честота на патологични късни усложнения от затлъстяването

Затлъстяването предизвиква нарушения в сърдечно-съдовата, дихателната, костната, ендокринната и отделителната система. Хипертонията не е причина за наличие на затлъстяване, а точно обратното – обезитетът нарушава съдовия тонус с всички произтичащи от това последствия. Не диабет от втори тип „трупа“ излишните килограми, а нечувствителната към инсулина тъкан, която е в основата на затлъстяването и води до захарна болест.

С помощта на χ^2 -критерия на Пирсън ще проверим дали съществува връзка между формите на затлъстяване и повишеното кръвно налягане (табл.11) Данни са обработени с помощта на SPSS v.19. Емпиричната стойност на $\chi^2 - (\chi^2_{emp})$, изчислена от таблицата е 44,301. Табличната стойност на χ^2 -критерия на Пирсън $-(\chi^2_{\alpha})$ за равнище на значимост 0,01 е 9,21. Това означава $\chi^2_{emp} > \chi^2_{\alpha}$, т.е има връзка между степента на обезитета и повишеното кръвно налягане.

Таблица 11. Брой на пациенти със съответна форма на затлъстяване и хипертония

		Повишено кръвно налягане		Общо
		да	не	
Форма на затлъстяване	на границата на наднорменото тегло	12	33	45
	затлъстяване първа степен	28	33	61
	затлъстяване втора степен	53	8	61
	затлъстяване трета степен	3	0	3
Общо		74	96	170

По същия начин изследваме взаимовръзката между сърдечно съдови заболявания и формите на затлъстяване. Емпиричната стойност на $\chi^2 - (\chi^2_{emp})$, изчислена от таблицата е 28,546. Табличната стойност на χ^2 -критерия на Пирсън $-(\chi^2_{\alpha})$ за равнище на значимост 0,01 е 9,21. Това означава $\chi^2_{emp} > \chi^2_{\alpha}$, отчита се статистическа значимост между затлъстяването и сърдечно съдовите заболявания (табл.12)

Таблица 12. Брой на пациенти със съответна форма на затлъстяване и сърдечно съдови заболявания

		Сърдечно съдови заболявания		Общо
		да	не	
Форма на затлъстяване	на границата на наднорменото тегло	40	40	45
	затлъстяване първа степен	53	8	61
	затлъстяване втора степен	26	35	61
	затлъстяване трета степен	3	0	3
Общо		122	48	170

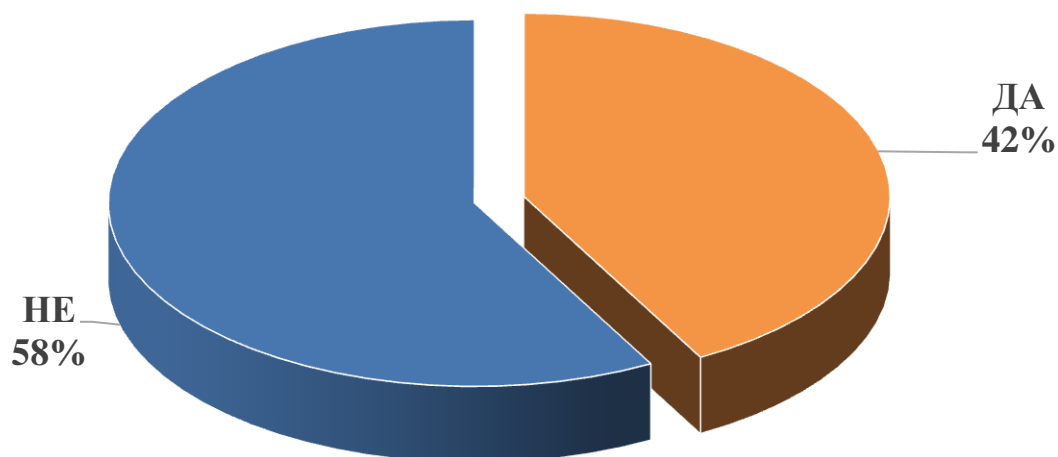
Взаимовръзка установихме и между формата на затлъстяване и депресията и ниското самочувствие (табл. 13). Емпиричната стойност на $\chi^2 - (\chi^2_{emp})$,

изчислена от таблицата е 9,87. Табличната стойност на χ^2 -критерия на Пирсън $-(\chi^2_\alpha)$ за равнище на значимост 0,01 е 9,21. Това означава $\chi^2_{emp} > \chi^2_\alpha$, т.е. има взаимовръзка между формата на затлъстяване и депресията и ниското самочувствие. Затлъстяването оказва влияние не само върху физическото здраве, но върху психиката на болния.

Таблица 13. Брой на пациенти със съответна степен на затлъстяване и депресията

		Депресия, ниско самочувствие		Общо
		не	да	
Форма на затлъстяване	на границата на наднорменото тегло	31	14	45
	затлъстяване първа степен	41	20	61
	затлъстяване втора степен	27	34	61
	затлъстяване трета степен	2	1	3
Общо		101	69	170

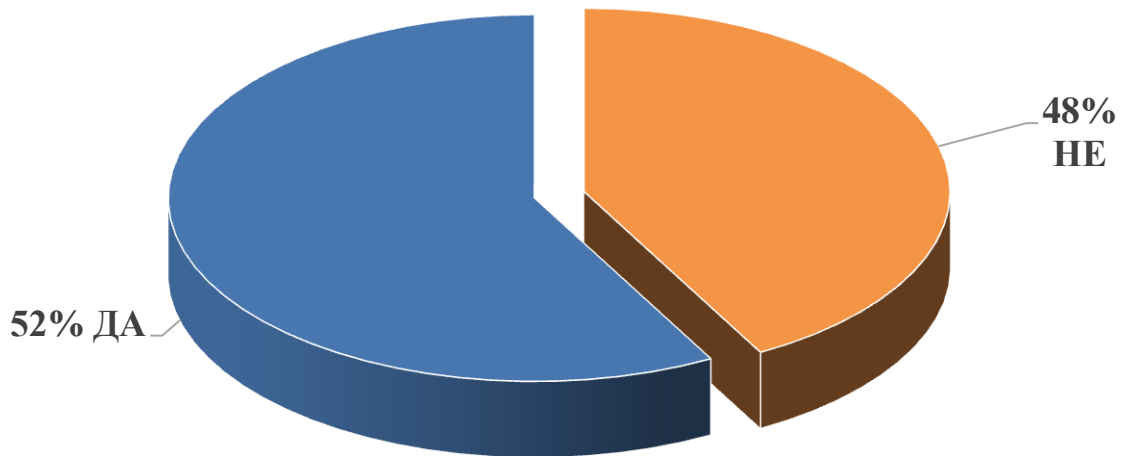
Проверихме информираността на контролната група пациенти относно сложността на заболяването. 42% от анкетиранияте са отговорили положително, а 58% от анкетиранияте нямат информация преди да заболяят за същността на заболяването и усложненията до които води. (фигура 27).



Фигура 27. Информация за сложността на заболяването

3.3.3. Тютюнопушене

Тютюнопушенето е един от най-широко разпространените нездравословни навици и представлява най-важната причина за заболяемост и преждевременна смъртност от редица хронични незаразни заболявания. По различни и ненапълно изяснени механизми тютюнопушенето представлява рисков фактор за развитие на сърдечно-съдови заболявания, генерализирана атеросклероза, злокачествени новообразувания, но също и за инсулинова резистентност и свързаните с нея метаболитни нарушения. Въпреки доказания здравен риск, употребата на тютюневи изделия остава все още широко разпространена (фиг.28). От фигурата се вижда, че 52% от анкетирания пациенти със затлъстяване са пушачи .



Фигура 28. Честота на пушачи и непушачи

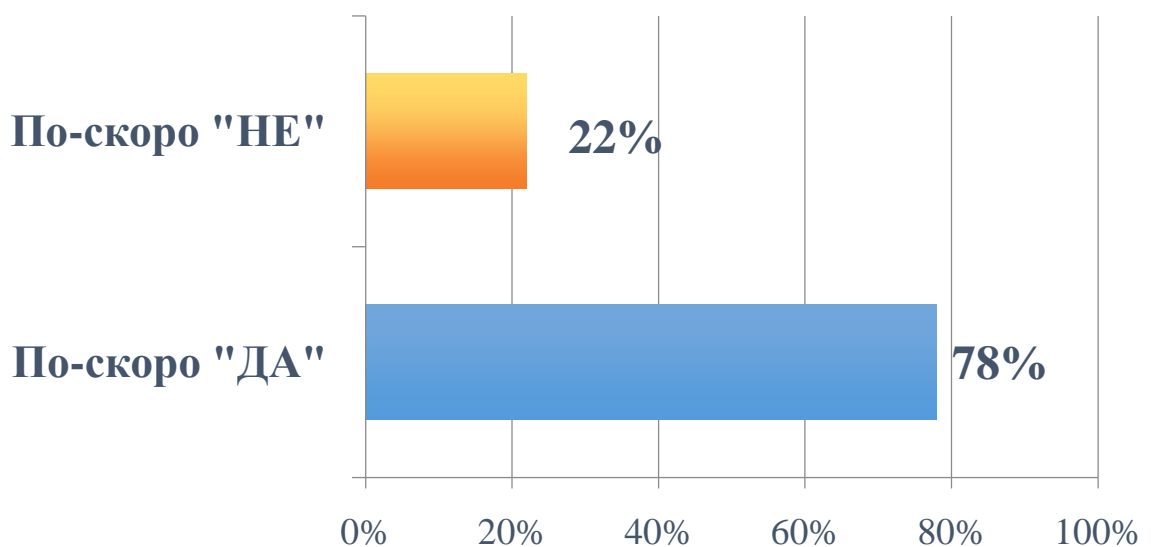
Фактори, допринасящи за прекомерна консумация на храна са редица психологически проблеми като дистрес, чувство на неудовлетвореност, депресия. Като последица от това се появява чувство за вина, водещо до порочен кръг, в който приемът на храна е основна проява. Стресовата адаптивна реакция е нещо необходимо за оцеляване и справяне с житейските трудности. Но продължителният стрес води до хронично повишено ниво на кортизола . Следствие от това е бързо изчерпване на запасите от глюкоза, което служи като сигнал организмът бързо да ги набави. Кортизолът предизвиква повишаване на апетита и стремеж веднага, и в по-големи количества да се приема предимно сладка и мазна храна. От друга страна подпомага натрупването на мазнини в клетките с последващо затлъстяване, намалява мускулната маса, затруднява функционирането на паметта.

Стресът има и чисто психологически аспекти. Когато човек е под постоянен стрес, той се чувства изтощен, потиснат, неудовлетворен от живота,

нешастен, гневен, самотен. Храната се превръща в достъпен и бърз източник на щастие и добро самочувствие.

Стресът е причина за затлъстяването, а наднорменото тегло от своя страна води до силен стрес. В този затворен кръг попадат милиони хора по света . Отчитаме провокиращата роля на стресовия фактор – остър/хроничен психо-емоционален стрес, при изявата на затлъстяването, безработица, пенсиониране и др. 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.

На въпроса към пациентите със затлъстяване дали живеят под всекидневен стрес 78% от тях са отговорили, че са подложени на всекидневен стрес, а отговора на 22% е „по-скоро не“ (Фиг. 29).



Фигура 29. Честота на хората подложени на стрес

Затлъстяването се заклеймява сред голяма част от модерното общество. Това състояние на организма, известно като “болестта на века” е обратимо и преди всичко се влияе от системни занимания с физически упражнения, спорт и туризъм. Не напразно изтъкваме значимостта на двигателната активност. Повишената физическа активност е съществен елемент от профилактичния план, която заедно с диетичния режим води до редуция на теглото. Двигателната активност намалява абдоминалната мастна тъкан; повишава мускулната и костна маса и ускорява основната обмяна; намалява кръвното налягане; подобрява глюкозния толеранс и инсулиновата чувствителност, липидния профил и физическото състояние на организма. Освен това, повишената физическа активност подпомага придържането към диетичния режим, има позитивен ефект върху дългосрочното поддържане на тегло, подобрява стила на живот и самочувствието, намалява стреса.

Според резултатите от анкетното проучване, висок процент от изследваните лица не упражняват физическа активност поради немотивираност, липса на свободно време, като само 14% от запитаните пациенти посочват, че спортуват, 53% не спортуват и само 33% ходят пеша. Представените данни са достатъчно основание за необходимостта от съществено повишаване на активността и се отнасят както за ежедневната физическа активност, така и за структурираните програми. Те трябва да са съобразени с възможностите на пациента, с неговия здравословен статус и плавно да повишават нивото на натоварване.

Ние сравнихме формата на затлъстяване с това дали пациентите спортуват и установихме, че между тях съществува връзка (табл.14). Пациентите, които спортуват или ходят пеша имат по-ниска форма на затлъстяване. Следователно усилията за превенция от затлъстяване трябва да бъдат насочени към повече движение и спорт и физическата активност да бъде интегрална част от лечението на затлъстяването и профилактика на усложненията.

Таблица 14. Връзка между формата на затлъстяване и физическата активност

		Спортувате ли			Общо
		Да	ходя пеша	не спортувам	
Форма на затлъстяване	на границата на наднорменото тегло	10	19	16	45
	затлъстяване първа степен	10	15	36	61
	затлъстяване втора степен	3	22	36	61
	затлъстяване трета степен	0	0	3	3
Общо		23	56	91	170

Като хронично, но обратимо, /дори и частично/ по еволюция заболяване, ние считаме, че са необходими непрекъснати активни превантивни грижи и мотивирано участие на пациента, за да се намали риска от коварните дегенеративни усложнения на затлъстяването. Поведенческата промяна за редукция на теглото и самоконтролът са важна част от цялостното лечение на заболяването. Тази промяна се постига с техники, които имат за цел да подпомогнат пациента да промени своето мислене и разбиране за затлъстяването и последиците от него, за важността от регулиране на теглото. Те са насочени към постигане на поведение, което води до промени, осигуряващи успешно намаляване на теглото. От анкетните данни се вижда, че 53% от участниците отбелязват, че включват диета само когато качат килограми и само 7% от пациенти осъществяват самоконтрол на наднорменото тегло, а 40% не се

самокоригират.

На въпроса дали пациентите са ходили на профилактични прегледи, само 5% отговарят, че редовно посещават личния лекар, 16% ходят само, когато биват повикани, 52% ходят понякога, а 27% не посещават личния лекар.

Необходимо е усвояване на правила и стандарти, създавани на базата на нови професионално-медицински функции, усвояване на нов начин на мислене и поведение на специалистите по здравни грижи, за да може вниманието да е насочено към пациента. Пациентите с хронични патологични заболявания като затлъстяване изискват комплекс от грижи, които да включват координация, диагностика, наблюдение и превенция. Необходима е съгласуваност между различните сектори на здравеопазването с цел подпомагане на ефективността на системата, качеството на грижите и удовлетвореността на потребителите.

Личният лекар е първото стъпало в здравната система. Всъщност той трябва да е част от профилактичната програма на всеки. 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 направи контролен преглед, за да разбере общото си състояние в този момент. При необходимост за всеки пациент се назначават допълнителни изследвания, които ще дадат повече информация за действително им състояние. При рязко влошаване на състоянието, пациентите могат да получат и консултации по телефона. Личният лекар посещава болните в къщи.

Ангажимент на личните лекари е да дадат насоки на болни от обезитас лица, да ги насочат към съответен специалист още при диагностициране на заболяването. В лечебния план при такива болни се налага лечение със специфична диета, съгласувано с диетолог и редица други медицински специалисти, физикална терапия и др. В голяма част от случаите информационните материали не са достатъчни, понякога консултацията е оскъдна, с липса на индивидуален подход. Затова пациентите имат нужда от

допълнително обучение (фиг.30).



Фигура 30. Насоки за режим и обучение при болни със obesity

Обучението осигурява добър начин на живот и е основен фактор в превантивните грижи. Освен това е необходимо провеждане на индивидуален подход, който да е достатъчно ефективен. Важно е изграждане на адекватен модел, който да е гаранция за справящо се поведение на пациента, за благоприятно повлияване на заболяването и забавяне на усложненията и инвалидизацията.

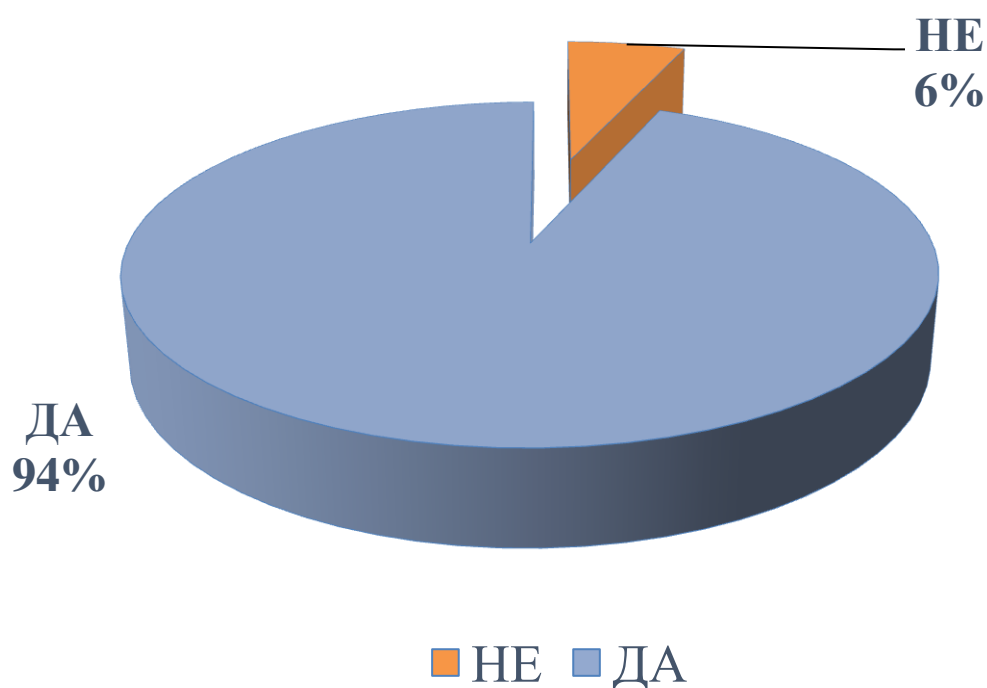
Формирането на необходимата здравна култура на населението и на отделния индивид е свързано с такива педагогически процеси като здравно възпитание и здравна просвета, които оказват влияние върху устойчивото развитие на цялостната здравна система. Изтъкваме значението на информираността и познанието на отделния индивид, които играят решителна роля в култивирането на здравни знания и навици.

Комбинацията от различни компоненти като промоция на здравето, общественоздравни услуги и здравни политики насочени към здравна информация и възпитание, обосновават ефективността на превантивните

мероприятия за предотвратяване на усложненията и намаляване разпространението на затлъстяването.

Нашето проучване потвърди положителната роля на превенцията - 94% от пациентите смятат, че при своевременни превантивни мерки заболяването би могло да бъде предотвратено, а 6% са дали отрицателен отговор (фиг. 31).

Според Вас можеше ли да се избегне болестния процес при своевременни превантивни мерки?



Фигура 31. Роля на превенцията при заболяването

През последните четири десетилетия епидемията от наднормено тегло и затлъстяване в България расте. Експесивното тегло е важен и добре разпознаваем рисков фактор за доста хронични и често срещани социално-значими заболявания като диабет втори тип. Засягат се лица от всички възрастови групи. Това налага превенцията да започне от най-ранна възраст, като здравословните послания и практики трябва да достигат чрез всички възможни средства последователно и непрекъснато до всички слоеве на населението. Освен ролята на институциите, които са призвани да обезпечават здравословна жизнена среда на цялото общество, определено трябва да се подчертава огромната роля на собствената активност на всеки член от обществото за своевременната диагноза и лечение на това състояние.

Нашите препоръки за превантивни грижи на затлъстяването, особено при по-късен етап от еволюцията му, или в съчетание със захарен диабет втори тип, както и характерните усложнения, са насочени към спиране на прогресирането на вече появило се заболяване.

Превантивните грижи при пациенти със затлъстяване са актуални и съвременни, поради големия процент на страдащите от това заболяване. Формите и средствата могат да се използват не само от хора с наднормено тегло, но и такива изложени на риск от диабет втори тип и с диабет втори тип (обект на дисертационния труд). И въпреки, че пълната ремисия на диабет втори тип е рядка, хората с преддиабетни състояния имат възможност чрез промяна в начина си на живот да спрат еволюцията на заболяването и на неговите усложнения. Това може да се постигне без да са необходими таблетки за контролиране на глюкозната или липидната обмяна.

Модел за превантивни грижи при пациенти с затлъстяване и диабет втори тип

Задачите на модела насочваме към очертаване на съответните компетенции на мултидисциплинарния екип, необходими за пълноценното полагане на терапевтични и профилактични грижи както за пациентите с диабет, така и на тези с обезитет.

В последния доклад на СЗО за Европейския регион се посочва, че затлъстяването, нездравословният начин на живот и специално обездвижването са отговорни за около 80% от повишената честота на диабета. Изрично се подчертава, че тези рискови фактори могат да бъдат модифицирани (WHO – The European health report, 2015)

На настоящия етап международните диабетни асоциации се обединяват около схващането, че **скринингът** за диабет и предиабет трябва да се ограничи до високо-рисковите групи.

ADA/EASD (2009) и ADA (2017) препоръчват скрининг за диабет и предиабет при асимптомни възрастни при следните случаи: 1. При ИТМ ≥ 25 kg/m² и един или повече рискови фактори – високорискова расова принадлежност (например азиатци, латино- и афро-американци, индианци, тихоокеански островитяни); Първостепенен родственик със ЗДТ2; – Обездвижване; – Ниво на гликиран хемоглобин $\geq 5,7\%$, НГТ, НГТ при предходно изследване или клинични данни за тежка инсулинова резистентност. – Диагностициран гестационен ЗД (при жени); – HDL-холестерол $<0,9$ mmHg или триглицериди $>2,82$ mmol/L; – Артериална хипертония; – Синдром на поликистозни яйчници (при жени). 2. Независимо от тези рискови фактори, цялата популация следва да бъде тествана при достигане на 45 годишна възраст. Особено значение обръщаме на самоконтрола на диабетно болните за профилактика на микро и макроангиопатичните усложнения. При обучението на диабетици е важно да се обясни ролята на лошия гликемичен контрол за утежняване на невропатната патология и диабетното стъпало. Те изискват от пациентите системно наблюдение на долните крайници и стъпалата, периодични

профилактични прегледи и консултации.

1.Скринингът на лицата с наднормено телесно тегло и затлъстяване е от особена важност с цел редуциране на смъртността от сърдечно-съдови и мозъчно-съдови усложнения и удължаване на техния живот. Считаме, че сформирането на работна група за превантивни услуги , която препоръчва на клиницистите да извършват скрининг на затлъстяване сред всички пациенти и да дава съвети за вземане на мерки за трайно понижаване на телесното тегло при лица със затлъстяване е изключително уместна.

Методи за диагностика и оценка на затлъстяването:

Индекс на телесна маса (ИТМ)

Обиколка на талията и съотношение талия/хани

Сагитален абдоминален диаметър (САД)

Биоелектричният импеданс анализ и двойно-енергийната рентгенова абсорбциометрия (DEXA)

био-импедансен анализ (БИА)

Процентът телесни мазнини

Телесното водно съдържание (%)

Основна обмяна (базов метаболизъм)

Контролен профилактичен преглед

Особена значимост отдаваме на превенцията при obezitet , при съпътстващ диабет и последвалото влошен стандарт на живот. Вниманието се насочва към първичната профилактика и промоциране на здравето. Това е най-значимата и съществена тежест на проблематиката, най- ефективна и най- трудно постижима. Първичната профилактика обхваща всички здрави хора, при които има наследствено предразположение - от кърмачета чрез стимулиране на естественото хранене, до хора в напреднала и старческа възраст – мотивиране на здравословни хранителни избори и стимулиране на ежедневни двигателни

навици. Профилактиката се състои в поддържане на здравословен диетичен, хигиенен и професионален режим, избягване на тютюнопушене и злоупотреба с алкохол, упражняване на полезна физкултура и спорт, включително разходки, туризъм, отстраняване на състояние, водещи до психо-емоционален стрес.

Поведението в 2.храненето при хора с наднормена телесна маса са продиктувани от настъпилите съществени изменения в храносмилателната система, от промените в обмяната на веществата, снижената активна двигателна дейност, климатичните условия, начина на живот, индивидуалните особености на всеки човек, както и някои други фактори от икономически и социален характер - лични доходи, навици, установени вкусови изисквания, религия, бит, привички, култура и други 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 ѝ обработка трябва да се извършва предварително, което ще осигури условия за по-добро ферментативно въздействие. Това налага пълноценно осигуряване както на калорийните, така и на основните хранителни съставки.

Огромна и безусловна е профилактичната роля на здравословното хранене. Тя се изразява в:

- Осигуряване на подходящо хранене за поддържане на нормално телесното тегло, на здравословен апетит и профилактика на болести, и усложнения (остеопороза, фрактури, анемия, диабет, сърдечносъдови заболявания, рак).
- Коригиране на съществуващи хранителни дефицити. Нарушеното хранене може да е причинено от бедност, депресия, употреба на голям брой лекарства, трудности в придвижването. Коригиране на ненаучно базирани „рестриктивните“ диети, предлагани от немедицински лица
 - Осигуряване на подходящ храни, съобразени с възрастта, тъй като с напредване на възрастта се променя вкуса, отговарящи на зъбния статус. Желателно е да се изключват твърди, трудни за дъвчене храни.
 - Приемане на течности през деня, особено при по-възрастни хора с

известни смущения на усета за жажда.

Обобщавайки препоръките на различни автори и институции за контрол на хранителния прием при лица с диабет втори и/или затлъстяване може да се направи извода, че те са еднакви с препоръките за здравословно хранене. Разликата се състои в индивидуалния подход, препоръчителен особено при хора със захарен диабет, предразположени към затлъстяване и съпътствани от различните усложнения на диабета, и допълнителни нозологични усложнения и диагнози.

Количеството на приеманата храна и калории в дневното меню се определят в зависимост от теглото, ръста и физическата активност. Необходимо е за всеки пациент да бъде изчислен индивидуалният индекс на телесна маса. Хранителният прием се съобразява още с възрастта и физическата активност. Хората с диабет по правило имат нарушена въглехидратна обмяна. Приемът на въглехидратни храни може да доведе до рязко повишаване на кръвната захар. При правилен избор на въглехидратите в диетата може да се намалят бързите промени на нивата на кръвната захар. За по-точното разпределение на въглехидратния прием е въведена системата на хлебните единици. Една хлебна единица от дадена въглехидратна храна е това количество от тази храна, в което се съдържат 12 г въглехидрати – напр. 1/2 филия хляб или 1/2 банан. При хора с диабет и нормално тегло обичайно се препоръчват 20-22 хлебни единици на ден. При пациенти с тегло под нормата нужните хлебни единици са 25-30, а при хората с наднормено тегло и затлъстяване те са намалени до 14-16 хлебни единици. Изключително важно е определените хлебни единици да бъдат разпределени равномерно през целия ден – в 3 основни хранения и в 2 междинни закуски. Това съдейства за по-добър контрол на кръвната захар и подпомага ефекта от лечение с лекарства.

Като пример ние предлагаме да се спазва принципа на диетичното и разделно хранене. Препоръчително е храненето да бъде разнообразно и редовно - 5 пъти дневно. Редовното хранене предотвратява приема на големи количества храна наведнъж и допринася за по-добро храносмилане. Липсата на режим на

хранене и пропускането на основен хранителен прием, който най-често е закуската, нарушава разпределението на дневния енергиен прием, което води до повишена консумация на храни в останалите приеми, включително и до прием на високоенергийни храни между храненията. Установено е, че сред лицата, които пропускат хранителен прием, честотата на наднормено тегло и затлъстяване е по-висока, по-често при тях се срещат и хранителни дефицити, намалена е работоспособността им в рамките на деня. Балансираното и здравословно хранене осигурява необходимите за съответната възраст енергия, белтъци, въглехидрати и хранителни влакна, мазнини, витамини и минерали. Няма хранителен продукт или група храни, които да включват всички хранителни вещества в нужните количества. Ето защо за постигане на балансирано хранене е добре да се консумират разнообразни храни през целия ден.

Съчетаването между хранителния и двигателния режим е правилно, когато теглото за 30 дни се намалява от 2 до 3 кг. Болни с високостепенно затлъстяване трябва да очакват успех предимно от редуцираното хранене, съчетано с физическа активност (кинезитерапия), а тези от първа и втора степен – от активния режим, съчетан с редуцирано хранене.

3. Ограничаване на течностите

Водата при затлъстелите хора често се задържа. При хора с нормално телесно тегло количеството вода, съдържаща се в мастната тъкан е около 17%, а при затлъстелите тя може да достигне до 70%. Тази вода се свързва с определени масти или със солите, по-специално с готварската сол. Затова такива хора трябва да ограничат употребата на сол . Натриевите соли привличат водата към вътрешността на мастните клетки, от където трудно се извлича. Калиевите соли задържат водата извън клетките, откъдето тя се изнася лесно. Болните сами могат да установят дали в организма се задържат течности, като измерват количеството течности, прието с храната и количеството урина, отделено за 24ч. Когато поетото количество течности е по-голямо, от това, излъчено от урината,

се смята, че в организма се задържа вода.

В началото от лечението на затлъстяването от организма може да се загубят значително количество течности, което води до по-голямо намаление на телесното тегло. Пациентът вижда резултата от започналото лечение, което има голям психологически ефект върху него. От друга страна, пациентът не бива строго да ограничава течностите. Както е известно водата охлажда организма, а при затлъстяване е нарушена топлинната регулация. Преди месечния цикъл при жените в междуклетъчното пространство се натрупва вода, а след цикъла тя се губи и теглото намалява. В интервалите между храненията, затлъстелият човек може да пие умерено количество минерална вода, отвара от шипки, чай и кафе без захар.

4. Фармакосанация с готови препарати

През определени периоди на годината (зимата и ранна пролет) и при някои конкретни ситуации на преумора, пренапрежение, изтощение от прекомерни физически усилия, след боледуване, организмът се нуждае от допълнителен прием на биологично-активни стимулатори, освен тези, които постъпват с храната. Трябва да се засилят имунната и антиоксидантната защита чрез общоукрепващи средства с различен произход.

4.1. Поливитамини и минерални препарати

Повечето готови форми съдържат витамините С,А,D,В,В¹В²В,РР и др. В комбинациите от минерали най-често се включват калций,магнезий, фосфор, флуор, манган.

4.2. Хранителни добавки

Хранителните добавки най-често са екстракти или дисперги на лечебни растения и на животински продукти. Сред хранителните добавки все по-голям дял заемат водораслите. Подходящи са и различните варианти на бирената мая, съдържащи витамини от група „В”.

Активната субстанция на хомеопатичните препарати е изключително ниска и има за цел да стимулира определени центрове в мозъка и да активира собствените защитни сили на организма. Именно за това те могат да се

оприличат на тези за фармакосанацията, още повече, че част от тях се произвеждат именно с цел укрепване на здравето. Те се продават официално в аптечната мрежа.

5. Фитотерапия и затлъстяване

Лечебните растения са у нас около 800 вида, а по света около 12 000. Класическата медицина предпочита използването на екстракти от тях, а народната медицина ги предпочита в цял вид. Наистина понякога по-ценни за организма са натуралните природни комплекси, защото наред с лечебната съставка, растението съдържа множество биологично-активни вещества (БАВ), които имат общостимулиращо действие върху организма. Това са фитонциди, фитохормони, етерични масла, витамини и др. Ние приемаме защитните тела, увеличаваме имунитета срещу вредностите на околната среда, тъй като растението вече е успяло да се пребори с тях и да не загине. Не можем само с едно лекарство да възстановим нарушенията на задебелелия човек. Предлагайки му множество комплекси с цели растения, ние му даваме възможност той да си избере необходимото и то в оптимални количества – на принципа „ключ-ключалка”. Рецепторите на съответния орган улавят това, което им е нужно. Много тъкани и органи имат подчертан афинитет към определени вещества, като ги подхващат дори в минимални концентрации: щитовидната жлеза към йод, панкреаса към цинк, кръвните елементи към литий, зъбите към флуор. Същевременно опасността към алергизиране и интоксикация е минимално, а привикването към лечебните растения е рядко. Следователно предимствата на лечението с билки са очевидни. Неслучайно при лечението на целулита, затлъстяването, както и на редица други заболявания билките се използват преоритетно. Лечебните растения се използват вътрешно и външно (локално). Вътрешното се осъществява от запарки, отвари, настойки или сокове, приготвени от билките. Практиката ни показва, че локалното третиране на проблемните места води до по-бързи и трайни резултати.

Витамините в качеството си на регулатори и катализатори при

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

6. Рехабилитация

Хроничните заболявания – в това число затлъстяване и диабет втори тип не са просто заболявания, а състояния, които съпътстват страдащите през целия им живот. Значително влошеният стил на живот, прогресивното протичане и неблагоприятните здравни последици свързани с тях са предпоставка за загуба на работоспособност и необходимостта от социална, психична и физическа рехабилитация. Хронично болните лица се нуждаят от добре структурирани и фокусирани дългосрочно лечение и грижи, насочени към подобряване и поддържане на оптимално здравословното състояние и благополучие. Ключова роля в комплексния характер на превантивните грижи има провеждането на адекватна и дългосрочна комплексна рехабилитационна терапия. Комплексната рехабилитация предполага предоставяне на съвкупност от образователни, профилактични, медицински, социално-икономически и психологически услуги, в съответствие със специфичните здравни нужди на индивида.

Според стандартите на СЗО (приети и у нас), наблюдението върху пациентите с хронифициращи патологични страдания трябва периодично да се осъществява от „рехабилитационен екип“. Тук се включват различни специалисти – общопрактикуващ лекар, физикален лекар, ендокринолог,

диетолог, психолог, социален работник, ерготерапевт, медицинска сестра, рехабилитатор.

Стратегията на рехабилитацията, разбира се, изисква спазване на нейните основни принципи:

- 1. Професионализъм. Дейностите трябва да се извършват съответните специалисти, които имат качества за оценка на функционалното състояние на човек и са запознати с методите на социално-психологическа корекция и психологически преглед.*
- 2. Валидност. Изборът на надеждни, достъпни и оптимални методи за медицинска и психологическа рехабилитация, доказани от многогодишна практика, като се вземат предвид особеностите на функционалното състояние на соматичната и психическата сфера на пациентите.*
- 2. Индивидуален подход. Като се вземе предвид нивото на спад на професионално важните качества, наличието на патологични промени в личността, податливост и толерантност към различни медицински и психологически методи.*
- 3. Непрекъснатост и оптимална продължителност. Започва от момента на постъпване в болницата и продължава до нормализиране на функционалното състояние и възстановяване на професионално важни качества.*

Чрез рехабилитация се подпомагат обмяната на веществата в тъканите и в органите, процесите на асимилация и дисимилация, и усвояването на хранителните вещества. Благоприятно се въздейства върху обмяната на белтъците и полипептидите в кръвта, което стимулира регенеративните процеси в тъканите и ускорява трофичните процеси.

Кинезитерапията заема съществено място в рехабилитационната програма при

лицата със затлъстяване и/или диабет втори тип, тъй като подобрява

утилизацията на глюкозата в мускулите и води до липолиза в мастните клетки.

Пациентите с диабет втори тип и тези с наднормено тегло трябва да променят

начина си на живот в посока редовно упражняване на умерено физическо натоварване и поддържане на определена физическа кондиция. Високото ниво на хабитуална физическа активност намалява инсулиновата резистентност на тъканите (особено на скелетните мускули), предпазва от поява на затлъстяване

(по-голяма степен), редуцира наднорменото тегло, което се свързва с по-ниски

плазмени нива на LDL – холестерол и триглицериди и по-високи плазмени нива на HDL – холестерол, както и с по-ниски стойности на кръвното налягане.

Кинезитерапията има за цел и да поддържа в добро състояние мускулите, да профилактира евентуалното настъпване на инактивитетни хипотрофии или контрактури, да активира различните видове модулиращ, низходящ контрол, да постигне и поддържа емоционалния тонус на пациента. Особено благоприятна е за диабетици втори тип със затлъстяване, преддиабет и лека форма на диабет.

Препоръчваме общоразвиващи упражнения, аналитична и функционална

гимнастика, стречинг, пасивни мобилизации, ЛФК, игри без състезателен

характер, теренно лечение, дозиран туризъм, умерено спортуване (предимно

аеробни упражнения) : ходене, плуване, колоездене – с умерено по интензитет

натоварване с продължителност 2-3 часа, 4-5 пъти седмично. За неудачни се

смятат краткотрайни интензивни физически обременявания – поради опасност

от хипогликемия. Упражнения с надуваема мека топка, елементи от Тай – Чи,

йога и фитнес. Упражненията срещу голямо съпротивление се изключват.

Масажните процедури при диабет са терапевтичен метод, който отпуска

мускулатурата, подобрява кръвообръщението и регулира нивото на глюкоза в организма. (Приложение 4)

Масажът е под формата на масажна яка или общ масаж , акупресура или акупунктура в съответна рецептура от точки.

Като алтернативен и съвременен подход при лечението и превенцията на затлъстяването, е ефектът ПОТИСКАНЕ НА АПЕТИТА. Той може да се обясни с физиологичния „ принцип на общия краен път” Чрез третиране на аурикуларни биологично активни точки (БАТ) се изпращат импулси до центъра на ситостта. Това е възможно, тъй като парасимпатиковите влакънца от ушната мида (заедно с тези на други главномозъчни нерви, инервиращи ушната мида) се включват в основните нервни стволоче и предават импулсите до мозъчните им центрове. Конкретно вагусовите влакънца се включват в ствола на вагусовия нерв и с него – „общият краен път”, достигат до центъра на ситостта в хипоталамуса.

Физикалните средства имат съществено значение при комплексното лечение и профилактиката.

Физикалните фактори се прилагат в щадящи дозировки (УВЧ, ЕФ, СМТ, НИМП, ТЕНС, лазертерапия).

- ✓ Кислородна терапия (оксигенация
- ✓ Курортолечение (Климато и балнеолечение)
- ✓ Приложение на парафин, ледени блокчета, пелоидотерапия. лечебната кал (лиманна, изворна,), морската луга и торф.

Диагностицирането на заболяване предизвиква психологически промени в личността на голям процент от изследваните от нас пациенти. В този смисъл не е за подценяване и психо-терапевтичния подход към тази проблематика. Изтъкваме

ползата на методите и средствата на:

- Рационалната психотерапия (изтъкват се ползите от диета, активен физически режим , редуция на теглото);
- Поведенческата терапия (когнитивни стратегии за педагогика и превъзпитание ,прийоми за улавяне на сигнала, сензитивиране);
- Семейната психотерапия („ терапевтичен договор „ със семейството, за да се подпомогне контрола върху заболяването, за извършване на ежедневни дейности, ангажименти)

Ролята на социалната рехабилитация я насочваме към профилактиката за насочване и изучаване на средата, където възникват причините на такъв тип социална патология у хората – да се проучват жилищно - битовите и трудови условия, да не се редуцира достъпа на човека с хронично заболяване до пазара на труда, достъпа до пазара на стоки и услуги.

Свеждане до минимум на :

7. Водещи рискови фактори при затлъстяване и диабет втори тип

✓ Тютюнопушене

По данни на „ Здравния профил „ на България от 2017г., изготвен от Европейската комисия, 15- годишните момичета в България са на първоясто в Европа по пушене. Ако подобни тенденции се запазят, през 21 век тютюнопушенето ще е причина за смъртта на около 1 милиард души.

Пушенето, активно или пасивно, е пряк или косвен фактор за 25 заболявания с обществена значимост, сред които най-сериозни и широко разпространени са:

– рак на белия дроб – в България повече от 3000 души умират всяка година от тази причина, като почти 90% от тях са пушачи

– миокарден инфаркт – пушенето на 6-10 цигари дневно удвоява риска, а на 16-20 цигари го учетворява!

– хронични неспецифични белодробни заболявания (емфизем и хроничен бронхит), язва на стомаха, нарушение в обмяната, известно като метаболитен синдром

Тютюнопушенето уврежда здравето на всеки човек, но никотинът може да бъде особено опасен за хората със захарен диабет.

Под негово въздействие надбъбречните жлези отделят голямо количество адреналин в кръвта, което довежда до редица неблагоприятни промени:

- повишаване на кръвното налягане
- учестяване на сърдечната дейност
- повишаване на консумацията на кислород от сърцето
- увеличаване на кръвната захар
- извличане на калций от костите

Тютюнопушенето увеличава риска от възникване на захарен диабет втори тип.

✓ Злоупотреба с алкохол

Приемът на алкохол може да бъде от ключово значение за дългосрочното намаляване на теглото при хората с диабет. Изследваните от нас пациенти са с наднормено тегло или затлъстяване и те трябва да знаят, че алкохолът е втори по калоричност след мазнините. Най-добрите практики за отслабване често включват намаляване или елиминиране на калориите от алкохола. Приемът на алкохол влияе върху апетита и хранителните навици. Ето защо може да се обърка чувството за глад, ситост и пълнота. Алкохолът стимулира допълнително хранене или допълнителни калории, които водят по положителен енергиен баланс. Минимизиране на консумацията му може да спомогне за дългосрочната загуба на тегло при хора с диабет втори тип.

✓ Стрес

Има доказателства за връзка между стреса и депресията, и повишената честота на диабет, хипертония и сърдечносъдово заболяване (увреждане на миокарда). Най-вероятно, поне при част от хората, това се дължи на нарушаване на диетата (консумация на нездравословни и висококалорични храни, тютюнопушене и заседнал начин на живот). Хората с депресия са склонни да занемаряват грижите за здравето си.

- ✓ Сън: Както хроничното недоспиване (под 6 часа), така и дългото спане (над 9 часа) са свързани с повишен риск за развитие на диабет тип 2. Недостатъчният сън може да води до отклонения в хормоните, които регулират апетита (вноса на храна) и разхода на енергия. Нарушеният баланс между двете води до натрупване на тегло. Удълженият сън може да бъде признак на сънна апнея или на депресия. Между затлъстяването и хъркането (обструктивната сънна апнея) – най-често срещаното нарушение на сън също е установена връзка. Хората с диабет тип 2 страдат по-често както от депресия, така и от обструктивна сънна апнея, отколкото другите хора.

Повишените нива на психическо, емоционално и физическо напрежение са причина както за редица нервно-психични проблеми – тревожност, депресия, паник атаки, мигрена и т.н., така и за голям брой физически заболявания – сърдечно-съдови, диабет, болести на щитовидната жлеза, на храносмилателния тракт, затлъстяване и наднормено тегло. Техниките за релаксация или наблюдение специфичното равнище на телесна и емоционална възбуда могат да се използват като самостоятелна профилактична мярка при определени заболявания и като съпътстваща практика от по-широкообхватно лечение - при други.

(Автогенен тренинг Техники за медитация, Трансцедентална Медитация,

Ошо, Зен, Тибетска медитация, релаксация и медитация, автогенен

тренинг, отпускане, Кундалини)

За да се постигне по-добро управление на болестта, оптимален гликемичен контрол и минимизиране риска от микро- и макро усложнения е необходима преоценка на стила на живот на пациентите със затлъстяване и/или диабет втори тип и промяна чрез:

- обучение на пациента ;
- редовен самоконтрол;
- определяне на прицелната кръвна захар;
- диетичен режим;
- физически упражнения;
- ограничение в консумацията на алкохол;
- отказване от тютюнопушене

На базата на изследванията на нашата експериментална група, стигнахме до извода, че физическата култура все още не се използва достатъчно като мощно масово предпазно и лечебно средство. Много хора остават роби на пасивните методи на лечение и пренебрегват такива важни фактори като спорт, туризъм, закаляване и попадат в плен на хипокинезията.

Физическото възпитание и спортът са основна част от социалните дейности в сферата на обществените отношения. Изпълнението им е средство за възпитание и здравословен начин на живот. В научната педагогическа литература физическото възпитание се разглежда твърде разностранно, но общото е, че това е процес насочен към човешката личност. „Процес, който оказва формиращо въздействие”, „...насочен към морфологично и функционално усъвършенстване на личността.”, като „...подпомага естественото физическо развитие и се обогатява двигателната култура..”

В енциклопедията на БАН от 1974 година се пояснява, че под туризъм се разбира буквално пешеходно пътуване, предимно из планински терен - (планинарство). В личен план, пътуванията, които хората предприемат, често

обогатяват тяхната езикова, познавателна и социална култура. Ето защо той има важно значение в социален и икономически аспект. Благодарение на него човешкото здраве и трудоспособността се стабилизират и се разкриват работни места, които понякога са основен източник на доходи за определен период от годината и подобряват жизнения стандарт в населеното място.

Страната ни разполага безспорно с голям потенциал за развитие на туристическа дейност – географско положение, благоприятен климат, дълга морска брегова линия и високи планини, богато културно-историческо наследство и т.н., и предоставя рядка възможност за практикуване на всички видове туризъм .

Неблагоприятната тенденция за нарастващото обездвижване на населението е необходимо да се промени и да се повиши нивото на физическото развитие. За целта е необходимо изграждане на единна, съвременна, научнообоснована система за физическо възпитание и спорт, като приоритетно направление на държавната политика в сферата на човешката дейност. Това ще доведе до повишаване на физическата годност на населението, снемане на психическото им напрежение и утвърждаване на здравословен начин на живот.

Здравето е един от най-важните ресурси, необходими за създаване на всякакъв вид благополучие в обществото и чрез правилно социално инвестиране на здравни знания, трябва да се поддържа. Здравното образование и възпитание са елементи в процеса на промоция на здраве и не са единствени, и основни негови съставни части. За реализиране на промоция на здраве в училище, освен здравно образование и възпитание се осъществява контрол върху различни аспекти на материалната и социална среда, грижи за здравето на хората, които да гарантират здравословния им начин на живот.

Здравното образование на хората е процес на учене как да живеят, за да поддържат и подобряват собственото си и на другите здраве, в случай на заболяване или инвалидизиране могат активно да участват лечението, да се справят с проблемите и да намалят нейните негативни последици през целия си живот.

Превенцията и контролът на хроничните заболявания са сред полезните държавни механизми на защита на населението, които от своя страна изискват ясна позиция и политическа воля. Това е основен механизъм за 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 на много хора, а така също по този начин да се спестят и немалко средства. Тези подходи имат положителен ефект, защото спестяват средства, имащи огромно значение за оптималното функциониране на здравната система у нас, която по принцип е изложена на реално съществуващи рискове.

Превенцията включва всички мерки, предприемани за предотвратяване появата и/или развитието на нежелано поведение, състояние или събитие сред дадено население. 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

С Основни превантивни мероприятия акцентираме към:

- по-обширна и ясна информация за заболяванията
- изграждане на здравословни навици и психо-социални умения за справяне със стреса и трудностите

Приоритетите за превантивните грижи и усложненията следва да бъдат насочени към :

- население – да се промени начина на живот, факторите на околната среда и техните социални и икономически аспекти, които са подлежащи причини за масовото разпространение на затлъстяване и диабет втори тип
- пациенти с установено затлъстяване и/или захарен диабет втори тип за редуциране на наличните рискови фактори
- здрави хора, при които съществува повишен риск от развитие на затлъстяване и/или захарен диабет, поради комбинация от рискови фактори,

/високо артериално налягане, дислипидемия, горно-гранична или повишена кръвна захар, фамилна обремененост./

Огромното медицинско и социално значение на проблемите, свързани с наднорменото тегло и захарния диабет, налагат координирани усилия както на медицинските специалисти, така и на социалните структури и активности на медиите, правителствените и неправителствените организации за ефективни мероприятия за ограничаване на пандемията от затлъстяване, за поддържане на здравословен стил на живот и хранене. Основните стъпки във формирането на здравно отговорно поведение за намаляване на негативните тенденции, по наше мнение са:

- редукция/контрол на теглото
- медицински грижи – промоция на техники за първична профилактика, скрининг на рисковите фактори
- промоция на физическата активност
- рехабилитация – за максимално възстановяване на физическото здраве и работоспособността
- единни държавни стандарти в областта на храненето
- намаляване на тютюнопушенето, злоупотребата с алкохол

Всички пациенти с диагностицирано затлъстяване и диабет втори тип, и такива в гранично състояние трябва да бъдат системно и активно наблюдавани от ОПЛ на всеки 3-6 месеца – кръвно налягане, тегло, анализ на собственоръчно измерените от пациента стойности на кръвната захар, изследвания на стъпалата за смущения в оросяването и смущения на нервите. Няколко пъти годишно да бъдат консултирани от специалист по диетология, ендокринология, лекар по ФРМ. Препоръчваме периодично провеждане на курсове ФТР, амбулаторно или стационарно. Отчитаме изключително важноста от въвличане на болния в оздравителния процес чрез самоконтрол – следене на кръвна захар, кръвно

налягане, изследване на урина за ацетон и захар, тегло.

Схема на комплексната ФТР програма

Кинезитерапия (ЛФК, лечебен масаж)	Преформирани физикални фактори	Диета	Самоконтрол
--	---	--------------	--------------------

ИЗВОДИ

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

1. Тревожен е фактът, че съществува тенденция към подмладяване и разширяване на епидемията от заболяванията – затлъстяване и диабет втори тип .
2. При значителна част от пациентите се посочват усложнения и съпътстващи заболявания, вследствие на затлъстяването и/или захарния диабет - от повишено кръвно налягане страдат 57% пациенти, 71% от сърдечно-съдови заболявания, 52% са със ставни заболявания, при 59% от има отражение върху самочувствието.
3. На базата на направеното проучване се отчита ниска двигателна култура сред изследваните – за 57% от изследваните физическата активност не е застъпена в ежедневието.
4. Скрининговите изследвания и ранните превантивни грижи са подходящи комплексни методи при изключителното участие на социалните, средови и индивидуалните фактори за управлението на заболяванията и позитивно здравно поведение.
5. Всички пациенти посочват необходимост от допълнително обучение и допълнителна информация за адекватно здравно поведение за осигуряване добър стил, който е основен фактор за предотвратяване на усложненията на затлъстяването и диабета.
6. Диетолечението е изключително препоръчително като част от структурата на цялостната програма за редукция на затлъстяването.

7. Респондентите потвърждават положителната роля на превенцията - 94% смятат, че при своевременни превантивни грижи заболяването би могло да бъде предотвратено.

8. Необходимо е да се подобри координацията между различните специалисти и да се осигури непрекъснато наблюдение и грижи от страна на общопрактикуващият лекар. Да открие своевременно рисковите фактори у индивида, да проследи, да намали или премахне риска от развитие на наднормена телесна маса и затлъстяването, да профилира усложненията на диабета.

9. Гоялма част от изследваните (67%) имат нужда от насоки за режим и конкретна програма за овладяване на обезитета и захарния диабет. Активният подход към здравето на всеки от анкетираните има значение за ранната диагностика на заболяването. Затлъстяването и диабет от втори тип са контролируеми заболявания.

10. Анализа от проучване мнението на студентите показва, че тези, които „имат желание” да работят с пациентите са 67%. Те притежават достатъчно знания и умения за работа с лица с хронични заболявания (диабет, затлъстяване). Въпреки това медицинските специалности могат да бъдат актуализирани и обучението да акцентира именно към тези социалнозначими заболявания.

Цялата популация е както цел, така и участник в реализацията на превенцията.

ПРЕПОРЪКИ:

Към Медицинските заведения:

- ✓ Организиране и провеждане на тематични курсове и семинари при социално-значими и прогресиращи заболявания (затлъстяване и диабет втори тип) по рехабилитация за рехабилитатори, кинезитерапевти, студенти, преподаватели, за лекари специализанти.
- ✓ Д а внедрят препоръчителни клинични стажове и програми за следдипломно обучение на медицинските специалисти за работа с диабетно болни и пациенти със затлъстяване.

Към Националните клинични професионални организации - да разработят предложения за подпомагане на обучението на здравни работници с оглед на рисковите фактори, свързани с храненето и физическата активност на влошеното здраве (като свръхтегло и затлъстяване, кръвно налягане и физическа активност), със специален акцент към механизмите за превенция и ролята на факторите, свързани с начина на живот.

Към лечебните заведения:

- ✓ Да се създадат центрове за превантивни грижи за пациенти с метаболитно-ендокринни заболявания, в които да се предоставя помощ от мултидисциплинарни екипи.
- ✓ Усъвършенстване на комуникационните възможности в лечебните заведения и изграждане на електронни мрежи за синхронизиране на лечебните и рехабилитационни мероприятия – електронни мрежи между МБАЛ и СБР, специалисти в ДКЦ и СБР, между ОПЛ, както вътреболнична електронна мрежа в отделението по рехабилитация и физиотерапия.
- ✓ Разработване на Програма за превантивни грижи при пациенти със затлъстяване и втори тип диабет

Към хранителната промишленост (от производители до търговци на дребно) - да осъществи подобрения в производство на храни с оптимално съдържание на сол, мазнини и по-специално наситени и ненаситени мастни киселини, захар за потребителите. Да се насърчават здравословните продукти, като плодове и зеленчуци на постоянни ниски цени. Това би било полезно за спазване на хранителния режим.

ПРИНОСИ

- ✓ Проучена е и анализирана заболеваемостта при пациентите със затлъстяване диабет втори тип.
- ✓ Проучена е информираността на пациентите със затлъстяване и/или диабет втори тип относно болестта и превенцията на усложненията.
- ✓ Разработен е рехабилитационна програма за мениджмънт на здравните грижи при пациенти с затлъстяване и диабет втори тип

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Резултатите от настоящият дисертационен труд потвърждават значението на съществуващите превантивни интервенции и стратегии върху същността на заболяването захарен диабет, необходими за правилното изграждане на един съвременен , физиологичен лечебен комплекс. Също така показват, че се налага прилагане на допълнителни мерки за превенция и управление на диагностициран обезитет и захарен диабет втори тип.

Подобряването на стила на живот на хората с хронични заболявания (като захарен диабет) е важен здравен резултат и представлява крайната цел на всички здравни интервенции. Правилното управление на диабета и превенцията на свързаните с него усложнения са важен фактор за намаляване на икономическата и социална тежест, свързана със заболяването. В бъдеще е необходимо да се наблегне върху разширяване на мероприятията за ранно диагностициране . Наличието на комплексни лечебни програми за затлъстяване и диабет втори тип, включващи медицински специалисти представлява предпоставка за стремеж у всеки болен да провежда системно и неотклонно лечебния си режим. От неговото гражданско съзнание, и чувство за отговорност, зависят по-нататък поддържане на лечението и запазването на трудоспособността му.

Публикации във връзка с дисертационния труд

Здравкова А. – Ниво на стрес при пациенти със затлъстяване – списание Сестринско дело, 2020г. бр. 2 – под печат

Здравкова А. – „Лица със затлъстяване- превенция”, стр.208, Гражданска идея в действие, 39 научна сесия, „Контакт” юни 2017

Здравкова Ал. – Превантивна медицина при болни с диабет – стр.184, Гражданска идея в действие, 36 научна сесия, „Контакт”, октомври 2015

Alexandra Maleva – Rehabilitation in patients with type 2 diabetes - Knowledge, International journal, Vol.38.4, Skopje, March 2020 ,pp.639 - 1010